



Beate Blättner, Anette Borkel, Angela Venth (Hrsg.)

anders leben lernen

Beiträge der Erwachsenenbildung
zur Gesundheitsförderung

Beate Blättner, Anette Borkel, Angela Venth (Hrsg.)

anders leben lernen

**Beiträge der Erwachsenenbildung
zur Gesundheitsförderung**

Kongreßdokumentation

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) ist ein Serviceinstitut der Wissenschaftsgemeinschaft Blaue Liste (WBL), der gemeinsamen Forschungsförderung von Bund und Ländern. Das DIE führt seinen früheren Namen, der auch den Institutsträger nennt, als Untertitel: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes.

Das DIE vermittelt als Dienstleistungsbetrieb zwischen Forschung und Praxis der Erwachsenenbildung. Seine Tätigkeit besteht vor allem darin,

- für Wissenschaft und Praxis Informationen, Dokumente und Materialien zur Verfügung zu stellen,
- in Konferenzen, Arbeitsgruppen und Projekten die Erwachsenenbildung/Weiterbildung wissenschaftlich und praktisch zu entwickeln,
- Publikationen zu wissenschaftlichen und praktischen Fragen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung zu veröffentlichen,
- Forschungsarbeiten zu initiieren und Forschungen durchzuführen,
- Forschungsergebnisse in Fortbildungen zu vermitteln.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Anders leben lernen : Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung ; Kongressdokumentation / [DIE. In Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa ...]. Beate Blättner ... (Hrsg.). – Frankfurt (Main) : DIE, 1996

ISBN 3-88513-469-1

NE: Blättner, Beate [Hrsg.]; Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
<Frankfurt, Main>

© 1996 DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
Holzhausenstraße 21, 60322 Frankfurt

In Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa, der Hamburger Volkshochschule und dem Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e.V.

Mit freundlicher Unterstützung der Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg

Herausgeberinnen: Beate Blättner, Anette Borkel, Angela Venth

Redaktionsassistentz: Heidi Schleiner

Fotos: Friederike von Gehren

Layout/Satz: Grafisches Büro Horst Engels, Bad Vilbel

Druck: Druckerei Lokay, Reinheim

(Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier)

Nachdruck nur mit Erlaubnis des DIE

Vorwort	5
Als Einstieg: Die Gesundheitsbildung der Hamburger Volkshochschule	7
Der Kongreß beginnt	9
Gesundheit versteht sich nicht von selbst – Förderungsmöglichkeiten durch Erwachsenenbildung	15
Andere Länder, andere Sitten	20
Begegnung zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung	25
• Gesundheit als Fetisch: Grenzen der Gesundheitsförderung.....	25
• Mit Sinnen und Verstand: Auf der Suche nach Gesundheit	37
Zwischen Subjekt und Alltag	43
Neue Wege in der Kommunalpolitik:	55
Die Gesundheitsförderungskonferenz „Gesündere Zukunft für Hamburg“	
Ein Kongreß-Resümee	60
Die Arbeitsgruppen	72
• Gemeinsam sind wir gesünder	
• Alles Gute kommt von unten	
• Anders arbeiten lernen	
• Gesundheitsfördernde Volkshochschule	
• Von Mensch zu Mensch	
• Einmischen statt bilden?	
• Frauen in der Verantwortung?	
• Zwischen Lust und Frust	
• Bewältigungsversuche im Alltag	
• Ein Leben auf die Minute	
Die Referentinnen und Referenten	113

Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung scheinen nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen Ländern unabhängig voneinander eine spezifische Dynamik entwickelt zu haben. So blieben Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit etliche Jahre unbemerkt, nahmen praktisch und theoretisch aber an Volumen, Qualität und eigenem Ausdruck ständig zu.

Der Kongreß „anders leben lernen“ wurde zum Forum, um erstmals in größerem Rahmen zu veranschaulichen, welche Potentiale die Gesundheitsbildung enthält und welche sie noch entfalten kann. Die Mitwirkenden informierten über Ziele und Konzepte, präsentierten Beispiele aus der Arbeit der Volkshochschulen, stritten über grundsätzliche Orientierungslinien, ihre wissenschaftlichen Hintergründe und reflektierten gemeinsam über die Zukunft der Gesundheitsbildung. So entstand

eine höchst lebendige Veranstaltung, die nicht nur ein einmaliges Ereignis für die Beteiligten bleiben, sondern weiterwirken soll.

Keine schriftliche Dokumentation eines Kongresses kann dessen Atmosphäre spiegeln. Dennoch sind die folgenden Seiten so gestaltet, daß sie in Text und Bild einen unverwechselbaren Eindruck von vier Veranstaltungstagen wiedergeben. Plenäre Phasen und die Beiträge und Diskussionen aus den Arbeitsgruppen folgen – um das Lesen zu erleichtern – in zwei Teilen aufeinander und ergänzen sich doch wechselseitig. So rundet sich das Bild eines Kongresses, der zeigt, welche Unterstützung für soziale Kontexte und das Leben im Alltag aus der Verbindung von Erwachsenenbildung und allgemeiner Gesundheitsförderung entstehen kann.

Beate Blättner Anette Borkel Angela Venth



Grußwort von Prof. Dr. Rita Süßmuth, Präsidentin des Deutschen Volkshochschul-Verbandes

Möglichkeiten der Gesundheitsförderung gewinnen im Bereich organisierter Erwachsenenbildung zunehmend an Bedeutung. Volkshochschulen stellen seit Mitte der 80er Jahre eine erhebliche Steigerungsrate der Gesundheitsbildung fest. Diese Nachfrage weist darauf hin, daß Menschen sich aktiver als früher selbst um ihre Gesundheit bemühen und die Unterstützung durch Erwachsenenbildung suchen, um „anders leben zu lernen“.

Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung verdienen heute die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit. Der Kongreß „anders leben lernen“ bietet ein Forum der Begegnung für Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen europäischen Ländern und institutionellen Lernfeldern an. In der direkten Kommunikation lassen sich Erfahrungen über bestehende Angebote und didaktisch-methodische Wege der Gesundheitsbildung austauschen. Neue, kreative Ideen können zwischen den Bereichen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung gemeinsam entwickelt, ihre Realisierung in zukünftigen Kooperationsvorhaben verabredet werden.

Das Programm dieser Konferenz spiegelt mit seinem breiten Themenspektrum die Ziele und das Verständnis der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wider. Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation hat dafür die entscheidenden Impulse gegeben. Konzepte der Gesundheitsbildung gehen immer von der konkreten Person, ihren Lerninteressen und Handlungspotentialen aus. Dies ist die Stärke der Erwachsenenbildung. Dieser Kongreß kann dazu beitragen, solche individuelle Orientierung zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sichtbar werden zu lassen. Gleichzeitig sollten aber die Beziehungen der Menschen zu ihrem Lebensumfeld und ihre Chancen zur Mitwirkung an einer gesundheitsgerechten Umwelt stärker in den Mittelpunkt fachlicher Erörterungen rücken.

Im Interesse einer intensivierten Kooperation zwischen Gesundheitsförderung und Erwachsenenbildung wünsche ich diesem Kongreß, den VeranstalterInnen und allen Mitwirkenden und Teilnehmenden einen produktiven Verlauf und viel Erfolg!

Bonn, im November 1994

Als Einstieg: Die Gesundheitsbildung der Hamburger Volkshochschule

Vor der offiziellen Kongreßeröffnung am Montag konnte bereits der Sonntagabend von allen TeilnehmerInnen als lockerer und entspannter Einstieg genutzt werden. Insbesondere denjenigen, die weite Anfahrtswege zurückgelegt hatten, sollten Möglichkeiten geboten werden, in Ruhe anzukommen, sich zurechtzufinden, Leib und Seele nicht zuletzt auch am Vollwertbuffet zu stärken. Danach standen den KongreßbesucherInnen verschiedene Erfahrungs- und Informationsmöglichkeiten offen:

Angebote zum Reinschauen, Mitmachen, Informieren und Entspannen

Acht verschiedene Körper- und Entspannungsangebote zeigten die Bandbreite der Gesundheitsbildung von Volkshochschulen und ihrer Kooperationspartner. Die TeilnehmerInnen konnten am eigenen Leib erfahren: Atem und Bewegung in der Theaterarbeit für Ältere, Eurythmie, Feldenkrais-Methode, Gedächtnistraining, Integrative Entspannung, Qi Gong, Tai Chi, Hatha Yoga. Daneben stellten sich einzelne Projekte vor, wie z.B. das Hauswirtschaftsprojekt „Arbeit und Qualifizierung“ und das Kurskonzept der Volkshochschulen „Ein anderes Gewicht: Sich annehmen – abnehmen“.



Die Hamburger Volkshochschule und ihre KooperationspartnerInnen

Die Alternative zum Entspannen und Wohlfühlen bestand in einer Gesprächsrunde, in der es um Probleme und Perspektiven der Kooperation in der

Gesundheitsbildung ging. Als KooperationspartnerInnen der Hamburger Volkshochschule waren VertreterInnen dreier Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkasse AOK Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Technikerkrankenkasse Hamburg), dreier Gesundheitsinitiativen (Gesundheitszentrum Sasel, Kneippverein, Tai Chi Zentrum Hamburg) und eine Vertreterin der Koordinations- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) eingeladen.

In der Diskussion erwies sich, daß die Kooperation mit den Gesundheitsinitiativen für die Volkshochschulen in der Regel problemlos abläuft, da Angebotsstruktur und Vorstellung über Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung sehr weit übereinstimmen. Häufig arbeiten sogar in beiden Bereichen dieselben KursleiterInnen. Auch die Vorstellung der Zusammenarbeit mit KISS reizte das Publikum nicht sonderlich zu kritischen Fragen und Anmerkungen. Lediglich die Schilderung des etwas mühevollen Prozesses wechselseitiger Akzeptanz von Arbeitsformen und Bedingungen der beiden PartnerInnen anlässlich des Einzuges einer KISS-Beratungsstelle in das VHS-Haus in Farmsen weckte Erinnerungen bei denjenigen, die ähnliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit von größeren, öffentlichen Einrichtungen und kleinen, nur teilweise professionalisierten Vereinen gemacht haben.

Sehr lebhaft wurde die Diskussion allerdings bei der Frage, wie die Zusammenarbeit mit Krankenkassen gestaltet werden könne. Die überwiegend positiven Erfahrungen der Hamburger Volkshochschule konnten nicht von allen KongreßteilnehmerInnen bestätigt werden. Die verschiedenen Interessen einzelner Kassen, die Konkurrenz unter ihnen und unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheitsförderung behindern oftmals Bemühungen um eine fruchtbringende Zusammenarbeit. Auch unterschiedliche Interessen innerhalb einzelner Kassen, z. B. zwischen der Marketing- und der Präventionsabteilung, wirken sich hemmend auf die Zusammenarbeit mit Volkshochschulen aus. Insbesondere MitarbeiterInnen von kleinstädtischen Volkshochschulen wußten von Problemen zu berichten. Oft gibt es dort nur eine Kasse vor Ort, die quasi marktbeherrschend wirkt und einen nicht unerheblichen Einfluß auf den politischen Bereich hat. Einige TeilnehmerInnen brachten deshalb Bedenken gegenüber einer zu engen Zusammenarbeit mit Krankenkassen vor.

Demgegenüber räumte zwar ein Vertreter einer Krankenkasse ein, daß die derzeitige Situation, nicht zuletzt durch die im Blick auf 1996 zunehmende Konkurrenz zwischen den Kassen, schwierig sei. Er betonte aber auch, daß Know-how und Ressourcen von Volkshochschulen wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung leisteten und daß sie deshalb bei den Kassen als Partnerinnen willkommen seien. Von den meisten VertreterInnen von Volkshochschulen wurde dies letztlich bestätigt und auf die Bereiche hingewiesen, in denen seit langem eine konstruktive Zusammenarbeit möglich ist, wie die Bezuschussung von VHS-Kursen, die Finanzierungsmöglichkeiten von Öffentlichkeitsarbeit sowie Konzepterstellung und auch gemeinsam getragene KursleiterInnenfortbildung.

Als nachahmenswerte Anregung wurde dabei das Vorgehen der Hamburger Volkshochschule aufgenommen, die einmal im Jahr zu einem gemeinsamen Treffen mit VertreterInnen aller interessierten Krankenkassen einlädt und damit einen möglichst

offenen Austausch und Transparenz einzelner Kooperationen anstrebt. Sie versucht so, alle Krankenkassen als gleichwertige Partnerinnen zu behandeln, führt darüber hinaus aber auch klar definierte Projekte mit einzelnen Kassen durch.

Insgesamt bewies dieser Abend, wie groß das Interesse sowohl von Seiten der Volkshochschulen als auch der Krankenkassen am intensiven Gespräch und der Diskussion über Gesundheit, Gesundheitsförderung und konkrete Maßnahmen ist. Zwar reicht das schulterklopfende „Wir ziehen ja alle am gleichen Strang“ nicht als Grundlage für eine zukunftssträchtige Zusammenarbeit aus. Richtig ist aber auch, daß sich gerade im Bereich des Gesundheitswesens sehr unterschiedliche Einrichtungen begegnen. Ihre Chance besteht auch darin, sich über Teile eines gemeinsamen Weges auszuwechseln und verständigen zu müssen. Mit dem Wunsch einiger TeilnehmerInnen, die angesprochenen Aspekte in den nächsten Tagen in den Arbeitsgruppen zu vertiefen, endete die Runde.

Ein Saal voller Menschen, ein Rednerpult auf dem Podium und dennoch überraschende Perspektiven aus Sicht der WHO, der Stadt, der Gesundheitsförderungskonferenz und einer Teilnehmerin der Hamburger Volkshochschule. Durch die Eröffnung führte Rudi Camerer, der Direktor der Hamburger Volkshochschule.

Rudi Camerer

Direktor der Volkshochschule Hamburg

Gäste aus fünfzehn europäischen Ländern, aus Rußland, Ungarn, Rumänien, Polen, der Tschechischen Republik, Lettland, Litauen, Dänemark, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Österreich und der Schweiz kann ich heute hier begrüßen. Anwesend sind VertreterInnen des WHO-Hauptbüros in Genf und des WHO-Regionalbüros Europa in Kopenhagen, eine Vertreterin des Unesco-Instituts für Pädagogik, zahlreiche TeilnehmerInnen aus kommunalen und Landeseinrichtungen, wie Behörden, Ämtern, Krankenhäusern. Das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat Bonn, ist vertreten. Sehr viele TeilnehmerInnen aus dem Selbsthilfebereich sind anwesend. Mehrere politische Parteien, insbesondere aus Hamburg, sind vertreten. Wir können mehrere Mitglieder aus Fachhochschulen und Universitäten und Kolleginnen und Kollegen von mehr als 70 deutschen Volkshochschulen begrüßen.

Die Trägerschaft dieser Konferenz ist etwas kompliziert. Initiatorin und konzeptionelle Ideengeberin war die WHO, Regionalbüro Europa, vor allem Ilona Kickbusch selbst. Geplant, gestaltet und mitfinanziert wurde der Kongreß durch das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE/DVV) in der Person von Angela Venth, dem Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens, vertreten durch Beate Blättner, und der Hamburger Volkshochschule mit ihren MitarbeiterInnen Anette Borkel und Peter Wenzel, die alle gemeinsam die Initiative von Frau Kickbusch aufgegriffen haben. Die Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg stellte nicht nur viel Geld zur Verfügung, sondern war über das Amt für Gesundheit der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales auch an der konzeptionellen Arbeit beteiligt. Unsere eigene Fachbehörde, die Behörde für Schule, Jugend und Bildung, hat die Tagung mit unterstützt. Wir danken für die Unterstützung der Vorbereitung dem schweizerischen und dem österreichischen Volkshochschul-Verband, den Gesundheitsförderungs-Experten Alf Trojan und Helmut Milz. Wir danken dem Institut für internationale Zusammenarbeit des DVV, das über das Auswärtige Amt sicherstellte, daß unsere Gäste aus Ost- und Südost-Europa hier teilnehmen können.

Die Tagung wird eröffnet durch Frau Helgrit Fischer-Menzel, die Senatorin für Gesundheit, Arbeit und Soziales der Stadt Hamburg. In ihrem Haus wurde durch Herrn Lettau, den Leiter des Gesundheitsamtes, die Idee der Gesundheitsförderungskonferenz geboren. Seitdem wurde dieses Projekt dort immer tatkräftig und finanziell unterstützt. Die Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg hat sehr viel mit unserem thematischen Rahmen zu tun.

Wir freuen uns sehr, Frau Ilona Kickbusch bei uns begrüßen zu können. Von ihr ging die Idee zu diesem Kongreß aus, und sie hat die Vorbereitung ständig begleitet. Wir freuen uns nach ihrem Wechsel in das Hauptbüro der WHO in Genf um so mehr, daß sie den gesamten Kongreß bei uns verbringen wird.

Ich darf ihnen Herrn Bialas ankündigen, er war selber eine Zeitlang Senator der Stadt Hamburg und ist zur Zeit Präsident der Ärztekammer und als Vorsitzender der Gesundheitsförderungskonferenz ganz entscheidend daran beteiligt, das bisher einmalige Experiment „Gesundheitsförderungskonferenz“ auf einen guten Weg zu bringen.

Gesundheitsförderung hat mit der Selbstbestimmung der Menschen als Experten ihrer eigenen Lebenssituation zu tun. Für uns als Volkshochschule lag es deswegen nahe, die TeilnehmerInnen unserer Einrichtung zu Wort kommen zu lassen. In Hamburg haben wir eine gewählte Teilnehmervertretung. Nichts lag näher, als Frau Mehltau, die gewählte Teilnehmervertreterin der Hamburger Volkshochschule, zu bitten, zu unserem Thema hier Stellung zu nehmen.

Anschließend kommen wir zu einem ersten Referat, das sich mit einer Bestandsaufnahme der Gesundheitsförderung im Rahmen von Erwachsenenbildung befaßt. Die Referentin, Angela Venth, muß ich in der VHS-Szene jedenfalls nicht vorstellen. Sie ist im Deutschen Institut für Erwachsenenbildung (DIE/DVV) in Frankfurt Koordinatorin der Arbeitseinheit Kultur und Lebenswelt und seit vielen Jahren in der Gesundheitsbildung engagiert.

Angesichts dieser kompetenten Gruppe von OrganisatorInnen und Konzeptierenden hoffen wir, daß wir alle gemeinsam etwas Gutes aus dieser Konferenz machen werden.



Helgrit Fischer-Menzel

Senatorin für Gesundheit, Arbeit und Soziales der Stadt Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste,

ich freue mich, Ihnen zur Eröffnung des Kongresses „anders leben lernen“ hier in der Karl-Schneider-Halle der Hamburger Volkshochschule die Grüße des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg überbringen zu können. Ich freue mich, daß Sie unsere Stadt zu ihrem Tagungsort gewählt haben. Die kommenden Tage stehen unter dem Motto „anders leben lernen“. Unter der Überschrift kann das Kongreßziel lauten: „Gesünder leben lernen“. Das jedoch gemeinsam zu erreichen ist nicht einfach, denn, so wußte schon Immanuel Kant: „Ein jeder hat eine andere Art, gesund zu sein“.

Wie also kann die Gesundheit aller und damit die Gesundheit für alle wirksam gefördert werden? Hier meine ich, müssen drei Grundsätze unser Handeln leiten.

1. Die Menschen brauchen ein höheres Maß an Selbstbestimmung.
2. Die Menschen müssen ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen, artikulieren und verwirklichen können.
3. Die Menschen müssen ihr Lebensziel aktiv mitgestalten bzw. verändern können.

Doch über diese wesentlichen Voraussetzungen einer gesunden Lebensführung hinaus müssen wir uns zunächst mit der Frage beschäftigen: „Wer kann überhaupt gesund leben?“ Heute bestreitet niemand mehr, daß eine soziale Benachteiligung des Menschen auch Ursache für seinen vergleichsweise schlechteren gesundheitlichen Zustand ist. Einfach ausgedrückt: Wer arm ist, ist eher krank; wer reich ist bzw. gut lebt, hat größere Chancen, gesund zu bleiben und länger zu leben.

Auswertungen von schulärztlichen Untersuchungen in Hamburg weisen nach, daß sozial benachteiligte SchülerInnen aus Haupt- und Realschulen öfter krank sind, vermehrt verunglücken, häufiger ins Krankenhaus müssen, einen schlechteren Impfschutz haben und sich darüber hinaus weniger gesundheitsgerecht verhalten als MitschülerInnen in Gymnasien. Einschulungsuntersuchungen der letzten Jahre in Hamburg haben ergeben, daß bei Kindern, deren Eltern arbeitslos oder deren Väter angelernte Arbeiter sind, mit Abstand am häufigsten behandlungsbedürftige Befunde erkannt werden. In Hamburg liegt in den sog. sozialen Brennpunkten die Zahl der Kinder, denen nach Einschulungsuntersuchungen ein Arztbesuch empfohlen wird, deutlich über dem Hamburger Durchschnitt. Die höchste Sterblichkeit in Hamburgs Bezirken wird dort ausgewiesen, wo das mittlere Einkommen am geringsten ist. Unterdurchschnittliches Einkommen, Langzeitarbeitslosigkeit, steigende Kriminalität, Verfall der Bausubstanz sowie beträchtliche Verkehrsprobleme bestimmen das Leben der BewohnerInnen in diesen Stadtteilen. Die Häufung von Problemen in diesen Quartieren überfordert zunehmend die Menschen,

ihre Schwierigkeiten selbständig oder mit Hilfe von Beratungseinrichtungen zu lösen.

Somit ist Rudolf Virchows bereits Mitte des letzten Jahrhunderts formulierte Forderung nach wie vor ein aktuell umzusetzender Auftrag: Wohlstand, Erziehung und Freiheit sind gleich zu verteilen.

Dieser Empfehlung folgt heute die WHO. In ihrer gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit für alle“ steht die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich an der Spitze der achtunddreißig benannten Ziele. Dort, wo für die betroffenen Menschen ihr Problemdruck übermächtig wird, schwinden die eigenen Möglichkeiten, die Sorgen selbst zu bewältigen. Erschwert wird das durch zunehmende soziale Isolation, einen Mangel an einem verlässlichen Kreis von Verwandten, Freunden oder Nachbarn, die entlastend und helfend zur Seite stehen können.



Für die hier bestehenden sozialen und gesundheitlichen Probleme müssen wir konkrete Lösungen entwickeln und anbieten. Hier ist nicht der Umbau des Sozialstaates, sondern die qualitative Fortbildung des Sozialstaates gefragt. Wir müssen uns auf unsere gesamt-gesellschaftliche Solidarität und Verantwortung besinnen. Wir müssen den Eigenwert von Humanisierung der Arbeit und gesellschaftlicher Verantwortung jedes einzelnen stärken, statt allein kurzfristigen Kosten-Nutzen-Anforderungen, Effizienz um jeden Preis zu genügen. Wer von Solidarität spricht, klingt inzwischen fast konservativ, das könnte sich rächen. Beschäftigungs- und Wohnungsmarktpolitik sind Politikfelder, über die der Sozialstaat wirksam weiterentwickelt werden kann.

Viele Länder und Gemeinden leisten hier im Rahmen ihrer Möglichkeiten Beispielhaftes. Ich denke da auch an das überwiegend aus dem Hamburger Haushalt finanzierte Programm „Tariflohn statt Sozialhilfe“. Dieses Programm der Hilfe zur Arbeit nach dem Bundessozialhilfegesetz ist seit mehr als einem Jahrzehnt richtungweisend in der BRD. In den über zehn Jahren seines Bestehens hat es mehr als 7.500 ehemals von Sozialhilfe abhängigen Menschen zu qualifizierter Beschäftigung verholfen. Und das gerade vor zehn Tagen von mir gemeinsam mit der Handwerkskammer Hamburg gestartete Programm der Lohnkostenförderung ist

Wer arm ist, ist eher krank; wer reich ist bzw. gut lebt, hat größere Chancen, gesund zu bleiben und länger zu leben.

eine weitere beschäftigungspolitische Maßnahme, die einen Zuschuß in Höhe der jeweiligen Sozialhilfe zu den Lohnkosten vorsieht, wenn private Arbeitgeber einen Sozialhilfeempfänger einstellen. Starthilfe und Mitgift für einen Neuanfang. Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramme dieser Art erfüllen die eingangs von mir benannten grundsätzlichen Voraussetzungen für erfolgreiche Gesundheitsförderung. Durch sie gewinnen die Menschen ihre Fähigkeit zurück, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten. Das ist die wichtigste Voraussetzung für eine gesunde Lebensführung.

Doch diese gesundheitsfördernde Kompetenz kommt nicht von allein. Sie muß gelernt und erlebt werden. Sie wächst aus der aktiven Teilnahme am sozialen Leben. Wir müssen Voraussetzungen schaffen, daß BürgerInnen ein höheres Maß an Selbstbestimmungsmöglichkeiten erfahren. Dazu gehören Kommunikation und Unterstützung in zugänglichen Orten. So bieten z.B. die Volkshochschulen den Ort und die Gelegenheiten, sich mit anderen Menschen gemeinsam über alle erdenklichen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen. Da freut es mich besonders, daß die Hamburger Volkshochschule mit der Gesundheitsförderung einen besonderen Schwerpunkt in der Erwachsenenbildung setzt. Ich hoffe, daß dieses Angebot viel Beachtung und großes Interesse findet.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen, daß die Referate dieser Tagung zu interessanten Diskussionen anregen. Ich hoffe, daß diese Wege und Möglichkeiten zeigen, anders leben zu lernen. Denn anders leben lernen heißt, aufmerksamer, verantwortlicher, gesünder und solidarischer zu leben.

Ich bin gespannt auf die Ergebnisse ihres Kongresses und wünsche Ihnen viel Erfolg.

Ilona Kickbusch

Direktorin der Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Hauptbüro der WHO, Genf

Sehr geehrte Frau Senatorin,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie im Namen der WHO hier begrüßen zu können, besonders im Namen des Europabüros, das hier durch Herrn Krech repräsentiert ist. Ich selber arbeite inzwischen in Genf in der WHO-Hauptverwaltung und freue mich, daß ich bei der Ausgestaltung dieser Idee, an der Frau Venth und ich ursprünglich gearbeitet haben, dabei sein kann. Ein Kongreß ist nie nur die Idee einer einzigen Person. Gute Ideen kommen zustande, wenn bestimmte Konstellationen richtig sind und es Funken gibt und man sagt: „Ja, hier sollte man das machen“. Darum sind wir hier.

Es ist auch kein Zufall, daß zwei Frauen die Initiative ergriffen haben. Viele der Erfahrungen in der Gesundheitsbildung wie in der Gesundheitsförderung kommen aus den Erfahrungen der Frauenbewegung und der Frauengesundheitsbewegung.

Es haben also mehrere Dimensionen zu diesem Kongreß geführt: Zum einen von seiten der WHO das Gefühl, daß von den Handlungsbereichen der Ottawa-Charta der Bereich „Persönliche Kompetenzen stärken und ausbilden“ immer ein bißchen kurz gekommen ist. Das ist relativ einfach daraus zu erklären, daß sich der Bereich Gesundheitsförderung immer wieder manifestieren muß gegen ein manchmal zu enges Konzept von Risikoverhalten und individuellem Verhalten. Deshalb hat die WHO insbesondere auf die strukturellen Dimensionen des Gesundheitsbegriffs, auf den Einfluß der Umwelt und der sozialen Ungleichheiten hingewiesen.

Aber zugleich geht es stets auch um die Frage: Was kann das Individuum, die soziale Gruppe tun, um die Umwelt zu gestalten, und wie kann das aktiv geschehen? Die Volkshochschulen spielen im deutschsprachigen Raum eine besonders wichtige Rolle in der Gesundheitsbildung. Sie sind ein geeigneter Partner, um den Fragen nachzugehen: Wo und wie findet Gesundheitslernen eigentlich statt? Welches sind diese sozialen Orte des Lernens? Wie beziehen sie sich aufeinander? Es gibt das spontane Lernen aufgrund von Erfahrungen, es gibt das informelle Lernen in der Familie, in der sozialen Gruppe, es gibt die vielen selbstorganisierten Formen, wie in der Selbsthilfebewegung, und es gibt diejenigen Lernerfahrungen, die von sozialen Institutionen organisiert werden.

Wie auch der Literaturüberblick zeigt, der für diese Tagung im Vorfeld hergestellt worden ist, wissen wir relativ viel bzw. haben zumindest relativ viel Literatur darüber, wie Lernen für Kinder und Jugendliche abläuft. Die systematische Betrachtung des Lernens von Erwachsenen, über die klassische Literatur der Gesundheitserziehung hinaus, da klafft eine Lücke, die dieser Kongreß ein wenig schließen soll.

Ich selber war im Rahmen der Vorbereitung erstaunt über das Ausmaß des Angebotes der Volkshochschulen zum Gesundheitslernen und zur



Viele der Erfahrungen in der Gesundheitsbildung wie in der Gesundheitsförderung kommen aus den Erfahrungen der Frauenbewegung und der Frauengesundheitsbewegung.

Kompetenzerweiterung. Es war bestimmt kein Zufall, daß der erste deutsche Gesundheitsförderungspreis vor ein paar Jahren an ein VHS-Projekt gegangen ist, an das Projekt TU WAS, das sich auf typische Weise mit Umweltfragen beschäftigt hat, nämlich Wasserqualität. Das zeigt zugleich die Komplexität, daß das Gesundheitslernen im Rahmen der Volkshochschule nicht immer nur auf „meine eigene“ Entwicklung bezogen ist, sondern ebenfalls schon nach außen geht und versucht, den eigenen Lebensraum zu verändern. Diese kommunale Nähe der Volkshochschule ist sehr zentral, wenn man den Ausgangspunkt der Ottawa-Charta akzeptiert, daß Gesundheit dort stattfindet, dort hergestellt wird, wo man alltäglich lebt. Dann gilt es, unterstützende Systeme und Organisationen zu haben, die es ermöglichen, in diesem Rahmen handeln zu können.

Ein weiterer Punkt, der uns wichtig war, war der Aspekt, den die WHO „Intersektoralität“ nennt, also das Einbinden anderer Bereiche in die Gesundheitsarbeit. Dies ist strategisch bedeutsam für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung. Was bedeutet die Ausweitung von Gesundheitsbildung in einem Bereich, der nicht in das Gesundheitssystem integriert ist? Wie wirkt das auf diesen Bereich zurück? Was hat diese Ausweitung von Gesundheitsbildung für die Volkshochschulen bedeutet, für ihr Programm, für ihre Selbstwahrnehmung, für ihre Zukunftsideen? Welche Potentiale und Grenzen hat es hier gegeben, und welche kann es in Zukunft geben? Welche Vorteile ergeben sich innerhalb eines Rahmens, der nicht von vornherein von der Gesundheits- und Medizindiskussion definiert ist? Ermöglicht das, Gesundheit anders anzugehen und anders zu sehen, ganzheitlicher, dynamischer, im Alltag verankerter, vielleicht auch unprofessioneller?

Mit der institutionellen Frage verbindet sich natürlich auch die Ressourcenfrage. In der Gesundheitspolitik in Deutschland wie auch anderswo tritt die Finanzierungsfrage immer mehr in den Vordergrund, nicht zuletzt durch das Gesundheitsreformgesetz. Für die Gesundheitsförderung stellt sich die Finanzierungsfrage besonders akut, vor allem für jene Gesundheitsförderungs- und Gesundheitsbildungsangebote, die nicht nur auf eine Institution oder eine Kasse bezogen sind. Damit stellt sich zugleich auch die weitergehende Frage, wie Zusammenarbeit vorangetrieben und eine vielleicht fehlgeleitete Konkurrenz vermieden werden kann. Wenn die Mittel knapper werden und die Anbieter der Gesundheitsförderung sich ausweiten, dann ergibt sich hier ein Konkurrenz- oder Marktmodell, das nicht unbedingt zukunftsweisend ist. Eine Frage, die wir hier auf diesem Kongreß angehen müssen, lautet: Wie kann Gesundheitsförderung zu einem gemeinsamen Angebot verschiedener Trägern und Akteuren werden, mit unterschiedlichen Schwerpunkten?

Eine dritte Frage war uns als internationale Organisation natürlich wichtig: Wie ist es im internationalen Raum? Wie kann man die Erfahrungen der Volkshochschulen im Bereich Gesundheitsbildung auch auf europäischer Ebene vergleichen? Dazu wird der Kongreß durch die internationale Beteiligung Möglichkeiten bieten.

Wir haben uns gefreut, daß Hamburg den Kongreß aufgenommen und ausgerichtet hat. Es hat schon mehrere mit der WHO verbundene Gesundheitskongresse in Hamburg gegeben, es gibt also hier eine Tradition der Diskussion, eine Tradition der Gesundheitsförderung in Hamburg selbst, z.B. durch die Institutionalisierungsform einer Gesundheitsförderungskonferenz.

Der Titel „anders leben lernen“ hängt mit dem zusammen, was im Rahmen der ganzen Modernisierungsdebatte Ulrich Beck als die zentrale politische Frage definiert hat: „Wie wollen wir leben?“ Wenn wir uns diese Frage stellen, dann wollen wir nicht nur gesund leben, sondern auch lebendig leben.

Der Literaturüberblick, den sie bekommen haben, zeigt deutlich, daß es mit dem Konzept Gesundheit nicht so einfach ist und daß es auch mit dem Begriff der Gesundheitsförderung seine Tücken und seine Grenzen hat.

Drei Fragen können helfen, die Diskussion zu strukturieren:

- Wo wird Gesundheit hergestellt, und wer kann zusammenwirken, um sie herzustellen?
- Welches sind die Investitionen, die helfen, Gesundheit herzustellen, in welches System soll investiert werden? Es wird immer klarer, daß die Erziehungs- und Bildungssysteme hier eine zentrale Rolle spielen.
- Helfen diese Strategien, soziale Ungleichheiten abzubauen, und sichern sie auch die Rechte und die Menschenwürde derjenigen, die zu mehr Gesundheit herangeführt werden sollen?

Gesundheit ist ein Muster, das aus sehr viel verschiedenen dynamischen Momenten zusammengesetzt wird und das immer wieder neu hergestellt und konstituiert werden muß. Deshalb suchen wir gemeinsam nach dynamischen Konzepten, die offen genug sind, neue Fragen zuzulassen. Unsere Gesellschaften verändern sich, besonders auffällig ist die Zunahme der sozialen Ungleichheiten. Gesundheitsförderungsstrategien dürfen nicht so aufgebaut sein, daß sie diejenigen noch gesünder machen, die sowieso schon mehr Zugang zur Gesellschaft und Gesundheit haben und die von vornherein viel mehr Wahlmöglichkeiten haben, anders zu leben.

Ich danke ihnen und wünsche Ihnen viel Erfolg.

Frau Senatorin, Frau Dr. Kickbusch, meine sehr verehrten Damen und Herren,

für den Vorstand der Gesundheitsförderungskonferenz heiße ich Sie alle hier herzlich willkommen.

Weil ich den Eindruck habe, daß überwiegend auswärtige und ausländische Gäste hier sind, vielleicht zu Beginn zwei, drei Worte über die Gesundheitsförderungskonferenz in Hamburg. Sie ist auf Betreiben und unter starker Mitwirkung der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales durch den dortigen Leiter, Herrn Lettau, vor mehr als drei Jahren ins Leben gerufen worden und umfaßt heute etwa 45 verschiedene Institutionen. Das reicht von Arbeitskreisen, die sich unter dem „healthy city“-Programm der WHO einmal gebildet haben, und Selbsthilfegruppen bis zu Vereinen, Verbänden, Kammern und in Hamburg eben auch Krankenkassenverbänden. Für diejenigen, die in anderen Städten und Regionen so etwas planen, ist ganz wichtig, daß die Krankenkassenverbände sich gemeinsam bereit erklärt haben, einen Betrag für die Förderung dieser Gesundheitsförderungskonferenz aufzubringen. Er ist in der gleichen Höhe wie der Betrag, der vom Staat der Freien und Hansestadt Hamburg zur Verfügung gestellt wird. Es ist ein sehr erfreuliches Zeichen, daß sich das Gesundheitsreformgesetz, das Gesundheitsförderung als eine Pflichtaufgabe auch der Krankenkassen benennt, hier so auswirkt, daß die eigenen Werbeüberlegungen der einzelnen Kassen zurückgestellt wurden, um gemeinsam mit anderen Organisationen diesen Gesamtgedanken der Gesundheitsförderung zu verbessern.

Ich danke aber auch der Hamburger Volkshochschule, daß sie den Rahmen für diesen Kongreß geschaffen hat, der die Möglichkeit bietet, auch über Hamburg hinaus die Gedanken der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsförderungskonferenzen zu propagieren.

Es wurde darauf hingewiesen, daß es die Charta von Ottawa war, die den Gedanken der Gesundheitsförderung zunächst aufnahm und die 38 Thesen auch mit Leben erfüllte. Es ist kein Wunder, daß die Ottawa-Charta ausging vom Gesundheitsbegriff der WHO, der bekanntlich Gesundheit nicht nur als das Freisein von körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden versteht, sondern als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens.

Für uns Ärzte war dies Neuland. Wir haben etwa seit 200 Jahren mit der Entwicklung der Natur- und medizinischen Wissenschaften gelernt, wie man immer besser Krankheiten erkennt und auch behandelt. Wir haben verlernt, und das sage ich als Arzt selbstkritisch, daß zu uns sowohl in die Praxis als auch ins Krankenhaus nicht eine Lungenentzündung oder ein Magengeschwür kommt, sondern Frau Meyer und Herr Schulze. Um es deutlich zu sagen: Wir müssen jetzt den anthropologischen

Kern dieses Gesundheitsbegriffes überhaupt wieder lernen und auch unseren jüngeren Kollegen dieses beibringen.

Ich glaube, daß wir uns darüber klar sein müssen, daß es neben diesem biologisch-anthropologischen Begriff und dem philosophischen auch einen politischen gibt, und – darauf haben Frau Dr. Kickbusch und Frau Senatorin Fischer-Menzel hingewiesen – dieser weite Gesundheitsbegriff umfaßt nahezu alle Bereiche unseres städtischen Lebens. Natürlich gehört die gesamte Sozialpolitik dazu, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, auch der Wohnungsbau, der Verkehr, unsere Umwelt insgesamt, die Erziehung spielt eine Rolle, und selbstverständlich hat auch Arbeitslosigkeit einen gewaltigen Einfluß auf unser soziales Wohlbefinden. Die Gesundheitsförderungskonferenz will jetzt, ähnlich wie dieser Kongreß, sich bemühen, die verschiedenen Aspekte zusammenzuführen und dafür zu sorgen, daß die unterschiedlichen Anstrengungen nicht nebeneinander oder gar gegeneinander laufen.



Es ist ein sehr erfreuliches Zeichen, daß sich das Gesundheitsreformgesetz, das Gesundheitsförderung als eine Pflichtaufgabe auch der Krankenkassen benennt, hier so auswirkt, daß die eigenen Werbeüberlegungen der einzelnen Kassen zurückgestellt wurden, um gemeinsam mit anderen Organisationen diesen Gesamtgedanken der Gesundheitsförderung zu verbessern.

Die Gesundheitsförderungskonferenz hat auch einen emanzipatorischen Hintergrund insofern, weil wir deutlich machen, daß der einzelne selbst dazu beitragen kann, daß die Gesundheit insgesamt des einzelnen wie der Gesellschaft sich bessert, daß dieses aber auch eine Aufgabe ist. Insofern treffen sich die Aufgaben der Volkshochschulen und die Arbeit der Selbsthilfegruppen mit dem, was die Gesundheitsförderungskonferenz tut. Hier ist es möglich, die Gesundheit umfassend zu beeinflussen, wenn es uns gelingt, dem einzelnen Mitbürger, der einzelnen Mitbürgerin deutlich zu machen, daß es auch bei der Gesundheitsförderung keinesfalls nur um ein besseres Verhalten geht, sondern ebenfalls um die Verbesserung der Verhältnisse.

Wir müssen unser Gemeinwesen dazu bringen, sich gesundheitsfördernd zu verhalten, wie wir uns selbst natürlich auch. Ich hoffe, daß dieser Kongreß dazu beiträgt, daß uns dies gemeinsam gelingt.



Ellen Mehldau

Teilnehmervvertreterin der Hamburger Volkshochschule

Warum sollte ausgerechnet ich, eine Teilnehmerin der Hamburger Volkshochschule wie tausend andere, an einem Fachkongreß teilnehmen?

Als ich vor einiger Zeit gebeten wurde, im offiziellen Begrüßungsteil dieses heute beginnenden Kongresses ein paar Worte zu sprechen, war ich doch etwas überrascht von diesem Angebot. War ich da nicht eigentlich fehl am Platz? Warum sollte ausgerechnet ich, eine Teilnehmerin der Hamburger Volkshochschule wie tausend andere, an einem Fachkongreß teilnehmen, auf dem sich ausgesuchte Experten aus den verschiedenen Wissenschaftsrichtungen über wichtige Probleme der Erwachsenenbildung im Bereich Gesundheitsförderung austauschen würden?

Ich habe mir dann das Kongreßprogramm genauer angesehen und fühlte mich von einigen Themen sehr direkt angesprochen. Ich gewann nun den Eindruck, daß sich hier Fachleute auch einmal mit dem ganz gewöhnlichen Alltag in Volkshochschulen intensiv beschäftigen wollen und daß offensichtlich die Menschen im Mittelpunkt ihres Interesses stehen. Das ist auf Fachkonferenzen nicht immer der Fall. Als ich mir dann die Themen der Arbeitsgruppen angesehen habe, „Einmischen statt bilden“, „Alles Gute kommt von unten“, „Von Mensch zu Mensch“, war ich mir eigentlich sehr sicher, daß dieser Kongreß dazu dienen wird, das, was tatsächlich an Volkshochschulen geschieht, nämlich die Kurse, die Veranstaltungen oder den Austausch, der hier zwischen so vielen Menschen stattfindet, zu betrachten, zu diskutieren und weiter in einem fortschrittlichen Sinne zu verbessern. Auf einmal fühlte ich mich nicht mehr fehl am Platz, und so stehe ich hier und begrüße Sie sehr herzlich.

Susan Sontag sagt in ihrem Buch „Krankheit als Metapher: „Krankheit ist die Nachtseite des Lebens. Eine eher lästige Staatsbürgerschaft. Jeder, der geboren wird, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden, eine im Reich der Kranken. Und wenn wir alle es auch vorziehen, nur den guten Ruf zu benutzen, früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen, wenigstens eine Weile, sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen.“ Ich bin eine Bürgerin jenes anderen Ortes. Vor einigen Jahren erkrankte ich an Krebs, die Krankheit ertappte mich mit ungeheurer Wucht und stellt alles in Frage, was bis dahin mein Leben geleitet hatte. Erst langsam begriff ich, daß in diesem Ereignis nicht nur eine lebensbedrohliche Gefahr lag, sondern auch eine Chance. Die Chance, mein Leben zu verändern. Es galt, das eigene Denken über den Wert der Dinge in der Welt zu überprüfen, falsche Vorstellungen über Bord zu werfen, die Frage nach dem wahren, eigenen Ich immer wieder neu zu formulieren. Geholfen haben mir dabei auch die Gesundheitskurse der Volkshochschule, z.B. Taijiquan und Feldenkrais.

Das Bedauerliche aber ist, daß ich erst so krank werden mußte, um anders leben zu lernen. Hätte ich das vermeiden können? Ein Satz von Eugen Roth kommt mir seitdem immer wieder in den Sinn: „Lieber beugt der Mensch, der Tor, sich vor Krankheit, als ihr vor“. Dieser Kongreß wird uns helfen, zu erkennen, daß Gesundheit nicht ausschließlich Gnade, Glück oder Zufall und daß Krankheit nicht Strafe, Unglück oder Schicksal ist, sondern daß Gesundheit wie Krankheit durch persönliches Verhalten erheblich beeinflußt werden kann.

Ganz besonders freue ich mich, daß die Selbsthilfegruppen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Denn nach Jahrzehnten, in denen Krankheit nur als individuelles Schicksal der davon Betroffenen begriffen worden ist, wird in diesen Gruppen das verschüttete Gefühl für den Mitmenschen wieder aktiviert und die Bereitschaft zur Hilfe für den anderen neu belebt.

So wünsche ich allen KongreßteilnehmerInnen viel Erfolg, wenn sie jetzt an die Arbeit gehen. Den MitarbeiterInnen der Volkshochschule sage ich meinen Dank für die Mühe, die sie auf sich genommen haben, um mit einfachen Mitteln diesem alten Schulgebäude eine Atmosphäre zu geben, die die Arbeit beflügelt, die Kontakte fördert und auch das leibliche Wohl nicht zu kurz kommen läßt. Uns allen wünsche ich drei interessante und menschlich bereichernde Tage, so daß wir am Mittwoch mit einem guten Gefühl und vielen neuen Ideen nach Hause fahren können.

Gesundheit versteht sich nicht von selbst Förderungsmöglichkeiten durch Erwachsenenbildung

Angela Venth

Der Blick zurück in die Geschichte kann helfen, Vorstellungen für die Zukunft zu entwickeln. Dieser Hoffnung gab Angela Venth Nahrung, indem sie nicht nur die Geschichte und Bedeutung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen beschrieb und einige AkteurInnen der Gesundheitsförderung mit den Teilnahmezahlen überraschte, sondern auch die Bedingungen für den Erfolg der Gesundheitsbildung analysierte. Darüber wurde deutlich, welche Chancen Bildung für die Gesundheitsförderung bietet.

Mit der Zeitverknappung, die wir uns auch in der Erwachsenenbildung zunehmend selbst einhandeln, verengt sich das Wahrnehmungsvermögen und verliert sich die Erinnerung. Um mit der Bewußtheit für Vergangenes Vorstellungskraft für die Zukunft zu beleben, möchte ich Aspekte aus der Entstehungsgeschichte der Gesundheitsbildung nachzeichnen. Damit erhalte ich gleichzeitig die Gelegenheit, den anwesenden Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern etwas von der deutschen Entwicklung der Gesundheitsbildung mitzuteilen.

Von der Erziehung zur Bildung

Zahlreiche gesundheitsunterstützende Projekte und Programme vergangener Jahre bezogen sich zur Begründung auf die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. Ganz offensichtlich weitete die Ottawa-Charta durch Konkretisierung des Gesundheitsverständnisses der WHO die Perspektive für potentielle Handlungsfelder zur Förderung von Gesundheit. Die fünf Aktionsbereiche der Empfehlung seien noch einmal vor Augen geführt:

„Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:

- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln
- gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu unterstützen
- persönliche Kompetenzen zu entwickeln
- die Gesundheitsdienste neu zu orientieren.“

Diese Impulse wurden auch im Bereich organisierter Erwachsenenbildung mit Neugier und wachsendem Interesse zur Kenntnis genommen und in spezieller Weise in die erwachsenenpädagogische Arbeit übersetzt. Am Beispiel der Arbeit von Volkshochschulen kann gut deutlich werden, wie sich Erwachsenenbildung der Idee von Gesundheitsförderung annahm und sie nach eigenen Möglichkeiten ausgestaltete.

Ich versetze mich zurück in die Zeit zu Beginn der 80er Jahre. Gesundheitsbezogene Themen gehör-

ten zwar seit längerem zum Angebotsspektrum der Volkshochschulen, man erledigte sie aber eher nebenbei in Vorträgen und vereinzelt Kursen. *Gelehrt* – mit Vorliebe untermalt von drastischem Lichtbildmaterial – wurde vor allem das, was Krankheiten verhüten sollte. Das Modell der Risikofaktoren lieferte den ehernen Bezugsrahmen für Botschaften, die ein Bild vom Menschen als Bedrohung seiner selbst übermittelten. Solche *Gesundheitserziehung*, wie man sie folgerichtig etikettierte, berief sich auf Gefahren und mahnte an Pflichten. Was zur Krankheitsverhütung aufklärend angeboten wurde, stimmte alles in allem eher lustlos und stieß dementsprechend auf geringe Nachfrage. Einzelne Kursleiterinnen und Planerinnen, die aus der Frauenbewegung in die Institutionen kamen, kritisierten allerdings bereits damals energisch diese phantasielos überlieferten Erziehungsstandards.

Rings um die Volkshochschulen und andere Erwachsenenbildungseinrichtungen formierte sich derweil eine höchst lebhafteste Gesundheitsszene, die in den „Gesundheitstagen“ ihre Diskussionszentren und inhaltlichen Kristallisationspunkte fand. Die Vorstellung von aktiver Gesundheitsförderung wurde zum Synonym für nachdrückliche politische Forderungen nach mehr Demokratie im Gesundheitswesen, nach Mitbestimmung und dem Recht auf eigene Verfügung über Gesundheitsbelange. An den Gesundheitsbegriff band sich Widerstand gegen fremde medizinwissenschaftliche Herrschaft und externe Definitionsmacht. „Gesundheit ist mehr“, lautete z.B. – ganz im Sinne damaliger Neubestimmungen – das Motto einer großen, von Alf Trojan initiierten Tagung in Hamburg, das freie und etablierte Gruppierungen, u.a. auch Professionelle aus der Erwachsenenbildung, zur sozialen Vernetzung aufrief. Den Paradigmenwechsel vom Krankheitsbezug zur Gesundheitsorientierung, von der Fremd- zur Selbstbestimmung leitete auf breiter Basis eine gesellschaftspolitisch ausgerichtete Gesundheitsbewegung ein, deren Geschichte noch nicht geschrieben ist und doch bereits vergessen zu werden droht. Entscheidenden Anteil an der Prägung eines anderen, erweiterten, sozial wie subjektiv unterstützenden Gesundheitsverständnisses hatte die Frauengesundheitsbewegung, die ihren Einfluß bis heute nicht verlor und aktuell wieder an

Was zur Krankheitsverhütung aufklärend angeboten wurde, stimmte alles in allem eher lustlos.

Kraft und Handlungsfähigkeit gewinnt. Ihre Vertreterinnen fanden in jenen Jahren häufig Resonanz und Wirkungsmöglichkeiten in etablierten Bildungseinrichtungen. Diese zeigten sich den neuen Ideen gegenüber teils aufgeschlossen, teils irritiert, maßen aber den leisen, persönlichkeits- und alltagsbezogenen Formen des Aufbegehrens gegen autoritäre kulturelle Muster letztlich wenig Gewicht bei.

Wissenschaftlichen Befunden zur Gesundheit war Mitte der 80er Jahre für Ziele und Konzepte der Erwachsenenbildung wenig zu entnehmen. Hilfreich wurden vereinzelte Analysen, die die gewohnten Bahnen medizinwissenschaftlichen Denkens und Diagnostizierens kritisch nach dem zugrundeliegenden Menschenbild hinterfragten und darin die Ideologie des „Teile und herrsche“ als omnipotenten Ausdruck des Willens zur Kontrolle über menschliches Leben bloßlegten. Daneben existierte eine Fülle von Literatur zur sozialen Prävention, die aber – mit makrostruktureller Blickrichtung – die persönlichkeitsstärkenden, emanzipatorischen Chancen der Erwachsenenbildung außer acht ließ. Allenfalls nahm man den Bildungsbereich als strukturellen Faktor für den Entwurf einer präventiven Gesamtstrategie zur Kenntnis.

Wie sehr stritten Fachspezialisten doch in jenen Jahren über richtige und falsche Wege der Gesundheitsförderung: Gesundheit verstand sich keineswegs von selbst. Die Grenzen zwischen Traditionalisten und widerständig Engagierten schienen theoretisch klar gezogen zu sein. Doch fehlte solchen in internen Zirkeln heftig geführten Auseinandersetzungen die Verankerung in der Praxis der Gesundheitsbewegung und in der Lebenspraxis von Menschen. Häufig genug vertrockneten die Diskurse auf grünen Tischen oder liefen auf abstrakten Wegen ins Leere.

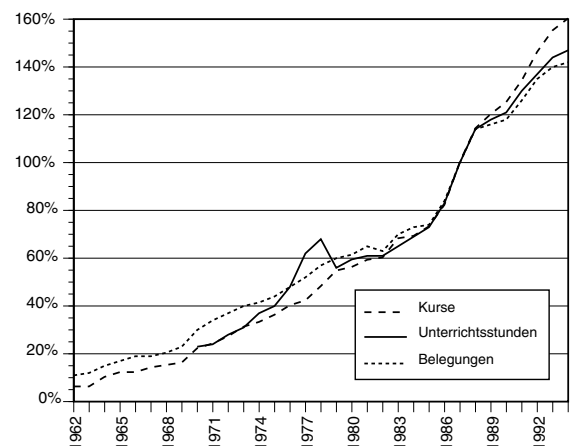
Was das Selbst- und Aufgabenverständnis organisierter Erwachsenenbildung *intensiv* beeinflusste, war der Gesundheitsbegriff der WHO, als Definition aus dem Jahr 1946 heute allgemein bekannt. Ilona Kickbusch wies 1982 auf seinen Sinn und utopischen Gehalt hin. Sie präziserte die positiven Merkmale, korrigierte begriffliche Mißverständnisse und klärte auf diese Weise die soziale Relevanz von Gesundheitsförderung in einer Weise, die speziell für den Geltungsbereich von Volkshochschularbeit nachzuvollziehen war. So entstand als Weiterführung eine Rahmenkonzeption zur Gesundheitsbildung, deren integratives Prinzip bis in die Gegenwart Geltung hat, der „Rahmenplan Gesundheitsbildung“¹. Noch heute läßt sich leicht erklären, was als zündender Funke vom WHO-Gesundheitsbegriff in den Volkshochschulbereich übersprang. Es war zum einen die scheinbar so lapidare Feststellung, daß „Gesundheit mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit“, die in ihrer Einfachheit fest zementierte kulturelle Über-einkünfte zerfließen ließ. Eine Alternative zu rein passivem Vorsichtsverhalten, das vor der Krankheit auf der Hut sein ließ, so aber letztlich ohnmächtig in die Hand medizinischen Expertentums auslieferte, trat ins Bewußtsein. Bessere Gesundheit und die Bedingungen dafür erschienen plötzlich eigeninitiativ einflußbar. Für den Bildungs-

bereich bedeutete das: Für Gesundheit statt lediglich zur Krankheitsverhütung kann auch im Erwachsenenalter etwas gelernt werden. Zum anderen regten die körperlichen, seelischen und sozialen Bestimmungsmomente des WHO-Gesundheitsbegriffs die Imagination für eine bislang unerkannte Vielfalt von thematischen Ansatzpunkten und Lernwegen an. Die Hülle der alten Gesundheitserziehungsschablone wurde mit der neuen Vorstellung einer Gesundheitsförderung durch Bildung gleichsam explosionsartig gesprengt. In Volkshochschulangeboten rückten Gesundheitsfragen zunehmend in den Kontext von Lebenszusammenhängen – überall dort, wo sie sich Menschen alltäglich als Problem stellen und Lernen zu autonomerer Handlungsfähigkeit verhelfen kann.

Zur Gegenwart der Gesundheitsbildung

Die Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen vollzog sich innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums in rapidem Anstieg, der sich – wenn auch in ruhigeren Bahnen – weiter fortsetzt:

Gesundheitsbildung an Volkshochschulen der alten Länder seit 1962



Index 1987 = 100

Volkshochschul-Statistik DIE 95

Heute nehmen an Volkshochschulen jährlich über 1,5 Millionen Menschen in Ost- und Westdeutschland Bildungsmöglichkeiten in diesem Angebotsbereich wahr.

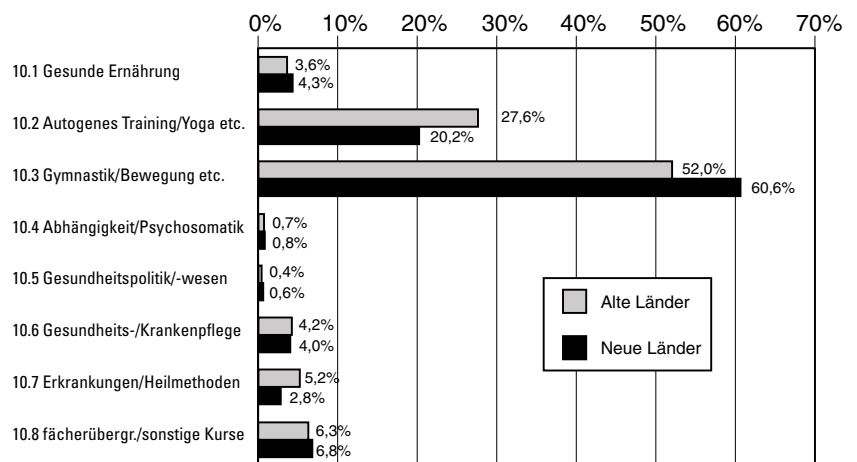
Heute nehmen an Volkshochschulen jährlich über 1,5 Millionen Menschen in Ost- und Westdeutschland Bildungsmöglichkeiten in diesem Angebotsbereich wahr. Dieses eindeutige Signal für gewachsene Interessen zur Gesunderhaltung in der Bevölkerung findet in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit keine Beachtung. Aus offiziellen politischen Äußerungen des Gesundheitssektors drängt sich ungebrochen das Vorurteil auf, als verhielten sich Menschen ständig latent oder explizit gesundheitsschädlich, als handelten sie mit eingeschränktem Verantwortungsbewußtsein und wider besseres Wissen. Tatsächlich belegt die Erwachsenenbildung, daß sich die Gesundheitsförderung jenseits gesetzlicher Maßgaben höchst praktisch einen Platz in persönlichen Lebenskontexten erobert hat.

Organisierte Erwachsenenbildung zu verstehen verlangt, die Wechselwirkung von Angebot und Nachfrage nachvollziehen zu können. Eine gut ausgearbeitete Grundkonzeption oder die Entscheidung der pädagogisch Planenden allein gewährleistet nicht die Realisierung eines Kurses. Er muß zu dem passen, was die AdressatInnen lernen wollen. Das erschließt sich nicht ein für alle Mal, sondern bleibt ein dauernder Abstimmungsprozeß – auch mit KursleiterInnen –, der professionell organisiert werden muß. So ist das gegenwärtige Profil der Gesundheitsbildung als gewachsenes Produkt dieser Wechselbeziehung zu sehen.

Die quantitativen Schwerpunkte fallen ins Auge, sie liegen in den Kursbereichen „Stress und Entspannung“ und „Bewegung und Körpererfahrung“. Integrative Bildungsarrangements, wie sie mit dem „Rahmenplan Gesundheitsbildung“ entworfen waren, sind verwirklicht. Das gilt für inhaltliche Aspekte und für methodische Zugänge, beispielsweise solche aus anderen Kulturkreisen. Hier werden Volkshochschulen, gleichfalls unerkannt, zu Vorreiterinnen der Begegnung mit anderen Kulturen. Nicht alle Zusammenhänge allerdings, die als Gegenstand von Erwachsenenbildung naheliegen, lassen sich in Lernprozessen ohne weiteres aufgreifen, wenn sie auch durchaus beiläufig zur Sprache kommen. Das gilt für die ausdrückliche Beziehung zwischen Gesundheit und Politik, zwischen Gesundheit und Umwelt und für diejenige zwischen Gesundheit und sozio-ökonomischer Lebenslage. Das Bildungsinteresse verweigert sich solchen Angeboten und stellt vor die Frage, warum es an Motivation dafür fehlt.

Die einrichtungsinterne inhaltliche Ausdifferenzierung von Gesundheitsbildung war und ist von einer Auffächerung externer Kooperationsbeziehungen begleitet. Volkshochschulen werden als kooperationsoffen beschrieben und stellen das tagtäglich auch faktisch unter Beweis. Die Bandbreite der Partnerorganisationen reicht von Selbsthilfegruppen und Initiativen über Sozialstationen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser bis zu Krankenkassen. Volkshochschulen wirken aktiv an kommunalen Netzen der Gesundheitssicherung mit. Zusammenarbeit findet außerdem mit VertreterInnen unterschiedlichster Berufsgruppen des Gesundheitssystems statt. Wenn Kooperation statt lediglich Konkurrenz entstehen und gelingen soll, ist ein deutliches Profil der eigenen Arbeit unerläßliche Voraussetzung. In dieser Hinsicht zeigt die Gesundheitsbildung inzwischen eine klar erkennbare, wenn auch insgesamt außerordentlich flexible Kontur. Von diesem Mut zur Beweglichkeit im Angebot und dem seismographischen Gespür für den Wandel von Lernbedürfnissen profitieren Kooperationspartner mit engeren oder spezialisierteren Aktionsradien nicht unerheblich. Das Bildungsverständnis der Volkshochschulen im Gesundheitsbereich liegt zur Information veröffentlicht vor. Unter anderem ist nachzulesen: „Gesundheitsbildung bietet Lernmöglichkeiten im Denken, Handeln und Fühlen. Sie ist Lernen mit allen Sinnen und verbindet Lernen mit der Lebenswelt. Gesundheitsbildung übersetzt den präventiven Gedanken nicht in Fremdkontrolle und Schuldzuweisungen“². In die-

Gesundheitsbildung Kurse an Volkshochschulen der alten und neuen Bundesländer 1994



Volkshochschul-Statistik DIE 95

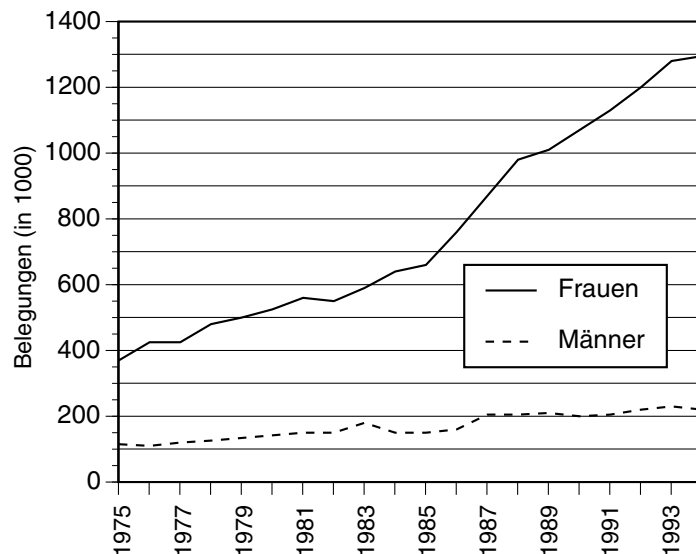
ser Erklärung wie auch in Empfehlungen der Volkshochschulen zur Qualifikation von KursleiterInnen³ sind stets Möglichkeiten benannt, wie für bessere Gesundheit etwas erfahren und erprobt werden kann. Es sind aber ebenfalls die Grenzen gegen dogmatische oder diktatorische Versuche pädagogischer Beeinflussung klar gezogen. Ziel der Gesundheitsförderung soll es bleiben, eigene statt fremder Maßstäbe erkennen und im sozialen Austausch überprüfen und erweitern zu können. Die Bestimmung über Gesundheitsbelange in die eigene Hand zu nehmen, diese politische Vorstellung der Gesundheitsbewegung ist in der Erwachsenenbildung auf unspektakuläre Weise realitätshaltig geworden.

Volkshochschulen haben die Annäherung an Lern- und Lebensinteressen ihrer AdressatInnen zum Programm erhoben. Wird nachgefragt, zu welchen Resultaten dieser Selbstanspruch geführt hat und welche spezifische Erkenntnis eine entwickelte Gesundheitsbildungspraxis in die allgemeine Debatte über Gesundheitsförderung einzubringen hat, so ist als ein zentraler Aspekt – resümierend – zu unterstreichen: *Die Bereitschaft und Kompetenz zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ist innerhalb weniger Jahre bei einer wachsenden Zahl von Personen erheblich gestiegen.* Die Motive dafür sind sehr komplex. Auch die Angst vor Krankheit oder kränkende Erfahrungen mit klassischen schulmedizinischen Behandlungsweisen werden häufig zum Anlaß, „anders leben lernen“ zu wollen. Dennoch hat das Interesse unverkennbar zugenommen, im aufbauenden Sinne etwas für Gesundheit statt lediglich gegen Krankheit zu tun. In einschlägiger Fachliteratur erfährt diese Mentalitätsveränderung kaum Beachtung. An vorhandene selbstinitiierte Potentiale wird so wenig angeschlossen, daß sich der Verdacht aufdrängt, es würde an liebgewordenen Perspektiven bewußt festgehalten, weil sie brauchbarer sind: am Bild vom Menschen, der sich erst unter Druck, aufgrund handfester Beeinträchtigungen, um seine Gesundheit kümmert, der demzufolge zu seinem Wohl gezwungen werden muß.

Doppelte Wirklichkeiten in der Gesundheitsbildung

Die vergangene und gegenwärtige Ausweitung der gesundheitsfördernden Bildungsangebote an Volkshochschulen ist quantitativ erfaßt und statistisch nachzuweisen. Damit ist aber lediglich eine Oberflächenstruktur festgehalten, wie sie sich distanzierten Betrachtern darbietet. Noch fehlt ein analytischer Schlüssel, der differenziertere Einblicke in diesen Expansionsprozeß zuläßt. Wird das gängige Prinzip geschlechtsneutraler Wahrnehmung und Beurteilung verlassen, so ergeben sich unversehens Sachverhalte von qualitativ anderer Art. Der Anstieg der Gesundheitsbildung – in Volkshochschulen mittlerweile zu einem der größten Bereiche – verdankt sich den Lerninteressen von Frauen:

**Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (Alte Länder)
Belegungen**



Die Grafik sagt nicht nur etwas über die frauen-spezifische Nachfrage aus, sondern informiert plastisch über Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Umgang mit Bildung und Gesundheit. Diese Teilnahmetendenz zieht sich mit geringfügigen Verschiebungen durch die meisten Institutionen organisierter Erwachsenenbildung hindurch, sofern allgemeine Bildung neben der beruflichen ihren Platz hat. Trotzdem findet der empirische Befund kaum Niederschlag in präventiven Strategien, gesundheitsfördernden Konzepten und wissenschaftlichen Untersuchungen des offiziellen Gesundheitssystems. Auch die Gesundheitsförderungslandschaft scheint auf diesem Auge hartnäckig blind zu bleiben. Der „blinde Fleck“ verlangt nach Aufklärung über die Hintergründe der Gesundheitsmotive von Frauen und die Gründe für männliche Abwesenheit vom Lernprozeß. Längst ist die Geschichte der Diskriminierung weiblicher Gesundheit mit Hilfe ausführlichen Quellenmaterials erforscht,⁴ und doch nehmen auch darauf gesundheitspolitische Entscheidungen, fachliche Auseinandersetzungen, die Vielfalt vorsorgender Programme auf dem „Präventionsmarkt“ keine erkennbare Rücksicht. Das geschlechtsindifferente Vorgehen in der Gesundheitsförderung verdeckt den Kontrast zwischen Belastungen, denen Frau-

en und Männer aufgrund gesellschaftlicher Arbeitsteilung und Sozialisierung ausgesetzt sind. Es versperrt auch das Verständnis für geschlechtsunterschiedliche Antriebsmomente zur Gesunderhaltung und verhindert so letztlich die Effektivität selbst wohlgemeinter Vorsorgekonzepte. Erste Versuche in Volkshochschulen, auch Männer zu mehr Gesundheitsbewußtsein und praktischer sozialer Verantwortung anzuregen, haben begonnen, und wir können auf die Lernergebnisse gespannt sein.

Beachtet man Differenzen zwischen den Geschlechtern bei der weiteren Analyse, so lassen sich besondere Merkmale der Gesundheitsbildung besser erklären als zuvor. Frauen, so ist der Bildungsnachfrage zu entnehmen, äußern ein spezifisches Lerninteresse für psychosomatische Zusammenhänge, sie wollen Bewußtheit für Körperlichkeit und Sinnlichkeit wieder entdecken und entwickeln können. Frauen haben mit ihren Interessen auf einen typischen Verdrängungsakt in der vorherrschenden Kultur aufmerksam gemacht: auf die Mißachtung der subjektiven, physischen wie psychischen Seiten unserer Existenz. Über die Jahrhunderte hinweg wurden aus der Anatomie der Frau Schlüsse für ihre soziale Rolle und ihren gesellschaftlichen Wirkungsbereich gezogen;⁵ es entstand ein Charakterbild voller Schwächen und Abweichungen. So muß es äußerst plausibel erscheinen, wenn Frauen heute endlich eine neue Bewußtheit über ihren Körper gewinnen wollen, um von dieser Basis aus ihre Identität neu zu finden und auch ihre gesellschaftliche Rolle zurechtzurücken. Durch sensiblere Wahrnehmung geschlechtstypischer Unterschiede enthüllt sich im übrigen, wo sozialisatorische Stärken oder Schwächen tatsächlich verankert liegen: Männer gehen in diesen Tagen ihrer vernachlässigten Subjektivität auf die Spur. Sie fahnden nach verdrängten Gefühlswelten hinter den maskulinen Charakterpanzern, um Anschluß an die eigene Person und Alternativen zu männlichem Gewalt- und Ausbeutungsverhalten zu finden.⁶ Erwachsenenbildung kann dabei helfen, solche sozialen Schäden bei beiden Geschlechtern zu reparieren. Ebenso sinnvoll aber wäre es, ihre Arbeit dort zu unterstützen, wo aufbauende sozialintegrative Konzepte verfolgt werden und für die Beziehung zwischen den Geschlechtern, zwischen den Generationen und verschiedenen Kulturen etwas gelernt werden kann.

Gesundheitsbildung wird zum Beispiel dafür, wie innerhalb einer dominanten Kultur qualitativ andersgeartete Gegenentwürfe entstehen. Der Ausgangspunkt von subjektiven Belangen scheint jenseits des Privaten noch immer verpönt zu sein, gilt nach gängiger Entweder-Oder-Mentalität als apolitisches Kreisen um das eigene Selbst. Solche abfälligen Urteile sind auch innerhalb der Erwachsenenbildung und ebenso von Gesundheitsförderungs-Schauplätzen zu hören. Helmut Milz hat diese Vorurteilssettings in einer der Vorbereitungssitzungen für diesen Kongreß als „Ohnmachtsideologie“ entlarvt. Die Ottawa-Charta ging darüber einen erheblichen Schritt hinaus, als sie empfahl:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten

durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.“

Erwachsenenbildung kann dieses Anliegen in ihre spezifischen Möglichkeiten übersetzen, indem sie die persönliche Lebenspraxis in den Mittelpunkt stellt und von dort aus die gesellschaftliche Relevanz individueller Gesundheitsförderung reflexiv erschließt:

Gesundheitsvorsorge durch Entspannung und Ernährung – Bildungsurlaub

Die Woche gibt Gelegenheit, das Verständnis von Gesundheit und Prävention kritisch zu reflektieren, den Zusammenhang von Alltagsbelastungen, Lebensqualität und Befindlichkeit zu thematisieren sowie Verhaltens- und Ernährungsgewohnheiten, Umgang mit Streß zu hinterfragen. Die theoretische Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitskonzept und mit Strategien der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft wird ergänzt durch praktische Impulse, die Anregungen für ein alltagsnahes Entspannungs- und Ernährungsprogramm enthalten.

Kursangebot einer Volkshochschule

Zum Vorschein kommen in solchen Lernprozessen erst einmal die Widersprüchlichkeiten, in die der Alltag verstrickt. Wo Menschen mehr Gesundheitsbewußtsein entwickeln, geschehen emanzipatorische Probieerbewegungen unauffällig und kleinschrittig. Keine großen politischen Aktionen sind der Effekt, sondern es findet das oft mühsame Austarieren von alternativen Handlungsmöglichkeiten statt. Selbstvergewisserung in der Kommunikation mit anderen ist ein unverzichtbares Element solchen erfahrungsbezogenen Lernens. Nur diese Art behutsamer Bewußtseins- und Kompetenzerweiterung läßt Erkenntnis darüber entstehen, wo Selbstverantwortung für die Gesundheit zu ergreifen und wo offizielle politische Verantwortung zu fordern ist.

Nicht nur Frauen und ihre Gesundheit, sondern auch ihre spezifischen Lernformen geraten in Mißkredit, wenn ihre Zugangswege vom Besonderen zum Allgemeinen durch das Entweder-Oder-Raster zerschnitten werden bzw. im Graben zwischen Verhaltens- oder Verhältnisprävention verschwinden. Tatsächlich aber kann das gesundheitsbezogene Lernen von Frauen zum Modell für männliche Bildungsprozesse werden. Wo Männer *typischerweise* der schulmedizinischen Autorität zutiefst verpflichtet sind, weil ihnen ihr eigenes körperliches und seelisches Befinden fremd und verdächtig ist, gewöhnen sich Frauen zunehmend daran, der eigenen Befindlichkeit zu vertrauen und sie bei ärztlichen Anordnungen zu Rate zu ziehen. D.h., sie haben abstrakten Diagnose- und Verschreibungsgepflogenheiten etwas entgegenzu-



setzen, während im männlichen Verhaltensmuster die fremde Anordnung widerspruchslös Aufnahme zu finden scheint. Von diesem Unterschied zwischen den Geschlechtern her ließe sich auch erklären, warum Teilnehmerinnen der Gesundheitsbildung Themen der politischen oder der Umwelt-Bildung ablehnen, wenn diese ihnen als globale Weltfragen und Schreckensszenarien präsentiert werden, die keinerlei Relevanz zum Lebensalltag erkennen lassen. Sie werfen so nur die Angst- und Ohnmachtsgefühle zurück, die ohnehin tief im Alltag sitzen. Diese Hypothese über Irrwege in der Erwachsenenbildung wie in der Gesundheitsförderung erhärtet sich angesichts aktueller frauenspezifischer Annäherungen an ökologische und entwicklungspolitische Fragen.⁷ Diese lassen den anderen Lern- und Kommunikationsmodus von Frauen klar zutage treten. Er beginnt beim unmittelbaren Lebenszusammenhang einzelner, kommt zum Vergleich mit den Lebenskontexten anderer und führt auf diese Weise zu übergreifenden Forderungen von bisher unerkannter politischer Brisanz, an deren Erfüllung individuell wieder mitgewirkt werden kann.

Gesundheitsbildung könnte als Signal einer zukunftsfreundlicheren, sozialen Alternativbewegung verstanden werden. Sie gäbe dann einen konstruktiven Anstoß für die Erwachsenenbildung insgesamt, sich weniger etablierten fachdisziplinären Ordnungskategorien und mehr den Lebensbelangen ihrer AdressatInnen zuzuwenden.

Anmerkungen

- 1) Arbeitskreis Gesundheitsbildung des DIE und der Volkshochschul-Landesverbände: Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Frankfurt/M. 1985
- 2) Arbeitskreis Gesundheitsbildung des DIE und der Volkshochschul-Landesverbände: Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Frankfurt/M. 1993
- 3) Arbeitskreis Gesundheitsbildung des DIE und der Volkshochschul-Landesverbände: Empfehlungen zur Qualifikation von Kursleiterinnen und Kursleitern in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Frankfurt/M. 1994
- 4) Vgl. Claudia Honegger: Die Ordnung der Geschlechter. Frankfurt/M., New York 1991
- 5) Irmgard Schultz: Das Fußvolk der Umweltbewegung. In: Politische Ökologie 1993, Nr. 31, S. 48-51
- 6) Vgl. Hans-Joachim Lenz: Auf der Suche nach den Männern. Frankfurt/M. 1994
- 7) Vgl. Anm. 5

Gesundheitsbildung könnte als Signal einer zukunftsfreundlicheren, sozialen Alternativbewegung verstanden werden.

Andere Länder, andere Sitten

Gesundheit und Kultur in europäischen Ländern

Die Anforderungen eines europäischen Kongresses mit Menschen aus fünfzehn Ländern werden im folgenden Abschnitt deutlich: Eine Serie von Dias vermittelte Eindrücke von den sehr unterschiedlichen Lebensweisen in Europa und den unterschiedlichen Themenbereichen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, darunter auch persönliche Dias von den TeilnehmerInnen der folgenden Gesprächsrunde. Hans Saan, Mitarbeiter des Nationalen Instituts für Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung der Niederlande, stellte Teilnehmende aus fünf Ländern vor, um einen Eindruck zu vermitteln, was es heißt, in unterschiedlichen Ländern zu leben und zu arbeiten.

Die Fragen, die er seinen Gesprächsteilnehmerinnen stellte, waren auch Gesprächsstoff unter den TeilnehmerInnen der Tagung: Wo bist du geboren und aufgewachsen? Wie war deine Kindheit, deine Schulzeit? Wie lebst du, was ißt du gerne? Was arbeitest du, und was bedeutet dir deine Arbeit? Welche Entwicklung nimmt euer Land seit dem Zusammenbruch des Sozialismus? Gibt es neue Eliten in deinem Land? Welche Rolle spielt die technische Entwicklung der Medien? Wie sieht die Gesundheitspolitik deines Landes aus? Wann hast du das erste Mal von Gesundheitsförderung gehört? Wie würdest du gerne leben, wenn du achtzig Jahre alt bist?

Hans Saan lag auch daran, deutlich zu machen, wie schwierig es für Nicht-Deutschsprechende – aber nicht nur für diese – ist, all die hochprofessionellen Fachgespräche zu verstehen.

Die politische Unterstützung von Gesundheitsförderung ist nach der Wende zumindest hinsichtlich der Rahmenbedingungen etwas besser geworden.

Szusanna Benkö, Ungarn

Geboren bin ich in einer wunderschönen Barockstadt, in Djöhr, das ist nicht weit von der Österreichischen Grenze entfernt. Seit 20 Jahren wohne ich im Süden von Ungarn. Ich bin in einer Zeit geboren, in der die Abtreibungsgesetze sehr streng waren, das war typisch für die stalinistische Zeit. Es herrschte der Slogan, daß Kinderkriegen für die Ehefrau eine Pflicht sei. So sind in der Zeit etwas mehr Kinder zur Welt gekommen.

Das erste Mal von Gesundheitsförderung, von der Ottawa-Charta gehört habe ich irgendwann Ende der 80er Jahre, als wir an der medizinischen Universität mit anderen KollegInnen diskutiert haben, daß es nicht gut ist, wenn jeder nur sein eigenes Fach unterrichtet. Ich erinnere mich, daß wir in einer Konditorei waren und mit FreundInnen darüber diskutiert haben, wie wir besser kooperieren könnten. Als ich aufgrund meines Stipendiums in Deutschland war, fiel mir bei den Stellenanzeigen in einer Zeitschrift auf, daß viele Leute für Gesundheitsförderung gesucht wurden. Daran ist mir klar geworden, daß Gesundheitsförderung in Deutschland viel besser funktioniert als bei uns, aber gerade wir diese Leute bräuchten. Deshalb nahm ich an sehr vielen deutschen Fort- und Weiterbildungskursen teil. Wir haben später mit 54 Leuten einen Kurs für MedizinerInnen, PädagogInnen, KrankenpflegerInnen usw. an der Pädagogischen Hochschule in Ungarn durchgeführt. Wir legten großen Wert darauf, daß das eine gemischte Gruppe aus verschiedenen Arbeitsfeldern und verschiedener Herkunft ist, auch Frauen und Männer möglichst gleich verteilt sind.

Die politische Unterstützung von Gesundheitsförderung ist nach der Wende zumindest hinsichtlich der Rahmenbedingungen etwas besser geworden. Eine offizielle Unterstützung gab es aber noch nicht. Im Gesundheitsministerium und in den Gesundheitsämtern geht es eindeutig mehr um Prävention und weniger um Gesundheitsförderung.

Auch in der Schule wird nicht Gesundheitsförderung betrieben, sondern Gesundheitserziehung als Fach eingeführt. Meine beiden älteren Brüder unterrichten dieses Fach in der Schule. Wir waren sehr skeptisch, weil wir keine Bücher, keine guten Materialien dazu hatten.

Nach der jetzigen Wahl sehe ich mehr Chancen. Die Prinzipien sind viel besser geworden. Was daraus wird, das müssen wir abwarten, aber die ersten Schritte sind sympathisch. Ich hoffe, daß nicht der alte Präventionsstil weiterverfolgt wird, weil klar und deutlich von vielen gesagt wurde, daß es um multidisziplinäre Aufgaben geht.

Wenn ich achtzig Jahre alt werde, wünsche ich mir, daß Europa noch existiert, ohne Grenzen. Die Menschen sollen dennoch nach ihrer eigenen Kultur leben können, d.h., auch Minderheiten sollen ihre eigene Muttersprache sprechen können. Ich wünsche uns ein möglichst natürliches Leben, nicht konsumorientiert. Wenn es zu der Zeit noch nicht so sein sollte, dann wünsche ich mir das für unsere Kinder und Enkelkinder.





Johanna Strebel-Huber, Schweiz

Ich wurde in Aarau geboren, in einem Spital, wohnte anschließend am Rhein, nahe der deutschen Grenze. Dort blieb ich, bis ich 16 Jahre alt war. Ich bin das dritte Kind. Mein Vater ist sehr früh gestorben, und so bin ich in einer Familie mit der Mutter aufgewachsen. Das Bild mit den drei oder vier jungen Menschen, das waren meine Kinder, und ich bin gerade dabei, meinem Sohn einen Kuchen zu übergeben, weil er seinen Geburtstag feiert. Das war für mich etwas sehr Besonderes, weil ich ihm jahrelang keinen mehr gebacken habe, er lebt nicht mehr zu Hause. Als ich ihn fragte, wünschte er sich spontan den Kuchen, den ich immer gebacken hatte. Das war für mich wieder mal Mutter-Sein. Selbst esse ich gerne vegetarisch, ich liebe aber auch Süßigkeiten und vor allem guten Wein.

Ich bin als Kursleiterin an einer Volkshochschule in Gesundheitsförderung tätig und gleichzeitig im Schweizerischen Landesverband ehrenamtliche Vizepräsidentin. Ich spreche noch nicht sehr lange, erst seit eineinhalb Jahren, über Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung. Damals war in Biel, in der Schweiz, ein Kongreß über Gesundheitsförderung mit der WHO, ich war nicht eingeladen. Aber ich fand: „Die machen doch genau das, was wir machen, da geh ich mal hin.“ Es waren vor allem ÄrztInnen, MedizinerInnen, ApothekerInnen, Pfleger und Krankenschwestern anwesend. Als ich genauer in die Teilnehmerliste sah, fiel mir auf, daß nur eine Teilnehmerin aus der Erwachsenenbildung dabei war. Da hat es bei mir geklingelt, daß wir da etwas machen, das andere möchten, wollen oder notwendig finden, aber irgendwie sind wir nicht richtig einbezogen. Seither versuche ich, den Gedanken der Gesundheitsförderung sehr stark an unserer Volkshochschule zu verankern. Wir machen sehr vieles, aber daß man dies unter Gesundheitsförderung versteht, war für mich eine Neuentdeckung.

Mit achtzig Jahren möchte ich körperlich und geistig selbständig leben, in einer Partnerschaft, nicht allein, und in der Schweiz. Ich möchte, daß die

Schweiz eingebettet ist in ein Europa der Vielfalt, d.h. ein farbiges Europa, in dem die Länder ihre Eigenständigkeit behalten. Ich möchte, daß der gemeinsame Wert dieses Europas nicht der Fortschritt ist, sondern ein Europa neuer Werte, wie z.B. Gemeinschaft, Umwelt, neue Lebensaufgaben und neuer Lebenssinn. Vor allem soll nicht alles Machbare machbar gemacht werden.

Michaela Nanu, Rumänien

Ich komme aus Hermannstadt, das ist in Siebenbürgen. Ich habe an der medizinischen Universität studiert, in sechs Kliniken praktiziert, habe dann geheiratet und bin nach Bukarest gezogen. Ich habe mich auf Endokrinologie spezialisiert und arbeite seit 1979 als Forscherin im Institut für die Förderung von Müttern und Kindern in Bukarest. Von dieser Praxis zur Gesundheitsförderung ist es nur ein kleiner Schritt. Ich bin die Koordinatorin der Abteilung für Jugendmedizin. Der Mangel unserer Jugend ist die Bildung. Wir haben uns überlegt, wie man die Jugendlichen besser erziehen und bilden kann, und haben Gesundheitsförderung und Ausbildung der Erwachsenen als Möglichkeit der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung der Jugend verstanden.

Erwachsenenbildung gibt es bei uns in vielen Bereichen, in Schulen, in Kinderheimen, in den Volkshochschulen und in den Werkstätten, in denen die Mütter arbeiten. Ich finde es wichtig, zu bedenken, daß die Erziehung der Jugend eine Motivation der Eltern für die Gesundheitsförderung ist. Gesundheitsförderung ist für mich ein alter Begriff. Auch in den kommunistischen Jahren war ich ein Gesundheitsförderer, ich war in den Schulen für die Kinder und Pädagogen zuständig. Dort fehlten die Kenntnisse. Jetzt haben wir Programme für Gesundheitsförderung. In meiner Arbeit in einem nationalen Institut für Kinder- und Mütterschutz führen wir Programme der Gesundheitsförderung zusammen mit einem anderen Institut für Gesundheitsförderung in Bukarest durch. Diese Programme sind für Kinder und Erwachsene. Eines der Programme heißt: „Gesundes Leben, gesunde Um-

Wir machen sehr vieles, aber daß man dies unter Gesundheitsförderung versteht, war für mich eine Neuentdeckung.

Der Mangel unserer Jugend ist die Bildung.

In der Stadt ist die Arbeitslosigkeit sehr hoch, das Leben im Dorf erleichtert die Bedingungen zum Überleben.

Wir haben kein polnisches Material, nur in Englisch und Deutsch, und ich mußte das alles übersetzen.

welt“, ein anderes, das ich lieber mag, ist: „Erziehung für eine gesunde Familie“.

Ich bin mit meiner Arbeit sehr glücklich, weil ich sie mir gewählt habe und mit meinem ganzen Herzen ausübe. Ich glaube, meine Familie ist nicht so glücklich, daß ich so viel Gesundheitsförderung für andere mache.

Auf dem Bild bin ich die Frau mit den Kartoffeln in der Hand, die sich fragt, was kann ich aus dieser Kartoffel kochen. Ich überlege, ob diese Kartoffel in natürlicher Weise gewachsen ist oder mit verschiedenen Substanzen eine artifizielle Entwicklung herbeigeführt wurde. Rumänien ist im Umbruch zur Marktwirtschaft. Es gibt die soziale Klasse der Reichen und die der ganz Armen. Es gibt keine mittlere Klasse, am ehesten können wir, die Ärzte, sagen, daß wir die mittlere Klasse sind. Die Migration von der Stadt zum Dorf ist jetzt sehr groß, früher war es vom Dorf in die Stadt. In der Stadt ist die Arbeitslosigkeit sehr hoch, das Leben im Dorf erleichtert die Bedingungen zum Überleben.

Das Budget für die Gesundheit ist in Rumänien sehr klein. Und wenn das Budget für die Gesundheit klein ist, ist es noch kleiner für die Gesundheitsförderung. Sehr problematisch ist der Mangel an Fachleuten, auch an Ärzten, vor allem in den Dörfern. Wir erwarten im Rahmen der Entwicklung des Gesundheitssystems die Privatisierung, d.h. in meinem Denken, die Vergrößerung der Verantwortung jedes Menschen an seinem Arbeitsplatz.

Wir haben noch kein Krankenversicherungssystem, wünschen uns dieses aber. Die ersten Schritte sind gemacht, ein Experiment in vier rumänischen Städten. Was uns die technologische Entwicklung bringen kann, finde ich interessant: eine Verbesserung der Kommunikation, wir können durch Fax mit Ihnen kommunizieren, durch Computer Ihre wissenschaftlichen Arbeiten kennenlernen, bessere Diagnosen stellen. Viele meiner Patienten sind frustriert, weil wir nicht die technologische Ausrüstung für Diagnosen, für Eingriffe usw. haben. Wir glauben aber gleichzeitig, daß durch die höhere Technologie das Denken der Menschen ein wenig erniedrigt wird. Vielleicht denken Sie darüber anders. Wenn man vieles vom Labor erwartet, zermartert man sich bei der Diagnose nicht den Kopf.

Ich wünsche mir Frieden und Gesundheit für alle. Ich wünsche mir, daß die AIDS-Forschung Fortschritte macht. Ich wünsche mir eine Öffnung der Grenzen für alle, nicht nur symbolisch, sondern auch auf Kommunikationsebene. Für mein Land, wie für die anderen kommunistischen Länder, wünsche ich mir keine Diktatur mehr.

Ich persönlich möchte mit achtzig Jahren das Herz einer Zwanzigjährigen haben und weiterhin als Achtzigjährige Gesundheit und Forschung betreiben.

Babara Janus, Polen

Ich bin in Posen geboren und wohne dort auch. Posen liegt zwischen Warschau und Berlin. Ich war nur elf Jahre in der Schule, nach dem neuen Gesetz sind es heute zwölf Jahre bis zum Abitur. Nach meinem Abitur habe ich gearbeitet und dann eine Krankenpflegeschule besucht, habe als Gemeindepflegerin gearbeitet, anschließend habe ich ein Fernstudium an der Akademie für Erzieher abgeschlossen. Seit 1986 habe ich einen Dokortitel als Körperkulturwissenschaftlerin. Seit zwanzig Jahren arbeite ich in der medizinischen Akademie. Wir haben seit zwanzig Jahren eine Fakultät für Krankenpflege an dieser Universität, und seit zwei Jahren gibt es das neue Studium Gesundheitswissenschaften. Ich bin eine Leiterin in der Sozial-Krankenpflege-Abteilung.

In meiner Position arbeite ich viele Stunden für Gesundheitsförderung. Die Theorie in Gesundheitsförderung ist ganz neu für mich. Wir haben kein polnisches Material, nur in Englisch und Deutsch, und ich mußte das alles übersetzen. Es ist deshalb gut, daß ich allein lebe. Wir haben die neuen Konzepte der Gesundheitsförderung im Unterricht mit unseren Studenten, in der Weiterbildung für die Krankenschwestern und andere Personen zur Sprache gebracht. Ich arbeite auch mit unserer Universität für Gesundheitswesen in Polen zusammen. Wir haben die Programme der Gesundheitsförderung vorbereitet.

Die neue Elite in Polen sind Personen, die viel Geld haben und keine oder wenig Ausbildung.

Die Politik für Gesundheit hat sich seit 1989 sehr verändert. Wir haben 1990 ein nationales Programm für Gesundheitsförderung vorbereitet, 1993 ein verändertes. Wir haben einen nationalen Rat für Gesundheitsförderung bekommen. Das Geld aus dem Gesundheitsbereich geht in die Krankenhäuser, für die Technologie, somit haben wir wenig Geld für die PatientInnen. Die Leute müßten besser informiert sein, was die Politiker mit dem Geld für die Gesundheitsförderung machen.

Wir hatten bis jetzt keine Spezialfächer für die Personen, die in der Gesundheitsförderung arbeiten. Gesundheitserziehung wird von den LehrerInnen an der Schule in verschiedenen Fächern gelehrt. Wir hoffen, daß einige unserer zukünftigen GesundheitswissenschaftlerInnen an den Schulen in der Gesundheitserziehung arbeiten werden. Wir haben auch ein Projekt mit dem Titel „Gesunde Städte“ in Polen, im europäischen Netzwerk. Posen war die erste Stadt im europäischen Netzwerk „healthy cities“. Wir beginnen jetzt mit dem Projekt „Gesundheitsfördernde Schule“ in polnischen Städten und Dörfern. Auch das Projekt „Gesundes Krankenhaus“ gibt es. In diesem Jahr kommen zwei neue Städte zum „Gesunde Stadt“-Projekt hinzu, dann sind drei Städte in dem europäischen Netzwerk. Im September war in Posen ein Treffen, auf dem sich die Städte untereinander austauschten.

Ich möchte mit 80 körperlich gesund sein, mich bewegen können, und ich möchte Zeit haben, um meine Hobbies zu realisieren, z.B. Reisen in andere Länder. Ich möchte ein ruhiges Europa ohne Krieg. Ich wünschte, es gäbe dann keine finanziellen Probleme mehr und wir bräuchten keine Angst vor der atomaren Katastrophe zu haben. Ich wünsche mir große Toleranz, wenn die Grenzen geöffnet werden.

Beate Blättner, Deutschland

Ich stamme aus einer Lehrerfamilie; meine beiden Eltern waren Lehrer, drei meiner sieben Geschwister sind LehrerInnen geworden. Von klein auf bin ich mit der Schule aufgewachsen und habe sie gehaßt. Als Kind hatte ich die feste Meinung, daß alles, was man in der Schule lernt, für das eigentliche Leben ohne Bedeutung ist, und ich habe mich mit Bildungsthemen wie Theater, Politik und Literatur beschäftigt, während ich die Schule geschwänzt habe. Erstaunlicherweise ist es mir dennoch in immerhin vierzehn Jahren gelungen, Abitur zu machen. Schule war für mich als Kind etwas, was meiner Gesundheit mehr geschadet als genützt hat.

Später habe ich festgestellt, daß ich als Pädagogin für Erwachsenenbildung von dem Thema Unterricht und Schule gar nicht so weit entfernt bin. Dann habe ich mir überlegt: „Wenn du schon so etwas Ähnliches geworden bist, dann mußt du wenigstens beweisen, daß es eine andere Form von Pädagogik, andere Bildung gibt als die, die du in der Schule immer abgelehnt hast. Eine Bildung, die nah am Leben und dem Alltag der Menschen ist und dazu auch Spaß macht.“

Gesundheitserziehung gab es in der Schule damals nicht. Erinnern kann ich mich nur an menschliche Anatomie im Biologie-Unterricht in der zehnten Klasse, das war das einzige Jahr, in dem ich Biologie ganz interessant fand, weil es ausnahmsweise nicht um Einordnung unterschiedlicher Sorten von Schmetterlingen und solche Dinge ging, sondern um uns selbst. Die eine oder andere Gesundheitsfrage wurde in diesem Zusammenhang gelegentlich auch angesprochen. Ein bißchen ausführlicher vielleicht – und das ist erstaunlich, denn ich bin im katholischen Bayern aufgewachsen – wurde über das Thema Sexualität gesprochen.

Wann ich zum erstenmal der Ottawa-Charta begegnet bin, das weiß ich nicht mehr ganz genau. Mein persönlicher Durchbruch zum Verständnis von Gesundheitsförderung, verbunden mit einer einschneidenden Veränderung in meinem Leben, begann damals auch in Hamburg, und zwar beim zweiten Gesundheitstag, 1981. Ab diesem Zeitpunkt war ich in der Gesundheitsbewegung sehr engagiert, vor allem in der Frauengesundheitsbewegung. Ein weiterer Einschnitt begann, als ich eine Weile als Kursleiterin in der Gesundheitsbildung gearbeitet hatte und dann 1987 die Stelle beim Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens als Landesreferentin für Gesundheitsförderung bekommen habe. Als erstes habe ich dort den Rahmenplan Gesundheitsbildung gese-

hen und dachte: „Ist ja toll, da steht alles drin, was du dir die ganze Zeit schon gedacht hast, das ist ein Konzept, von dem kannst du in deiner Arbeit ausgehen“. Als zweites fiel mir die Ottawa-Charta auf, auch davon war ich beeindruckt. Ich habe meine Gedanken darin wiedergefunden, und sie waren viel schöner formuliert, als ich das selbst gekonnt hätte. Ich habe den Versuch gemacht, beides miteinander sehr eng in Verbindung zu sehen und in Berührung zu bringen, und seitdem begleitet mich die Auseinandersetzung damit, was die Ottawa-Charta für Bildung wirklich bedeutet. Ich verkörpere hier etwas, was Angela Venth angesprochen hat: Ich war schon im Vorfeld in einer Art von Gesundheitsförderung tätig, und dann kam ein Begriff dazu, der verschiedene Puzzleteile, die mir wichtig waren, zu einer Idee zusammengefügt hat.

Vor zwei, drei Jahren wurde im politischen Rahmen viel über Gesundheit und Gesundheitsförderung gesprochen. Im Moment scheint es so, daß die anderen wichtigen Themen, z.B. Arbeitslosigkeit o.ä., eine neue Priorität haben. Plötzlich ist alles nur noch interessant unter dem Stichwort „Wirtschaftsfaktor Deutschland“. Da scheint Gesundheit keinen Platz mehr zu haben, ohne daß man nachfragt, ob das eine mit dem anderen nicht durchaus etwas zu tun hat. Dieser „Wirtschaftsfaktor Deutschland“ wird nicht unter dem Aspekt gesehen: „Was ist mit den Menschen, die da leben, geht's den Menschen gut oder schlecht?“, sondern: „Geht's der Wirtschaft gut oder schlecht?“

Mit achtzig wünsche ich mir in einem grenzenlosen Europa zu leben. Damit meine ich nicht ein Europa ohne Handelsgrenzen, sondern ein Europa, das Kommunikation zwischen den Menschen ermöglicht und das nach außen hin offene Grenzen hat. Ich kann mir nicht vorstellen, daß wir in der Entwicklung irgendwann ein gesundes Europa haben, aber einen kranken Rest der Welt. Das kann auch für die Europäer nicht gesund sein.

Privat wünsche ich mir, daß das Leben um mich herum tobt, auch wenn ich nicht mehr in der Lage sein werde, es zu verfolgen und mitzumachen. Ich möchte dann nicht in einem Heim auf einer Wiese abgestellt sein, in dem ich keine Menschen mehr sehe, sondern noch alles wenigstens aus der Betrachtung mitbekommen können.

Hans Saan, Niederlande

Es ist ein Paradox in unserem Bereich, daß soviel Leute, die für Gesundheitsförderung tätig sind, nach einem Kurs in Zeitmanagement fragen. Wir haben so wenig Zeit.

Wir erkennen in allen den genannten Erfahrungen, daß Gesundheitsförderung ein elastischer Begriff ist. Natürlich ist mit den politischen Möglichkeiten auch die ökonomische Lage in den Ländern verbunden. Mir ist z.B. aufgefallen, daß viele Einrichtungen in Deutschland den Namen Wirtschaft irgendwo stehen haben. Wir haben in den Niederlanden die gleichen Probleme. Jetzt geht alles um Ökonomie, um Handlungsmöglichkeiten, und die anderen Sachen sind weniger wichtig. Es gibt

Ich kann mir nicht vorstellen, daß wir in der Entwicklung irgendwann ein gesundes Europa haben, aber einen kranken Rest der Welt.

Jetzt geht alles um Ökonomie, um Handlungsmöglichkeiten, und die anderen Sachen sind weniger wichtig.

Schwellen, wann eine Idee wichtig ist und wann nicht. Wir sollten immer neue Wörter und Ideen finden, um das anzusprechen.

Mit achtzig möchte ich zunächst erstmal lernen, noch gesünder zu leben. Ich möchte gerne noch

zu der Gruppe der „Ottawaner“ gerechnet werden. Ich hoffe dann auch die Konferenz miterlebt zu haben: „Anders sterben lernen“, und weil ein großes Muster alles verbindet, hoffe ich dann zu reinkarnieren und Sie wieder alle in Hamburg zum Mittagessen zu treffen.



Begegnung zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung

Anette Borkel, Mitarbeiterin der Hamburger Volkshochschule, moderierte den Dienstag-Vormittag, der eine inhaltliche Einheit unter verschiedenen Blickwinkeln bildete. Eingeladen waren Heiner Keupp als Warner vor einem ideologischen Verständnis von Gesundheit, Helmut Milz als Animateur für mehr Leiblichkeit in der Gesundheitsförderung, Beate Blättner als Vermittlerin zwischen Theorie und Praxis der Gesundheitsbildung, Peter Wenzel als Praktiker der alltäglichen Fachbereichsarbeit an der Volkshochschule und die KongreßteilnehmerInnen mit ihren unterschiedlichen persönlichen und beruflichen Hintergründen. Den beiden Vorträgen aus der Perspektive der Gesundheitsförderung von Keupp und Milz folgte eine Podiumsdiskussion, die mit einem Statement zur Gesundheitsbildung eröffnet wurde.

GESUNDHEIT ALS FETISCH GRENZEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Heiner Keupp

Wir GesundheitsexpertInnen fühlen uns einer Ethik verpflichtet, die Gesundheitsförderung selbstverständlich zum Nutzen und Frommen von Menschen betreiben will. Dieser Hilfediskurs prägt das professionelle Selbstverständnis von Medizin, Psychologie und Sozialpädagogik so eindrücklich, daß fast nur noch darüber diskutiert wird, welche Profession denn den Lorbeer des Besten verdient. An diesem Wettbewerb möchte ich mich nicht beteiligen, sondern einen anderen Blick auf die Gesundheitsförderung richten: Ich werde mir den Beitrag von psychosozialen GesundheitsexpertInnen zur Herstellung des „zuverlässigen Menschen“ anschauen. Ich konzentriere mich auf die Rolle von Professionellen als Vermittler von gesundheitsbezogenem Rat und Sinnprothesen, die sich an Laien richten. Meine Überlegungen werden von den folgenden Prämissen getragen:

Gesundheitsdiskurse sind immer auch Normalitätsdiskurse. Gesundheit ist ein Feld der Herstellung von gesellschaftlich gewünschtem und gefordertem Verhalten und entsprechender Habitusformen. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Ort sozialer Kontrolle.

Soziale Kontrolle umfaßt einen mehrdimensionalen gesellschaftlichen Prozeß, durch den jeweils diejenigen Sozialcharaktere oder Normalitätsmuster hergestellt werden, die ein spezifischer soziokultureller Kontext jeweils erfordert. Da sich diese Kontexte verändern, verändern sich auch die Modalitäten sozialer Kontrolle. Diese Veränderungen lassen sich auch in den Gesundheitsdiskursen rekonstruieren.

Soziale Kontrollformen lassen sich in die Gegenwart hinein als ein Prozeß von der Fremd- zur Selbstkontrolle charakterisieren. Gesundheitsdiskurse kreisen daher zunehmend weniger um die

Verordnung adäquaten gesundheitsförderlichen Verhaltens, sondern zielen auf das „Innerste“ des Subjekts, sie werden Modalitäten der Identitätspolitik.

Soziale Kontrolle ist nicht nur das, was den Subjekten Zwang und Einschränkung antut, sondern sie ist vor allem dann im Sinne der Selbstvergesellschaftung wirkungsmächtig, wenn sie auf zentrale Bedürfnisse der Subjekte eingeht und in sie inkorporiert wird.

Die gegenwärtige soziokulturelle Situation läßt sich als hochambivalente Konfiguration kennzeichnen: Eine radikale Enttraditionalisierung von Lebensformen schafft einerseits ein ungeahntes Potential an Selbstorganisation, auf der anderen Seite aber stehen zugleich die subjektiven Wünsche nach Standardisierung der Lebensmodelle und entsprechende gesellschaftliche Formatierungen hoch im Kurs. Bezogen auf den Prozeß der Identitätsbildung läßt sich von der ambivalenten Konstellation der Erosion von rigiden Identitätshäusern und dem dadurch entstehenden Potential an Lebenssouveränität (ein „Stück eigenes Leben“ läßt sich das auch nennen) einerseits sprechen, andererseits etablieren sich neue Identitätszwänge, häufig unter der Flagge des Angebots der großen Freiheiten, Wahrheiten und Authentizitäten.

Der gesellschaftliche „Freisetzungsprozeß“ ist also allenfalls potentiell ein Freiheits- und Autonomiegewinn, faktisch führt er häufig zu neuen Abhängigkeiten, zu einem „Selbst-Zwang zur Standardisierung der eigenen Existenz“ (Beck/Beck-Gernsheim 1990, S. 15). In diese Standardisierungsprozesse gehen subjektive und objektive Faktoren ein. Die Diskurs- und Handlungsfelder der Gesundheit und der Lebenshilfe, die ein florierender Markt anbietet, bilden ein wirkmächtiges System, in dem sich solche Standardisierungen vollziehen.

Genau in diesen Identitätsprojekten und -werkstätten, die unter den Vorzeichen der Selbstverwirklichung angeboten werden und doch zumindest auch neue Standardisierungen darstellen, vollzieht



In Vorbereitung des Kongresses wurden an drei deutschen Volkshochschulen Berlin, Bremen und Stuttgart, Befragungen in Gesundheitskursen durchgeführt. Exemplarisch sind nur Ergebnisse der Stuttgarter Blitzumfrage wiedergegeben:

„Ich mache etwas für meine Gesundheit weil ich besser leben möchte“

„Gesundheit ist für mich, wenn ich ausgeglichen bin und mich nicht überfordere“

sich soziale Kontrolle auf neuem Niveau. Identitätspolitik in dieser suggerierten Befreiungsarena zu untersuchen halte ich deshalb für besonders ertragreich, weil die Kontrolldimension vom „Befreiungsdiskurs“ fast vollständig überlagert wird. Das unterscheidet sie von jener Variante der Identitätspolitik, die ihren Standardisierungsanspruch offen zu Markte trägt. Wenn etwa das „Identity Styling“ als Teil von „Corporate Identity“-Strategien offeriert wird (vgl. Zickendraht 1991), dann wird hier ganz offensichtlich ein Angebot der Fremdvergesellschaftung auf höchstem Konsumniveau gemacht. Hier wird eine bewußte Entscheidung für den „Marketing-Charakter“ nahegelegt, den Erich Fromm (1977) einst in kritischer Absicht beschrieben hatte. Interessanter scheinen mir Identitätsangebote, die sich kritisch auf Entfremdungsgefühle und vorherrschende Lebensbedingungen beziehen.

Gesundheitsdiskurse und ihre Alltagspraxen sind als Produktionsstätten von Normalität und Identität zu untersuchen. Keine persönliche und gesellschaftliche Sphäre eignet sich so hervorragend als Prägestalt für erwünschtes und adäquates Verhalten wie der Bereich der Gesundheit. In ihm bündeln sich vielfältige Bedürfnisse, Wünsche und Interessen. Bei einer diesseitigen Weltorientierung stellt Gesundheit die *conditio sine qua non* dar. Unsere Lebensentwürfe und die an sie gebundenen Identitätsprojekte setzen in der Regel auf Gesundheit als basale Voraussetzung der Nutzung von Lebensmöglichkeiten.

„Je abstrakter die uns umgebende Welt wird und je belangloser und austauschbarer der Einzelne in ihr, desto mehr werden unser Gefühl und unser Leib zur letzten Zuflucht des Subjektiven und unverwechselbar Eigenen. Krankheit erscheint dann als ein Bereich, in dem der Mensch noch von Bedeutung ist, in dem das Individuum mit seinem Erleben und seiner Besonderheit noch ernstgenommen wird“ (Will 1987, S. 11).

Gesundheit, als hochbesetztes Gebiet zur Formulierung von Lebenskonzepten und als Bereich alltäglicher und institutioneller Praxen, ist ein bevorzugtes Feld unserer Vergesellschaftung geworden. Ein Feld, in dem vor allem ein Prozeß verfolgt werden kann, den man die „innere Vergesellschaftung“ nennen könnte. Gesundheit ist ein Medium, in dem sich der von Norbert Elias allgemein beschriebene Prozeß vom „Fremdzwang“ zur „Selbstzwangapparatur“ vollzieht. Soziale Kontrolle erfaßt uns in diesem Medium als ganze Personen: Da werden in unsere Köpfe nicht nur einige Ideologien eingepflanzt, die unser Denken beeinflussen, sondern es werden sowohl unser emotionaler Haushalt durch Ängste und Hoffnungen reguliert als auch unsere Körper wirksam kodiert. Von daher liegt es nahe, Gesundheitsdiskurse vor allem unter der Perspektive zu untersuchen, wie sie Subjekte vergesellschaften.

Ehe ich mich mit dieser Fragestellung auf aktuelle Gesundheits- und Normalitätsdiskurse beziehe, möchte ich in einem ersten Schritt zunächst einmal historisches Material sichten. Mit diesem Versuch, historische Distanz zu gewinnen, verfolge ich drei Ziele:

1. Zum einen geht es um eine Art Archäologie jener subjekt-bildenden Grundschrift bürgerlicher Vergesellschaftung, auf der wir trotz allem modernisierungsbedingten Befremden aufbauen.
2. Diskurse, in denen wir selbst enthalten sind, sperren sich einer analytischen Durchdringung viel mehr als historisch entfernte, in die wir uns in einer Art Zeitreise rückblickend hineinversetzen.
3. Und schließlich möchte ich am historischen Material auch die Begriffe entwickeln, die ich zur Analyse der Gesundheitsdiskurse benötige.

Eine Zeitreise in die Frühgeschichte aktueller Gesundheitsdiskurse

Daß sich die Psycho-Experten schon immer als aktive Produzenten von Normalitäten verstanden und dabei jeweils aus den dominanten Selbstverständnis- und Normalitätsbeständen ihrer Kultur, Klasse und Gesellschaftsformation geschöpft haben, wird in einem historischen Streifzug schnell deutlich.

Der führende französische Psychiater Esquirol hat zu Beginn des 19. Jahrhunderts sein Präventionsprogramm so formuliert:

„Um die Entstehung der Seelenstörungen zu verhüten, vermeide man Heiraten unter Individuen, die von gestört gewesenen Eltern abstammen, leite die Erziehung nach den Grundsätzen einer religiösen Moral, erziehe die Kinder weniger zur Gefallsucht und Eitelkeit, ... übertreibe nicht die Kräfte der Empfänglichkeit und des Geistes, strenge die Organe nicht zu zeitig an und erschöpfe sie nicht durch für die Kindheit zu schwere Aufgaben; vermeide Ausschweifungen der Lebensweise, die so häufig von dem zartesten Alter an zu Seelenstörungen geneigt machen; dämpfe und leite die Gefühle und Leidenschaften der Kinder und der jungen Leute“ (zit. nach Kind 1984, S. 232).

Wilhelm Griesinger, einer der Gründerväter der deutschen Psychiatrie, betont in seinem Buch „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ die Bedeutung einer „wohlgeordneten psychischen und leiblichen Diätetik“, worunter er folgendes versteht:

„Alles was ein Vorherrschen der Fantasie, was körperliche und psychische Weichlichkeit, was eine zu frühe Entwicklung des Geschlechtstriebes veranlassen könnte, müßte entfernt gehalten, es müßte immer so viel als möglich auf die einfachsten, geordnetsten äußeren Lebensverhältnisse, auf die Vermeidung anhaltender Leidenschaften, auf Gewöhnung an Unterordnung unter objektiv gegebene Verhältnisse gesorgt werden“ (Griesinger 1861, S. 475).

Für Richard v. Krafft-Ebing, und mit ihm befinden wir uns im Jahr 1885, hängt der Erhalt der „Nervengesundheit“ davon ab, daß „ein richtiges Verhältnis zwischen Besitz und Verausgabung von Nervenkraft“ (1885, S. 18) gefunden wird. In seiner Schrift „Über gesunde und kranke Nerven“

fordert und entwickelt er eine angemessene Diätetik. Sie läuft letztlich auf die Formung einer zuchtvollen Lebensführung hinaus, die sich allen „Aus-schweifungen“ verweigert. Hierzu ein Beispiel:

„Vor allem vermeide man Alles, was die Sinnlichkeit wecken könnte. Viel und gut essen, Genussmittel, Stubensitzen, Stadtleben, Romanlesen, Tanzstunde, frühe Einführung in das Leben der Gesellschaft sind schädlich“ (S. 99).

Wir sehen, daß sich Gesundheitsexperten schon immer nicht nur auf das Kurieren von Krankheiten beschränkt, sondern sich auch Gedanken über Lebensformen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit gemacht haben. Sie haben sich häufig ihre eigenen Gesellschaftstheorien entworfen, innerhalb derer sie die speziellen gesellschaftssanitären Aufgaben für Ärzte bestimmen konnten. Schauen wir uns das Modell von Richard von Krafft-Ebing, einem der führenden Vertreter der jungen Psychiatrie des letzten Jahrhunderts, unter diesem Aspekt noch etwas genauer an.

In seinem Büchlein blickt er zunächst auf ein Jahrhundert des industriellen Aufbaus zurück, in dem sich die Produktivkräfte ungeheuer entwickelt haben, es ist ein Jahrhundert des „riesenhaften Aufschwungs, welchen Wissenschaften, Künste, Gewerbe und Handel ... genommen haben“ (S. 1). Die Medizin hat in der Bekämpfung von Krankheiten gewaltige Fortschritte aufzuweisen. Angesichts dieser Entwicklungen müßte es eigentlich um Glück, Zufriedenheit und Gesundheit der Menschen ganz gut bestellt sein.

„Leider ist dem nicht so. ... Nein, behaglich und glücklich ist das Leben gar vieler Menschen heutzutage nicht. Ueber das glänzende Culturbild, das sich ideell entwerfen und erwarten liesse, legt sich ein trüber Schatten. Bleich, verdrossen, aufgeregt, unstet erscheinen die Menschen der modernen Civilisation, namentlich in den Centren derselben, in den Grossstädten“ (S. 2). „Die Furcht vor Seuchen, politischen Umwälzungen, Börsenkrach's, Kriegen, vor dem Socialismus u.a. schrecklichen Dingen erhält unzählige Menschen in einer permanenten Sorge und Aufregung und lässt sie nicht zum ruhigen Genuss ihres Daseins gelangen“ (S. 4).

Krafft-Ebing ist fest davon überzeugt, daß die revolutionären Umbrüche in Europa seit der Französischen Revolution widernatürlich sind. Sie haben gesellschaftliche, politische und kulturelle Kräfte freigesetzt, die das Subjekt chronisch überlasten und überfordern und die deshalb pathogenetischen Rang haben.

Die aktuelle Gesundheitspsychologie hat in Krafft-Ebing einen hervorragenden Vorläufer. Er nennt eine Reihe von objektiv-gesellschaftlichen Bedingungen, die die Gesundheit des Menschen tangieren. Aber letztlich wandert dann der interventionistische Blick schnell wieder zurück zu dem Subjekt, das durch seine Lebensweise die eigene „Nervensubstanz“ unterminiert. Die überdrehten und falschen Bedürfnisse vor allem der urbanen Menschen geraten ins Visier:

„So entsteht ein falscher Circel – die Überreizung der Nerven im Kampfe um ein geschraubtes, verfeinertes Dasein schafft das Bedürfnis nach immer pikanteren und damit kostspieligeren Genüssen, und damit diese zum Bedürfnis gewordenen Genüsse möglich werden, muss das Nervensystem vermehrte Arbeit leisten. Wie kann es da anders sein als dass der Tageslauf einer Unzahl von Menschen nur eine fortlaufende Kette der schlimmsten Schädlichkeiten für die Nerven wird! Den Tag über äußerste Anstrengung im Beruf – kaum Zeit zum Essen – Zeit ist ja Geld – beständiger Kampf mit der Concurrenz, grosse Verantwortung und Anforderungen im Beruf – Abends dringendes Bedürfnis nach Erholung, Genuss um jeden Preis! Aber die überreizten Nerven bedürfen ausserordentlicher Reizmittel. Die Grossstadt liefert sie in Form von Schauerdramen, Ehebruchkomödien, Trapezkünstlern, nervenerschütternder und aufregender Musik, die Sinnlichkeit und das Auge reizender Bilder, Schaustellungen, starken Weinen, Cigarren, Likören, Clubs, Spielhöllen, Liebesabenteuern, Nachrichten von Verbrechen und Unglücksfällen in der Tageschronik der Zeitungen u.s.w. Nachdem der blasirte Grossstädter diese verschiedenartigen Genüsse und Reizmittel des modernen Culturlebens in zumeist schlecht ventilirten Lokalitäten bis tief in die Nacht hinein gekostet hat, begibt er sich endlich zur Ruhe, um am anderen Morgen matt und verstimmt sein Tagewerk von Neuem abzuheizen“ (S. 10f.). „Eine solche Lebensweise nützt nothwendig die Lebens- und speciell die Nervenkraft vor der Zeit ab und bereitet ein vorzeitiges Alter mit mannigfachen geistigen und leiblichen Gebrechen“ (S. 12). Folge sei eine allgemeine Degeneration. „Bei den Frauen der heutigen Gesellschaft zeigt sich diese Degeneration in ihrer zunehmenden Unfähigkeit, der ersten Mutterpflicht zu genügen“ (S. 12f.). „Der unselige Zug unseres Zeitalters ist der, um jeden Preis vorwärts, empor zu kommen, mögen auch Gesundheit, Familie und Charakter dem Teufel des Ehrgeizes und des Wohllebens geopfert werden“ (S. 13). Von dieser Degeneration ist auch die Zeugungskraft betroffen, das sehe man vor allem bei den „Nachkommen von Emporkömmlinge(n), selbst wenn diese geistig bedeutende Menschen waren“, aus denen „selten etwas Gutes und Tüchtiges wird“ (S. 14). Das alles sei nicht überraschend, es sei „die gesetzmässige Folge der Uebertretung unwandelbarer Naturgesetze“ (S. 15).

Wie schon angesprochen, besteht für Krafft-Ebing dieses „unwandelbare Naturgesetz“ in einem ausbalancierten Verhältnis von „Besitz und Verausgabung von Nervenkraft“ oder „Nervenskapital“. Durch adäquate Ernährung und Lebensweise kann jeder Mensch das Seine zu seiner Gesundheit beitragen. So heisst es weiter:

„Der geneigte Leser wird zugeben, dass gar viele der Schädlichkeiten, welche zum Bankerott des geistigen Kapitals, zum Untergang der Nervenkraft führen, vermeidbar sind, wenn auch Niemand den Einflüssen seiner Zeit sich ganz zu entziehen vermag und Schädlichkeiten über sich ergehen lassen muss, die glücklicher situirten Generationen fremd waren“ (S. 77).

Aber da ist das Eingreifen des Staates und das seiner Bürger gefordert: „Gar manche Schäden

„Ich habe schon viele positive Erfahrungen an der VHS gemacht“

„Ich mache etwas für meine Gesundheit, weil ich mein Leben selbst steuern will.“

„Gesundheit ist für mich, wenn ich jeden Morgen aufstehen und meiner Arbeit nachgehen kann.“

unseres modernen Culturlebens bedürfen einer Remedur durch das Eingreifen des Staates und durch die associative Thätigkeit seiner Bürger“ (ebd.). Genannt werden zuerst Maßnahmen gegen die Trunksucht. Und dann geht es um die richtige Partnerwahl: „Eine der ersten Pflichten gegen Natur- und Sittengesetz ist die Schliessung der Ehe in anthropologisch gutem Sinn. ... Das Wort ‚wohlgeboren‘ hat auf medicinischem Gebiet eine tieferste Bedeutung“ (S. 79). Es folgt dann eine Diätetik der Arbeit, der Erholung, des Schlafes und der Genußmittel. Arbeit steht an allererster Stelle. Wenn sie die richtige für mich ist, dann ist sie die „Quelle des Frohsinns“, „Trost und Erholung ... für den gebeugten Geist, in Noth und Kümernissen des Lebens“, „eine wunderbar stärkende Kraft“ (S. 81). Unser „Geisteskapital“ müssen wir allerdings auch durch die Vermeidung andauernder einseitiger Tätigkeit schützen. Und die adäquate Nutzung der Erholungsphasen im Sinne einer „nutzbringenden Erholung“, Krafft-Ebing spricht von „wirklichen Hirnferien“, ist ebenso wichtig. Landleben ist in diesem Zusammenhang das non plus ultra. Wenn dann noch das richtige Maß des Schlafes gefunden wird – nicht zuviel und nicht zu wenig und möglichst vor Mitternacht – dann sind die zentralen Bedingungen für die psychische und körperliche Gesundheit gelegt. Es läuft alles auf eine „methodische Lebensführung“ hinaus, deren normative Koordinaten von einer vorindustriellen ländlichen Lebensführung bestimmt sind und von der Überzeugung, daß die modernen Lebensformen und ihre bestimmende Nervosität der Gesundheit grundsätzlich abträglich seien. Krafft-Ebing strahlt die Gewißheit aus, daß der zivilisatorische Prozeß des Kapitalismus noch nicht unumkehrbar die Lebensbedingungen umgebrochen hat. Durch die richtige Lebensweise kann man sich dem pathogenetischen Feld entziehen.

Wir machen einen Zeitsprung. Ein halbes Jahrhundert später ist diese Gewißheit verlorengegangen, und in einem gewissen Fatalismus wird ihr nachgetrauert. Die Lebensreformbewegung war ein letztes Aufbäumen und ist ein Minderheitenprogramm geblieben. Dieser Fatalismus wird etwa bei Ludwig Paneth in seinem Buch „Gesunde und kranke Nerven“ (1930) deutlich. Er war ein vielgelesener Psychiater und Psychotherapeut, der sich in seinen Schriften direkt an ein Laienpublikum wendet. Er geht von der alltäglichen Erfahrung der Subjekte aus, daß es keine Sicherheit mehr für die individuelle Lebensführung gibt. Die auf dem Markt angebotenen Konzepte und Rezepte sind bereits von einem unheilbaren Pluralismus geprägt. Er greift diese Alltagserfahrung auf:

„Wie aber soll man das jeweils Richtige finden? Angesichts der verwirrenden Fülle andrängender Ratschläge und Systeme, ihres modisch bedingten Wechsels zumal, wäre die Lage des ratsuchenden Einzelmenschen wirklich verzweifelt, wenn nicht die Natur für einen Ratgeber gesorgt hätte, mit dessen Weisheit und Treffsicherheit ... es bisher keine Theorie hat aufnehmen können: der ungestörte und unverdorben Instinkt des gesunden Menschen ist der weitaus zuverlässigste Wegweiser, den wir haben“ (S. 26f.).

Nur ist auf diesen Instinkt offensichtlich kein Verlaß mehr. Er ist zivilisatorisch verdorben und entschert worden. Wir leben nicht mehr in einem Sicherheit verbürgenden Naturverhältnis, und alle modernen gesundheitlichen Probleme haben letztlich hier ihren Ursprung:

„Alle die geschilderten Übel haben eine gemeinsame Wurzel: Abfall von der Natur ... Warum ist das aber für unser Thema so wichtig? Weil der Abfall von der Natur eine der wichtigsten allgemeinen Ursachen der Nervosität ist. Hat der Nervöse das erst begriffen und durchgefühlt, dann wird er jede unnötige Unnatur strengstens meiden, wird in Kleidung, Wohnung, Nahrung alles tun, um Naturverhältnissen nahezu kommen – besonders dem instinktiven Bedürfnis Vorrang geben vor allen noch so ‚einleuchtenden‘ Theorien“ (S. 27f.).

Für Ludwig Paneth ist der Übergang von der traditionellen in die moderne Gesellschaft die entscheidende kulturelle Risikoschwelle. In der traditionellen Gesellschaft leben die Menschen in unbefragten geltenden Normen und Lebensformen. Sie sind dadurch fest „gebunden – aber auch gehalten“ (S. 31).

Und so schildert Paneth die „naturhaften“ Selbstverständlichkeiten des Mittelalters: „... so wußte man von vornherein, wie man zu leben habe; und dieses Wie war nicht durch irgendwelche Verordnungen bedingt, die heute erlassen und morgen wieder aufgehoben werden können – es war bestimmt durch altersgeheiligten Brauch, durchtränkt von göttlichem Gebot. Die äußeren Linien der Lebensführung entwickelten sich logisch und harmonisch aus dem Fundament des sittlichen und religiösen Innenlebens. So unsicher und in jedem Augenblick gefahrbedroht das Dasein von außen gesehen war: so sicher und bestimmt war es von innen“. Eine „Kette der Umstürze und Aufklärungen“ habe die „naive Gläubigkeit des mittelalterlichen Menschen“ erschüttert. „Jede neue Erfindung, jeder Fortschritt ist, so gesehen, ein Sprengmittel gewesen, dem Stück für Stück die Geschlossenheit des Weltbildes zum Opfer fiel. – Kein Glaube mehr, dem man sich besinnungslos unterwürfe. Bis wir es heutigentags (wenigstens in Deutschland) so herrlich weit gebracht haben, daß es fast ebensoviele ‚Weltanschauungen‘ wie denkende Menschen gibt. – Versteht man aber, was das bedeutet? – Dem einzelnen Menschen wird eine Aufgabe zugemutet, die ehemals in stiller Arbeit von Generationen gezeitigt und ihm als reife Frucht geboten wurde, sich ihr maßvoll und mit Anstand zu bedienen. Die Aufgabe ist nicht bloß ungeheuer, sie ist, recht besehen, auch ungeheuerlich.“ Dieses „System überpersönlicher Werte“ ist „unwiederbringlich verloren“ (S. 34).

„Wo findet man (in unserem europäischen Kulturkreis) noch anerkannte Normen? Wer weiß noch ohne Zögern zu sagen, was in der Kunst schön, im Leben gut und rechtschaffen ist? Ja, wer weiß auch nur (dies würde ja zur Not genügen), was ihm selber gefällt, was er für sich als preisenswert und nachahmenswürdig anerkennt?“ (S. 34).

„Es muß scharf betont werden, daß jedes normale Kind, ja, auch noch jeder gesunde Jugendliche

neben und unter allem Selbstständigkeitsdrang den tiefen Wunsch nach Anleitung und Führung in sich trägt, dem der einsichtige Erzieher entgegenkommen muß. Das ist nicht bloß eine kulturelle Notwendigkeit, es ist schlechthin eine Forderung der Natur ... Eines der wichtigsten Erziehungsziele schon des ersten Kindesalters ist die Einordnung in eine Gemeinschaft, zunächst natürlich die der Familie“ (S. 54).

„Man spricht oft von dem gefährdeten Nervenzustand des einzigen Kindes. Die Gefährdung muß zugegeben werden, aber sie geht größtenteils von den Eltern aus ... Sehr oft ist ... schon die Tatsache, daß bloß ein Kind gezeugt wurde, bereits Ausdruck abgeschwächten Lebenswillens oder komplizierter Charakteranlagen der Eltern, mindestens irgendeiner Abweichung von der Norm, die erblich auf das Kind übertragen wird“ (S. 55).

„Die Unmengen von kleinen und kleinsten Shocks, die das moderne Leben zumal der Großstadt mit sich bringt, der graue Dunsthimmel von ständigem Mißbehagen, unter dem die modernen Menschen ihren Geschäften (Berufe sind es ja nur ausnahmsweise) nachgehen oder vielmehr nachjagen – all das zusammen schafft nur allzu günstige Nährböden für neurotische Störungen jeder Art. Was kann da der Einzelne tun? Die soziale Atmosphäre kann er doch nicht ändern? – Nein – aber es ist ein großer Unterschied, ob er sich ihr widerstandslos hingibt oder sich ihr bewußt entgegenstellt. Nicht Protestaktionen, laute oder leise, sind hier gemeint; sondern ganz allein eine innere Haltung, die auf Selbstbewahrung hinzielt. Versuchen wir das zunächst zu Erstrebende möglichst einfach zu bezeichnen, so könnte es mit zwei Worten geschehen: Ruhe und Vertiefung. Aus ihr folgt alles Weitere“ (S. 55).

Der Sieg des Nationalsozialismus hat den leicht resignativen Ton vertrieben und einer Haltung zum Durchbruch verholfen, die eine gezielte Intervention in das Mensch-Natur-Verhältnis nach einem klaren Ordnungsmodell für möglich hält. Gesundheit wird zur „Pflicht“. Der Begründer des „autogenen Trainings“, J.H. Schultz, hat im Jahre 1941 sein Buch „Die seelische Gesunderhaltung“ vorgelegt. Er, einer der Mitautoren der „Deutschen Seelenheilkunde“, jener Loyalitätsschrift führender deutscher Psychotherapeuten gegenüber dem Nationalsozialismus, geht von folgender „grundlegenden Erkenntnis“ im Zusammenhang mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung aus:

„Seelische Gesundheitsschädigungen beseitigen heißt sicher niemals, den Menschen vor der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit nach außen und mit Schwierigkeiten in ihm selbst zu schützen, ihn zu verzärteln, unselbständig zu machen, sondern als unbeirrbarer Leitstern über allen Bemühungen unseres Sinnes sowie über dem gesamten Erzieher- und Arztum muß der Satz stehen, daß unsere Bemühungen immer auf eine Kräftesteigerung, eine Abhärtung, eine Entfaltung ruhender Kräfteanlagen, eine Ausbildung vorhandener positiver Anlagemöglichkeiten gerichtet sein müssen. Niemals wird es sich darum handeln, den werdenden oder gewordenen Menschen in krankheitsfürchtiger Übersorgfalt vor wirklichen oder

vermeintlichen Schädlichkeiten zu bewahren, sondern umgekehrt darum, ihn zu einem aktiven, mutigen, sich auf seine Kräfte verlassenden und seinem und seines Vaterlandes Schicksal vertrauenden Menschen zu machen“ (S. 89f.).

Die „Veredelung“ der natürlichen Anlagen des Menschen wird für dringend erforderlich gehalten. Die in der deutschen Geschichte immer wieder besondere Betonung von „Tiefe“ und „inneren Werten“ wird in Kriegszeiten zu einem auf Leistung und Kampf orientierenden Menschenideal „umgebaut“: „Nur der Mensch, der in seelischen Leistungen, Belastungen und Anforderungen sein Dasein bewährt, wächst zu wirklicher seelischer Kraft heran und erreicht das Vollmaß der in ihm ruhenden seelischen Anlagen und Möglichkeiten“ (S. 91). Was wir heute psychische Ressourcen nennen, die „seelischen Kräfte“, soll gefördert und die „Widerstandsleistungen“ sollen „gestählt werden“. Der Gesundheitsdiskurs wird bei Schultz und seinen psychotherapeutischen Gesinnungsgenossen von einem Normalitätsmodell bestimmt, das an die Spitze seiner Wertehierarchie das militarisierte Subjekt gesetzt hat.

Normalisierungsdiskurse: Das Wollen des Gesollten

Das waren bisher Expertendiskurse. Von noch größerem Interesse sind Texte, die sich an die durchschnittliche Frau oder den durchschnittlichen Mann richten, die auf den Alltag zielen, gezielte Handlungsangebote machen und eine große Resonanz hatten und haben. Sie übersetzen allgemeine gesellschaftliche Normalitätsprinzipien und Identitätsmuster in das Alltagsbewußtsein und die Alltagspraxis.

An Richard Gerling, einem Bestsellerautor im Ratgeberbereich in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts, lassen sich diese Übersetzungs- und Operationalisierungsfunktionen exemplarisch aufzeigen. In hoher Auflage ist beispielsweise sein Traktat „Der vollendete Mensch und das Ideal der Persönlichkeit – Die Kunst, harmonische Leibesbildung, gesunden Organismus, sympathisches Äußeres und körperliche Kraft zu entwickeln und dauernd zu erhalten“ am Ende des Ersten Weltkriegs (1917) erschienen. Gerling schreibt das gesamte Spektrum körperlicher und psychischer Erscheinungen und Äußerungsformen ab und weist ihnen in einem wohlgeordneten Sinnganzen jeweils einen klaren Ort zu. Persönlichkeitsbildung und Gesundheit werden als Aufgaben verstanden, an denen jeder Mensch zu arbeiten, für die er Verantwortung zu übernehmen hätte. Es wird ein Persönlichkeitsideal konstruiert, das eine vollständige Einbindung des einzelnen in die höheren Aufgaben von Staat, Nation und Gemeinschaft unterstellt und darin die persönliche Erfüllung sieht. Aber es wird nicht nur eine über dem Alltag schwebende Idealkonstruktion vorgelegt, sondern die Subjekte werden zu Übungen angehalten: „Lieber Leser, wenn Sie gesund bleiben und Kraft wie auch harmonische Leibesbildung gewinnen wollen, müssen Sie gehorchen. – Sie müssen einfach!“ (S. 87).

**„Ich mache etwas für meine Gesundheit, weil meine Kon-
dition zu wünschen übrig läßt.“**

„Ich mache etwas für meine Gesundheit, weil es mir Spaß macht.“

„Gesundheit ist für mich, wenn ich lachen kann.“

Gesundheit ist also bei Gerling und ähnlichen Autoren nicht nur ein Faktum oder ein Fatum, „sondern eine Pflicht, die durch Übernahme und Übung im Prinzip von jedem erreicht werden kann – falls nicht die Vorfahren ihre Pflicht versäumt haben und man für ihre Sünden büßt“ (Haug 1986, S. 115). Zwischen dem Subjekt und der Krankheit steht die „Widerstandskraft ... im gesteigerten Daseinskampf“: Gerling dazu: „Weiter sollten alle wissen, daß Krankheiten in erster Linie die Widerstandsunfähigen befallen, Widerstandsunfähigkeit aber tritt niemals ein bei entsprechender Körper- und Geistespflege“ (Gerling 1917, S. 34). „Dieses Muß wird aufgespannt zwischen Werten des einzelnen und politischen Zielen, zwischen Schönheit/Gesundheit/Harmonie und der ‚Wiedergeburt unseres Volkes‘“ (ebd., S. 75). „Übung, Selbst-Erziehung, Abhärtung werden als Praktiken der Selbstnormalisierung dem Individuum aufgetragen, allerlei Diäten und Disziplinen empfohlen“ (Haug 1986, S. 111). Und Vorbilder werden geliefert, so etwa ein Foto des „bekannten Turnlehrers und Schriftstellers E. Sommer, der durch methodische Übungen seinen früher schwächlichen Körper zu vollendeter Formenschönheit entwickelt hat“ (Gerling 1917, S. 94).

Aber die Gymnastik nackt und am offenen Fenster oder andere Formen der Körperbildung dürfen nicht im Sinne eines narzißtischen „bodybuilding“ betrieben werden. Gerling zitiert da seinen eigenen Experten, Dr. E. Reich: „Ohne sorgfältige häusliche und öffentliche Erziehung, ohne geeignete Gesamtlebensweise, ohne gesunde Zustände in Gesellschaft, Staat und Kirche, ist ... gewöhnliche Gymnastik nur ein Mittel, die Muskeln kräftig zu machen und allen jenen Verhältnissen Raum zu geben, welche Ausfluß allgemeiner Muskelstärke sind“ (Gerling 1917, S. 29). Es geht um die Herstellung eines Habitus, einer Grundhaltung. Körperkultur ist kein Selbstzweck, sondern Körperübung steht im Dienste der Einordnung in eine spezifische Arbeitswelt: Es gilt, „alle Volksgenossen so zu erziehen, daß ihnen von Jugend auf körperliche Anstrengung zur Gewohnheit und durch diese zum Lebensbedürfnis werde ... Nicht zweckloses Spiel sollen körperliche Übungen sein“ (ebd., S. 33). In dieser eifrigen Übernahme von Übungsvorgaben „gewöhnen (sie) sich ... an Unter- und Einordnung“ (ebd., S. 36).

Letztlich geht es um das Konditionieren einer Willenshaltung, um das „Wollen des Gesollten“, das vor allem durch die Unterwerfung der eigenen Körpernatur unter einen „höheren Willen“ erfolgt. Gerling ist ein Perfektionist. Er geht penibel die „Leibesverhältnisse“ unter dem Aspekt ihrer konditionierbaren Unterwerfung unter die „energisches Willensanspannung“ durch: atmen, essen, trinken, ausscheiden, sich waschen, lieben, schlafen, wohnen, sich kleiden, Gang, Haltung, Tanz, Stimme, Gesang, Blicke, Gesichtsausdruck, Mundhaltung, Hautfarbe. Und er bietet ein breites Spektrum von Handlungsanleitungen: zur effektiven Zeiteinteilung, zur Stärkung des Willens und Abhärtung des Körpers; Anleitungen zur Gymnastik, Tiefatmung, Lichttherapie, Abreibungen; Pfeifen gegen Augenblinzeln, Zwerchfellatmung gegen „Erröten zur Unzeit“, Nasenmodellierung, Hochbinden des Kinns gegen nächtliche Mundatmung

usw. Für Heranwachsende gibt es besondere Vorschläge, um den „Teufel der Selbstbefleckung“ auszutreiben: „Wird die Aufklärung unterstützt durch strenge Reinlichkeit, tägliche Waschungen, durch Baden und Schwimmen, ferner durch einfache, reizlose Ernährung, ermüdende geistige und körperliche Arbeit, Luft- und Lichtbäder, dann haben die Eltern gewonnenes Spiel, dann wird es den Kindern gelingen, die Herrschaft über ihre Begierden zu gewinnen“ (ebd., S. 55).

Solche Beispiele können wir heute gar nicht ohne Ironie zur Kenntnis nehmen. Sie sind antiquiert, und wir können uns von ihnen problemlos distanzieren. Die Zeitreise ging eher in eine fremde Kultur, obwohl wir die eine oder andere Figur vielleicht noch als „Kindheitsmuster“ wiedererkennen. Haben nicht unsere Eltern und Großeltern oft ähnliche Vorstellungen vom „richtigen Leben“ gehabt? Und haben sie nicht auf der Grundlage solcher Normalitätsvorstellungen auch „Hand an uns gelegt“? Eins ist jedenfalls klar: Die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen solche Vorstellungen ihren Charakter von Selbstverständlichkeiten beanspruchen konnten, haben sich gründlich verändert, und damit haben Ratgeber vom Typus eines Gerling ihre Paßform verloren.

Diese Gesundheitsdiskurse zielen eindeutig auf das „Innerste“ des Menschen, seinen „Charakter“, seinen „Willen“, seine Unterwerfungsbereitschaft, seine Motivationen. Aber die verinnerlichte „Selbstzwangapparatur“ ist noch keine gesicherte Vergesellschaftungs- und Sozialisationsleistung. Daran muß noch gearbeitet werden. Heroische Akte zur Disziplinierung der eigenen ungebärdigen Körpernatur sind gefordert; Askese ist angesagt. In das Personengehäuse, das die Gesellschaft dem Menschen zuwies, mußte man eher zwangseinquartiert werden. Es war ein „stahlhartes Gehäuse der Hörigkeit“ – so nannte es Max Weber.

Die gesellschaftlichen Umbrüche der letzten Jahrzehnte haben dieses Gehäuse zunehmend unbewohnbar gemacht. Wir müssen unsere Gehäuse selber zimmern.

Aktuelle Gesundheitsdiskurse und Identitätszwänge

Ein solcher Blick auf gesellschaftliche Umbrüche und die mit ihnen verbundenen Konsequenzen für die Subjekte läßt verständlich werden, warum wir die oben beschriebenen Gesundheitsdiskurse unserer Großeltern- und Elterngeneration heute wohl nur mehr als Kabarettvorlagen gebrauchen können. Klar ist aber auch, daß „Freisetzung“ nicht identisch ist mit Autonomie des Subjektes; wenn sie mit Autonomie, Selbstorganisation oder Emanzipation in einen Zusammenhang gebracht werden soll, dann stellt sie allenfalls ein spezifisches Potential dar. Welche Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die zeitgenössischen Gesundheitsdiskurse? Gilt für sie auch noch, daß sie bevorzugte Medien sind, um gesellschaftlich angesagte Normalitäten paßförmig für den Alltag zurechtzuschleifen? Gilt für sie das, was Foucault (1984, S. 124) über die allgegenwärtigen Normali-

„Ich möchte möglichst lange niemandem zur Last fallen.“

sierungsmechanismen sagt: Es gibt „jene Agenten ideologischer Zirkulation, deren Trillerpfeife wir hören: nach rechts, nach links, hierher, weiter weg, auf der Stelle, jetzt nicht“.

Mit dieser Perspektive sollen nun einige aktuelle Gesundheitsdiskurse unter die Lupe genommen werden.

Psychotechnische und von New-Age-Repräsentanten formulierte Identitäts-Angebote, die auch in den gesundheitsbezogenen Empfehlungen enthalten sind, geben auf unterschiedliche Bedürfnisse Antworten und erfüllen unterschiedliche Funktionen:

- Kompensation der Traditionsdefizite: Der zerborstene Spiegel wird als wieder gekittet ausgegeben.
- Anstelle der unglaublich gewordenen religiösen Meta-Erzählungen werden neue angeboten.
- Anstelle von dysfunktional gewordenen Sozialcharakteren werden neue geformt.

Für diese Funktionen möchte ich Beispiele anführen:

Gesundheit als ontologischer Diskurs

Dieser Diskurs steht unter dem Motto: Die „Wahrheit in uns“. Er stellt einen psychologischen Fundamentalismus in Gestalt der Versprechungen einer Heimat dar, die wir nur in uns selbst finden könnten, als Antwort auf die „ontologische Bodenlosigkeit der Moderne“ (Ziehe 1987). Ein Beispiel aus einem großen Reservoir vergleichbarer Publikationen liefert das „Polarity Handbuch“. Es bietet eine „praktische Einführung in die harmonisierende und heilende Energie-Massage“ und verspricht, „Prozesse der emotionalen und körperlichen Befreiung und geistiger Erkenntnis auszulösen“. Polarity ist „einerseits praktische Handhabung“ und andererseits „Verinnerlichung, will den Menschen zu seiner Mitte führen, es weist einen möglichen Weg zum Einssein mit sich und der Welt“. Polarity ist damit „eine Methode der Neuen Zeit, denn überall bahnt sich die Erkenntnis an, daß alles Polare der Ergänzung und Ganzwerdung dient“ (zit. nach Jäckle 1987).

Gesundheit als Sekte

Exemplarisch für diesen Typus soll Thorwald Dethlefsen herangezogen werden. Sein Buch „Schicksal als Chance. Das Urwissen zur Vollkommenheit des Menschen“ (1988) ist ein echter Bestseller. Da heißt es unter anderem: „Krankheit ist lediglich der mikrokosmische Nachvollzug des Sündenfalls“. „Die Menschen meinen immer noch, daß Krankheit ein vermeidbares Mißgeschick ist. Man begreift nicht, daß Krankheit das kostbarste Gut der Menschheit ist, ja, sein Menschsein überhaupt erst ausmacht, da nur der Kranke heilbar ist. Die Krankheit macht den Menschen heilungsfähig – doch dazu muß er sie durchwandern, nicht umgehen. So wie die Krankheit ein mikrokosmischer Sündenfall ist, muß Heilung auch immer ein mikrokos-

mischer Erlösungsprozeß sein. Der Kranke ist schuldig – im konkreten wie im metaphysischen Sinn ...“. So wie eine solche Erlösung eigentlich nur darin bestehen kann, daß ich mein So-Sein als „Karma“ akzeptiere, so hat auch die reale Welt eine vorgezeichnete Ordnung, gegen die keine gesellschaftliche Veränderung letztlich angehen kann, gegen die „kein Kraut gewachsen“ ist. Für Dethlefsen ist es auch ausgemacht, daß „Hierarchien“ notwendig und im Schöpfungsplan vorgesehen seien, und „hierarchisches Denken hat mit Diktatur zu tun“. Wir sollen also gegen unser Schicksal nicht revoltieren, sondern es in unsere volle persönliche Verantwortung nehmen. Er fordert dazu auf, sich endlich von der Haltung zu befreien, „die Schuld auf Gesellschaft, Krankheitserreger oder den bösen Zufall zu projizieren“. Vielmehr müssen wir „ganz schlicht wieder die Schuld“ bei uns selbst suchen. Schließlich ist Schicksal in seiner Ganzheit nur verständlich vor dem Hintergrund der Reinkarnation, und deshalb, allen Weltverbesserern sei es ins Stammbuch geschrieben, ist es offenkundig, „daß nicht allen Menschen in diesem Leben die gleichen Startlöcher zugewiesen werden – und das ist ganz bestimmt nicht die Schuld der Gesellschaft“.

Hedonismus und die Herstellung des postmodernen Habitus

„... wenn es köstlich gewesen ist, so ist Mühe und Arbeit gewesen“, formuliert der 90. Psalm als Lebensphilosophie und drückt damit eine Haltung aus, die die abendländische Zivilisation geprägt hat und die in der protestantischen Ausformung als methodische Lebensführung ihre perfektteste Gestalt erhielt. Gerade in Bezug auf Gesundheit wurde ein solches grundlegendes Lebenskonzept relevant. Gesundheit als basale Bedingung tätigen Lebens im Sinne von Arbeit war bevorzugtes Objekt methodischer Lebensführung, und dies um so mehr, als Kriterien der Gottgefälligkeit des eigenen Lebens in Leistung, Erfolg, Reichtum und Gesundheit sinnfällig wurden. Gesundheit wird zur Leistung des einzelnen. Sie ist kein unabänderliches Fatum, sondern Ausdruck richtig gelebten Lebens. Das Leben insgesamt besteht aus „Mühe und Arbeit“ und die Gesundheit zumal. An ihr muß gearbeitet werden. Gesundheit gewann ein Assoziationsfeld von rationalisierter Lebensweise, Askese und Selbstkontrolle, und sie wurde dem einzelnen als Leistung zurechenbar. Bis in die neuere Gesundheitspsychologie hinein ist diese Grundhaltung erhalten geblieben und auf dem jeweiligen Stand wissenschaftlich dominierender Sichtweisen reformuliert worden. Den letzte Höhepunkt dieser asketisch-rationalistischen Grundhaltung ermöglichte die Verhaltensmedizin. Sie bot eine perfektionierte Methode der systematischen Kontrolle von spezifischen Verhaltensweisen an und wurde bevorzugt dort eingesetzt, wo ein spezifisches Verhalten als störendes Symptom identifiziert werden kann (z.B. bei unkontrolliertem Essen, Trinken oder Drogengebrauch oder bei spezifischem phobischem Vermeidungsverhalten). Vor allem der – als Paradigmenwechsel innerhalb der Verhaltenstherapie gefeierte – Trend hin zur kognitiven Verhaltenskontrolle war normativ an jenem

„Ich gehe zur Volkshochschule, weil ich gerne mit Gleichgesinnten zusammen-treffen wollte.“

„Der Alltag, die Arbeit und der private Lebensbereich kann nur in gesundem Zustand hundertprozentig erlebt werden.“

Prozeß orientiert, den Norbert 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 einer Perfektionierung der Kontrollen über potentiell gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen.

Wenn man sich mit Produkten des aktuellen Marktes der Gesundheitsförderung beschäftigt, könnte der Eindruck entstehen, als würde sich ein epochaler Wandel andeuten: Der asketische Zug, der selbst in der alternativen Gesundheitsbewegung unübersehbar vorherrschend war, steht im Mittelpunkt der Kritik. Dagegen wird eine hedonistische Philosophie gesetzt: „Gesund ist, was Spaß macht“, heißt ein aktuelles Buch (Ernst 1992), das für diesen Trend steht.

Es soll zeigen, „daß unsere beste Gesundheitsfürsorge darin besteht, uns schrittweise von selbst-aufgelegten oder fremden Zwängen, Verboten und Verhaltensregeln zu befreien und herauszufinden, was uns guttut. Wenn Gesundheit die Grundlage für all das ist, was das Leben lebenswert macht, dann ist es doch paradox, sich diese Lebensfreude in stetiger, konzentrierter Anstrengung erkämpfen zu wollen und nur mit schlechtem Gewissen vom geistigen Trimpfpfad mit seinen vielen Gebotstafeln abzuweichen“ (Ernst 1992, S. 7). Mit einer gewissen Häme wird gefragt: „Warum werden manche Gesundheitsfanatiker trotz ihrer asketischen und ‚vernünftigen‘ Lebensweise früh dahingerafft?“ (ebd., S. 155). Die Antwort lautet, daß sie das hedonistische Credo nicht gelernt hätten, „das Schöne und die Genüsse nicht als ‚Belohnung‘ für irgendwelche Anstrengungen und Kämpfe zu betrachten, sondern als den eigentlichen Sinn des Lebens“ (ebd., S. 154).

Steckte im asketischen Modell noch ein transzendentaler Bezug im Sinne einer funktionalen Zweckbestimmung von Gesundheit, so wird sie in den aktuellen Gesundheitsdiskursen zu einem hochbesetzten Selbstzweck. Sie wird zur primären Alltagsreligion.

Der aktuelle Diskurs um jene Formen der Gesundheitsförderung, die psychisches Wohlbefinden erhalten, verbessern oder wiederherstellen sollen, ist bestimmt von mehr oder weniger explizierten Vorstellungen vom „richtigen Leben“, das kann auch die Verkleidung in einen wissenschaftlichen Fachjargon nicht verdecken. Diese normativ geprägten Vorstellungen werden unter der breiten gesundheitspsychologischen Kategorie „Wohlbefinden“ vorgetragen, und sie werden unter der folgenden programmatischen Frage thematisiert: „Beschränken sich die Förderungsmöglichkeiten von Wohlbefinden auf die Beseitigung ‚mißlicher‘ und ‚krankmachender‘ Bedingungen?“ (Abele/Becker 1991, S. 10). Es soll ausdrücklich eine krankheitsorientierte Sicht überwunden und ein Paradigmenwechsel vom Leid zum Glück vollzogen werden. „Positives Denken“ habe „auch Eingang in empirisch-wissenschaftliche Forschungsbemühungen gefunden“ (ebd., S. 9). In Überschriften wie „Kann gute Laune schaden?“ wird diese hedonistische Wendung sichtbar. Es solle

endlich Abschied genommen werden von einem dauerkritischen Habitus, der deshalb bevorzugt auf krankmachende Bedingungen starrt, weil er sie als Beleg für seine miesepetrigte Weltsicht brauche.

Die verstärkte Beachtung gesundheitsförderlicher Bedingungen ist sicherlich eine positive Entwicklung, auf die noch einzugehen ist. Gegen eine „Mensch-werde-positiv“-Empfehlung gibt es gleichwohl Einwände: Sie ist in Gefahr, eine Yuppy-Psychologie zu propagieren, in der sich die hedonistische Komponente sehr schnell als die zeitgenössische Leistungsmoral erweist: Bei gutem Wohlbefinden sei die „Anstrengungsbereitschaft“ nicht „unterminiert“ (ebd., S. 315). Im Gegenteil, die Leistungsfähigkeit werde eher gesteigert. Die „Wohlbefindens“-Forschung verliert dabei jene Menschen aus ihrem Blick, denen ihre durchschnittlichen Lebenserfahrungen ein Gefühl der „Demoralisierung“ vermitteln, in dessen Folge ihnen jene gesundheitspsychologische Zentraltugend abgeht, die gegen Krankheiten immun macht: „Hardiness“, also jene Haltung des „Sich-nicht-unterkriegen-Lassens“, „Kontrolle über sein Leben ausüben: sich nicht hilflos und ausgeliefert fühlen, entscheiden können, wie es weitergeht“ (Ernst 1992, S. 41). Die krankheitsanfälligen Menschen seien durch das genaue Gegenteil gekennzeichnet: „statt Engagement Entfremdung und Gleichgültigkeit, statt Kontrolle das Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein, und statt der Suche nach Herausforderungen ängstlicher Fatalismus und Festhalten an Routine und Gewohnheit“ (ebd.). Solche Sätze klingen so, als seien psychische (und auch körperliche) Gesundheit und Krankheit Angelegenheiten der Einstellung des Willens. Die „Wohlbefindens“-Forschung richtet ihr Augenmerk auf die Sieger-Typen, die ihr Leben als ständige Herausforderung begreifen, die sie annehmen und in der sie sich als 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 die „Verlierer“, die es nicht schaffen, die vielfältigen gesellschaftlichen Chancen für sich zu nutzen. „Blaming the victim“ nennen die Amerikaner diese Sicht: Also die Opfer sind für ihr Leid selbst verantwortlich.

Wenn man sich den Zusammenhang von gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentwicklung mit dem Blick auf unterprivilegierte gesellschaftliche Gruppen vergegenwärtigt, dann entdeckt man ein eindrucksvolles empirisches Gegengift gegen die ideologische Beschwörung der ungeahnten Chancen, die jede und jeder in unserer Gesellschaft hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen und gestärkt und optimistisch aus Krisen und Belastungen hervorzugehen. Die neuere epidemiologische Forschung ist bei ihren Gemeindestudien auf ein Phänomen gestoßen, das als „Demoralisierung“ bezeichnet wurde. Es beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung geprägt sind. Für die USA liegen fol-

„Ich mache etwas für meine Gesundheit, weil ich keine Angst habe vorm Älterwerden und Krankwerden.“

gende Ergebnisse vor: Als demoralisiert in dem beschriebenen Sinne wurde etwa ein Drittel der Bevölkerung eingeschätzt. Die Demoralisierungsrate von Frauen liegt um 10 % höher als bei Männern. Etwa die Hälfte der Angehörigen der untersten sozialen Schicht erwies sich als demoralisiert. Etwa die Hälfte des Bevölkerungsanteils, der als demoralisiert eingeschätzt wurde, wies klinisch auffällige Symptome auf. Bei dieser Gruppe hatten die verfügbaren Ressourcen offensichtlich nicht ausgereicht, um mit Lebensproblemen und Krisen produktiv umgehen zu können. 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 Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, daß sie wirksam etwas gegen diese unternehmen könnten.

In diesem Zusammenhang kann man auch an den klassischen Begriff der „Entfremdung“ anknüpfen. Er ist geeignet, jene Bedingungen genauer zu benennen, die zu passiven und fatalistischen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse führen. Entfremdung läßt sich in den folgenden fünf unterschiedlichen Konstellationen zusammenfassen, für die es jeweils beweiskräftige Befunde gibt: Subjektive Erfahrungen von „Machtlosigkeit“, „Selbst-Entfremdung“, „Isolation“, „Sinnlosigkeit“ und „Normverlust“ sind ausgeprägt, je weiter wir in der sozialen Hierarchie nach unten gehen. Die Erfahrung von „Ungerechtigkeit“ bei der gesellschaftlichen Verteilung von materiellen und symbolischen Gütern, Einfluß und Chancen wird als zweite vermittelnde Größe zwischen sozialer Position und psychosozialer Leiderfahrung eingeführt. Und schließlich wird noch der „Autoritarismus“ eingeführt, der in den unteren sozialen Schichten ausgeprägter vorkommt und der mit einer kognitiven und emotionalen Rigidität einhergeht, die bezogen auf die in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft geforderten sozialen Kompetenzen zunehmend dysfunktional wird. 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, als Welt, in der nichts Gutes erwartet werden kann, die ungerecht, ausbeuterisch, gewalttätig und zunehmend fremd erlebt wird und die eigene Lebenssouveränität untermindert.

Dieses Modell integriert auf neuestem Stand die sozialepidemiologische Befundlage. Eines ihrer stabilsten Ergebnisse zeigt für alle fortgeschrittenen Industriestaaten, daß sich soziale Ungleichheit auch im Gesundheitsstatus einer Bevölkerung reproduziert: Mit geringerem sozialen Status und niedrigerem Bildungsstand steigt das Krankheitsrisiko und sinkt gleichzeitig die Chance auf eine angemessene Behandlung. Dieser Befund gilt selbst für Krankheiten, die im Alltagsbewußtsein als die Krankheiten der oberen sozialen Schichten gelten. Der Herzinfarkt ist gar nicht typisch für die Elite, für streßgeplagte Manager und leitende Angestellte, sondern vielmehr eine Todesursache, die

prozentual stärker Menschen aus den sozial schwächeren, unterprivilegierten Schichten der Bevölkerung betrifft. Medizinhistorische Studien beweisen, daß die privilegiertesten Schichten mit dem Einsetzen der Modernisierungsprozesse als erste einen Rückgang der Sterberate verzeichneten.

Diese Befunde zeigen sozialstrukturelle Begrenzungen souveräner und selbstgestalteter Lebensführung auf und die Ideologieträchtigkeit von Ansätzen der Gesundheitsförderung, die psychische Gesundheit zu einer Angelegenheit von Lebensstil und guter Laune machen, also im Grunde auf unbegrenzte individuelle Bewältigungsressourcen setzen. Dieses Modell sollte aufzeigen, wo gesellschaftliche Fremdbestimmung, Enteignung von Alltagskompetenzen, die Zerstörung menschlicher Gestaltungsräume und die wachsenden ökologischen Risiken durch individuelle Bewältigungsstrategien letztlich nicht überwunden werden können und geeignete gesellschaftliche Strukturreformen erforderlich sind.

„Gesundheit ist für mich, wenn ich im Einklang mit der Natur bin.“

Gesundheitsdiskurse der aktuellen Gesundheitsbewegung

Es ist natürlich leichter, die kritische Sonde am fremden Material zu erproben, aber ich will mich nicht davor drücken, auch die mir selbst wichtigen Diskurse unter dem Aspekt ihrer impliziten Identitätsangebote zu untersuchen.

Belastungs-/Bewältigungs-Diskurs

Dieser Diskurs hat seine eigene implizite Philosophie: Die Welt ist ein einzige Quelle von Belastungen, mit denen wir fertig zu werden haben. Hier klingt das an, was Christopher Lasch die Philosophie des „minimalen Selbst“ genannt hat. Wir haben gar keine eigenen utopischen Vorstellungen mehr für eine Gestaltung der Welt, für die wir uns einsetzen könnten. Im Vordergrund steht eine Politik und Perspektive des Überlebens, in der Mikrowie der Makrowelt. Persönliche und globale Krisen sind die beherrschenden Erfahrungen, und der Belastungs-/Bewältigungsdiskurs fragt nach den Bedingungen der Krisenbewältigung. Ins Zentrum des Interesses rücken unsere Kraftreserven, die psychischen, sozialen und materiellen Ressourcen, für diesen dauerhaften Kampf gegen Krisen, Krankheiten, Belastungen und Widersprüche. Einerseits hat die Analyse von Unterstützungsressourcen sicherlich eine wichtige Perspektive der psychosozialen Gesundheitsforschung eröffnet. Andererseits ist sie häufig mit einer Haltung des „Bewältigungsoptimismus“ gepaart, die auf dem Hintergrund einer sich zunehmend zur „Risikogesellschaft“ entwickelnden Alltagsrealität etwas verzweifelt paradoxe Züge annimmt. Unsere Lebenswelt wird ausgehorcht und abgeklopft, um bislang unentdeckte Bewältigungskompetenzen und Stützpfiler aufzuspüren. Hier wird eine soziale Defensivphilosophie als Hoffnungsträger verkauft, obwohl sie über den mühseligen Lebenskampf hinaus keine Perspektive eröffnen kann.

„Gesundheit ist für mich, wenn ich morgens gerne aufstehe.“

Der Diskurs der Pluralität von Identitätsentwürfen

Er setzt am gesellschaftlichen Bankrott von Identitätsdiktaten oder an allen Varianten des „autoritären Universalismus“ an: Dieser war und ist – wie Helmut Dubiel kürzlich schrieb – „blind ... gegenüber dem genuin modernen Phänomen einer unaufhebbaren Pluralität von Interessens- und Wertorientierungen, von Religionen, Weltanschauungen, Kulturen und Lebensformen. Wir Urenkel der Aufklärung haben erst in jüngster Zeit wirklich begriffen, daß jeder theoretische und politisch-praktische Versuch, diese Pluralität durch Kolonisierung oder Assimilation einzuebenen, die Substanz von Lebensformen zerstört“ (Dubiel 1990, S. 488). Diese Kritik steht im Zusammenhang mit einer kritischen Aufarbeitung des Projektes Sozialismus. Aber er ist natürlich ebenso gegen den „autoritären Universalismus“ der instrumentellen Vernunft gerichtet, eine Kritik, für die vor allem Bernd Guggenberger zum Sprachrohr geworden ist: „Im Kern müssen wir uns wohl entscheiden, welche ‚Ebene der Vollkommenheit‘ wir uns wählen: die des Individuums oder die der Gesellschaft; welche ‚Macht‘ gesteigert werden soll: die konkrete Lebenskompetenz des einzelnen oder die abstrakte, weil prinzipiell maßfremde, ja maßfeindliche Wirk-Macht des gesellschaftlichen Ganzen. Optieren wir für einen substantiellen Pluralismus mit der Chance, eine Vielzahl voneinander unabhängiger und abweichender Lebensentwürfe zu realisieren, oder entscheiden wir uns für den Scheinpluralismus eines hochgradig binnendifferenzierten Zusammenwirkens aller in einem System technisch perfektionierter Naturbeherrschung, dessen frühestes Modell uns Francis Bacon in seiner Vision der ‚Nova Atlantis‘ vor Augen stellt?“ (Guggenberger 1990, S. 590).

Ist unsere späte Entdeckung der Pluralität von Identitätsentwürfen und postmoderner Philosophie eventuell nicht viel mehr als eine mühsame theoretische Kaschierung unserer Ratlosigkeit? Oder gar eine Bereitschaft, sich angesichts der Produktion von marktgerechten und anpassungsbereiten Sozialcharakteren indifferent zu verhalten?

Gesundheit als emanzipatorischer Kampf

„An der Volkshochschule gibt es das einzige Angebot, das einigermaßen preisgünstig ist.“

Welches ist die Botschaft dieses Diskurses? Das Subjekt wird notwendigerweise zum Baumeister des Sozialen, seiner eigenen Gemeinde oder Lebenswelt. Statt Einpassung von Subjekten in vorhandene soziale Zusammenhänge kommt es deshalb darauf an, Menschen dazu zu befähigen, sich selbst solche Zusammenhänge zu schaffen. Erforderlich sind professionelle Ziele und Kompetenzen, Prozesse von Selbstorganisation zu fördern. Statt einer Förderung und Beschleunigung von Individualisierungsprozessen (z.B. als psychotherapeutische Modernisierung) gilt es, selbstbestimmte Netzwerkförderung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird eine professionelle Philosophie des „Empowerment“ gefordert, die den Be-

troffenen die Kontrolle über ihre eigene Lebenssituation ermöglicht. Das ist im wesentlichen mein eigener Diskurs und hat in der Gemeindepsychologie mit guten Argumenten den paternalistisch-expertenorientierten Präventionsdiskurs abgelöst (vgl. Stark 1991). Mich irritieren gleichwohl die Konnotationen des „Kampfes“ und der „Macht“ und die Metapher der Kontrolle. Das sind Elemente des Emanzipationsprogramms der Moderne, das gegenwärtig von einer ernstzunehmenden postmodernen Analyse kritisch befragt wird.

Schlußgedanke

Das vorherrschende Identitätsverständnis der Moderne wird auch von der alltäglichen Lebensrealität in Frage gestellt. Zeitgenössische Identitätsprojekte sind in den einheitsstiftenden Gehäusen des bürgerlichen Charakters nicht mehr unterzubringen. Als Reaktion darauf werden innerhalb der Diskursarena ‚Identität‘ neue Modelle der Identitätsarbeit entworfen, und zum Teil wird diese als „abgesunkene Glaubensfrage“ (Strauß 1981) abgetan, mit der das postmoderne Subjekt seine Zeit nicht mehr vergeuden sollte.

Gefordert ist von den Subjekten die Erarbeitung einer dezentrierten Identität. Obwohl unser Denken noch stark von Identitätsmodellen bestimmt ist, die in Kategorien steuernder Zentren, Kohärenz, Konsistenz oder Einheitlichkeit denken, läßt sich empirisch eine Tendenz zur Fragmentierung und Dezentrierung belegen. Als heuristischen Vorschlag für eine Identitätsbildung, die von einem Verlust an vorhersagbarer Einheitlichkeit bestimmt ist, ohne deshalb als pathologisch mißverstanden zu werden, habe ich das Konzept einer „Patchwork-Identität“ vorgeschlagen (Keupp 1989). Dieses Identitätskonzept nutzt eine Metapher, die den Herstellungs- und weniger den Produktcharakter von Identität betont. Das Subjekt wird ausdrücklich als Konstrukteur seiner eigenen Person dargestellt, und die Aufmerksamkeit wird darauf gerichtet, daß unter Bedingungen der Fragmentierung, Widersprüchlichkeit und Pluralisierung der Lebensformen die Integrationsleistungen der Subjekte notwendigerweise eine kreative Eigenwilligkeit annehmen. Die in diesem Sinne verstandene „Patchwork-Identität“ hat keine immanent normative oder gar emanzipatorische Bedeutung. Sie zeigt allenfalls die Notwendigkeit auf, zentristische Subjektmodelle aufzugeben.

Die Wegmarkierung für eine Alternative könnte Gernot Böhmes Konzept vom „souveränen Menschen“ sein. „Der souveräne Mensch“, so Böhme, „unterscheidet sich von dem autonomen gerade nicht durch eine Steigerung der Herrschaft über sich selbst noch über andere. Souveränität in diesem Sinne heißt eher, nicht über alles herrschen zu müssen“ (Böhme 1985, S. 287). „Der souveräne Mensch übt Ironie gegen sich selbst. Gerade wenn er im Sinne einer kulturellen Sozialisation des Menschseins, im Sinne einer bestimmten Berufskompetenz oder einer sozialen Rolle sich stilisiert und zu hoher Perfektion ausgebildet hat, wird er wissen, daß das mit Unkosten erkaufte ist und daß es auch andere Dimensionen menschlichen

Gutseins gibt. Seine Identifikation wird nie vollständig sein.

Der souveräne Mensch ist der kompetente Mensch. Zwar wird auch er auf Dienstleistungen durch andere, wird auch er auf Expertenwissen angewiesen sein. Aber er wird sich dabei niemals ganz als Objekt in die Hände der anderen begeben. Er wird in Auseinandersetzung mit den Experten selbst herausfinden, welche Art von Hilfe er braucht, und er wird nicht unnütz und nicht vorschnell sich anderen überlassen. Das erfordert Mut und die Bereitschaft, ein Stück Unsicherheit zu ertragen. ...

Die Souveränität besteht vor allem in der Zulassung des Anderen. Der souveräne Mensch weiß, daß er nicht die ganze Wahrheit vertritt und daß seine Form des Daseins nur einen Teil der Menschheit ausmacht. Er wird nicht ängstlich um sein Ich bangen, weil er dahinter das Selbst spürt. Er wird seinen Leib nicht für ein körperliches Instrument seines Willens halten, seine Gefühle nicht für Attribute seiner Seele und seine Gedanken nicht für Produkte seines Bewußtseins. Er wird mit sich selbst leben als Teil eines größeren Zusammenhanges ... Der souveräne Mensch weiß, daß er nicht das Ganze ist, aber er lebt als Teil des Ganzen und weiß sich mit dem Ganzen in Verbindung zu setzen“ (ebd., S. 288).

Ein kompletter Grundriß eines alternativen Gesundheitsdiskurses ist das natürlich nicht. Aber es wird eine Perspektive für eine souveräne Verweigerung gegenüber den allgegenwärtigen Identitätszwängen der uns umstellenden Gesundheitsdiskurse eröffnet. Diese Perspektive könnte die automatischen Konditionierungen gegenüber den ideologischen Trillerpfeifen reflexiv aufheben und das Potential einer Subjektbildung vergrößern, die es ermöglicht, „ohne Angst verschieden sein“ zu können.

Literatur

- Abele, Andrea/Becker, Peter (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim: Juventa 1991
- Adorno, Theodor W.: Ästhetische Theorie. In: ders.: Gesammelte Schriften. Bd. 7. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1984
- Adorno, Theodor W.: Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben. In: ders.: Gesammelte Schriften. Bd. 4. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1980
- Antonovsky, Aaron: Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass 1979
- Antonovsky, Aaron: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass 1987
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth: Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1990
- Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.: Edition Suhrkamp 1986
- Benjamin, Jessica: Die Antinomien des psychiatrischen Denkens. Kritische Theorie und Psychoanalyse. In: W. Bonß/A. Honneth (Hrsg.): Sozialforschung als Kritik. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1982, S. 426-455

Böhme, Gernot: Anthropologie in pragmatischer Absicht. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1985

Castel, Robert: Die psychiatrische Ordnung. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979

Dahrendorf, Ralf: Lebenschancen. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979

Dethlefsen, Thorwald: Schicksal als Chance. München: Goldmann 1988.

Dethlefsen, Thorwald/Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder. München: Goldmann 1990

Dubiel, Helmut: Linke Trauerarbeit. In: Merkur 44 (1990) Nr. 496, S. 482-491

Ernst, Heiko: Gesund ist, was Spaß macht. Stuttgart: Kreuz-Verlag 1992

Faltermaier, Toni: Lebensereignisse und Alltag. München: Profil 1987

Foucault, Michel: Von der Freundschaft. Berlin: Merve 1984

Fromm, Erich: Anatomie der menschlichen Destruktivität. Reinbek: Rowohlt 1977

Gerling, Richard: Der vollendete Mensch und das Ideal der Persönlichkeit – Die Kunst, harmonische Leibesbildung, gesunden Organismus, sympathisches Äußeres und körperliche Kraft zu entwickeln und dauernd zu erhalten. Oranienburg: Möller 1917

Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe 1861

Guggenberger, Bernd: Zwischen Postmoderne und Präapokalyptikon: Zurück in die Zukunft oder: Nach uns die Maschine? Zur Dialektik von Arbeitsorganisation und Daseinsgestaltung. In: P. Sloterdijk (Hrsg.): Vor der Jahrtausendwende: Berichte zur Lage der Zukunft. Bd. 2. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1990, S. 546-598

Harré, Rom: Personal being. Oxford: Basil Blackwell 1983

Haug, Wolfgang Fritz: Faschisierung des Subjekts. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitik im deutschen Faschismus. Berlin: Argument 1986

Herringer, Norbert: Empowerment – Annäherungen an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. In: Neue Praxis 21 (1991), S. 221-229

Herzlich, Claudine/Pierret, Janine: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: Beck 1991

Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa 1988

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz 1993

Jäckle, Renate: Biotanz ins Jenseits. Der Einbruch der Esoterik in die Medizin. In: Kursbuch (1987) H. 88, S. 35-47

Keupp, Heiner: Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. München: Quintessenz Verlag 1994

Keupp, Heiner: Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg: Asanger 1989

Kieffer, Charles H.: Citizen empowerment. A developmental perspective. In: Prevention in Human Services (1984), H. 3, S. 9-36

Kind, Hans: Zur Geschichte prophylaktischer Vorstellungen in der Psychiatrie. In: G.A.E. Rudolf/R.Tölle (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie. Berlin: Springer 1984, S. 231-235

Kleiber, Dieter: Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme. In: psychomed (1992), H. 4, S. 220-230

„Ich mache etwas für meine Gesundheit, weil durch den alltäglichen Streß das wichtigste, die Gesundheit, in Vergessenheit gerät.“

„Ich gehe zur Volkshochschule, weil ich dort geschulte Leute vorfinde.“

- MacIntyre, Alasdair: Whose justice? Which rationality? London: Duckworth 1988
- Macpherson, C.B.: Die politische Theorie des Besitzindividualismus. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1967
- Maschwesky-Schneider, Ulrike/Klesse, Rosemarie: Lebenslagen und Gesundheitshandeln von soziale benachteiligten Frauen: Die Bedeutung eines handlungstheoretischen Modells der Sozialstruktur für die Gesundheitsforschung. In: Sozial- und Präventivmedizin 38 (1993), S. 156-164
- Mirowsky, John/Ross, Catherine E.: Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter 1989
- Rappaport, Julian: In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. In: American Journal of Community Psychology (1981), H.9, S. 337-356; deutsch: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 17 (1985), S. 257-278
- Sagan, Leonard A.: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt 1992
- Sampson, Edward E.: Debate on individualism. Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. In: American Psychologist 43 (1988), S. 15-22
- Sampson, Edward E.: The challenge of social change for psychology. Globalization and psychology's theory of the person. In: American Psychologist 44 (1989), S. 914-921
- Schultz, J.H.: Die seelische Gesunderhaltung unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsverhältnisse. Berlin: Mittler 1943
- Stark, Wolfgang: Prävention und Empowerment. In: G. Hörmann (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek: Rowohlt 1991, S. 213-232
- Stark, Wolfgang: Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 140 (1993), S. 41-44
- Stark, Wolfgang (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg: Lambertus 1989
- Strauß, Botho: Paare, Passanten. München: Hanser 1981
- Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt zu kontrollieren. Frankfurt/M.: Fischer 1992
- von Krafft-Ebing, Richard: Über gesunde und kranke Nerven. Tübingen: Laupp 1885
- Wemmer, Ulrich/Korczak, Dieter: Gesundheit in Gefahr. Daten-Report 1993/94. Frankfurt/M.: Fischer 1993
- Will, Herbert: Fetisch Gesundheit. In: Kursbuch (1987) Nr. 88, S. 7-21
- Zickendraht, Veronika: Persönlichkeitsprofil. Identity vom Scheitel bis zum Schreibtisch. Landsberg: verlag moderne industrie 1991
- Ziehe, Thomas: Neue kulturelle Suchbewegungen – Nach dem Hedonismus. In: SOWI 16 (1987), S. 247-254

MIT SINNEN UND VERSTAND AUF DER SUCHE NACH GESUNDHEIT

Helmut Milz

Von der präventiven Erziehung zum Erlernen von gesunden Fertigkeiten

Wenn man auf der Suche nach etwas ist, dann hat man entweder eine Idee von dem, was man sucht, oder man hat etwas Bestimmtes verloren. Suchen entsteht aus einem Mangelmotiv (etwas fehlt) oder aus einem Mängelmotiv (etwas ist nicht in Ordnung).

Um etwas zu finden, sind die Art und der Ort der Suche von Bedeutung. Sie kennen vielleicht die kleine Geschichte der beiden Männer, die sich unter der Straßenlaterne begegnen. „Was machst du denn“, fragt der eine. „Ich suche meinen Schlüssel, kann ihn aber nicht finden“, antwortet der andere. „Bist du sicher, daß du ihn hier verloren hast?“ „Nein, das nicht, aber hier ist das beste Licht zum Suchen.“

Auf der Suche nach Gesundheit – wer sucht da nach was?

Als der englische Philosoph David Seedhouse vor einigen Jahren versuchte, die verschiedenen Ideen der Gesundheit miteinander zu vergleichen und

zueinander in Verbindung zu setzen, schrieb er: „Gesundheit ist eines jener Worte, die zwar beständig verwendet werden, gleichzeitig aber so vielgestaltige Bedeutungen haben, daß sie sich nicht vollständig klären lassen, ohne gleichzeitig Widersprüche hervorzurufen.“ Nach seiner Analyse sollte man Gesundheit als die Grundlage oder Grundvoraussetzung von möglichen Leistungen verstehen. Gesundheit sei nicht ein einzelnes Ziel, welches universell erreicht werden könne. Statt dessen habe Gesundheit verschiedene Grade und Ebenen, ähnlich wie verschiedene Arten von Gebäuden verschiedene Arten und Standards von Fundamenten benötigen.

Wo Gesundheit in der Vergangenheit eher medizinisch als die Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde, da sind neue Gesundheitsbewegungen um ein eigenständiges, positiv definiertes Verständnis bemüht. Eine der wesentlichen Vordenkerinnen eines neuen Gesundheitsverständnisses ist Ilona Kickbusch von der WHO. Sie plädiert für ein neues Denken über Gesundheit auf der Basis systemisch-ökologischer Konzepte und deren Idiom „Muster – Chaos – Kontext“. Das Muster, das verbindet, ist eine Idee, welche der Biologe und Systemforscher Gregory Bateson ausgearbeitet hat. Es bestimmt sich durch die Zusammenhänge zwischen Form, Substanz, Kontext, Bedeutung und Unterschieden. In den Mittelpunkt stellt Ilona Kickbusch daneben eine Idee, welche der israelische Soziologe Aaron Antonovsky „Sense of coherence“ nennt, „d.h. eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang eine Person 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" (Kickbusch). Dadurch sollen die eigenen Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn bekommen, und durch ein positives Selbstbild soll Handlungsfähigkeit ermöglicht werden.

Was liegt diesem Kohärenzempfinden zugrunde? Für mich ist dies zusehends deutlicher der eigene Leib. Dieser Leib ist in Anlehnung an seine gemeinsame sprachliche Geschichte mit dem Begriff Leben (im englischen heute noch identisch mit „life“) das subjektive Zentrum aller Erfahrungen, Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen. In seiner materialisierten äußeren Gestalt ist der Leib als Körper sicht- und meßbar. In seiner lebenden inneren, kohärenten Gestalt umfaßt der Leib jedoch auch das persönliche Seelen- und Geistesleben. Dadurch entzieht er sich häufig einer eindeutigen, objektiven, wissenschaftlichen Quantifizierung. Durch unsere besondere Lebensgeschichte wird der Leib zu einem Ort unseres Gedächtnisses, für unser Erleben, Fühlen, Spüren, Handeln, Denken und Verhalten. Der subjektiv erlebte Raum des Leibes beinhaltet zwar den Körper, ist aber nicht mit seinen Grenzen identisch. Er kann seine Identität nur im beständigen Austausch mit dem bewahren, was er nicht ist, also mit seiner natürlichen und sozialen Umwelt. Dementsprechend bedarf die leibliche Kontinuität der beständigen Flexibilität und Veränderung, welche es ihr ermöglicht, sich den sich wandelnden Mitweltbedingungen gestaltend anzupassen. Durch seine evolutionär-genetische Ausrüstung besitzt der Leib als Lebensprozeß dazu grundsätzlich die – zeitlich allerdings begrenzte – Fähigkeit. Dies könnte man als das persönliche Gesundheitspotential bezeichnen. Sein Lebensprinzip ist Bewegung als dynamischer Ausgleich von Abweichungen von der Lebenserhaltenen Mitte, welche physiologisch als „Homöostasis“ (Walter Cannon), als Fließgleichgewicht bezeichnet wird.

Dieses gesunde Potential des Leibes ist auch in der Krise und Abweichung, die wir generell mit Krankheit bezeichnen, grundsätzlich vorhanden. Nach Viktor von Weizsäcker ist jede Krankheit schon ein Lösungsversuch des Leibes, wenn auch ein neurotischer oder zur Wiedererlangung von Gesundheit unzureichender Versuch. Dies hat jedoch die moderne wissenschaftliche Medizin in ihrer Hypnotisierung durch das alleinige Prinzip der äußeren Intervention allzuoft vergessen. Deshalb ist das Bemühen um ein neues Verständnis von Gesundheit und Heilung heute wesentlich und wichtig. Wenn Ilona Kickbusch schreibt, daß Gesundheit eine andere Denk- und Organisationsstruktur braucht als Krankheit und die Menschen dabei andere Anlaufstellen bei ihrer Suche benötigen, die nicht auf einem Defizitmodell, sondern auf einem Modell des Potentials beruhen, dann stimme ich dem voll zu.

Gesundheitsförderung ist genuin ein Projekt der betroffenen Menschen, die eben im Hinblick auf ihre Gesundheit keine Laien, sondern die einzigen echten Spezialisten sind. Zu ihrer Hilfe und

weiteren Qualifizierung können Spezialisten verschiedener wissenschaftlich-akademischer Disziplinen wichtige Kenntnisse beisteuern, sozusagen als allgemeine „Landkarten“ für Gesundheit. Über deren Tauglichkeit im „Gelände“ ihrer besonderen Lebensgeschichten und Lebensumstände müssen sich die Menschen allerdings mit ihren Sinnen und ihrem Verstand selbst vergewissern.

Das Gesundheitsförderungsprogramm der WHO hat in den letzten 10 Jahren, besonders deutlich durch die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“, wesentliche Beiträge zu einem Neuverständnis von öffentlicher Gesundheitspolitik geleistet. Seine Entstehung ist eng mit den Impulsen und Anregungen verschiedener sozialer Bewegungen, wie der Selbsthilfebewegung und der Frauenbewegung, oder sozialen Gesundheitsprojekten verknüpft. Ihnen gemeinsam war eine emanzipative und kollektive Idee von Gesundheit, welche sich teilweise in Konfrontation und Abgrenzung, teilweise als Alternative oder Ergänzung zum herrschenden Gesundheitsverständnis der offiziell-institutionalisierten medizinischen Versorgung entwickelt hat. Diese Bestrebungen wurden teilweise in der akademischen Forschung aufgegriffen und in Konzepten wie Bewältigung (Coping), soziale Unterstützung (social support) oder kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen (health and illness beliefs) zusammengefaßt. Daß die basisorientierten Gesundheitskonzepte allerdings Eingang in politische Neuformulierungen zur Gesundheit gefunden konnten, dürfte wesentlich durch die bekannten ökonomischen Krisenphänomene dieses größten Dienstleistungs- und Produktionsbereiches bedingt sein. Als sichtbar wurde, daß sich Sozialpolitik nicht mehr ausschließlich mit überproportional wachsenden medizinischen Dienstleistungen – für eine immer älter werdende Bevölkerung mit einem rasch ansteigenden Teil chronischer Krankheiten – praktizieren läßt, da wurden manche Politiker für mögliche Alternativen offener. Ihre praktischen Taten und Initiativen bewegen sich jedoch immer zwischen der Unterstützung emanzipativer Gesundheitsprojekte und der Abschiebung dieser Projekte in dürftig ausgestattete Probierfelder.

Auch wenn für die Gesundheitsförderung bisher die gemeinsame politisch-institutionelle Gestaltung der Verhältnisse für Gesundheit im Vordergrund steht, so kann sie sich doch der notwendigen Übersetzung dieses Konzepts auf die schwierigere, chaotischere Ebene der praktischen Suche des einzelnen nach seiner Gesundheit nicht verschließen. In der Ottawa-Charta hat die WHO diesen Bereich unter dem Begriff der Entwicklung von „personal skills“ zusammengefaßt. Der englische Begriff „skill“ umfaßt sowohl die erlernbaren praktischen Fähigkeiten, sozusagen das Werkzeug, als auch den persönlichen Wert einer Handlung für die Gesundheit. Die traditionellen Konzepte der Gesundheitserziehung als der Bereich, aus dem die Gesundheitsförderung ursprünglich entstanden ist, waren hauptsächlich von traditionellen medizinischen Hygiene- und Präventivstrategien zur Eindämmung spezieller Krankheiten geprägt. Die Frage der Entwicklung persönlicher Fertigkeiten





zum Erhalt und zur Beförderung von Gesundheit geht verschlungene und zum Teil widersprüchliche Wege. Ich will versuchen, einige davon nachzuzeichnen.

In den eigenen Leib zurückfinden

Auf einem experimentellen Workshop zur Förderung sinnlicher Gewahrksamkeit („sensory awareness“ nach Charlotte Selver) traf ich vor einigen Jahren einen ungewöhnlichen Lehrer. Er hatte zuvor als Rechtsanwalt Menschen in ihren Rechten verteidigt. Jetzt half er seit einigen Jahren Schauspielern eines großen deutschen Theaters dabei, nach ihrer Performance wieder zu ihrem Recht auf eigene Leiblichkeit zurückzufinden. Nach ihrem Auftritt auf der Bühne des Theaters, wo sie mit allen Fasern ihres Seins Leben und Leidenschaften anderer Personen verkörpern, nehmen sie sich jetzt diese Eigen-Zeit, um mit seiner Unterstützung wieder den Raum ihrer eigenen Existenz auszufüllen, den Boden unter ihren Füßen zu spüren und die Menschen ihrer eigenen Mitwelt wahrzunehmen. Sie öffnen ihre Sinne wieder für den eigenen Atem und wollen wieder ihre eigenen Gefühle empfinden.

Der Sozialanthropologe Erving Goffman glaubte schon in den 60er Jahren beobachten zu können, daß wir in Gesellschaft alltäglich in verschiedenen Rollen Theater spielen. Ob dies bewußt oder unbewußt geschieht, sei erst einmal dahingestellt. Bekanntermaßen leitet sich der Begriff „Person“ vom lateinischen Wort „persona“ – Maske – ab. Die Arbeit des erwähnten Schauspiel-Helfers gleicht in vieler Hinsicht der Arbeit von Therapeuten oder Lehrern der „neuen Leibesübungen“, auf die ich in diesem Beitrag später eingehen werde. Sie sind darum bemüht, kranken und leidenden Menschen dabei behilflich zu sein, sich vom Zugriff ihrer erlernten, neurotischen Rollen zu befreien. Wenn ihnen dies gelingt, dann können sie wieder „am eigenen Leibe“ spüren und fühlen und wieder bewußter mit ihrem eigenen Leib als existentieller Mitte leben.

Welche Schwierigkeiten dabei auftreten können, aber auch welche Wege und Möglichkeiten bestehen, diese zu überwinden, davon handeln die folgenden Ausführungen. Der Hypnotherapeut Milton Erikson hat einmal betont, daß jeder von uns im Gespräch nur mit seinen eigenen Ohren hören könne. Dementsprechend werden auch Sie unterschiedlichen, für Sie relevanten Teilen meiner Bemerkungen Gehör geschenken.

Warum redet wer wie vom Leib? – Annäherung an einen schwierigen Begriff

Die individuelle und gemeinsame Wiederbesinnung auf den Begriff „Leib“ kann im Kontext der neueren Geschichte und im Zeitgeist unserer techno-modernen Kultur nicht umstands- und bruchlos geschehen. Dazu haften ihm zu viele negative

Auren an, wie etwa die des Antiquierten, des Drills von Leibesübungen in muffigen Turnhallen, des übersteigerten Mißbrauchs durch größten- und rassenwahnsinnige nationalsozialistische Ideologien oder der teuflisch leibhaftigen Verführung des nur sinnlich erotischen Objekts. Es scheint mir wichtig, sich beizeiten und immer wieder an diese möglichen Facetten einer unkritischen Leibverehrung zu erinnern und sie mit dem eigenen Leibverständnis zu vergleichen.

In welchen alltäglichen Zusammenhängen verwenden wir heute noch den Begriff „Leib“? Wir fürchten bisweilen Gefahren für Leib und Leben. Wo mögliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit besteht, da führen staatliche Behörden verstärkt Leibes-Visitationen durch. Dabei scheint der Leib für sie in den Regionen unterhalb des Kopfes, im Bauch und Rücken, häufig auch im Unter-Leib verortet zu sein. Wir sorgen uns um unser oder unserer Gäste leibliches Wohlergehen, belohnen mit Leib-Speisen oder Leib-Gerichten, achten darauf, keine Leib-Schmerzen zu bekommen. Be-leibt zu sein wird in unsere Kultur zusehends als Zeichen der Charakter- und Willensschwäche angesehen. Man sucht heute nicht mehr den Rat eines Leib-Arztes. Wer einem zuwider ist, den versucht man sich vom Leib zu halten. Wärmend schützt unseren nackten Körper das Leiberl (Leibchen). Den Leib Christi erhalten Katholiken symbolisch bei der Kommunion, aber erst nachdem sie zuvor dem abgeschworen haben, der angeblich ganz Leib ist, der Teufel als der Leib-haftige.

Vielleicht war es die neue Frauenbewegung, die erstmals wieder deutlich die Frage nach der politischen Bedeutung der eigenen leiblichen Existenz aufgeworfen hat. Jedenfalls betonten einige ihrer Vertreterinnen klar, daß auch das Persönliche politisch sei. Mit trotzig selbstbewußten Parolen, wie etwa „Mein Bauch gehört mir“ oder „our bodies ourselves“, setzten sie sich gegen männliche Ignoranz und medizinisch-gynäkologische Bevormundung zur Wehr. Die kritische Studentenbewegung hatte zuvor mit Ernst Bloch schon theoretisch von der Bedeutung des „aufrechten Gangs“ gesprochen. Aber im Zeitalter der antiautoritären Revolte ließ man sich praktisch lieber gehen oder hängen. Viele Revoltierende dieser Zeit begannen, mit unterschiedlichen Drogen alternative Bewußtseinszustände zu erfahren, welche sie darauf aufmerksam machten, daß es außer der „normalen“ Perspektive durchaus noch andere „Pforten der Wahrnehmung“ (Aldous Huxley) gibt. Andere begannen zu meditieren oder suchten, wie zuvor schon die Beatles oder viele andere Künstler, Rat und Erleuchtung bei asiatischen Gurus, in deren Ashrams sie auf Zeit der vertrauten Welt entflohen.

Neben den Reisen in andere Bewußtseinszustände wurden auch vermehrt Reisen in andere Länder und Kontinente unternommen. Die Begegnungen mit zuvor eher als primitiv und entwicklungsbedürftig angesehenen Menschen und ihren Kulturen erlaubte verändernde Erfahrungen mit ihrer traditionellen Kultur, ihren Lebenszusammenhängen und ihrer anderen Naturbezogenheit. Es wurde deutlicher, daß viele dieser neu erfahrenen Qualitäten den Reisenden in ihrem eigenen hei-

matlichen Fortschrittsgebiet bis dahin nicht wichtig oder verlorengegangen waren, vielleicht hatten sie diese sogar nie bewußt vermisst. Des weiteren wuchs die erneute Auseinandersetzung mit transkulturellen Mythologien und spirituellen Traditionen. Manche ängstlichen Kritiker glaubten in dieser Zeit schon, daß eine bedenkliche Selbsterfahrungswelle die Gesellschaft überschwemmen könnte, während andere einen neuen, verwirrenden Psychoboom diagnostizierten. Als das Ausmaß der bereits erfolgten Umweltgefährdung und -zerstörung deutlicher wurde, begannen immer mehr Menschen, konkrete alternative Utopien zu erproben. Fragen der Ernährung und der Gesundheitsförderung, der Eigenbewegung statt der ausschließlichen Fortbewegung, nahmen jetzt breiteren Raum ein. Ivan Illich verwies auf das Ausmaß „iatrogener“, durch überflüssige ärztliche Handlungen bedingter Krankheiten. Verstärkt durch die beginnende Rückbesinnung auf die Natur, wurden Kräuter und sanfte, alternative Heilmethoden immer mehr „in“, während Pillen, Chemie und Schulmedizin zunehmend „out“ waren. Wo die Medizin die Grenze ihrer Hilfe bei chronischen Krankheiten bekennen mußte, dort entstanden jetzt immer mehr krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen, welche die Möglichkeiten jenseits der offiziellen medizinischen Versorgung ausloten und erproben wollten. Die Ökologiebewegung machte mit ihrer Parole „think globally, act locally“ auf die neue Bedeutung des Naheliegenden aufmerksam. Was liegt näher als die eigene Existenz, der eigene Leib, könnte man fragen. Diese leibliche Einsicht mußte sich allerdings im Kontext von politischen Bewegungen erst vom prinzipiellen Verdacht der egozentrischen, wenn nicht sogar asozialen Nabelschau befreien. Vielen gelang dies einfacher mit amerikanischen oder fernöstlichen Importen des Kampfsports, der Meditation oder des „energy- und/oder body-work“. Wo sich kopfarbeitende Intellektuelle mit ihrem körperlichem Unterbau beschäftigten, da nannten sie dies häufiger, mit schlechtem Anglizismus, „Körperarbeit“. Ähnliche Begriffe finden sich im politischen Erbe der DDR, wie etwa der Begriff „Körperkultur“ als Referenz an den kraft- und leistungsstrotzenden, medizinisch maßgeschneiderten Spitzenathleten.

Fragen zum Verhältnis von Leib und technischem Fortschritt

Bei der Suche nach und der Erprobung von leiborientierten Alternativen dürfen wir aber nicht übersehen, daß auch der technische Fortschritt erfindungs- und erfolgreich war und ist. Die meisten von uns leben in einer technikintensiven Welt, auch wenn sie dies kritisieren und beklagen. Technikintensive Gesellschaften produzieren eine Vielzahl von Risiken für unsere Gesundheit, welche wir mit unseren Sinnen über lange Zeit nicht wahrnehmen oder verorten können und deren Intensität die natürlichen Abwehrkräfte unseres Organismus oft nicht mehr gewachsen sind. Verschiedene Formen von radioaktiven, elektrischen oder solaren Strahlungen sowie zunehmende Mengen potentiell krebserzeugender Chemikalien und Materialien können nur mit Hilfe moderner technischer „Sinnesprothesen“ aufge-

spürt, gemessen, in ihren Auswirkungen untersucht und dadurch einer gezielten Abwehr und Reduktion zugänglich gemacht werden. Die Tatsache der potentiellen Bedrohung durch solche nicht unmittelbar wahrzunehmenden Risiken kann, etwa bei hypersensiblen oder depressiv erschöpften Menschen, durchaus auch zu hypochondrischen oder anderen wahnhaften psychischen Störungen führen. Bei vielen Menschen führen diese subsensorischen Belastungen zu inzwischen erheblichen Steigerungen an Allergien verschiedenster Art.

Die in den letzten Jahrzehnten als Folge der Informations- und Kommunikationsrevolution erreichten neuen Technologien eröffnen bei vorsichtiger Anwendung durchaus auch neue Horizonte der Hilfe. Wir müssen dabei technik- und selbstkritisch prüfen, wo dem Menschen angepasste Technologien möglich und notwendig sind, aber auch, wo Technologien aus rein ökonomischen Profitinteressen gegen die Menschen und ihre ökologischen Grundlagen verbreitet werden. Einige exemplarische Fragen sollen diese Prüfungen verdeutlichen.

- Wieviel Nutzen und wieviel neuen Schaden bringen etwa die neuen bildgebenden Verfahren in der Medizin, wie Ultraschall, Computertomographie, Photonenemission oder Magnetresonanz? Wo sind ihre dreidimensionalen Bilder des „gläsernen Menschen“ hilfreich, und wo haben sie sich zu riesigen Amortisationsmaschinen zur zunehmenden Ausplünderung der Ressourcen der Gesundheitsversorgung entwickelt?
- Welchen potentiellen Nutzen und Schaden haben gendiagnostische Tests oder genmanipulative Techniken?
- Wo sind technikintensive, mikrochirurgische Operationen hilfreich, und wo sind sie gefährliche Experimente?
- Welchen Nutzen bringen uns die Entwicklungen einer digitalen Computerkultur, die uns audiovisuelle Präsenz auf der ganzen Welt beschert, während wir uns im „rasenden Stillstand“ (Paul Virilio) bewegungslos von der unmittelbaren Nachbarschaft entfernen?

Die aufgeklärte Wiederbelebung des Begriffs Leib umfaßt Besinnung und Verstand, Spüren und Fühlen, Denken und Handeln. Sie verweist nicht auf die tragisch vereinzelte Existenz im Inneren einer Statue, sondern auf den bewußt erlebten und gelebten, bewegten Prozeß unseres menschlichen Daseins.

Leib, Leben, Life – Organismus, Körper, Body

Der Begriff Leib bedeutet mehr als nur einen sprachlichen Ersatz von vertrauten Begriffen wie Körper oder Organismus. Er verweist auf die spürbare Gefahrwerdung unseres komplexen Eingebundenseins in vielgestaltige, ökosoziale Wechselwirkungen. Sprachgeschichtlich haben die Begriffe Leib und Leben die gleichen Wurzeln im althochdeutschen „Lip“, das auch dem englischen Begriff



**„Verflichte Gesundheit“
Kabarett mit
Hertha Schwätzig**



„life“ zugrundeliegt. Der Leib ist subjektiv für jeden von uns zugleich Lebensmitte und Lebensmittel. Er ist unser besonderer Lebensraum, die nur uns eigene Welt („Selbst“), sowie unser Werkzeug für weltbezogenes Handeln („Ich“). Im Leib verbinden sich verschiedene Seinsebenen, biologisch-körperlich, seelisch-gefühlsmäßig, mental-verstandesorientiert, mitmenschlich bezogen sowie mitweltbezogen im Gefühl der spirituell-kosmischen Zugehörigkeit.

Ein besonderes kultur- und sprachgeschichtliches Problem liegt in der ausschließlichen maskulinen Zuordnung von Begriffen wie Leib, Körper oder Organismus. Daß aus dem „kleinen Unterschied“ zwischen den Geschlechtern durchaus große, auch leiblich spürbare Unterschiede im soziokulturellen Leben werden, sollte nicht durch sprachliche Beschränkungen verdeckt werden.

Leib, Körper und Organismus teilen viele existentielle Gemeinsamkeiten, sie sind aber dennoch nicht identisch. Unser Körper ist ein wesentlicher, strukturierter und begrenzter Teil unseres Leibes. Er ist als biologischer Organismus Träger und Behälter unserer Lebensfunktionen. Mit Hilfe von „propriozeptiven“, selbststeuernden und selbstregulierenden biologischen Prozessen erhält sich der Körper seine „innere“, autonome Gestalt und Kontinuität. Seine nach außen gerichteten, „exterozeptiven“ Sinne befördern gerichtete Handlungen der einzelnen Menschen, welche danach streben, die grundlegenden Bedürfnisse des biologischen Organismus durch bewußte und gezielte Wechselwirkungen mit der Außenwelt zu befriedigen.

In gesunden Zeiten nimmt der Körper in unserem Leben keinen besonders wahrgenommen Raum ein, sondern ist weitgehend ein „absent body“ (Drew Leder). Er ist für uns selbstverständlich da und gegeben. Deutlicher in den Vordergrund unserer Aufmerksamkeit tritt der Körper erst in Zeiten der Verunsicherung, vor allem im Fall von Krankheiten, welche Schmerzen verursachen oder unser alltägliches Tun behindern und einschränken.

An Krankheit wachsen und gesunden – nur eine romantische Idee?

In der Krankheit bewegen uns widersprüchliche Erfahrungen. Was sich uns einerseits zu entfremden droht – der Körper, die Organe, die Gedanken, die Wahrnehmungen, die Gefühle -, das vermittelt uns andererseits vermehrt, vielleicht sogar erstmalig die Erfahrung, daß „Es“ (G. Groddeck) unser Selbst ist, das da bedroht und erkrankt ist. Dadurch erinnert uns die Krankheit mit der ihr eigenen Dringlichkeit und Intensität an die notwendige Wiederbesinnung auf unsere eigene Leiblichkeit.

Das Werk von Friedrich Nietzsche ist in vielfacher Hinsicht Zeugnis für die Erfahrungs- und Erkenntnisprozesse, die uns durch Krankheiten potentiell ermöglicht werden. Seine Philosophie ist wesentlich geprägt von seinen langjährigen, peinvollen Annäherungen an die eigene Leiblichkeit. So schreibt Nietzsche über die Auswirkungen einer soeben überstandenen, schweren gesundheitli-

chen Krise: „Erst der große Schmerz, jener langsame Schmerz, der sich Zeit nimmt, in dem wir gleichsam wie mit grünem Holze verbrannt werden, zwingt uns Philosophen, in unsere Tiefe zu steigen und alles Vertrauen, alles Gutmütige, Verschleiernde, Milde, Mittlere, wohinein wir vielleicht vordem unsere Menschlichkeit gesetzt haben, von uns zu tun. Ich zweifle, ob ein solcher Schmerz ‚verbessert‘, aber ich weiß, daß er uns vertieft ... Man kommt aus solchen Abgründen, aus solch schwerem Siechtum, auch aus dem Siechtum des schweren Verdachts, neugeboren zurück, gehäutet, kitzlicher, boshafter, mit einem feineren Geschmack für Freude, mit einer zarteren Zunge für die feinen Dinge, mit lustigeren Sinnen, mit einer zweiten gefährlichen Unschuld in der Freude, kindlicher zugleich und hundertmal raffinierter, als man jemals vorher gewesen war.“

In Nietzsches Aussagen klingen viele Elemente der sogenannten romantischen Medizin wider. Auch deren Gesundheitsverständnis war getragen von der Idee des Wachstums am Widerstand der unvermeidbaren Krankheit und des Leidens. Die dadurch „am eigenen Leibe“ erworbenen Einsichten in die Dynamiken zwischen der eigenen Existenz und der uns umgebenden Mitwelt führten aus Sicht der romantischen Medizin zur Wiederentdeckung und zum Respekt vor dem Wunder, den Möglichkeiten und der Begrenztheit des eigenen Leibes. Sie ließen seine naturverbundenen, harmonischen und heilsamen Qualitäten wieder deutlich werden.

Aufgrund ihrer Verbundenheit mit der Welt der subjektiv bewegenden Gefühle wurde die romantische Medizin von der erstarkenden naturwissenschaftlichen Medizin, unter deren einseitigem Primat der Vernunft, als wissenschaftliche Sackgasse und schwärmerische Verirrung abgelehnt. Aus zeitgenössischer Sicht stellt der Medizinhistoriker Heinz Schott dieser Kritik einige der wesentlichen, aber vergessenen Qualitäten der romantischen Medizin gegenüber:

- Sie versucht, der zunehmenden Entfremdung des Menschen von der göttlichen Natur, mit der er einmal in Harmonie verbunden war, durch intensive Naturforschung entgegenzuwirken.
- Sie ist bestrebt, die Künste zu fördern, welche im Buch der Natur auch zwischen den Zeilen lesen können und sich visionär-poetisch den geheimen Botschaften der Natur öffnen
- Sie unternimmt erstmalig die Protokollierung und Systematisierung von subjektiven Äußerungen kranker Menschen und ist bemüht, deren eigene Erlebnisse und Empfindungen ernstzunehmen.
- Sie hat Wesentliches geleistet für die Entwicklung von Sinnes- und Nervenphysiologie, von Psychologie und Psychotherapie (insbesondere die enormen Arbeiten von Franz Anton Messmer sind hier zu nennen).
- Sie fragt nach Sinn und Ursache von Krankheit und Heilung.

„Das Problem scheint nicht darin zu liegen, daß die Medizin technokratisch verengt, naturwissenschaftlich degeneriert wäre, sondern daß sie in ihrem Denken und Handeln kaum zu einer kritischen Selbstreflexion kommt. Sie würde dann zu ihrem

Erstaunen vielleicht feststellen, nicht etwa den alten „Aberglauben“ über Bord geworfen zu haben, sondern ihm in modischem Design stärker verhaftet zu sein, als sie dies überhaupt für möglich gehalten hätte“, kommentiert Schott.

Von „wounded healer“ und „neuen Leibes-Übungen“

Während der letzten Jahre hat die romantische Idee des krisenhaft gestärkten Wachstums auch durch den Mythos verschiedener „wounded healer“ (verwundeter Heiler) neues Interesse erfahren. Dieser Mythos begleitet vielfach die Entstehungsgeschichte von neueren, ganzheitlichen Methoden der leiborientierten Pädagogik und Therapie. Stellvertretend seien hier genannt:

- die Alexander-Technik (der Australier F.M. Alexander entwickelte sie in der Auseinandersetzung mit seinen erheblichen Stimmproblemen)
- die Eutonie (die Deutsch-Dänin G. Alexander war schon seit jungen Jahren von gelenkrheumatischen Beschwerden geplagt)
- die Feldenkrais-Arbeit (der Russisch-Israeli M. Feldenkrais entwickelte seine Technik anfangs zur Überwindung seiner erheblichen Kniegelenksverletzung)
- die Gindler-Arbeit (die Berliner E. Gindler verwendete ihre Methode zu Beginn als Hilfe gegen ihre erheblich einschränkende Lungentuberkulose)
- das Body-Mind-Centering (die Amerikanerin B. Bainbride-Cohen durchlitt eine einschränkende Polioerkrankung)
- die moderne Hypnotherapie (der Amerikaner M. Erikson kämpfte sein Leben lang mit den schmerzhaften Folgen einer Poliomyelitis, die ihn in den Rollstuhl zwang).

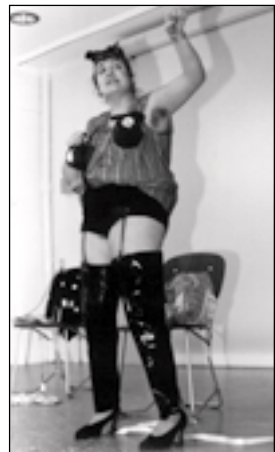
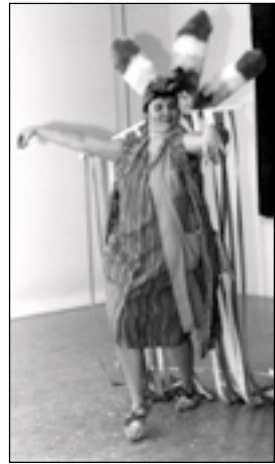
Der Wunsch, wieder zu gesunden und schöpferisch am Leben teilnehmen zu können, drängte diese Pioniere neuer Methoden der leiborientierten Pädagogik und Therapie dazu, in der krankheitsbedingten Krise das eigene Leben, den eigenen Leib anwesend und aufmerksam wahrzunehmen, um den eigenen Körper kontinuierlich, auch auf ungewohnte Art, immer wieder neu zu erproben und zu entdecken.

Eine weitere, auf den ersten Blick erstaunliche Entwicklung ist auch das neu gewachsene Interesse von wissenschaftlich qualifizierten, durchaus auch kritischen Experten verschiedener Disziplinen an Traditionen schamanistischer Heilkunde und Heilkunst. Ein wesentlicher Teil der Initiationsriten schamanistischer Lehrlinge besteht in oft äußerst peinvollen, teils selbstzerstörerischen Prüfungen. Bevor sich ihnen heilungsvermittelnde Qualitäten und Fähigkeiten eröffnen, müssen sie oft wahre Höllenqualen erleiden. Vielleicht ist es gerade dieser durchaus ambivalente mythologische Aspekt, der uns heute bisweilen nachdenklich macht angesichts der mangelhaften menschlichen Prüfungen und Initiierungsprozesse unserer modernen Ärzte. Deren hauptsächliche Qualen bestehen in multiple-choice-Prüfungen und dem Versuch, sich möglichst keine Schwächen anmerken zu lassen.

Sie verspüren ihre Lehrjahre nur sehr bedingt „am eigenen Leibe“, sondern primär, wenn nicht gar ausschließlich in ihren Köpfen, wo sich große Mengen von objektiven Daten und Fakten über isolierte Krankheitsentitäten anstauen. Untersuchungen über diejenigen Ärzte, welche sich verstärkt alternativen und ganzheitlichen Konzepten der Heilkunde und Heilkunst widmen, zeigen, daß auch in ihren Reihen sich viele „wounded healer“ befinden. Bei ihnen haben die bekannt hohen Mengen an Psychostimulantien, uppers und downers, welche die modernen ärztlichen Karrieren pflastern, beizeiten auch den Nebeneffekt der sensibleren Reflexionen ihres ärztlichen Tuns gehabt. Sie haben für sich wiederentdeckt, daß der Gesundungs- und Heilungsprozeß mehr Zutaten braucht als neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, Pharmaka oder ärztliche Intervention von außen.

Der Wert vieler der genannten Methoden der „wounded healer“ liegt darin, daß ihre bewegungs- und wahrnehmungsorientierten „Leibes-Übungen“ der Bedeutung von unmittelbarer Gewahrksamkeit verstärkte Aufmerksamkeit schenken. Gregory Batesons berühmter Satz „it is the difference that makes the difference“ wird in diesen Methoden mit der Hand be-greif-bar und mit den Füßen, in der Begegnung mit dem tragenden Boden, leiblich verstanden. Sie machen die von Tom Hanna erwähnte „felt difference“, also die gespürte Unterscheidung möglich und erlauben damit die Überwindung von oft jahrelang habitualisierter „sensomotorischer Amnesie“. In der Erforschung von vergessenen, ungewohnten oder noch nicht erprobten Bewegungsmustern lassen sich wieder neue Zugänge zu jener subjektiven „Wirklichkeit der ersten Person“ (Tom Hanna) finden, welche den „Spielraum des Leibes“ (Herbert Plügge) erweitert und neu belebt. Sie bewegen uns in eine Richtung, die Heinrich Jacobi so andeutete: „Es geht darum, einen erlebbaren und nicht mehr nur einen gewußten Standort einzunehmen.“ Wo Unterschiede sinnlich gespürt werden, da provozieren sie das von Charlotte Selver immer wieder betonte staunende „Aha“. Moshe Feldenkrais hat von der Wiederentdeckung des „elusive obvious“, des enthüllenden Selbstverständlichen gesprochen, welches dann auftauche, wenn das Leben wieder in der Bewegung bewußt erprobt werden dürfe. Zu den menschlichen Grundgefühlen zählt dementsprechend der österreichisch-australisch-amerikanische Emotionsforscher Manfred Clynes auch das Gefühl der „reverence“, der respektvollen Ehrerbietung des Menschen an das Wunder seines ökologisch-spirituellen Eingebundenseins. Es wird nicht überraschen, daß bei vielen modernen Menschen die Qualitäten dieses Gefühls durch das dauernde Leben in den städtischen Ballungsräumen verkümmert oder verschüttet ist.

Bei der Auseinandersetzung mit und der Erprobung von traditionellen und „neuen Leibes-Übungen“ sollten wir uns jedoch vor kritikloser Bewunderung hüten. Don Johnson, einer der besten Kenner der amerikanischen Entwicklungen im Bereich ganzheitlicher, alternativer Gesundheit und Medizin, hat zu Recht auf die häufige Dogmatisierung und Abschottungstendenz vieler Methoden hingewiesen. Überzogene Selbstgerechtigkeit und kri-



tiklose Vermarktungswünsche haben sich bei vielen neuen „Schulen“ breit gemacht. Als Faustregel der Kritik kann vielleicht gelten, daß der Umfang der selbstbehaupteten Allheilfähigkeit einer Methode im umgekehrten Verhältnis zu ihrer wirklichen Wirksamkeit und ihrer Seriosität stehen. Was wirksam ist, ist nie allein die Methode oder die Technik, sondern immer nur deren sorgfältige Handhabung durch ethisch reife und empathische Menschen.

Unser Leib läßt sich zwar segmentiert untersuchen, aber im lebendigen Prozeß nicht wirklich trennen

Was heute von den Medien plakativ als die „Weisheit des Körpers“, der angeblich nie lüge, bezeichnet wird, das haben wissenschaftliche Physiologen bisher nüchtern mit „Homöostasis“ oder Fließgleichgewicht bezeichnet. Sie verweisen damit auf die lebenscharakterisierende Eigenschaft des Körpers, sich selbst immer wieder aus begrenzten Schwankungen in Richtung neuer Harmonie zu bewegen. Diese Tendenz ist in unterschiedlicher Ausprägung auch bei jeder Krankheit und in jedem Heilungsprozeß präsent.

Wir wissen heute durch moderne Forschungsarbeiten, daß lange Zeit als absolut autonom angesehene Körperbereiche, wie Teile des Nervensystems, das Hormonsystem oder das Immunsystem, nur eine relative Autonomie besitzen. In neuen, interdisziplinären Forschungsdisziplinen wie der Psychoneuroimmunologie, der Psychoneuroendokrinologie oder der Psychophysiologie werden Schritt für Schritt strukturelle und funktionelle Verbindungen und biologische Kommunikationsprozesse des Leibes herausgearbeitet. Sie verdeutlichen, daß die unterschiedlichen Körpersysteme zwar getrennt analysiert oder therapeutisch adressiert werden können, daß sie aber gleichzeitig auch auf unterschiedlichen Ebenen unzertrennlich untereinander und mit der sich wandelnden Umwelt verbunden sind. Nur im Laborexperiment und in der Theorie existiert der Körper als isolierter Biomechanismus. Im Leben läßt er sich nicht trennen von der Luft, die er atmet, vom Wasser, das ihn füllt und umspült, vom Boden, der ihn trägt und nährt, von der mitmenschlichen Liebe, die ihn wärmt, vom Leid, das ihn in Einsamkeit, im Unglück und im Elend überkommt und bewegungsunfähig machen kann. Erst diese Erfahrungen gestatten uns, leibliche Triebe zu befriedigen, Gefühle wahrzunehmen, Wahrnehmungen zu verorten, Gedanken zu entwerfen sowie am Widerstand entlang etwas handelnd zu verändern.

Leibliche Mißverständnisse – sicherer Hort oder aufgerüstete Oberfläche

In unserer sich zunehmend zu einer „Gesellschaft der Individuen“ (Norbert Elias) verdünnenden sozialen Gemeinschaft wird die Wiederentdeckung des Leibes häufig mit dem möglichen Rückzug in den sicheren Hort des privaten Glücks verwechselt.

Wer dies anstrebt, der kann sich leicht in zunehmender Erstarrung als sehende Statue wiederfinden, d.h., er versucht von seinem Standort aus unbeweglich dem äußeren Treiben zuzuschauen. Mit zunehmender Dauer dieses Zustandes wird er bemerken, wie seine Welt der angestrebten Sicherheit immer enger wird. Enge und Unbeweglichkeit sind bekanntermaßen auch leibliche Äquivalente von Angst, welche sich in der Begegnung mit unbekannter Weite leicht zur Panik steigern können. Aus der angestrebten Sicherheit im eigenen Hort des Leibes wird leicht eine verstärkte Quelle von psychophysischer und ökosozialer Unsicherheit.

In eine Sackgasse scheint mir auch der Versuch vieler Menschen zu führen, ihren Körper zuallererst als Mittel der eigenen sozialen Aufrüstung zu betrachten. Während Körperkraft heute gesellschaftlich als Wertmaßstab für die Ware Arbeitskraft an Bedeutung verloren hat, gewinnt sie als öffentlicher Werbeträger von vermeintlicher „gesunder Energie“ zusehens mehr soziokulturelle Attraktivität. Untersuchungen zur Entwicklung des „body image“ der Menschen, als Ausdruck ihres subjektiven Erlebens und der Zufriedenheit mit ihrem eigenen Leib, zeigen deren wachsende Verunsicherung darüber, ob sie persönlich den gesellschaftlich geforderten, glanzpolierten Körperoberflächen gerecht werden. Die Sozialpsychologie bezeichnet dieses zunehmend neurotische Bestreben terminologisch verniedlichend mit „appearance management“. Realiter veranlaßt diese Tendenz immer mehr Menschen zu einem „selbstbezogenen Pygmalion-Effekt“. Beim Versuch der perfekten Verinnerlichung der sozioästhetischen Normen blendender Schönheit verfestigen sie sich selbst zunehmend zu schönen Statuen. Neurotische Extreme dieser Suche nach Schönheit, Anerkennung und Glück, wie Risikosport, Bodybuilding, zwanghafte Besuche im Fitnessstudio, anwachsende Wellen der Bulimie oder das wachsende Versorgungsangebot mit schönheitskosmetischer Unsterblichkeit finden immer breitere Akzeptanz und Nachahmung. Wo die hochgesteckten Ziele nicht erreicht werden und die einzelnen reihenweise abstürzen, da soll dann die gemeinsame Versorgung durch notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen die Schäden wieder richten und reparieren.

Rückbesinnung auf die existentielle Mitte – am eigenen Leibe spüren, trotz alledem?

Manche Skeptiker werden mit gewissem Recht fragen, aus welchem Grund sie inmitten der sie umgebenden Umweltverschmutzung durch Gestank, Lärm, grelle Reklame oder geschmacklose Nahrung ihre Sinne öffnen sollen. Schützen sie ihren Leib, ihre existentielle Mitte nicht besser dadurch, daß sie diesen dichtmachen, sich abschotten, zu knallen oder abhauen? Sie fragen, ob nicht diejenigen Künstler eine größere Wirkung erzielen, die das vorhandene Desaster in seinem vollen Ausmaß sicht- und hörbar machen. Provozieren offene Sinne in dieser Umwelt nicht eher vermehrte Schäden und neues Leiden? Oder können wir erst dann, ganz im romantischen Sinne, zu einer neu-

en Gesundheit finden, wenn wir uns den schon geschaffenen menschenverachtenden Entwicklungen bewußt stellen und gemeinsam aus der Angst eine humane Waffe der Veränderung entwickeln? Was taugt heute das „Prinzip Hoffnung“? Machen

Träume immer noch erste Quartiere für Veränderungen, wie Ernst Bloch dies formulierte? Es hängt wohl nicht zuletzt von unserem gemeinsamen Mut ab. Das Motto der Tagung „anders leben lernen“ weist in die gleiche Richtung.



Zwischen Subjekt und Alltag

Die Idee von Gesundheitsförderung in der Bildungspraxis

An dem folgenden Podiumsgespräch beteiligten sich Beate Blättner, Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens, Peter Wenzel, Volkshochschule Hamburg, die beiden Referenten Heiner Keupp und Helmut Milz, und nicht zuletzt TagungsteilnehmerInnen. Die Diskussion begann mit einem Statement aus der Praxisperspektive.

ERMUTIGUNG ZUM GESUNDHEITSHANDELN

Beate Blättner

Ich hatte zunächst die Absicht, direkt auf die Vorträge von Helmut Milz und Heiner Keupp aus Sicht der Bildung einzugehen. Ich habe mich anders entschieden, weil viele der Fragen, die Heiner Keupp aufgeworfen hat, ihren Sinn nicht darin finden, daß die Praxis sie beantwortet, sondern darin, daß

wir sie uns als Fragen an unsere Arbeit immer wieder neu stellen. Deswegen gehe ich jetzt den umgekehrten Weg und reflektiere – auch vor dem Hintergrund der heute morgen aufgeworfenen Fragen – Erfahrungen aus der Bildungsarbeit und Ziele, die wir dort verfolgen oder verfolgen sollten.

In meiner Geschichte eines fünfzehnjährigen Interesses an Gesundheitsbildung habe ich diese an Volkshochschulen und einigen anderen Trägern aus den verschiedenen Positionen heraus

kennengelernt: als Teilnehmerin, als Kursleiterin, als Fortbildungsreferentin, als pädagogisch planende Mitarbeiterin an einer Volkshochschule und als Fachreferentin beim Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens. Ohne es wissenschaftlich belegen zu können, interpretiere ich aus dieser Praxis heraus die wachsende Teilnahme von Menschen an Angeboten der Gesundheitsbildung

- als Ausdruck von manchmal mühevoller und manchmal lustvoller Anstrengung, in einem nach anderen Gesetzmäßigkeiten geregelten Alltag gesundheitliches Wohlbefinden herzustellen,
- als Sehnsucht nach der Leichtigkeit des Seins, nach Wohlbefinden und Glück,
- als Bemühen, den eigenen beweglichen Gleichgewichtszustand trotz widriger Bedingungen aufrechtzuerhalten und handlungsfähig zu bleiben,
- als Versuch, Entscheidungen zwischen unterschiedlichsten Zielen nicht gegen die eigene Gesundheit zu treffen,
- als Zeichen der gleichzeitigen Hoffnung, in der Bildung Unterstützung bei diesen Bemühungen zu finden.

Gesellschaftliche Bedingungen behindern im Alltag auf psychosozialer, auf ökologischer, auf materieller und auf körperlicher Ebene dieses Wohlbefinden für Menschen in unterschiedlicher sozialer Lage unterschiedlich stark. Die Teilnahme von Menschen an der Gesundheitsbildung verweist auf gesellschaftliche Defizite ebenso wie auf die Fähigkeit von Bildung, den oben genannten Bedürfnissen von Menschen zu entsprechen.

In den Teilnehmerkarrieren durch unterschiedliche Themenfelder der Gesundheitsbildung und angrenzende Gebiete lassen sich Lebensgeschichten einer Ermutigung durch Bildung beschreiben, deren Lehrplan von den Betroffenen selbst nach ihren Bedürfnissen entwickelt worden ist. Charles Kieffer hat 1984 eine Studie veröffentlicht, in der er beschreibt, wie Erwachsene in der Graswurzelbewegung gelernt haben, sich in einer Situation der Hoffnungslosigkeit, des Schmerzes oder der Kränkung durch die Unterstützung der Gruppe und ermutigender Personen aus der Ohnmacht zu lösen und Verantwortung zu übernehmen. Ich nenne solche Personen, die andere ermutigen, sich aus der Ohnmacht zu lösen, MentorInnen. Als Entwicklung über Jahre hinweg weitet sich der Blick der Ermutigten auf Zusammenhänge, und sie übernehmen anderen gegenüber selbst manchmal die Rolle von MentorInnen.

Solche Entwicklungen in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen sind möglich und haben in der Vergangenheit stattgefunden. Mir sind Menschen begegnet, die sich Jahre später für die Erfahrungen bedankt haben, die ihnen Bildungsangebote z.B. in Yogakursen ermöglicht haben, die über einen langsamen Entwicklungsprozeß Mut gefaßt haben und mit unterschiedlichsten Unterstützungsformen ihre Lebensbedingungen und teilweise auch die anderer in Richtung auf mehr Gesundheit neu gestalten konnten. Sie haben sich durch Bildung auf einen Weg individueller und gesellschaftlicher Veränderung gemacht.

Einige KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung sind selbst Beispiele für eine solche Entwicklung und haben die Funktion von MentorInnen übernommen. Mir sind Frauen begegnet, die als Kursleiterinnen in zunächst banal klingenden Themenfeldern, z.B. in Kochkursen für Mütter allergiekranker Kinder, zentrale ökonomische und ökologische Zusammenhänge vermittelt haben, nachdem sie vorher Ähnliches für sich selbst in der Erwachsenenbildung erfahren konnten.

Mir scheint es, daß gesellschaftliche Veränderungen dann gesundheitsfördernd wirken, wenn sie von solchermaßen ermutigten Menschen herbeigeführt werden. Ich habe den Eindruck, daß es vor allem das Erleben des Erfolgs eigener Anstrengungen war, die Menschen einer Stadt gesünder gemacht haben, und weniger die von oben verordnete Verkehrsberuhigung. Eine Gesundheitsförderung, die von oben verordnet ist und nicht von den Menschen selbst entwickelt wird, erscheint mir wenig nützlich. Wenn dies alles so zutrifft, dann ist die Rolle der Gesundheitsbildung in der Gesundheitsförderung eine sehr wichtige.

Können wir alle Erwachsenen gleichermaßen ermutigen? Der Gesundheitsbildung wird gelegentlich vorgeworfen, mit ihrem Angebot nur einen spezifischen Teil von Menschen erreichen zu können – allerdings wissen wir wenig darüber, welchen Teil. Wir wissen, daß es deutlich mehr Frauen sind als Männer; wir vermuten, daß sie aus bildungsgewohnten sozialen Schichten kommen. Wir können aus allen vorhandenen Daten schließen, daß diejenigen, die von der Erwachsenenbildung erreicht werden, sich nicht wesentlich von denjenigen unterscheiden, die von Krankenkassen oder anderen Einrichtungen erreicht werden.

Wir können darüber hinaus annehmen, daß wir diejenigen nicht erreichen, deren soziale Situation ihnen aus ihrer Sicht gutes Wohlbefinden ermöglicht. Aus der Perspektive eines Bildungsauftrages heraus, Bildungsbedürfnisse Erwachsener zu befriedigen, kann ich keine Notwendigkeit erkennen, diejenigen zu erreichen, die sich mit sich und ihrem Leben wohlfühlen, auch dann nicht, wenn ihr Verhalten nicht den gerade gängigen Normen von Gesundheitsvorsorge entspricht. Ich habe keine Allmachtsphantasien, für alle Menschen in Bildung die Lösung zu sehen oder sie zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Der hohe Frauenanteil der Gesundheitsbildung könnte im übrigen ein Zeichen dafür sein, daß Frauen auch in scheinbar besseren sozialen Lagen weniger Grund haben, sich im gesundheitlichen Sinn wohlfühlen.

Wir können aber auch diejenigen – zumindestens mit im engeren Sinn gesundheitsbezogenen Themen – nicht erreichen, die für die Veränderung ihres gesundheitlichen Befindens in Bildung keine Chance erkennen können, vielleicht zu Recht, vielleicht zu Unrecht. Meine These ist, daß Armut nicht nur deswegen krank macht, weil gesunde Produkte Geld kosten, sondern weil Armut mit der gesellschaftlichen Erfahrung von Machtlosigkeit und Hoffnungslosigkeit verbunden ist, weil soziale Benachteiligung häufig die Erfahrung beinhaltet, keine Chance auf Veränderung zu haben. Hier verweist auch die Nicht-Teilnahme an Gesundheits-

Sie haben sich durch Bildung auf einen Weg individueller und gesellschaftlicher Veränderung gemacht.

bildung auf gesellschaftliche Defizite, die über Bildung alleine nicht zu lösen sind.

Ich halte es für eine der Zukunftsaufgaben der Gesundheitsbildung, zu fragen, inwieweit diejenigen, die nicht daran glauben können, daß Bildung ihnen eine Veränderungsmöglichkeiten in ihrem Wohlbefinden bietet, Recht mit dieser Vermutung haben. Hier werden die Grenzen von Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung aufgezeigt, weil Bildung ja z.B. weder Arbeitslosigkeit noch Armut noch ökologische Katastrophen als gesellschaftliche Phänomene abschaffen kann. Gleichzeitig zeigen sich trotzdem Chancen, Machtlosen und Hoffnungslosen realistisch und glaubwürdig zu vermitteln, daß sie in der Gesundheitsbildung eine Möglichkeit finden können, Mut für die Einflußnahme auf gesellschaftliche Bedingungen zu schöpfen. Eine mögliche Erklärung für den hohen Frauenanteil in der Gesundheitsbildung könnte auch die sein, daß Frauen auch in schwierigeren sozialen Lagen häufiger Chancen darin erkennen, ihre gesundheitliche Lage über Bildung zu verbessern.

Hieraus wird deutlich, daß ich Gesundheitsbildung als einen Teil möglicher Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit sehe, die mit anderen Aktivitäten auf anderen Ebenen verknüpft sind. Aus der Gesundheitsförderung die Erwachsenenbildung auszuklammern wäre ebenso verkürzt und falsch, wie es falsch ist, Gesundheitsförderung alleine auf Bildungsmaßnahmen zu reduzieren. Als Bildungsinstitutionen können Volkshochschulen den einen Teil gestalten, während andere Einrichtungen – in Kooperation – dann andere Teile der Gesundheitsförderung übernehmen müßten.

Es wird ebenso deutlich, daß die Themen, um die es in diesem Prozeß der Ermutigung zur Gesundheit geht, über die gängige Palette von Ernährung über Entspannung zur Ertüchtigung hinausgehen und vor allem nicht einfach neue Formen geschickter Vermittlung von Verboten und Geboten meinen. Sie beinhalten Elemente von Wahrnehmung und Reflexion der individuellen Lage in einem sozialen Kontext, Erfahrung von Handlungsmöglichkeiten und Handlungschancen und soziale Unterstützung durch eine Gruppe gleichermaßen Lernender. Sie verbessern Möglichkeiten von Menschen, die Zumutungen, mit denen sie konfrontiert sind, als vorhersehbar und einordnungsfähig zu erleben, Chancen der Einflußnahme auf Entwicklungen erkennen zu können und ein Wissen um die Möglichkeit, unter diesen Bedingungen individuelle und kollektive Ziele anzustreben und zu erreichen. Mit anderen Worten: Sie zielen auf eine Verbesserung des von Antonovsky beschriebenen Kohärenzsinns, unabhängig davon, an welcher Frage und unter welchem Thema dies bearbeitet wird.

Wie läßt sich eine solche Ermutigung erreichen? Zu unseren Zukunftsaufgaben muß es gehören, genau zu untersuchen, unter welchen Bedingungen solche Prozesse der Ermutigung – ich nenne dies nach Rappaport Empowermentprozesse – in der Gesundheitsbildung stattfinden können und was wir tun müssen, um solche Ermutigungsprozesse zu unterstützen. Einige der Bedingungen dafür kennen wir bereits:

- Eine Bedingung ist, daß Gesundheitsbildung nicht falsches Verhalten abtrainieren will, sondern die Kompetenzen der TeilnehmerInnen, ihre Gesundheitspotentiale unterstützt, indem sie z.B. danach fragt, was die einzelnen in ihrer Lebensgeschichte erfahren haben, was ihre Gesundheit befördern kann, welche Widerstandsquellen gegen die ihre Gesundheit beeinträchtigenden Bedingungen sie haben und wie sie sie stärken können, wie sie sich im dreifachen Wortsinn körperlich beweglich, seelisch sich bewegend und sozial gesellschaftsbewegend halten können.
- Eine andere Bedingung ist, daß die Gesundheitsbildung die Chance versteht, die soziales Lernen in Rahmen der Gruppe bietet, daß sich Kursleitungen als BegleiterInnen verstehen und nicht als neue Experten, nicht als pseudomedizinische Viertelgötter in bunt. Empowerment setzt voraus, daß TeilnehmerInnen sich in der Gruppe als für andere wichtig und für sich selbst kompetent erleben können.
- Eine dritte Bedingung ist, daß wir die Aufmerksamkeit darauf richten, wie Lernen stattfindet, und nicht darauf, wie und was wir lehren wollen, daß wir zum Beispiel uns die Zeit gönnen, etwas wachsen zu lassen und nicht nur schnelle Veränderung als Qualität benennen.
- Als eine vierte Bedingung erscheint mir, daß wir scheinbar Trennendes überwinden, Zusammenhänge herstellen und nicht neu Trennungen zwischen Körper und Politik, zwischen Subjekt und Strukturen, zwischen Privatem und Öffentlichem zementieren, sondern statt dessen uns darum bemühen, mit Komplexität leben und lernen zu können.
- Eine fünfte Bedingung könnte sein, daß wir in den Volkshochschulen selbst einen Prozeß der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung durchlaufen, der es uns u.a. ermöglicht, Inhalte und Themen nicht durch gesellschaftliche Normen prägen zu lassen, sondern nahe an den Menschen, an sozialen Bewegungen bleiben und diesen auch Raum schaffen, sich in der Gesundheitsbildung wiederzufinden. Volkshochschule muß zu einer Institution werden, die auch durch die Strukturen der Bildungsarbeit selbst zur Selbstbestimmung und zur Gestaltung von Lebensbedingungen ermutigt und nicht durch Ausgrenzung, Normierung und Regelung erneut entmutigt.
- Als eine sechste und vorläufig letzte Bedingung möchte ich benennen, daß Gesundheitsbildung eng an dem Alltag und den Lebensbedingungen ihrer Teilnehmenden bleibt, Bezüge sichtbar werden und unterschiedliche soziale Situationen in den Angeboten ihren Ausdruck finden. Soziale Lebensbedingungen dürfen nicht Randerscheinung, sondern müssen zentrales Planungsmerkmal von Gesundheitsbildung sein.

Aus der Gesundheitsförderung die Erwachsenenbildung auszuklammern wäre ebenso verkürzt und falsch, wie es falsch ist, Gesundheitsförderung alleine auf Bildungsmaßnahmen zu reduzieren.

Zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Peter Wenzel:

Ich möchte gerne eine weitere Ebene aus meiner alltäglichen Arbeit hinzufügen. Ich beschäftige mich hauptsächlich mit der Einrichtung und Planung von Kursen, mit der Auswahl von KursleiterInnen, mit der Betreuung von Veranstaltungen und mit dem großen Komplex der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsanbietern. Zwei Fragen beschäftigen mich dort: Warum kommen TeilnehmerInnen in die Volkshochschule, was sind ihre Lerninteressen? Was bieten wir TeilnehmerInnen an, können wir damit ihren Lerninteressen gerecht werden?

In den VHS-Programmen werden vom Autogenen Training bis zum Yoga viele verschiedene Verfahren vorgestellt und angeboten. Wenn man sich umsieht, stellt man fest, daß auch andere Anbieter, besonders die Krankenkassen und Vereine, ähnliche Angebote haben. Man könnte jetzt davon ausgehen, daß dies klar die Bedürfnisse der Teilnehmenden widerspiegelt. Bei genauerer Betrachtung wird man feststellen, daß dies jedoch nicht so einfach ist, weil es zu einem Thema ganz unterschiedliche Bedürfnislagen gibt. Ich will das an zwei Beispielen aus dem Alltag deutlich machen:

Wir haben verschiedene Veranstaltungen, Kurse und Vorträge, zum Thema „Wechseljahre“ durchgeführt. Da taucht sehr häufig die Frage auf: „Hormone – ja oder nein?“. Viele TeilnehmerInnen verlangen von den Referentinnen – das sind häufig Ärztinnen – eine Entscheidung darüber, ob sie Hormone einnehmen sollen oder nicht. Nach dem alten Verständnis, wie es heute morgen kritisch dargestellt worden ist, wird heute nach wie vor von vielen im Gesundheitswesen tätigen Menschen eine solche Entscheidung für andere, in dem Fall für Frauen, getroffen. Die Frage ist, wie reagieren wir darauf, wenn TeilnehmerInnen sich genau diese Entmündigung wünschen? Erfüllen wir diesen Wunsch, der auch aus Erfahrungen und Gewohnheiten resultiert, oder setzen wir ihm etwas entgegen? Es kommen zu diesen Veranstaltungen aber auch Frauen, die ihre Entscheidung schon getroffen haben oder selbst treffen wollen und wissen wollen, welche Unterstützung sie bekommen können, eine Hilfestellung, die sie bei Ärzten nicht finden.

Schon an diesem kleinen Beispiel sieht man, welche unterschiedlichen Interessen TeilnehmerInnen in Bildung mitbringen. Das hat Auswirkungen auf die Programmplanung, auf die Konzepterstellung und auf uns, weil wir verschiedene Fachdisziplinen zusammenfassen und daraus Konzepte entstehen lassen müssen, die wir dann anbieten unter den Bedingungen, die Beate Blättner geschildert hat und die die Grundlage für sinnvolle VHS-Arbeit sein sollen.

Das zweite Beispiel ist „Sich annehmen – abnehmen“, ein Konzept, das entstand, weil viele Frauen zur Volkshochschule kommen mit dem Bedürfnis, abnehmen zu wollen, aus gesundheitlichen

Gründen, aber auch aus Vorstellungen, die schlank, schön und erfolgreich miteinander verbinden. In dem Arbeitskreis der LandesreferentInnen für Gesundheitsbildung und des DIE haben wir uns das Ziel gesetzt, eine Alternative zu Diäten und Abnehmkonzepten mit Waage, Kalorienzählen und Verhaltensregeln zu entwickeln. Auf einer Infoveranstaltung zu diesem Konzept waren fünf- und zwanzig Frauen, offensichtlich mit Gewichtsproblemen oder Eßstörungen. Als diese ihre unterschiedlichen Interessen äußerten, wurde deutlich, daß wir es nicht mit einer homogenen Gruppe zu tun hatten, sondern mit sehr unterschiedlichen Frauen, mit sehr unterschiedlichen Interessenlagen. Eine Frau schilderte z.B., daß sie immer wieder das Problem hat, an einer Konditorei vorbeizugehen, ohne sich ein Stück Kuchen zu holen. Meist schafft sie es nicht und verdrückt sich mit dem Stück Kuchen in einen Hauseingang, um es heimlich und mit schlechtem Gewissen zu essen. Eine andere sagte, das Problem kennt sie. Sie geht dann nochmal in die Konditorei, holt sich das zweite Stück Kuchen und ißt das mit großem Genuß und ohne schlechtes Gewissen. Eine dritte Frau bearbeitete seit vielen Jahren ihr Problem mit dem eigenen Gewicht, mit der eigenen Figur, mit dem eigenen Leib und hat daraus die Schlußfolgerung gezogen: keine Diät mehr. Sie verspricht sich von diesem Konzept „Sich annehmen – abnehmen“ etwas Neues.

Offensichtlich völlig unterschiedliche Ausgangslagen, die die Anforderung an uns stellen, unterschiedliche Wege aufzuzeigen. Wir haben ein Konzept erstellt, das sich als wirksam und fruchtbar erweist und diesen unterschiedlichen Anforderungen meist gerecht werden kann. Dieses Konzept birgt weitere Herausforderungen in sich: Wir müssen Kursleiterinnen finden, die in der Lage sind und Lust haben, dieses Konzept zu unterrichten. Wir müssen in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen neue Wege beschreiten, weil für die Krankenkassen so ein Konzept erstmal etwas Neues ist. Vielen sind wahrscheinlich das Konzept „Abnehmen mit Vernunft“ und Ähnliches bekannt, die seit Jahren von den Krankenkassen unterstützt werden. Nun kommen Volkshochschulen mit einem völlig neuen Konzept. Das muß vermittelt werden.

Zusammengefaßt heißt dies, daß wir Neues entwickeln müssen, neue Konzepte brauchen, daß wir dabei Hilfestellung und Zusammenarbeit erwarten, nicht nur von Kooperationspartnern, sondern auch von der Wissenschaft.

Mich hat es gefreut, daß heute Vormittag unterschiedliche Elemente der Gesundheitsbildung, der Gesundheitsförderung vorgetragen worden sind. Ich erlebe den Streit darüber auch in Konferenzen, in KollegInnen, in der Kursplanung, bei der konkreten VHS-Arbeit, ohne sagen zu können, daß nur eine Position die richtige ist. Deshalb fand ich den Nachsatz von Heiner Keupp gut: „In 50 Jahren werden sich womöglich Generationen auch über diesen Streit lustig machen“. Für mich war das eine wichtige Bereicherung, eine Offenlegung von Positionen, mit denen wir tagtäglich umgehen müssen und mit denen wir auch von unseren KursteilnehmerInnen konfrontiert werden.

Nun kommen Volkshochschulen mit einem völlig neuen Konzept. Das muß vermittelt werden.

Heiner Keupp:

Ich bin sehr bescheiden geworden, wenn ich mir klassische Positionen über Gesundheit anschau. Einerseits lache ich über sie, und gleichzeitig geht mir durch den Kopf: „Mit welchem Recht lachst du eigentlich über Dinge, die uns heute antiquiert und fragwürdig vorkommen? Wir sitzen selber alle miteinander im Glashaushaus“. Ich bin auch in der Gesundheitsförderung tätig, und mir ist wichtig, wenn ich „konkrete Projekte“ höre, nicht aus einer überlegenen Position zu sagen: „Vergiß es, das ist doch Schrott, oder Ideologie, oder New Age“, sondern zunächst zu fragen: „Auf welchem Hintergrund machen wir das, was wir tun?“.

Mein Hintergrund ist, daß ich jemand bin, der vom „aufrechten Gang“ bestimmt sein möchte, der geprägt ist von einer Zeit (der Studentenbewegung), in der wir versucht haben, diesen in kleinen Schritten zu lernen. Das Empowerment-Konzept ist für mich deshalb wichtig. Aus dieser Zeit habe ich auch ein Paket mitgenommen, das jetzt manchmal auf der Strecke bleibt, nämlich immer genau hinzuschauen, in welchem gesellschaftlichen Kontext wir handeln. Das Emanzipatorische ist immer das, was ich gerne herausarbeiten möchte.

Wir schauen genau hin, ob nicht, wenn Menschen die großen Freiheiten, das große Glück, das große Wohlbefinden versprochen werden, untergründig eine ganz alltägliche Maschine der Normalisierung, der Einpassung in Verhältnisse läuft. Da gibt es Selbsthilfegruppen, die machen sich gemeinsam auf den Weg, laden sich Experten ein, und die Experten vermitteln ein sehr normatives und sehr autoritäres Modell: „man sollte“, „man müßte“. Solche Selbsthilfegruppen werden in solchen Prozessen betrogen um ihren eigenen positiven Einsatzpunkt, und der lautet nämlich – da würde ich Beate Blättner weitgehend zustimmen –, die eigenen Geschicke in die Hand nehmen zu lernen. In bestimmten Modellen, auch in der Gesundheitsbewegung wird dies behauptet, und unter der Hand wird einem auch gleich wieder der Boden weggezogen, weil es doch Experten sind, die über die Geschicke entscheiden sollen.

Menschen haben immer wieder Sehnsucht nach neuen Meta-Erzählungen über das Leben. Die alten Weltbilder sind futsch, aber der Wunsch nach neuen ist da, auch bei mir. Permanent werden auch neue Meta-Erzählungen angeboten. Wir müssen langsam verstehen, daß in dem Verlust der großen Meta-Erzählungen auch eine Riesenchance der Selbstbestimmung, der Selbstorganisation, der Übernahme der Verantwortung für die eigenen Geschicke steckt.

Beate Blättner:

Wir hatten in Volkshochschulen lange einen Streit um Esoterik, darum, was möglich ist anzubieten und was nicht, darum, wo Bildung aufhört und Therapie anfängt. Wir haben uns institutionell viel damit beschäftigt, was wir nicht dürfen, manchmal mehr als damit, was wir tun sollten.

Angela Venth hat mir erzählt, daß sie in Vorbereitung auf diesen Kongreß mit Hans Saan auch diese Diskussion angesprochen hat und zu ihm sagte, daß es uns wichtig sei, daß nicht neue Gurus

entstehen, daß keine Ideologie verbreitet wird, keine neuen Weltbilder geschaffen werden, keine neue Form von Fremdbestimmung zementiert wird. Hans Saan hat dazu gesagt: „Was ist eigentlich schlimm daran, wenn es Menschen gibt, die gerne möchten, daß jemand ihnen eine klare Antwort gibt? Menschen sind ja nicht dumm. Irgendwann ist auch mal die Zeit gekommen, in der sie mit dieser Antwort nicht zufrieden sind und eine neue Antwort suchen und einen anderen Weg gehen möchten.“

Ich fand das sehr schön, denn mich hat es entlastet in dieser Diskussion. Es zeigt auch das Paradoxe, wenn wir sagen, daß wir uns an dem orientieren wollen, was von den Menschen kommt, wir wollen ihre Selbstbestimmung, aber gleichzeitig merken wir, es ist ihr Bedürfnis, daß ihnen jemand sagt, wo es langgeht, sich also fremdbestimmen zu lassen. Wie gehen wir mit diesem Widerspruch um? Vielleicht ist es bei aller Notwendigkeit von Selbstbestimmung manchmal auch entspannend, sich jemandem anzuvertrauen. Bleibt nicht auch Zeit genug, Irrtümer zu korrigieren und Entscheidungen neu zu treffen?



Neue, fremde Heilslehren und Dogmen?

Helmut Milz:

Der Philosoph Peter Sloterdijk hat genau zu diesem Thema vor einiger Zeit ein Buch publiziert mit dem Thema Weltfremdheit. Sloterdijk hat dort das Motiv des Tauchers benutzt. Er sagt, dieses Eintauchen in neue Welten, die Konfrontation aufgeben und dabei sein, ist ein wichtiges Motiv, wobei das Tauchen gleich zwei Assoziationen hervorruft: bei den einen die panische Angst davor, zu ertrinken, bei den anderen geradezu die Lust, sich in dem Sog tragen zu lassen und zu verschwinden. Sloterdijk kommt zu dem Ergebnis, daß ein guter Tauchlehrer die Fähigkeiten haben müßte, diejenigen, mit denen er taucht, sowohl am Ertrinken zu hindern als auch an den Strudeln vorbeizuführen.

Mir scheint dies eine ganz gute Metapher zu sein für das, was sich auch in vielen Kursen abspielt. Yoga ist eigentlich eine spirituelle Tradition, wir haben sie in den Kursen entkleidet auf eine Bewegungsgymnastik. Wir nehmen die Tradition weg und gehen zu den nackten Formen über. Das ist eine Kompromißlösung, die wir aber auch hinterfragen sollten.

Wir haben uns institutionell viel damit beschäftigt, was wir nicht dürfen, manchmal mehr als damit, was wir tun sollten.

Allein dadurch, daß wir das Esoterik nennen, haben wir das Problem nicht gelöst

Das gleiche passiert mit neuen Ansätzen, z.B. Feldenkrais-Arbeit, Eutonie etc. Die einen sagen, das ist nur ein Erfahrungsangebot, wir machen Vorschläge, und ihr probiert aus, was für euch dabei passiert. Das ist das, was wir begrüßen. Gleichzeitig beobachte ich über viele Jahre hinweg eine starke Dogmatisierung. Diese Gruppen der Eutonie- und Feldenkrais-LehrerInnen können oft kaum noch miteinander reden, da finden Dogmatisierungsprozesse statt, die sehr bedenklich sind. Wie soll man bei der Auswahl von Taijiquan oder bei Qi Gong z.B. wissen, wer bei Meister Wu, Meister Schu, Meister Ding oder so gelernt hat. Trotzdem steckt auch da das Sehnsuchtsmotiv dahinter: Das ist was Uraltes, mindestens 5.000 Jahre alt, es hat schon immer geholfen. In der Begegnung mit dem Fremden steckt immer auch die Suche nach dem Mythos und nach dem Sinn, da können wir uns nicht vorbeimogeln.

Allein dadurch, daß wir das Esoterik nennen, haben wir das Problem nicht gelöst, und ich stimme Hans Saan völlig zu: Die Idee eines emanzipativen Angebotes muß Geduld und auch die Größe haben, Menschen nicht zu bevormunden, auch nicht pädagogisch. Ich bin kein Freund der Esoterik, aber ich denke, wir können das Problem nicht dadurch lösen, daß wir es vorher pädagogisch abschneiden.

Die Dynamik, die heute morgen von mir und Heiner Keupp unterschiedlich beleuchtet wurde, zwischen dem rational klar wissenschaftlich Begründeten und dem, was Anleihen macht an dem, was man traditionell, spirituell, künstlerisch nennt, besteht eigentlich in allen Heilkulturen. In allen historischen Kulturen bis in die heutige Zeit hinein finden Sie immer diesen Spannungsbogen zwischen beiden Extremen, die vielfach miteinander kooperieren, die sich dann aber gleichzeitig in Schulen organisiert haben, die sich natürlich auf Schärfe bekämpfen. Diese Dynamiken müssen wir uns erstmal anschauen und aushalten, um dann zu schauen, wo eine Mitte ist, die sich gegen das Dogma auf beiden Seiten wehrt.

Teilnehmerin:

Ich möchte Ihnen widersprechen, weil Sie gerade auch die Methode angesprochen haben, die ich vermitteln kann, und eine andere Methode, zu der meine Arbeit dieser Beschreibung nach in Konkurrenz steht. In diesem Jahr, im Januar, hat die erste methoden-übergreifende Konferenz stattgefunden, die Eutonie nach Gerda Alexander, Feldenkrais-Methode und Matthias Alexander verbindet. Das ist doch ein großer Schritt zum Aufbrechen von Dogmatisierung und Abgrenzungen. Ich würde der Volkshochschule raten, daß sie so etwas auch auf die Beine stellt. Die Volkshochschule kann solche Bestrebungen unterstützen und dazu beitragen, daß man von Verherrlichungen einer Methode wekommt und letztendlich sieht, daß Methoden Krücken sind, die vermitteln helfen, vielleicht besser gehen zu lernen.

Peter Wenzel:

Ich gebe Helmut Milz in seinen Aussagen zur Dogmatisierung recht. In Hamburg gibt es z.B. im Taijiquan drei verschiedene Anbieter, die jeweils behaupten, daß nur sie die richtige Taijiquan-Methode

lehren. Wir haben das Problem innerhalb der Volkshochschule damit gelöst, daß wir alle drei Ansätze im Angebot haben und den TeilnehmerInnen die Möglichkeit geben, zu prüfen, worin die Unterschiede verschiedener Schulen liegen und welche Erfahrungsmöglichkeiten jeweils eröffnet werden. Wir empfehlen keine bestimmte Richtung innerhalb dieses großen Spektrums, achten aber auf die Qualität und Seriosität der Angebote. Welche Methode als die „echte“ gelten kann, ist aus Perspektive der Teilnehmenden viel weniger interessant als die Frage, wie hilfreich sie die jeweilige Methode für sich finden und wie sie von der Kursleitung ermutigt werden, den eigenen Weg zu suchen. Eine weitere Möglichkeit ist, daß wir im VHS-Bereich versuchen, diese unterschiedlichen Schulen an einen Tisch zu bekommen, um sich mal darüber zu streiten, was aus Perspektive der TeilnehmerInnen und aus Perspektive der Gesundheitsbildung zu diesen Schulen zu sagen ist. Wir versuchen, diese Schulen zu zwingen, sich miteinander zu verständigen und die Gemeinsamkeiten in den Vordergrund zu rücken. Dafür sind Volkshochschulen ein geeignetes Forum.

Ich will noch ein anderes Beispiel nennen, das im Grunde genommen auf dasselbe Problem hinweist. Eine typische Anfrage im Beratungsbüro der Volkshochschule ist: „Mein Arzt sagt, ich soll Autogenes Training machen“. Unter der Entwicklung des Gesundheitsreformgesetzes bekommen wir immer mehr TeilnehmerInnen in die Kurse, die eigentlich einer ganz anderen Betreuung bedürfen oder für die andere Entspannungsverfahren viel geeigneter wären. Für uns beinhaltet dies eine große Verantwortung für intensive Beratungstätigkeit. Deshalb erscheint es uns zusätzlich zu dieser Beratung notwendig, den Ärzten Möglichkeiten und Grenzen solcher Methoden zu vermitteln.

Teilnehmer:

Große Volkshochschulen können echten Pluralismus verwirklichen, aber kleine Volkshochschulen nicht – dort hat die Entscheidung für eine der jeweiligen Schulen ein anderes Gewicht. Wir haben bislang zu wenig verschiedene Wege in ihren Berührungen, ihren ähnlichen Elementen, in ihren Unterschieden, auch in ihren ideologischen Teilen gezeigt. Ich fürchte, daß wir es bisher nicht ausreichend geschafft haben, unsere eigenen Auswahlkriterien, die wir ja haben, öffentlich zu machen. Volkshochschulen sagen, Esoterisches machen wir nicht, aber warum nicht, das begründen wir nicht öffentlich genug. Wir reden unter uns darüber, was wir tun, wenn wir Yoga und andere Methoden ihrer Geschichte berauben, aber Teilnehmende und Kooperationspartner bekommen diese Diskussion nicht mit. Wir überlegen genau, wie und warum wir unsere Arbeit machen, aber wir versäumen, dies anderen gegenüber deutlich und transparent zu machen. Dies sollten wir ändern.

Heiner Keupp:

Es ist sicher immer einfacher, zu kritisieren, als Dinge selbst anders zu machen. Ich frage mich, wie es möglich ist, Bildungsarbeit so zu gestalten, daß keine Guru-Strukturen erfolgen. Ich glaube, daß Guru-Strukturen, Sekten-Strukturen auch einen selbstreproduzierten Charakter haben. Ich bin skeptisch gegenüber der Gewißheit von Beate

Wir überlegen genau, wie und warum wir unsere Arbeit machen, aber wir versäumen, dies anderen gegenüber deutlich und transparent zu machen.

Blättner, daß Leute mit klarem Verstand dort auch wieder hinausgehen werden. Es gibt zu viele Opfer von Guru- und Sekten-Strukturen. Es ist wichtig, darüber nachzudenken, wie implizierte oder explizierte Abhängigkeiten in diesem Bereich aufgelöst und aufgebrochen werden können. Ich weiß nicht, ob ich auf dem Markt, den ich kontrollieren dürfte, Gurus einen Platz geben würde. Aber welchen Rat habe ich, jemanden als Guru draußen zu halten? Habe ich das Recht, hier Ratschläge zu geben?

Beate Blättner:

Es gibt so viele Gurus auf dieser Welt. Eigentlich ist fast jeder in der Gesundheitsszene – und damit meine ich bestimmt nicht nur die Anhänger von Methoden, die nicht aus dem Westen kommen – manchmal ein bißchen sein eigener Guru, weil er denkt, er hat die Lösung gefunden, die auch für andere richtig ist.

Es gab Gurus, z.B. im Bereich Vollwerternährung, Anhänger des Bruker-Papstes, mit denen wir heute auch noch teilweise zu kämpfen haben, weil sie genau so eine Form von „Ich weiß die Lösung, und nur meine Lösung ist die richtige Lösung, alle anderen Lösungen existieren nicht“ verbreiten. Vor so einer Form von Verbreitung haben wir auch Angst, weil es tatsächlich oft schwierig ist, aus diesem Kreislauf wieder herauszukommen. Manche KursleiterInnen scheinen resistent zu sein gegen neue Erkenntnisse. Da ist ein Selbstbestätigungsprozeß in Gang gekommen, der sehr schwer zu durchbrechen und zu relativieren ist. Das spiegelt sich in der Gesundheitsbewegung sowie an Volkshochschulen wider. Wenn Menschen sich andererseits mit einem Thema beschäftigen wollen und die Erfahrung machen, daß ein Guru dies dominiert, und kritische Menschen sagen: „Dies wollen wir aber nicht“, dann scheint für viele auch das Thema passé zu sein, mit dem der Guru verbunden ist. Die Auseinandersetzung mit dem Themenbereich ist dann gar nicht mehr möglich. Das Thema gesunde Ernährung z.B. ist aber nicht deswegen schon falsch, weil es dort Ideologen gibt, die ihre spezifischen Lehren verbreiten.

Das Buch „Der wiederentdeckte Körper“ von Helmut Milz war für mich eine Befreiung aus einem solchen ideologischen Streit darum, was das klassische, richtige und wirklich indische Yoga ist – ein Streit, den heute sowieso niemand mehr entscheiden kann, weil Yoga sich über die Jahrhunderte weg auch in Indien weiterentwickelt hat. Insofern habe ich keine Hemmungen, eine Methode ihrer Geschichte zu berauben. Wer sagt denn, daß diese Geschichte immer gut und richtig, z.B. auch frauenfreundlich, selbstbestimmt, ermutigend war, nur weil sie eine andere Kultur als die unsere darstellt? Das Buch hat die Frage gestellt, ob es nicht, wenn wir uns mit der Auseinandersetzung mit der eigenen Leiblichkeit befassen, darum geht, sich mit den elementaren Möglichkeiten zu befassen, Mensch zu sein: sich zu bewegen, seinen Weg zu gehen, auf den eigenen Füßen zu stehen, sich berühren zu lassen. Sollten diese elementaren Dinge nicht viel prägender und leitender sein in der Praxis? Ist dies nicht vielleicht der Weg, an Ideologien vorbeizukommen, damit wir uns unmittelbarer auf die Menschen und ihren Alltag, den sie ja in

irgendeiner Form sich bewegend erleben, beziehen? Ich habe dieses Buch zu dem Zeitpunkt in die Hand bekommen, als ich mich mit einer Kursleiterin in einer Diskussion darum befand, wie man genau so etwas verwirklichen könnte.



Peter Wenzel:

Volkshochschulen haben wie andere auch diesen Markt der Möglichkeiten von Taijiquan über Autogenes Training bis zu Yoga. Wir müssen Lösungen finden, um auf unterschiedliche Bedürfnisse zu reagieren. Das wird aber nicht der Markt der Zukunft sein. Gerade weil es so viele Anbieter gibt, werden sich Volkshochschulen noch auf anderen Ebenen profilieren müssen. Deshalb habe ich vorhin diese beiden Beispiele, „Lebensmitte – Wechseljahre“ und „Sich annehmen – abnehmen“ genannt. Das sind Konzepte, mit denen sich Volkshochschulen genau mit diesen Problemen auseinandersetzen können. Da können Elemente des Empowerment und Elemente der Leiblichkeit ineinanderfließen. Hier können wir eine Qualitätskontrolle ausüben und gewährleisten, daß wir ein Angebot haben, in dem nicht das Problem Guru, das Problem Sektenanfälligkeit usw. auftaucht. Diese Ebene des Angebotes wird für Volkshochschulen in Zukunft sicher die wichtigere sein als die Ebene der Nachahmung fester Methoden.

Helmut Milz:

Guru-Strukturen kommen ja meistens aus Gesellschaftsformen, aus Lebensweisen, die eher auf dem traditionellen Meister-Schüler-Verhältnis aufbauen. Das traditionelle Meister-Schüler-Verhältnis ist ein langes Feld von Lernen und Erfahrungen, und es zielt auf eine Meisterschaft hin. Es bedingt, leider auch sehr oft für unsere Verhältnisse, äußerst problematische Beziehungen von Abhängigkeit. Unsere Tradition, die Tradition von Aufklärung, ist eher die eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses: der eine weiß es, und der andere hat es zu lernen, weil das, was der eine weiß, wissenschaftlich gesichert ist, vermeintlich, und dazu führt, daß man Kontrolle erlangt. Nicht Meisterschaft, sondern Kontrolle.

Nur – und auch hier in der Tradition von Heiner Keupp, in der ich mich auch wiederfinde -: Das, was wir heute an wissenschaftlicher Information über Gesundheit haben, hat eine äußerst geringe Haltbarkeitszeit. Das, was als gesichert gilt, kann zwei Wochen später völlig hinterfragt werden, so daß wir eigentlich viel mehr Guru-gläubig sind, ohne diese Gurus zu personifizieren, nämlich Wis-



Für die Generation der antiautoritären Revolte ist die Frage, wie man eigene Autorität übernimmt, ohne autoritär zu werden, eine ganz schwierige.

senschafts-Guru-gläubig. Wir weisen das andere weit von uns, weil wir Angst haben, uns persönlich von jemandem abhängig zu machen, aber wir machen uns wissenschaftsabhängig. Für die Generation der antiautoritären Revolte ist die Frage, wie man eigene Autorität übernimmt, ohne autoritär zu werden, eine ganz schwierige.

Körperlichkeit und Politik

Helmut Milz:

In der Diskussion taucht immer wieder etwas auf, das Friedrich Nietzsche in seinem Buch „Vom Nutzen und Nachteil der Historie“ doch so treffend bemerkt: „Für die Gesundheit ist das, was gewesen ist, und das, was ist, von gleicher Bedeutung“. Das sollten wir nochmal reflektieren. Einerseits geht es darum – und dies hat Heiner Keupp heute vertreten –, zu lernen, wo in der Vergangenheit schon Aspekte des Zukünftigen liegen. Wir können aus dem, was passiert ist, lernen, wo die Grenzen sind, weil wir wissen, zu welchem Ergebnis das geführt hat. Das ist ein wichtiger Aspekt. Aber – und ich glaube, da ist Nietzsche auch der Richtige, um das nochmal sich selbst zu vergegenwärtigen – es geht eben nicht nur um das Lernen aus oder an der Vergangenheit und die Zeit des Reifens. Es geht auch um das A-Historische, um das, was jetzt ist, was der richtige Augenblick ist. Alle diese Momente gehören in die Gesundheitsförderung genauso hinein wie das Lernen von dem, was gewesen ist und was sein könnte.

Dafür ist unmittelbare, leibliche Erfahrung ein notwendiges Pendant. Wenn wir früher immer gesagt haben, es kommt darauf an, den aufrechten Gang zu erlernen, dann haben wir das metaphorisch gemeint. Ich glaube, es gehört eben auch die leibliche Erfahrung dazu, sonst werden wir das nie lernen. Wenn wir sagen: „auf den eigenen Füßen stehen“, dann ist das nicht nur das Rebellische, sondern die Tatsache, daß wir den Körperteil, den wir den ganzen Tag meistens vernachlässigen, akzeptieren – nämlich die Füße. Diese Spannung ist eine, die wir eigentlich immer vergessen oder vernachlässigt haben. Wir hatten auch Angst davor, weil wir eigentlich Angst vor uns selbst hatten. Wir können nicht einerseits Elias zitieren, die Gesellschaft der Individuen, des Selbst usw., und andererseits sagen, für uns trifft das doch nicht zu. Wir gehören zum anderen dazu, wir wollen nicht wir selbst sein. Quatsch, natürlich wollen wir das, und diese Spannung müssen wir aushalten.

Ich möchte es mal problematisieren: Wenn wir heute auf Quellen aus der Nazi-Zeit über Gesundheit stoßen würden, müßten wir vielleicht, wenn wir nicht wüßten, in welchem Kontext diese Epidemiologie betrieben wurde, denken, die Leute wären gesünder gewesen. Aber wir wollen Gesundheit nicht kontext-unabhängig verstehen, sondern kontext-bezogen. Wenn wir nur die Daten nebeneinander stellen würden, würden wir möglicherweise sagen, das war ein guter Weg, aber wir beziehen Position. Dieses Position-Beziehen ist sozusagen das spirituelle Moment, das Moment der Sinnfindung. Mir erscheint es ganz problematisch, Statistiken und Epidemiologien nicht vom Kontext her, in dem sie erhoben wurden, zu interpretieren.

Teilnehmer:

In der Zeitung war heute morgen ein Bericht von einer Geistheilerin. Da gibt es einen Abschnitt: „Zum Auftakt der Offenbarung skandieren die Jünger geschlossen ‚Sieg dem Heil‘, und damit beten sie das neue 1000jährige Reich herbei“. Der Artikel handelt von irgendeiner Sekte und sagt über die Geistheilerin: „Die todsichere Heilung verspricht die Geistheilerin für jede Krankheit, auch für Krebs und AIDS“. Sie haben das angesprochen, Herr Keupp, sie haben über Herrn Dethlefsen gesprochen. Wenn man den privat für sich liest, dann kann dies sicherlich sinnvoll sein. Umgesetzt in ein politisches Programm, halte ich das für verheerend, das ist die Legitimation für einen Rückzug des Staates, weil man sagt: „Wer krank ist, ist selbst schuld“.

Sie, Herr Milz, haben die Romantik angesprochen. Es gibt ja ganz klare Verbindungslinien auch von der deutschen Romantik in den Faschismus. Worauf ich hinaus will, ist der Zeitkontext, in dem wir uns befinden. Was zur Zeit stattfindet, ist ein Rechtsruck in der BRD, beispielsweise zu sehen in der Inszenierung in der Neuen Wache in Berlin. Die Truppenverabschiedung z.B., die Herr Kohl praktiziert hat, die Trennung ist ein klares Bekenntnis zum Anti-Kommunismus und nicht zum Anti-Faschismus, was ich wichtiger fände, und es findet eine Neuformierung einer rechten Hegemonie statt. Das ist der Zeitkontext, in dem sich die Gesundheitsförderung befindet.

Ich frage mich, ob die in den Volkshochschulen praktizierte Gesundheitsförderung nicht eigentlich entpolitisiert. Ich habe da eine schon fast normale Biographie von einem Bewegten im Kopf, der oder die in den 80er Jahren noch an den Bauzäunen der Atomkraftwerke stand und zu Hause Nicaragua-Kaffee getrunken hat und heute irgendwelche Kristalle pendelt. Entpolitisiert Gesundheitsförderung?

Meine zweite Frage betrifft die spiritualistischen Wege in faschistische Gesellschaftsvorstellungen. Nietzsche hat sicherlich die Romantik aufgehoben, und bei ihm sind genug Kritikformen gegen den Faschismus zu finden, auch in der spiritualistischen Rezeption von Nietzsche beispielsweise ist es völlig klar. Aber wo besteht der Zusammenhang zwischen Gesundheitsbildung und Politischer Bildung? Was setzt die Gesundheitsförderung totalitären Ideologien entgegen?

Beate Blättner:

Ihr Bauzäune-Aktivist hat das Pendeln über den Kristallen sicherlich nicht in der Volkshochschule gelernt. Wenn Sie die VHS-Programme ansehen, dann zeigt sich, daß Pendeln höchst anstößig erscheint und weit jenseits dessen steht, was erlaubt ist. Das Gleiche gilt für die Auseinandersetzung über Edelsteine. In beiden Fällen frage ich mich allerdings manchmal, warum wir davor soviel Angst haben. Es gibt ja auch Religionswissenschaften im Programm. Was passiert eigentlich Schlimmes, wenn mal jemand pendelt? Welche Macht geben wir dem, daß es nicht erlaubt ist, sich auch mit solchen Methoden auseinanderzusetzen, ohne allerdings daraus wieder eine Ideologie zu machen?

Meine Antwort auf die Frage, die Sie gestellt haben über den Zusammenhang zwischen Gesundheitsbildung und Politischer Bildung, ist zunächst die Antwort, die die Frauenbewegung darauf gegeben hat: „Das Private, das scheinbar nur Private, ist in Wirklichkeit auch ein Politisches“. Ich glaube nicht, daß eine Veränderung in der Gesellschaft oder Kultur im politischen Umfeld möglich ist, wenn es nicht auch eine Veränderung ist, die im eigenen unmittelbaren Umfeld stattfindet. Damit meine ich genau nicht das, was uns immer als Nabelschau vorgehalten wird, nämlich daß die Auseinandersetzung bei der eigenen Person stehenbleibt. Die Auseinandersetzung, das sehr genaue Hinschauen, was passiert bei mir, was passiert in meinem unmittelbaren Kontext, ist ein wichtiges Element dafür, um überhaupt politische Aktivitäten erneut entfalten zu können.

Diese Bauzäune-Aktivist*innen von früher, zu denen ich übrigens auch gehörte, haben einen Prozeß der eigenen Entmutigung und der Irritation hinter sich, weil sie gemerkt haben, daß sie lange an den Bauzäunen stehen können, aber die Bauzäune stehen immer noch da, bzw. die Atomkraftwerke sind gebaut, die Waffen wurden stationiert, und die Entwicklung in Ex-Jugoslawien hat uns heimlich zweifeln lassen, ob pazifistische Lösungen in jedem Fall diejenigen sind, mit denen wir menschliches Leid am besten verhindern können. Die Entwicklung in Nicaragua hat unter vielen Aspekten nicht das eingelöst, was wir davon erwartet haben. Der Zusammenbruch sozialistischer Länder hat neue Fragen und neue Einsichten aufgeworfen, über die wir uns früher leichter Illusionen machen konnten. Es stellen sich neue politische Fragen, auf die wir noch keine Antwort haben. Es geht ebenso darum, neue Formen zu finden, wie politische Auseinandersetzung auch stattfinden kann. Diese Diskussionen müssen wir führen, mit oder ohne Gesundheitsbildung.

Ich habe aber auch gemerkt, daß es innerhalb der Gesundheitsbildung möglich ist, daß viele Frauen, die sich vorher nicht getraut haben, in irgendeiner Form das Wort zu ergreifen, gelernt haben, den aufrechten Gang im wörtlichen und gleichzeitig im übertragenen Sinn zu finden. Sie haben gelernt, auf eigenen Füßen zu stehen, im Alltag und in der Politik, und sich im politischen Kontext auch zu äußern. Es ist nicht unbeabsichtigt, wenn in der Gesundheitsbildung auch ein Weg entsteht, sich als nächstes im Rhetorikseminar, anschließend in der Politischen Bildung wiederzufinden. Aber dies ist nur einer der denkbaren Wege. Ich meine nicht, daß Politik immer eine Politik sein muß, die sich in solchen Formen von Demonstrationen oder ähnlichem äußert. Ich frage mich: Wäre es neben einer Auseinandersetzung über den Gesundheitsbegriff nicht längst notwendig, eine Auseinandersetzung über den Politikbegriff zu führen?

Peter Wenzel:

Ich möchte das noch ergänzen durch den Hinweis auf die Veranstaltung heute abend, in der sich die Gesundheitsförderungskonferenz vorstellen wird, an der auch die Hamburger Volkshochschule beteiligt ist. Wenn man sich diese Einrichtung ansieht, wird man Elemente wiederfinden, wie sie in bestimmten politischen Basisbewegungen ent-

standen sind. Es gibt einen Arbeitskreis gegen Verkehrslärm, einen Arbeitskreis, der sich mit dem Thema Migration und Gesundheit beschäftigt, mit Fragen, die weit in den politischen Raum hineinreichen. An dieser Gesundheitsförderungskonferenz sind Initiativgruppen, Arbeitskreise und auch die Selbsthilfegruppen beteiligt, die zumindest hier in Hamburg einen immensen politischen Druck ausüben. Deshalb, denke ich, trifft der Vorwurf nicht zu, daß die Gesundheitsbildung, die sich bewußt als Teil der Gesundheitsförderung versteht, entpolitisiert.



Helmut Milz:

Ihre Frage „Entpolitisiert Gesundheitsförderung?“ ist eine sehr berechtigte Frage. Es gibt einerseits einen klar umrissenen Begriff von Gesundheitsförderung, wie er seitens der WHO in der Ottawa-Charta beschrieben ist. Dieser Begriff ist sehr politisch und distanziert sich auch von der Beliebigkeit. Das ist eher ein horizontales Modell von verschiedenen miteinander in Verbindung stehenden Lebensbereichen: Politik, soziale Lebensumwelten, ökologische Umwelten, persönliches Handeln, Institutionen der Gesundheitsversorgung. Diese fünf Bereiche werden in der Ottawa-Charta klar umrissen. Gleichzeitig kommt dann die Frage, ob ein politisches Konzept nicht sehr offen dafür ist, daß es ideologisiert wird. Politik als wertfreien Bereich zu benennen, das erscheint mir äußerst problematisch.

Das führt gleich zu Ihrer Kritik. Natürlich gibt es Verbindungen zwischen der Romantik und dem Nationalsozialismus, aber das sind Verbindungen, die sind nicht linear, sondern gewollt. Natürlich gibt es Verbindungen zwischen Nietzsche und seiner nationalsozialistischen Auslegung, aber das ist nicht etwas, was man Nietzsche vorwerfen kann. Diese Art von Kurzschlußreaktion muß man klar als Unsinn bezeichnen. Wenn man sagt, man darf sich nicht mit Kräutern beschäftigen, weil die Nazis Kräutergärten hatten, dann ist das Ideologie, das ist Unsinn. Man muß genau fragen: Wo ist es pervertiert worden, wo ist es ideologisch mißbraucht worden? Aber den Kräutern den Mißbrauch durch den Nationalsozialismus vorzuwerfen, ist eine neue Ideologie.

Deshalb, denke ich, trifft der Vorwurf nicht zu, daß die Gesundheitsbildung, die sich bewußt als Teil der Gesundheitsförderung versteht, entpolitisiert.

Heiner Keupp:

Mitte der 80er Jahre war ich an dem Punkt, daß ich dachte: Irgendwie ist alles den Bach runtergegangen. Die Studentenbewegung – was war davon noch übrig. Die Friedensbewegung konnte die Stationierung der Raketen nicht verhindern. In dieser Zeit habe ich in einem Loch gesteckt, in meiner eigenen politischen Identität, wie viele andere auch. Ich bin dann in den ersten Beirat berufen worden, der die Selbsthilfegruppen in München beraten soll und bei finanziellen Förderungen auch Entscheidungen zu treffen hat, welche Gruppen Geld kriegen. Das war ein Prozeß von zwei Jahren, in dem bei mir viel passierte. Nach diesen zwei Jahren habe ich gesagt, ich glaube, daß in der Zeit, wo wir alle davon reden, daß wir entpolitisiert sind, so viele Menschen sich aufgemacht haben, ihre eigenen Sachen in die Hand zu nehmen, wie nie zuvor. Das mit der kleinen radikalen Minderheit, das uns damals vorgeworfen wurde, das stimmte wirklich. In der Studentenbewegung, die gerne idealisiert wird, waren sehr viel weniger Leute auf dem Weg, ihre eigenen Angelegenheiten selber in die Hand zu nehmen.

Nun ist mir aber bei den Selbsthilfegruppen, gerade im Gesundheitsbereich, aufgefallen, daß es da sehr unterschiedliche gibt. Es gibt die typischen Selbsthilfegruppen – Ilona Kickbusch und Alf Trojan haben das sehr früh und sehr schön katalogisiert -, Selbsthilfegruppen, die im großen Gesundheits- und Medizinbetrieb ein gefördertes Pflänzchen sind, die vielleicht die Funktion haben, die wirklichen Defizite einer Biomedizin nicht sichtbar werden zu lassen. Aber es gibt auch die anderen, die sich aus Wut über die nicht eingehaltenen Versprechungen der Medizin gebildet haben. Es gibt also ein breites Spektrum innerhalb und außerhalb des Medizin-Betriebes.

Diejenigen Gruppen fand ich immer am allerwichtigsten, die versucht haben, quer zu denken und sich quer zu organisieren, die Gesundheit mit Sozialem, Gesundheit mit Ökologischem verbunden haben und auf diese Weise eigentlich immer in der Stadt Zoff erzeugt haben. Zoff auf der Ebene der Verwaltungen, denn sie paßten nicht mehr in die Verwaltungsstrukturen rein. Inhaltlich Zoff, weil sie Dinge miteinander in Verbindung gebracht haben, die gerne in der Verwaltung von Problemen unserer Gesellschaft auseinandergehalten werden, sehr bewußt auseinandergehalten werden, weil sie Zündstoff und Gesellschaftskritik beinhalten. Es gibt eine ganze Reihe solcher Gruppen, die quer denken, die sich bei § 218 oder wo auch immer nach wie vor als wichtige politische Kraft entfalten und nicht resigniert haben.

Resigniert haben oft die großen Propheten, die großen Ideologen, die dann irgendwann nicht mehr bereit waren, sich der Wirklichkeit zu stellen. Es gibt drei politische Arenen: Es gibt die Arena der öffentlichen Politik, es gibt die Arena, die man eigentlich nur antrifft, wenn man mit dem Flugzeug nach Bonn fliegt und sieht, wie die Lobby-Politik dort morgens aus dem Flugzeug gespuckt wird, in die Ministerien rennt und die eigentlichen Entscheidungen trifft. Die dritte Arena sind die Menschen, die sich in allen möglichen Zusammenschlüssen um ihre eigenen Angelegenheiten küm-

mern, und ich glaube, daß diese dritte Arena sehr lebendig ist, sehr kräftig ist. Das Entscheidende wird aber sein, und darum finde ich Ihre Frage so wichtig, daß in diesen Arenen auch so etwas wie ein kritischer, ein politischer Diskurs nicht auf der Strecke bleibt. So habe ich heute auch meinen Beitrag verstanden, bestimmte Gedanken und das, was man von Adorno bis heute lernen kann und muß, eben nicht auf der Strecke zu lassen, sondern es wirklich auch heute immer wieder zum Thema zu machen.



*Konzentration
bis in die
Fußspitzen*

Welche Beiträge bietet die organisierte Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung in dem Sinne, daß Gesundheitsförderung darauf abzielt, soziale Ungleichheiten abzubauen, also Ungleichheiten der Chancen auf Gesundheit?

Wen erreicht Bildung, und wen erreicht sie nicht?

Teilnehmerin:

Ich möchte die Frage nach dem wichtigen Ziel des Abbaus sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit als ein wesentliches Ziel im Rahmen der Gesundheitsförderungskonzepte und der Politik stellen. Welche Beiträge bietet die organisierte Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung in dem Sinne, daß Gesundheitsförderung darauf abzielt, soziale Ungleichheiten abzubauen, also Ungleichheiten der Chancen auf Gesundheit?

Gestern haben wir von Angela Venth gehört, welche Teilnehmergruppen angesprochen werden, welche Bevölkerungsgruppe das ist, die durch diese Form der Gesundheitsbildung z.Zt. angesprochen werden kann. Die Strukturfrage ist von Beate Blättner heute angerissen worden. Ich möchte aber noch einmal die Frage stellen: Welche Beiträge, vielleicht auch neue Beiträge der Erwachsenenbildung z.B. an Volkshochschulen, zum Erreichen des Zieles des Abbaus sozialer Ungleichheit sehen Volkshochschulen? Ich finde diese Frage ganz wichtig, weil deutlich geworden ist, wie wenig der gesamten Bevölkerung diese Art von Bildung z.Zt. anspricht. Da ist die geschlechtsspezifische Frage: mehr Frauen als Männer. Dies könnte man altersdifferenzieren, dann wird die Gruppe noch kleiner. Vielleicht läßt sich nach Bildungsschicht oder anderen Gesichtspunkten differenzieren, dann wird die Gruppe noch kleiner im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der Erwachsenen in Deutschland.

Beate Blättner:

Ich halte das in der Tat für eine der wichtigen Fragen in der Zukunft. Ich habe allerdings eine andere Perspektive. Sie haben es als einen sehr kleinen

Beitrag beschrieben. Sie sagen, daß wir sehr viele Menschen nicht erreichen. Ich sehe erstmal, wir erreichen sehr viele Menschen. 1,5 Millionen allein an Volkshochschulen sind eigentlich ziemlich viele, finde ich. Andere Träger erreichen weitere Menschen. Wenn wir mit den gleichen Ressourcen mehr Menschen erreichen würden, wüßte ich nicht, wie wir dies arbeitsmäßig verkraften könnten.

Trotzdem haben Sie natürlich recht: Es ist unter sozialen Kriterien betrachtet ein Teilbereich derjenigen, die potentiell erreicht werden könnten. Man kann schon kritisch fragen: Tragen wir zur sozialen Ungleichheit bei, oder tragen wir zum Abbau sozialer Ungleichheit bei? Wir müssen uns damit in Zukunft stärker beschäftigen. Eines der Hindernisse, die sich dabei stellen, ist, daß so etwas auch immer mit Geld zu tun hat. Wenn in der Erwachsenenbildung künftig sehr gespart wird, und es sieht so aus, als ob sich die öffentlichen Hände aus sozialen Verpflichtungen auch in der Bildung stärker zurückziehen und Gesundheit zu einer Luxusware machen wollen, dann sehe ich die Möglichkeiten, zum Abbau sozialer Ungleichheit beizutragen, ziemlich dahinschwinden. Wenn Kursleitungen ihren Lebensunterhalt durch Bildung bestreiten und die öffentlichen Hände nicht bereit sind, dies auch zu finanzieren, werden Teilnehmende oder vielleicht andere gesellschaftliche Gruppen dies finanzieren müssen. Es wird unter solchen Bedingungen irgendwann mehr oder weniger auf ein Marktkonzept in der Erwachsenenbildung hinauslaufen müssen, zum Nachteil all derjenigen, für die Gesundheitsförderung am notwendigsten wäre. Anzeichen dafür sind da, und in erschreckender Weise trägt die Finanzierung oder eigene Durchführung von Kursangeboten durch Krankenkassen zur Zeit dazu noch bei, statt dies zu verhindern.

Es ist zum anderen eine Frage der Struktur, der Organisation. Wenn wir zum Abbau sozialer Ungleichheit stärker, als wir es bisher gemacht haben, beitragen wollen, dann müssen wir auch andere Formen wagen, organisierte Erwachsenenbildung auch an anderen Orten finden. Es reicht dann nicht, ein Programm zu haben und das auszurollen, und wer kommt, der kommt, sondern ich muß mir schon gezielter überlegen, wie ich andere Personengruppen wirklich ansprechen kann. Ich muß Formen von aufsuchender Bildungsarbeit finden, die gleichzeitig aber nicht bevormundende Bildungsarbeit sind. Das ist in der Praxis nicht immer einfach.

Zum dritten ist es in einigen Punkten für mich eine inhaltliche Frage: Gelingt es uns, denen, die in der sozial untersten Hierarchie sind, die häufig erlebt haben, daß das Leben nicht sehr viel dazu beiträgt, ihre Lebensbedingungen und ihre Gesundheit zu fördern, wirklich glaubwürdig zu vermitteln, daß wir Lösungen dafür anzubieten haben, ihnen zu helfen? Probleme wie Arbeitslosigkeit etc. können wir ja nicht verändern. Wir können sehen, welcher spezifische Beitrag von Bildung dazu möglich und sinnvoll ist. Aber wir können die soziale Ungleichheit, die besteht, nicht einfach abschaffen. Bildung kann kein Ersatz für Sozialpolitik sein. Deshalb habe ich vorhin Gesundheitsbildung als Teil der Gesundheitsförderung beschrieben, zu dem ande-

re Teile hinzukommen müssen. Aber auch Gesundheitsförderung kann nicht die sozialen Probleme der Welt lösen, dies wäre eine Überforderung.

Teilnehmerin:

Wenn man von dem erweiterten Gesundheitsbegriff ausgeht, dann muß man auch in dieser Hinsicht weitergucken. Wir erreichen z.B. in Alphabetisierungskursen ganz besondere Schichten von Menschen, die die Volkshochschule besuchen, oder in Kursen, wo man nachträglich Schulabschlüsse machen kann, teilweise in Kursen für Arbeitslose. Lesen und Schreiben können ist im Sinne von mehr Selbstbestimmung ja auch Teil von Gesundheitsförderung. Wir haben andere Bereiche der Erwachsenenbildung, die in diesem Sinne sehr zum Abbau sozialer Ungleichheit beitragen, wenn auch nicht unmittelbar gesundheitsbezogen. Wenn niedriges Bildungsniveau statistisch mit schlechten Gesundheitschancen in einem Zusammenhang zu sehen ist, dann trägt Erwachsenenbildung, die hilft, ein solches Bildungsniveau zu verbessern, auch zu mehr Gesundheit bei.

Helmut Milz:

Ilona Kickbusch hat mir auf die Frage, was Gesundheitsförderung alles machen kann, vor kurzem geantwortet: „Health promotion ist ein Beitrag zur Gesundheitspolitik, kein Ersatz für Gesellschaftspolitik“. Das sollten wir bedenken, weil wir doch sehr leicht dahin abschweben von diesem Fokus, Gesundheitspolitik als Gesellschaftspolitik machen zu wollen. Wir sollten uns Gedanken machen, wo sich beide Bereiche ergänzen und berühren, aber nicht das eine stellvertretend für das andere übernehmen.

Teilnehmerin:

Im gestrigen Vortrag haben wir erfahren, daß der überwiegende Anteil an TeilnehmerInnen an den Gesundheitsbildungsprogrammen der Volkshochschulen Frauen sind. Bei dem, was ich bisher über die VHS-Programme in der Gesundheitsbildung gehört habe, ist mir verloren gegangen, was da besonders für Frauen ist. Es klingt so, als ob die Programme Autogenes Training, Yoga u.a. doch sehr geschlechterundifferenziert seien. Ich habe mich gefragt, welchen Einfluß es auf den Inhalt und die Programmplanung hat, wenn so viele Frauen in diese Kurse kommen?

Beate Blättner:

Das ist eine Frage, mit der wir uns beschäftigt haben und in der wir auch zu Ergebnissen gekommen sind. In einigen Punkten habe ich heute auch versucht, dies anzudeuten. Es genauer auszuführen erscheint mir an dieser Stelle zu weitgehend. Ich hoffe aber, daß in der Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit“ Raum ist, darüber genauer zu diskutieren.

Helmut Milz:

Früher war die Idee von Gesundheitsförderung oder Gesundheitsbildung eher die des Abhärtens, also des Hartmachens, eher eine männliche Metapher. Jetzt geht es in vielen Kursen – direkt oder subtil – darum, sich für eine Situation zu erweichen, eine eher weibliche Metapher. Der Einfluß der Frauen geht über die Frage nach speziellen Formen für Frauen hinaus.

Wenn niedriges Bildungsniveau statistisch mit schlechten Gesundheitschancen in einem Zusammenhang zu sehen ist, dann trägt Erwachsenenbildung, die hilft, ein solches Bildungsniveau zu verbessern, auch zu mehr Gesundheit bei.

Ein kritisches Fazit?

Teilnehmerin:

In ihrem Eingangsbeitrag zu dieser Plenumsrunde hat Beate Blättner damit angefangen, Komponenten für eine Gesundheitsbildung zu benennen, die aus der Praxis sind. Da war ich guten Mutes und dachte, daß die Veranstaltung heute morgen einen positiven Verlauf nimmt. Dann kam aber die Zurücknahme, ein fragwürdiger Umgang mit der

Kompetenzfrage. Es scheint hier eine Krise im Selbstverständnis derjenigen zu geben, die Bildungsarbeit planen und durchführen. Das wäre ein Inhalt gewesen, der mich sehr interessieren würde. In bin mit der Erwartung hierher gekommen, mich mit kompetenten Leuten, die sich um die Belange der Gesundheitsbildung bemühen, austauschen zu können. Diese Diskussion auch im Plenum selbst kam mir aufgrund der vielen Statements zu kurz.

Die Gesundheitsförderungskonferenz „Gesündere Zukunft für Hamburg“

Vor gut drei Jahren haben sich in Hamburg verschiedene Gruppen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitsbereich zusammengetan, um die Gesundheitsförderungskonferenz ins Leben zu rufen. Heute besteht die GFK aus ungefähr vierzig verschiedenen Mitgliedern: Selbsthilfegruppen, Arbeitskreisen, die mit dem Gesunde-Städte-Projekt angefangen haben, Krankenkassen, Berufsverbänden, der Volkshochschule, Ärztekammer und vielen anderen.

Welches Ziel hat die GFK? Ausgehend von der Ottawa-Charta der WHO sind die einzelnen Mitglieder der Meinung, daß Gesundheit ganz wesentlich von jedem einzelnen mitgestaltet werden kann, und dies nicht nur in bezug auf das eigene Verhalten, sondern auch durch die Mitgestaltung von Verhältnissen, in denen wir leben. Durch die Vernetzung innerhalb Hamburgs erhofft sich die GFK eine bessere Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen. Als Ideal schwebt ihr vor, gemeinsam mit der Bevölkerung auch die Politik in dieser Stadt so zu beeinflussen, daß sie gesundheitsförderlicher arbeitet. Gedacht ist hier z.B. an die Gestaltung städtischer Räume, die Verkehrspolitik, die Baupolitik, aber auch die Sozial- und Arbeitsmarktpolitik.

An diesem Abend während des Kongresses „anders leben lernen“ präsentiert sich die GFK zum ersten Mal in ihrer Geschichte einer engagierten Öffentlichkeit. Abweichend von den üblichen Podiumsdiskussionen sollen möglichst viele GesprächspartnerInnen zu Wort kommen, um so die Heterogenität der Mitglieder und ihrer Standpunkte deutlich werden zu lassen. An vier Thementischen werden insgesamt 14 VertreterInnen des GFK-Vorstandes zu Stichworten wie: Gesundheitsförderung durch Initiative, Einsatz und Ertrag sowie Perspektiven der GFK Stellung beziehen. Der vierte Thementisch ist mit TeilnehmerInnen des Kongresses besetzt, die einen besonderen Bezug zu diesem Thema haben. Die Moderation hat Hannelore Bastian, Mitarbeiterin der Hamburger Volkshochschule.

Gesundheitsförderung durch Initiative

Hannelore Bastian: Wir haben gestern einen kurzen historischen Überblick von Angela Venth über die Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen gehört. Ich war 1978 als Fachbereichsleiterin für Kulturelle Bildung an die Volkshochschule gekommen und gleichzeitig für das „Anhängsel“ Gesundheitsbildung zuständig. Es gab damals ein paar Gymnastikkurse, ein bißchen Autogenes Training, und später kam „Nichtraucher in 10 Wochen“ dazu. Doch in den letzten 15 Jahren ist nicht nur in den Volkshochschulen eine Menge in bezug auf Gesundheitsförderung passiert.

Die vielen Menschen hier auf dem Podium repräsentieren Mitglieder der GFK Hamburg. Wir möchten Sie Ihnen als VertreterInnen ihrer Einrichtungen vorstellen. Was bedeutet für Sie persönlich und als VertreterIn Ihrer Einrichtung das Stichwort „Gesundheitsförderung durch Initiative?“

Thomas Wittek (*Verein zur Förderung ganzheitlicher Gesundheit*): Gesundheitsförderung durch Initiative entsteht in der Regel durch Betroffenheit vor Ort, Erfahrungen am eigenen Wohnort wie Fluglärm, mit eigenen Erkrankungen oder deren Behandlung. Wir haben die Idee, diese Vorstellungen in Einrichtungen hineinzutragen und mit de-

nen, die dort tätig sind, in Austausch zu kommen, selber zu lernen und anderen aus unterschiedlichen Ecken Anregungen zu geben.

Michael Sadtler (*Werkstatt Gesundheit*): Als gemeinnütziger Verein arbeiten wir an Aufträgen der GFK, organisieren z.B. eine Tagung oder erstellen Dokumentationen zu größeren Projekten. Dafür erhalten wir Zuwendungen der Stadt, aus denen Bürobetrieb und eineinhalb Personalstellen finanziert werden.

Initiative wird in den Arbeitskreisen der GFK auf bestimmte Themen gerichtet, daraus entstehen Konzepte für Veranstaltungen oder Projekte. Thema für uns ist dann immer: Wie kann Initiative so gebündelt und unterstützt werden, daß sie zeitnah zu Erfolgen führt?

Astrid Estorff-Klee (*Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen*): Die Ottawa-Charta enthält als wichtige Voraussetzung für Gesundheit die Teilhabe an der Gestaltung von Lebensräumen und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen. Selbsthilfegruppen tun genau dies unentwegt. Immer wenn ich gefragt werde: Was machen Sie eigentlich?, dann könnte ich antworten: Gesundheitsförderung.

Hannelore Davidts (*Vertreterin der Arbeitskreise*): Z.Zt. existieren sieben oder acht Arbeitskreise in der GFK, und ich sehe in ihrer Zusammenarbeit

ein wichtiges Bindeglied untereinander. Sie ermöglichen den Austausch von Gedanken, die wiederum in die Konferenz zurückwirken müssen.

Rudi Camerer (*Hamburger Volkshochschule*): Ich sitze auch am Tisch der Initiativen, und das verstehe ich im doppelten Sinn: Erstens gibt es personelle Überschneidungen zwischen Initiativen und Erwachsenenbildung. Zweitens sehen wir uns innerhalb der GFK als Bindeglied zwischen dem informellen Teil, der repräsentiert wird durch die Initiativen, und dem formellen Teil. Darin sehen wir eine spezielle Aufgabe der Volkshochschule.

Das Wort Initiative bedeutet auch, daß wir dabei sind, unsere bisherige Arbeit durch die Brille der Gesundheitsförderung neu zu betrachten. Wir haben z.B. in unseren Deutsch-als-Fremdsprache-Kursen jedes Jahr über 9.000 ausländische MitbürgerInnen. Die Arbeit mit diesen Menschen verstärkt auch unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten zu sehen ist für uns ein neues Ziel.

Einsatz und Ertrag der Gesundheitsförderungskonferenz

Hannelore Bastian: Es ist oft die Rede von Gegensatzpaaren wie „Gesundheitsförderung von oben oder von unten“, „basisorientierte Laienarbeit oder Professionalität“. Am nächsten Tisch, den wir Einsatz und Ertrag genannt haben, sitzen Repräsentanten formeller Einrichtungen. Ich möchte sie fragen: Was bringen Sie, was bringt Ihre Organisation ein in die GFK, und was gewinnen Sie?

Manfred Puppel (*Landesverband der Betriebskrankenkassen*): Bei 480 Milliarden DM, die wir z.B. 1992 für den Bereich der Krankheitsbehandlung ausgegeben haben, ist es keine Frage, in welchem Verhältnis Einsatz und Ertrag zueinander stehen. Was wir brauchen, ist eine Bündelung aller Aktivitäten, aller Kompetenzen und fachlichen Möglichkeiten, um eine neue Saat eines gesundheitsbewußten Lebens aufgehen zu lassen. Eine Garantie für Ertrag gibt es nicht. In der Gesundheitsförderung wächst etwas, bei dem ich nicht mit einer Kosten-Nutzen-Rechnung anfangen kann, sondern da muß ich investieren, materiell und immateriell. Für uns Krankenkassen ist Gesundheitsförderung die Zukunftsinvestition. Die demographische Entwicklung und die Entwicklung der Krankheitskosten zwingen uns, trotz knapper finanzieller Ressourcen zukunftsorientiert zu investieren. Über die Veränderung des Denkens entsteht ein Synergie-Effekt, der dazu führt, daß wir vielleicht Krankheitskosten positiv beeinflussen können.

Margret Schlankart (*Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung*): Wir bieten seit zehn Jahren Gesundheitserziehungsprogramme in Kindergärten und Grundschulen an. Zum Ertrag würde ich für die Landesvereinigung einmal die Kontakte zählen, die wir über die GFK zu anderen Institutionen und Initiativen haben. Es ist für die tägliche Arbeit einfacher, wenn man bei der Idee für ein Projekt-Miteinander telefonieren kann, um zu fragen, wie können wir das gemeinsam machen. Diesen kürzeren Draht zueinander würde ich als großen Vorteil der GFK sehen. Wir bringen un-

sere Erfahrung ein und profitieren von Erfahrungen der anderen Mitglieder.

Margarete Altemeyer (*Landesseniorenbeirat/Abgeordnete des Seniorenbüros*): Ich bin mit meinen zweiundachtzig Jahren wohl die Älteste hier. Unsere Zielgruppe sind 380.000 Menschen dieser Stadt, die älter sind als sechzig Jahre. Für alte Menschen ist das Thema Gesundheit wohl das wichtigste, denn wir bauen ja ab, nicht auf.

In die GFK sind wir unter dem Gesichtspunkt „selbstbestimmtes Altern“ gegangen. Wir haben am 29. April 1993 mit Hilfe vieler Menschen, die auch hier sitzen, ein Forum durchgeführt. Dieses Forum war ein Aufbruch für viele alte Menschen, endlich aus der Isolation, aus der Einsamkeit herauszukommen. Zu Hunderten kamen sie nach Eimsbüttel und machten ihrem Herzen Luft. Sie schrien natürlich nicht „Wir wollen gesund bleiben“, aber sie sagten: „Wir wollen wieder eingebunden werden in die menschliche Gemeinschaft, aus der wir an den Rand gedrängt wurden, nachdem wir aus dem Beruf draußen waren und unsere Familien auseinanderliefen. Wir wollen wieder ein aktives Leben führen, im Rahmen der Kräfte, die uns noch zur Verfügung stehen. Jetzt suchen wir nach Wegen, dieses Bedürfnis in die Realität umsetzen zu dürfen“.

Der Ertrag unserer Arbeit in der GFK ist schwer zu messen. Er ist abhängig vom Einsatz, von den Einsatzmöglichkeiten und vom Gegenüber. Das Gegenüber, das sind die Profis, die wollen uns manchmal nicht so gerne. Wir versuchen natürlich auch im Interesse unserer Gesundheit, die Politiker wachzurütteln. Wir möchten von ihnen gehört werden. Wir sind eingebunden in die GFK durch die Mitteilungsblätter, das ist für uns außerordentlich wichtig, denn da gibt es manche Mitteilungen für alte Menschen, die uns Mut machen, den Mund aufzumachen. Wir haben zwei Vertreterinnen in der GFK und sechs oder sieben im Arbeitskreis Selbstbestimmtes Altern. Diese persönlichen Kontakte sind für uns wichtig, denn wir brauchen die Hilfe Jüngerer, wenn wir uns durchsetzen wollen.

Robert Pfeiffer (*ÖTV*): Gesundheitsförderung kann man nicht in Pfennigen abrechnen. Ich will für mich zwei Formen von Ertrag herausheben: Das eine ist die Kooperation mit größeren Institutionen, mit Initiativen und dem Selbsthilfebereich. Ich schätze die GFK und ihre Arbeitskreise als einen wichtigen Ort, an dem verschiedene Initiativen und Organisationen sich einschätzen lernen, um mögliche Ansatzpunkte für gemeinsame Projekte zu finden.

Das zweite liegt unserem gewerkschaftlichen Blickfeld etwas näher: Die betriebliche Gesundheitsförderung hat Verbindungen zur großen Anstrengung der Gewerkschaften, zur Humanisierung von Arbeit beizutragen. Die GFK hatte vor Monaten in diesen Räumen einen Kongreß zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Das hier investierte Geld wird sich nicht innerhalb von zwei Jahren durch Senkung der Krankheitsausfälle in Heller und Pfennig auszahlen. In Hamburg haben wir jedoch mittlerweile positive Beispiele: für die Kollegen, die in einer besseren Art und Weise arbeiten können, und für die Unternehmer, die besser wirtschaften können.



Hans-Georg Schwenke (*Landesvereinigung der Unternehmensverbände*): Gesundheitsförderung ist für die Arbeitgeber kein Fremdwort, sie haben nur eine andere Definition, sie nennen es Arbeitsschutz, Unfallverhütung. Dieses System wird teilweise von anderen als so gut erachtet, daß sie es kopieren. Aber nichts ist so gut, als das man es nicht verbessern kann. Es ist auch wichtig für uns, daß wir für diese Probleme etwas sensibilisiert werden. Wir haben hier Kontakt und kommen mal auf anderer Ebene ins Gespräch mit anderen Institutionen.

Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsförderungskonferenz

Hannelore Bastian: Das etwas provozierende Wort „Ertrag“ klingt sehr ökonomisch, nach Heller und Pfennig. Es ist aber auch deutlich geworden, daß es andere Ebenen von Ertrag gibt. Ich möchte jetzt den Perspektiven-Tisch fragen: Im Jahr 2002 wird die GFK hoffentlich ihren zehnten Geburtstag feiern. Welche Glanzlichter wünschen Sie sich auf der Geburtstagstorte. Welche Entwicklungsperspektiven wünschen Sie sich, vom Ist-Stand 1994 projiziert auf 2002?

Christiane Frohsien (*Sprecherin des Arbeitskreises Selbstbestimmtes Altern*): Ich würde mir wünschen, daß es uns im Jahre 2002 noch gibt. Ich würde mir wünschen, daß sich Gesundheitsförderung in Hamburg noch mehr dezentralisiert hat, daß es in den Stadtteilen Gruppen gibt, Gesundheitsförderungszirkel könnte man sie nennen, wo Menschen, die dort leben, mit Vertretern von Institutionen gemeinsam an einem Tisch sitzen und überlegen, was sie an ihrem Stadtteil verändern möchten, um ihn lebenswerter und gesundheitsförderlicher zu machen. Andererseits würde ich mir wünschen, daß Gesundheitsförderung noch mehr Resonanz findet, so daß Gesundheit auch bei Entscheidungen beispielsweise in der Städteplanung oder der Wirtschaft berücksichtigt wird. Z.B. sollte auch die Baubehörde in der GFK sitzen. Dann würde ich mir noch einen mehr als symbolischen Etat wünschen, um Projekte wirksam unterstützen zu können, auch Projekte kleinerer Einrichtungen, dazu ein zündendes Jahresthema, z.B. Armut und Gesundheit. Ich wünsche mir ganz konkret, daß nicht nur Strukturen wachsen, sondern Hamburg wirklich auch gesünder wird, z.B. durch Eindämmung der schädlichsten Folgen des Individualverkehrs, Ausbau der Fahrradwege u.ä.

Für meinen Arbeitskreis wünsche ich ganz konkret, daß Menschen die Chance haben, Einrichtungen, in denen sie später leben wollen/müssen, mitzubestimmen und mitzugestalten und daß sie selbst über ihr Sterben bestimmen können. Jeder Interessierte kann in den Arbeitskreisen der GFK mitwirken. Im Arbeitskreis Selbstbestimmtes Altern sind auch alte Menschen, die nicht aus einer Funktion heraus dort sind. Das würde ich gern in der Stadt mehr publik machen. In den Arbeitskreisen treffen die Bürger mit Menschen aus Institutionen zusammen, es werden Projekte beraten, Konzepte entwickelt, die mit den Möglichkeiten, die durch die Kontakte der Konferenz bestehen, auch realisiert werden können.

Heide Vogt (*Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales*): Für mich ist ein weiterer Aspekt, daß Gesundheitspolitik anwaltschaftlich sein sollte, d.h. Anwaltschaft übernehmen für sozial Benachteiligte, für die Schwächeren, für die, die sich nicht aktiv und selbstbewußt um ihre gesunden Lebensverhältnisse kümmern können. Ich würde mir wünschen, daß die GFK diese Anwaltschaft übernimmt und als Träger auch wahrgenommen wird in der Gesundheitspolitik.

Karin Schwemin (*AOK Hamburg*): Die Perspektiven der GFK sind hervorragend, wenn man bedenkt, wie jung diese Einrichtung ist und wieviel sie bisher auf die Beine gestellt hat. Als die GFK mit vielen Geburtswehen ins Leben gerufen wurde, gab es mehr als genug Zweifler, die sagten, ein so großes Gremium trage sich nie. Alle Zweifler können sich jetzt überzeugen: So unterschiedliche Gruppierungen wie Ärztekammer, Krankenkassen, die Stadt und viele andere Einrichtungen haben zueinander gefunden, um zweckgebunden gemeinsam eine vernünftige Arbeit zu leisten. Diese Perspektive ist aber auch von Problemen begleitet, und es taucht die dringende Frage auf, ob es denn nicht mehr Geld geben kann.

Eine Aufgabe für die nächsten Jahre ist es, die Bevölkerung für die Themen der GFK zu interessieren, sie zum Mitmachen aufzufordern und deutlich zu machen, daß wir nicht ein Club im stillen Kämmerlein sind, der nur hin und wieder ein Faltblatt herausgibt. Wir müssen die GFK, die Gesundheitsförderung, erlebbar machen für die Bevölkerung.

Rolf Bialas (*Präsident der Ärztekammer/Vorsitzender der GFK*): Meine Wünsche sind, daß im Jahre 2002 Sie alle und die übrigen Bürger durch diesen emanzipatorischen Prozeß der Gesundheitsförderung selbstbewußt meinen Kollegen gegenüber treten. Wir sind nicht die Götter in Weiß, sondern Partner, und Sie sind diejenigen, die für ihre Gesundheit zuständig sind. Ich wäre froh, wenn wir das in zehn Jahren geschafft hätten. Wir haben als Ärzte schon einiges gelernt, und ich bin froh, daß die ersten Kollegen bereit sind, mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten. Lange Zeit haben meine Kollegen gedacht: „Was wollen die Laien, jetzt reden die auch schon mit“.

Als derzeitiger Vorsitzender der Gesundheitsförderungskonferenz habe ich natürlich viel größere Wünsche. In zehn Jahren stelle ich mir vor, daß der Bürgermeister dieser Stadt die GFK in Entscheidungen befragt.

Hierarchien in der Gesundheitsförderung?

Alf Trojan (*Medizinsoziologisches Institut der Universität Hamburg*): Auf der einen Seite finde ich die Wünsche und Zielvorstellungen, die hier präsentiert wurden, wirklich prima und unterstütze sie auch, auf der anderen Seite messe ich aber die Fortschritte auch an unserer anfänglichen Idealvorstellung. Deshalb muß ich Fragen, die hier schon aufgeworfen sind, noch einmal schärfer stellen.

Angeichts der Ausgaben für den Krankheitsbereich frage ich nach dem Verhältnis der Ressour-



cen, die für die Gesundheitsförderung aufgebracht werden, und denen, die für die Krankenversorgung aufgebracht werden. Dieses Mißverhältnis ist eklatant. Die Kontrollmechanismen für die DM 200.000,- Etat sind in der GFK so, daß es Mitglieder erster und zweiter Klasse gibt. Diejenigen, die Geld geben, sind Mitglieder erster Klasse, und diejenigen, die die Ideen geben und viele ehrenamtliche Aktivitäten beitragen, sind Mitglieder zweiter Klasse. Wie kann mehr Mitbestimmung für den Bereich der Initiativen und Selbsthilfegruppen erreicht werden?

Wie kann man zusätzlich erreichen, daß die GFK mehr Mitsprachemöglichkeiten in der intersektoralen Politik hat? Es wurden hier mehrfach Beispiele gebracht aus dem Bereich Stadtentwicklung. Ich weiß z.B., daß es in der Stadtentwicklung eine Planungsgruppe gibt, die ein Sozialkonzept hat, in dem es nicht um bauliche Stadtverschönerung geht, sondern um benachteiligte Stadtteile, soziale Brennpunkte, Armut. In dieser Gruppe ist von Gesundheit keine Rede. Es gibt keine Repräsentanten des Gesundheitsbereichs, obwohl aus derselben Behörde die anderen Ämter Arbeit und Soziales vertreten sind. Da würde ich mir doch nicht erst in zehn Jahren, sondern jetzt schon wünschen, daß sich die GFK mehr Rechte erkämpft.

Rückwirkungen in die Institutionen

Hannelore Bastian: Wie wirkt gerade bei größeren Mitgliedseinrichtungen die Teilnahme einzelner MitarbeiterInnen in diese Einrichtungen zurück? Wirkt die Mitgliedschaft, die über Personen vermittelt wird, zurück auf die Gewerkschaft, auf Ihre Krankenkasse, auf die Volkshochschule, auf die Arbeitgeber? Das würde bedeuten, daß irgendwann die Aktivitäten nicht mehr personenabhängig sind, sondern Struktur entsteht und diese beim Wechsel einer Person mit Leben gefüllt bleibt.

Hans-Georg Schwenke: Die Ziele werden natürlich über die Personen, die in der GFK sind, weitergegeben und publik gemacht. Die einen oder anderen Unternehmen sind von sich aus aktiv geworden, ohne auf die Verbände zu warten. Sie ergreifen Initiative, wenn es betrieblich erforderlich ist und die betrieblichen Verhältnisse es gestatten. Es reicht nicht nur der Wille, es muß auch Geld vorhanden sein.

Robert Pfeiffer: Bei Gewerkschaften geschieht mehr über den persönlichen Einsatz. Es gibt eine Reihe von betrieblichen Initiativen, Betriebsräten, Vertrauensleuten oder Kollegen, die überhaupt nicht organisiert sind, die die richtigen Kristallisationspunkte für betriebliche Gesundheitsförderung bilden und dort auch erste Erfolge haben. In den Projekten betrieblicher Gesundheitsförderung steckt sehr viel Arbeit von einzelnen Gewerkschaftlern. Insofern bin ich optimistisch, daß ein positiver Entwicklungstrend in den Gewerkschaften zu verzeichnen ist.

Rudi Camerer: Den Optimismus teile ich aus Sicht der Volkshochschule. Wenn man ein Auge auf Kommunikation hat, ist das, was sich im Vorstand der GFK abspielt, sehr interessant, denn hier tref-

fen Vertreter der unterschiedlichsten Milieus aufeinander. Für die Volkshochschule kann ich sagen, daß mir durch die gemeinsame Arbeit die Augen aufgegangen sind, wieviel wir einzubringen haben. Wir haben eine 75jährige wissenschaftlich und praktisch fundierte Erfahrung in der Erwachsenenpädagogik, d.h. im lernenden Umgang von Erwachsenen miteinander. So etwas heißt heute „developing personal skill“ (Entwicklung persönlicher Fähigkeiten). Andererseits aber haben wir – nicht durchgängig, aber überwiegend – Traditionen, die ich als 45-Minuten-Rhythmus bezeichnen will. Aus dem schulischen Bereich kommend, ist unsere pädagogische Einheit mit 45 Minuten abgeschlossen. Es gibt bestimmte Themen, sowohl im Bereich des Verhaltens als auch der Verhältnisse, die in 45-Minuten-Rhythmen nicht abzuarbeiten sind. Wir müssen als Volkshochschule unsere Verfahrensweisen ändern.

Karin Schwemin: Daß Personen und Institutionen in der GFK vertreten sind, befruchtet beide Seiten. Wie Herr Dr. Bialas in seiner Vision der Ärzte für das Jahr 2002 die Selbsthilfegruppen braucht, wollen die Krankenkassen das Thema Prävention mehr an die Patienten, an die Bürger bringen. Das allerwichtigste, was die GFK leisten muß, ist, das hier Vorhandene zu unterstützen und neue Impulse zu geben.

Manfred Puppel: Die GFK gibt uns die Chance, regionale Gesundheitsförderung kassenneutral, d.h. wettbewerbsneutral durchzuführen. Krankenkassen werden künftig erkennen, daß es stärker darum geht, gemeinsam aktiv zu sein. Sie sehen in der Beteiligung auf dem Podium, daß wir gelernt haben. Zukünftig werden wir uns noch stärker darauf einlassen müssen, daß Gesundheitsförderung ein gesellschaftspolitisches Thema ist, welches aus dem Kassenwettbewerb herauszuhalten ist.

Möglichkeiten und Schwierigkeiten beim Aufbau von Kooperation

Hannelore Bastian: Wenn jetzt jemand im Publikum auf die Idee gekommen ist, eine Gesundheitsförderungskonferenz zu gründen, auf welche Schwierigkeiten wird man Ihrer Meinung nach stoßen, womit haben Sie sich die letzten zwei Jahren arg herumgeschlagen? Gibt es in der GFK Konkurrenz, die ja zwischen verschiedenen Einrichtungen zweifellos besteht? Was sind Bedingungen, um Konkurrenz produktiv werden zu lassen?

Karin Schwemin: Das Thema Gesundheitsförderung in einer Institution wie der GFK nützt und schadet dem Wettbewerb nicht, der Wettbewerb findet auf ganz anderen Feldern statt. Mit der GFK ist der Versuch gelungen, unterschiedliche Gruppierungen an einen Tisch zu bringen und durch die Kommunikation neue Ideen zu entwickeln. Da spielt der Wettbewerb nicht hinein.

Margret Schlankart: Die GFK in Hamburg kann auch Konzept für andere Städte sein. Ein wesentliches Element ist die Verbindung von formellem und informellem Bereich. In einer Zeit, in der so viel Sozialabbau geschieht, in der ABM-Stellen ein-



gespart und gekürzt werden, ist es sehr schwierig, etwas initiieren zu wollen. Es kann nur sinnvoll sein, wenn man gleichzeitig den Selbsthilfebereich fördert und unterstützt. Allein auf ehrenamtliche Arbeit zu setzen ist nicht ausreichend.

Rolf Bialas: Man kann mit 45 verschiedenen Organisationen nicht ständig zusammenarbeiten. Das bedeutet, daß sich die Arbeit im Prinzip auf die Arbeit des Vorstandes konzentriert. Die Mitglieder des Vorstandes machen dies ehrenamtlich, so daß bestenfalls möglich ist, sich fünf- bis sechsmal im Jahr zu treffen. Wir haben keinen hauptamtlichen Apparat. Freundlicherweise ist ein Mitarbeiter der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereit, Einladung und Protokoll zu schreiben.

Teilnehmerin: Ich komme aus Lüneburg, einer kleineren Gemeinde, von der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen und unterstütze seit einem Jahr eine Initiative, die sich „Gesundheitszentrum Lüneburg, Initiativkreis für gesündere Lebenswelten“ nennt. Dieser Initiativkreis plant, eine Gesundheitsförderungskonferenz in Lüneburg ins Leben zu rufen. Wie ist die GFK in Hamburg zusammengekommen? Wer hat entschieden, wer teilnimmt und nach welchen Kriterien?

Heide Vogt: Die Hauptbedingung haben Sie im Grunde genommen schon erfüllt, indem Sie von der Initiative, einem Kooperationsbündnis aus begonnen haben. In Hamburg hat es den Initiativkreis „Gesündere Zukunft für Hamburg“ gegeben, diese Initiativen von der Basis haben eine Gründungsversammlung der GFK einberufen, die sich schrittweise verständigt hat, welche Institutionen im Vorstand vertreten sein sollen. Alle organisatorischen Fragen wurden dort nach und nach beraten. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist, daß die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Infrastruktur gestellt hat, ein anderer die politische Rückendeckung.

Rolf Bialas: Die Initiativkreise waren die ersten Mitglieder. Es waren fünf Gruppen zu Themen wie gesundes Wasser, weniger Straßenverkehr, gesundes Altern. Dann wurde deutlich, daß man z.B. Ärzte, Krankenkassen, die Volkshochschule, die Gewerkschaften braucht. Inzwischen meldet sich eine große Anzahl von Gruppen bei uns, und wir haben Sorge, zu viele zu werden. Verbände von Hals-Nasen-Ohrenärzten, Frauenärzten, Orthopäden usw. wollten Mitglied werden. Das gleiche war bei den Schwesternorganisationen, wir wollten nicht fünf verschiedene Pflegepersonal-Organisationen haben, sondern einigten uns auf einen Dachverband.

Margret Schlankart: Es war ein Wagnis, sich auf Initiativen so einzustellen, daß sie mit den Professionellen in Einklang, in einem kooperativen Team zusammenarbeiten, weil dies nicht geübt war. Ich finde es sehr positiv, daß wir heute hier mit diesem gemischten Chor sitzen und doch sehr einstimmig singen.

Teilnehmer: So wie Sie die GFK schildern, macht sie auf mich den Eindruck, als handele es sich um ein Kommunikations- und nicht ein Gesundheitsprojekt. Ich würde gern mal konkreter erfahren,

was Zusammenarbeit heißt. Was sind das für Projekte? Wie werden sie ausgewählt? Wie sind Entscheidungsstrukturen? Wirken Sie auf die Politik, oder wie nützen Sie der Öffentlichkeit?

Astrid Estorff-Klee: Daß wir uns verständigen, hat auch etwas damit zu tun, daß der Kulturschock zwischen Initiativen und Professionellen ausgeblieben ist, es sind nämlich alles Professionelle. Auch die Initiativenvertreter sind Professionelle.

Thomas Wittek: Es ist richtig, daß wir nett miteinander umgehen, was nicht heißt, daß nicht auch knallharte Konflikte ausgetragen werden. Ich werde jetzt mal zwei benennen:

Es gibt fortwährendes Reiben zwischen dem informellen Bereich und den Großorganisationen, die das Geld haben. Ich empfinde das bis jetzt noch als fruchtbar, aber es kann sich zu einer ausgedehnten Belastungsprobe entwickeln. Ich würde immer darauf bestehen, daß sich eine GFK nicht zu einem Verein von Berufsverbänden und Großorganisationen entwickelt.

Das zweite Problemfeld betrifft die Politik. Wie schön wäre es doch, wenn sich der Bürgermeister bei der GFK erkundigen würde, bevor wieder ein ungesundes Hochhausprojekt in die Welt gestellt wird, oder auch beim Thema Verkehr: Verkehr macht Lärm, Verkehr macht Herzinfakte, Verkehr sorgt dafür, daß Kinder und alte Menschen sterben. Eigentlich müßten wir diese Themen in den nächsten Jahren viel stärker in das politische Feld tragen, dann würde es aber intern in der GFK auch ganz schön knirschen.

Manfred Puppel: Wir haben in der Tat in den letzten zwei Jahren viel geredet, aber wir sind auch zu Ergebnissen gekommen. Konkrete Finanzierungsregeln sind dabei rausgekommen. Es gibt eine Projektgruppe Finanzierung, die dem Vorstand zuarbeitet und eine inhaltliche Bewertung zur Vergabe der DM 200.000,- vornimmt. Herr Dr. Bialas hat mit dem Thema „Paukenschlag – Mitmachfest – gesündere Zukunft für Hamburg“ eine tolle Idee. Das wird unser Schwerpunktthema im kommenden Jahr.

Rolf Bialas: Einige Beispiele für unsere praktische Arbeit: Wir haben einen Arbeitskreis, der sich mit innerstädtischem Verkehr beschäftigt, einen Arbeitskreis, der sich um eine andere Verkehrsführung des öffentlichen Nahverkehrs in Altona bemüht hat. Wir haben dafür gesorgt, daß die Arbeit mit Profis zusammen gemacht wurde, und der Plan wurde der Bezirksversammlung und dem Stadtentwicklungsreferat in der Baubehörde zugeschickt, damit die Ergebnisse dort für die künftige Gestaltung berücksichtigt werden können.

In der Veranstaltung „Älterwerden im eigenen Stadtteil“ wurde unter Mitarbeit älterer MitbürgerInnen herausgestellt, welche praktischen Schritte geschehen müssen, um das Leben der Älteren zu verbessern.

Hannelore Bastian: Diese konkreten Beispiele zeigen hoffentlich, daß es sich bei der GFK nicht nur um einen Kommunikationsverein handelt, sondern die intensive Kommunikation die Grundlage ist, damit so ein heterogener Zusammenschluß überhaupt arbeitsfähig wird.



Ein Kongreß-Resümee

Mit Sprachwitz und Gesang bezauberte Hans Saan, Mitarbeiter des Nationalen Instituts für Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung der Niederlande, die Beteiligten und die ZuhörerInnen des letzten Veranstaltungstages. Im ersten Teil des Vormittags stand die Geschichte der Gesundheitsförderung in einem Gespräch mit Ilona Kickbusch im Mittelpunkt, Ergebnisse der Tagung wurden mit ihr und TeilnehmerInnen diskutiert. Um die Rolle der Volkshochschule noch einmal deutlicher herauszuarbeiten, befragte Hans Saan dann die VeranstalterInnen selbst. KongreßbeobachterInnen aus unterschiedlichen, überwiegend osteuropäischen Ländern kommentierten ihre subjektiven Erfahrungen mit der Tagung. Angelehnt an die Oper „Zauberflöte“ rundete Hans Saan multimedial mit Folien, Text und Gesang den Einblick in die Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung in sehr ungewöhnlicher und mitreißender Art ab.

Zehn Jahre nach Ottawa – Entwicklung der Gesundheitsförderung

Hans Saan:

Den meisten Leuten ist der Begriff Gesundheitsförderung bekannt, aber nicht unbedingt, was dahinter steckt und was er genau beinhaltet und welche internationale Entwicklung mit diesem Begriff verbunden ist. Ilona, ich möchte damit anfangen, zurückzuschauen, wie sich das alles entwickelt hat. Wenn Du auf die letzten zehn Jahre zurückschaust, was hat sich – in großen Linien betrachtet – in der Gesundheitsförderung getan, seit damals, als wir in Ottawa zusammengesessen haben?

Ilona Kickbusch:

Es geht um mehr als zehn Jahre. Bald zehn Jahre alt wird ja nur das Symbol, die Ottawa-Charta von 1986. Historisch hat es immer ein Spannungsfeld gegeben zwischen einem medizinischen Gesundheitsbegriff und einem Gesundheitsbegriff, der sozialer und individueller definiert war. Gestern vormittag in der Diskussion wurde nicht deutlich, daß es dieses Spannungsfeld immer gegeben hat. Es hat immer Professionen gegeben, und es hat immer soziale populistische Bewegungen für Gesundheit unterschiedlicher Art gegeben. Was sich in den 70er Jahren herauskristallisiert hat – und einige von Ihnen waren damals sicher auch aktiv –, war eine neue Art der Medizinkritik. Diese Medizinkritik ist teilweise von professioneller Seite gekommen, z.T. von kritischen MedizinerInnen, sehr stark von Sozialwissenschaftlern und teilweise von sozialen Bewegungen. Dort am stärksten natürlich von der Frauenbewegung – das ist gestern betont worden –, dann aus der Entwicklung der Selbsthilfebewegung, über die es intensive Diskussion gegeben hat, ob Selbsthilfe überhaupt politisch ist. Schließlich kam diese Medizinkritik mehr und mehr auch von seiten der Wissenschaft, insbesondere von den Sozialwissenschaften. Es gab auch vorher eine ganze Reihe von Sozialwissenschaftlern, die sich in der Medizinsoziologie, der Sozial-

medizin sehr kritisch das Gesundheitssystem angesehen hatten. Aber in der Essenz – das ist jetzt stark verkürzt – war dies immer Medizinkritik und Kritik daran, daß das Gesundheitssystem, das ja kein Gesundheitssystem, sondern ein kuratives System war und ist, nicht angemessen auf Patientenbedürfnisse eingeht.

In dieser Diskussion wurde immer deutlicher, daß man nach einem anderen, nicht nur medizinischen Gesundheitsbegriff suchen mußte, und so hat der Gesundheitsbegriff der WHO, der seit 1948 bestand, eine Renaissance erlebt. Man ist auf die soziale Komponente dieses Begriffs zurückgekommen. Der Gesundheitsbegriff der WHO hatte, als er Ende der 40er Jahre geprägt wurde, einen anderen Kontext als heute. Unser Wissen heute um die soziale Komponente der Gesundheit ist natürlich ein ganz anderes. Damals ist die Komponente „sozial“ in den Gesundheitsbegriff durch die sozialistischen Länder hineingekommen, die das Element der Sozialpolitik im Gesundheitsbegriff reflektiert sehen wollten, während wir heute „soziale Gesundheit“ natürlich auf eine sehr andere und viel weitere Weise definieren.

An dieser Stelle wurde über Medizinkritik hinausgegangen. Es war nicht nur interessant, zu fragen: „Was macht uns krank?“, sondern, wenn wir nach einem sozialen Gesundheitsbegriff suchen, zu fragen: „Was macht uns eigentlich gesund?“ In diesem Kontext wurde auch das wiederentdeckt, was im Englischen „public health“ heißt und was in der deutschen Kultur früher Volksgesundheit war, aber in Deutschland nicht zuletzt aufgrund der Entwicklungen im Faschismus verschüttet worden ist. Historisch war Deutschland eines der Länder mit einer großen Tradition von „public health“. Leider werden in der Gesundheitsdiskussion heute meist nur die VerfasserInnen angelsächsischer Literatur wahrgenommen und nicht die eigenen Klassiker.

Mit diesem neuen Gesundheitsbegriff sollte ein Denksystem entwickelt werden, das alle diese

Historisch war Deutschland eines der Länder mit einer großen Tradition von „public health“.

Komponenten aufnimmt, in einem Rahmen zusammenfaßt und gleichzeitig dazu als Legitimation und Leitlinie für alle diejenigen, die auf verschiedene Weise in diesem Feld tätig sind, dienen kann. Es sollte der Medizin ein legitimes Handlungsfeld gegenübergestellt werden, das professionell ist und auch einen anerkannten Status hat. In der Medizinsoziologie war immer ein zentrales Problem, daß jeder, der nicht Mediziner war, auch nicht anerkannt wurde, wenn er über Gesundheit reden wollte. Ein Teil des WHO-Programms war die Frage, wie man es schaffen kann, der Gesundheit eine Priorität zu geben, und wie es möglich ist, dem Bemühen um Gesundheit statt dem Behandeln von Krankheit Legitimation und Status, rechtliche und institutionelle Grundlagen und Geld zu verschaffen. Daraus hat sich dann auch das Denken und der Begriff „Investition in Gesundheit“ herausgebildet.

Gestern sagten viele Leute: „Das, was diese Ottawa-Charta sagt, das machen wir seit Jahren, so denke ich schon immer“. Und genau das sollte die Charta erfüllen. Sie sollte mit dem Stempel der Weltgesundheitsorganisation sagen, diese Art des Denkens, diese Art des Vorgehens ist legitim, das ist die normale Art, wie eine moderne Gesundheitspolitik aussehen soll.

Was uns ganz besonders wichtig war, und was damals in bezug auf individuelle Gesundheit diskutiert wurde, war, das Fixieren auf Risikoverhalten in Frage zu stellen. In diesem Fixieren lag eine ganze Reihe von Schwächen: im Verhaltensbegriff, im Risikobegriff, in der Art, wie das Individuum wahrgenommen wird, in der Theorie des Risikoverhaltens und den Vorstellungen, wie damit Gesundheit gemacht oder nicht gemacht wird. Die Idee der Ottawa-Charta war der Versuch, sich davon abzusetzen und zu sagen: „So erklären sich Individuen nicht, so erklärt sich ihr Gesundheitsverhalten nicht, und so stellt sich auch Gesundheit nicht her“, und im nächsten Schritt: „So simpel stellt sich auch Krankheit nicht her“.

Es war auch der Versuch, neue Handlungs- und Interventionsstrategien einzuführen, die legitim und faßbar sind. Daraus haben sich Setting-Projekte entwickelt, wie „Gesunde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schule“ u.ä., Projekte der Organisationsentwicklung, wie sie auch in einer Arbeitsgruppe dieser Tagung behandelt wurden. Es wurde nämlich gesagt: „Was wir jetzt strategisch angehen müssen, ist die Interaktion zwischen individueller Veränderung in Richtung Gesundheit, organisatorischer oder umweltbezogener Veränderung auf Gesundheit hin und politische Veränderung für mehr Gesundheit“. Diese drei Dinge müssen sich in einen Brennpunkt bringen lassen.

Hans Saan:

Ich kann mehr oder weniger drei Phasen in der Entwicklung entdecken. Die erste Phase war teilweise ein kritisches Suchen, was man anders haben möchte, also eine Art negativer Identität. Was ich damals selber in Ottawa mitbekommen habe, war das Staunen, daß dies ein internationales Problem ist. Das Staunen, daß es nicht nur eine kritische Diskussion gab, sondern es existierte eine große Freude darüber, daß es das gleiche Pro-

blem, eine Dominanz der Krankheitsideologie, auf internationaler Ebene gab. Das war eine zweite Phase.

Jetzt, in der dritten Phase, sind wir zehn Jahre weiter. Gesundheitsförderung ist nicht mehr geprägt vom Kontrast zum Krankensystem, und „die verfluchten Mediziner“ ist nicht etwas, was wir täglich sagen. Jetzt sind wir ein Teil des respektierten und etablierten Systems. Wie hat sich die Situation dadurch verändert?



Ilona Kickbusch:

Die Lage ist mehrschichtig. Einerseits ist Gesundheitsförderung populär, sie ist „in“ als Begriff, daher auch inflationär. Das ist die Gefahr des Begriffes, daß er so weit gefaßt werden kann, daß jeder nach Spaß, Lust und Laune und abhängig von dem, was er oder sie selber erreichen will, ihn benutzen kann. Weil Gesundheit das Thema ist, unter dem man so viel faßt, taucht der Begriff überall, weltweit inzwischen auf. In Klammern gesagt, der Begriff fand sich schon in der Fassung der WHO von 1948, wurde aber vergessen. Jetzt erst ist er innerhalb der Organisation zu einer Priorität geworden. Er ist akzeptiert, die Amerikaner nennen das „Mainstreaming“, und mit diesem Mainstreaming ergeben sich natürlich neue Konflikte, gerade im Hinblick darauf, daß diejenigen, die in der Tradition der sozialen Bewegungen standen, mit der Gesundheitsförderung auch ein gewisses Veränderungspotential erwartet haben.

Das ist das Spannungsfeld der Gesundheitsförderung: Sie braucht einen Boden, sie muß sich institutionalisieren, sie muß qualitativ sein, sich professionalisieren, und trotzdem muß sie diese Rolle, die in der Ottawa-Charta als „anwaltschaftliche Rolle für Gesundheit“ bezeichnet wird, weiterspielen. Dieses Spannungsfeld ist immer erneut eine Herausforderung. Sehr viele Leute haben ein Problem mit diesem Mainstreaming und der Institutionalisierung. Vielen sozialen Bewegungen geht es ähnlich: Ist das jetzt ein Erfolg, oder ist es eine Vereinnahmung? Im Rahmen der WHO ist es ganz deutlich ein Erfolg. Das Arbeitsprogramm der WHO ist jetzt, simplifizierend gesagt, gesundheitsbezogener.

Andererseits geht es nicht mehr um zwei Pole. Im Untertitel der Ottawa-Charta haben wir ganz bewußt auf die Tradition zurückgegriffen und benannt, wozu Gesundheitsförderung beitragen will: zu einer neuen öffentlichen Gesundheit, „a new public health“. Dieses „new“ steht im Sinne der Thematik und der Strategien, der Überlegung dessen, was wirklich „public“ ist, was öffentlich ist, was partizipativ ist und was sich wirklich mit Gesundheit beschäftigt. Diese „new public health“ hat es geschafft – dabei hat Gesundheitsförderung eine sehr wichtige Rolle gespielt -, verschiedene Professionen an einen Tisch zu bringen. In Deutschland gibt es einen Mythos, daß der Deutsche Forschungsverbund „Public Health“ am Billardtisch in Ottawa entstanden ist, bei den deutschen Teilnehmern, die dort waren. Das wäre ein sehr direkter Einfluß von Gesundheitsförderung auf public health. Es gibt sicherlich noch andere.

Man sieht jetzt am Beispiel der Gesundheitsförderungskonferenzen – wie gestern abend -, am Beispiel der Forschungsverbünde, der Ausbildungsverbünde, daß diese extreme Gegenüberstellung zwischen Medizin und Gesundheit zumindest einer gewissen Möglichkeit und Regelmäßigkeit des Dialogs gewichen ist. Da spielen Leute, die aus beiden Bereichen kommen, eine ganz wichtige Rolle. Vermittler waren sehr viele Menschen aus der Medizin, der Soziologie, aus der Sozialmedizin u.ä., die mit beiden Bereichen reden konnten.

Hans Saan:

Ich war letzte Woche auf einer Konferenz der Billardtischhersteller, und da hat man gesagt: „Welche wichtige Rolle spielen wir doch als Billardtischhersteller für die Entwicklung der Gesellschaft, da die Entscheidungen auf unseren Tischen getroffen werden“. Gesundheitsförderung hat sich natürlich auch praktisch entwickelt. Ilona hat das Problem angesprochen: Wenn man Mainstream wird, hat das auch Gefahren. Ich stehe hier neben Alf Trojan, in Deutschland einer der Pioniere der Gesundheitsförderung, und darum frage ich Alf, erzähle doch mal spontan die Geschichte der „Gesunden Städte“ in Deutschland, als ein Beispiel, wie Gesundheitsförderung sich strukturell entwickeln kann.

Alf Trojan:

Das muß ich jetzt wirklich aus dem Stegreif machen. Der Anfang des Gesunde-Städte-Projektes war für mich an dem Punkt, an dem bei der WHO mit der Strategie aufgehört wurde, nur mit den nationalen Regierungen zu arbeiten. Die einzelnen Städte, auch die Stadt Hamburg, bekamen die Chance, an einem Netzwerk teilzunehmen, in dem nicht nationale Regierungen zusammenkommen. Ich habe das sehr bewußt erlebt, bin allerdings nicht bei der ersten Tagung dabei gewesen, die in Düsseldorf, also in Deutschland, stattfand. Ich kann für Hamburg sagen, daß Leute aus der Behörde, aber auch von nebenan, von außen und von unten, die daran teilgenommen haben, hoch motiviert von dieser Tagung zurückkamen und etwas tun wollten. Sie haben einen Initiativkreis für ein Gesunde-Städte-Projekt gegründet. Das war wohl in mehreren Städten ähnlich. Einige deutsche Städte sind ja offizielle Mitglieder dieses in-

neren Ringes von „gesunden Städten“ geworden, die Modellfunktion für andere Städte haben sollten. Ich betrachte jetzt mal nicht die Entwicklung in der gesamten Bundesrepublik, sondern speziell die in Hamburg.

Dort entstand der Bedarf, formellere Strukturen zu entwickeln, weil in dem Initiativkreis engagierte Vertreter saßen von Krankenkassen, aus Initiativen, auch einzelne Leute aus der Behörde, die aber keine Entscheidungsgewalt hatten. Um Dinge bewegen zu können, brauchte man Entscheidungsgewalt und Ressourcen. Die Konstruktion einer formelleren Struktur, der Gesundheitsförderungskonferenz, hat zwar einige Zeit gedauert, und es drohte darüber die Herkunft aus dem Gesunde-Städte-Projekt verlorenzugehen, aber jetzt haben wir diese Struktur, und ich glaube, daß gerade diese Struktur, von der ich auf dieser Tagung erfahren habe, daß die in Hamburg beispielhaft für viele andere Städte ist, eine ungeheure Ausstrahlung gehabt hat.

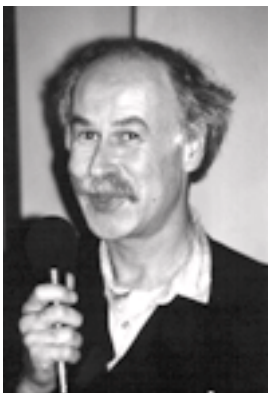
Diese Strukturen haben sich auch andernorts gebildet, meistens um einzelne Leute herum, die im öffentlichen Gesundheitsdienst gearbeitet haben. Ich glaube, daß dieses Projekt einen immensen Innovationsschub in einzelnen Gesundheitsämtern gehabt hat. Gesundheitsämter hatten zu dem Zeitpunkt, als das Gesunde-Städte-Projekt begann, in der Regel nicht einmal Gesundheitserziehung in ihrem Programm. Gesundheitserziehung war schon etwas Revolutionäres für die Gesundheitsämter. Wenn man sich jetzt anschaut, welche Maßstäbe durch die Pionierstädte oder Pilotstädte des Gesunde-Städte-Projektes gesetzt sind, dann kann eigentlich kein Gesundheitsamt, das etwas auf sich hält, um diese Maßstäbe herumkommen. Das bedeutet nicht, daß sie in besonders vielen Gesundheitsämtern schon umgesetzt wären, aber die Zielvorstellungen haben sich stark ausgeweitet.

Darin sehe ich eine ganz wichtige Funktion des Gesunde-Städte-Projektes; eine andere wurde von Ilona in abstrakter Form schon angesprochen: Es gab Anfang der 80er Jahre die Gesundheitsbewegung mit den Gesundheitstagen, sicher nicht zufällig mit Akzent auf Gesundheit benannt. Nach dem ganz großen Anfangsbegeisterungsfeuer gab es schon erste Erschöpfungserscheinungen. Das Konzept der Gesundheitsförderung und das konkrete Gesunde-Städte-Projekt haben eine vereinende Funktion gehabt, sie haben einen Rahmen geboten, sie haben Rechtfertigung geboten, bestimmte Dinge zu machen, sie haben Leute zusammengeführt. Viele Leute, die in der Gesundheitsbewegung waren, sind zu diesem Zeitpunkt in die Stadtverwaltung, in die Krankenkassen und in andere formelle Institutionen gegangen. Jetzt konnten sie mit der Rechtfertigung und der Berufung auf dieses Rahmenkonzept Aktivitäten in den Institutionen und mit den Institutionen weiterführen. Insofern hat dieses Projekt eine enorme Bedeutung gehabt.

Hans Saan:

Du schilderst den Entwicklungsgang, den kritische Ideen haben. Kritische Ideen sind schön, aber wenn daraus Strukturen entstehen sollen, kom-

Wenn man Mainstream wird, hat das auch Gefahren.



men Kompromisse dazu. Interessant finde ich – ich habe das auch in den Niederlanden miterlebt –, daß Strukturiertes im politischen System akzeptiert wird. Die Bürgermeister fanden das toll, eine gesunde Stadt zu haben, Ilona hat Hunderten von Bürgermeistern die Hand geschüttelt, und über diesen Weg der Politik ist es wieder zurückgegangen in das öffentliche Gesundheitssystem, denn die sollten sich neue Fragen stellen. Das war ein häufiger Weg: Idee – Struktur – und dann zurück an das Gesundheitssystem.

Teilnehmer:

Ich teile die Einschätzung, daß sich in den letzten zehn Jahren sehr viel auf der ideologischen Ebene in Richtung Prävention entwickelt hat, aber mich würde interessieren: Wie hat sich das auf der materiellen Ebene ausgewirkt? Vermutlich haben Sie auch einige Daten zur Hand, wie sich das Verhältnis von Präventionsausgaben und Krankheitsausgaben entwickelt hat, vielleicht auch ein bißchen im weltweiten Vergleich.

Ilona Kickbusch: Das hat sich nur sehr mühsam entwickelt, da spiegelt sich der Innovationsprozeß und seine zeitliche Verzögerung wider. International betrachtet haben sich in einzelnen Ländern Umschichtungen ergeben, aber eher auf dezentraler Ebene. In Kanada z.B. kann man auf der Ebene der Provinzen eine Zunahme der Ausgaben für Gesundheitsförderung sehen. Eine Provinz wie Ontario z.B. hat ein Gesetz, daß jedes Jahr eine Umschichtung von 0,5 % für Gesundheitsförderung erfolgen muß. Es gibt auch eine Entwicklung, Gesundheitspolitik generell anders zu fassen. Eine Reihe von Ländern in Europa haben ihre Gesundheitspolitik in eine Gesundheitsförderungs- oder in eine Präventionspolitik umgewandelt. Sie haben für diese Bereiche mehr Gelder zur Verfügung gestellt, aber meist als zeitlich befristetes Programm, z.B. in England für fünf Jahre „Health of the Nation“.

Kontinuierliche Umschichtungen sind seltener, aber es gibt sie, z.B. massiv in Australien, dort auch sehr dezentral in den einzelnen australischen Bundesstaaten, ganz extrem im Land Victoria. Daraus entstand die Diskussion, wie Gesundheitsförderung zu finanzieren ist.

Die interessanteste Finanzierungsform ist die Finanzierung über Steuern, über die Tabak- und Alkoholsteuern. Dieses Modell setzt sich in der Diskussion mehr und mehr durch, weil die Umschichtung – wie im Beispiel Kanada eine politische Entscheidung für diese 0,5 % – sehr schwer durchzusetzen ist. Das deutet auch an, wo die Diskussionen eigentlich stattfinden müßten. Bis vor kurzem habe ich im Regionalbüro für Europa gearbeitet. Wenn ich damals einen Länderbesuch gemacht habe, dann habe ich gesagt, ich möchte das Finanzministerium besuchen, weil ich dort Steuer- und Preispolitik diskutieren möchte. Das war nicht einfach. Die Kollegen sagten dann: „Wo willst du hin? Warum?“ Den Leuten im Finanzministerium zu sagen: „Nein, ich diskutiere jetzt nicht mit euch darüber, wieviel Geld ihr für Krankenhausbau o.ä. ausgeben sollt, sondern welche Preispolitik ihr für Tabak und Alkohol haben sollt, was ihr mit euren Steuern machen sollt und wie

ein Gesundheitsreformgesetz Finanzierungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung einschließen kann“, das war nicht einfach. In einzelnen Ländern, beispielsweise in Ungarn, ist inzwischen ein ähnliches System wie in Victoria entstanden, mit Geldern aus der Tabaksteuer Gesundheitsförderung zu finanzieren. Das ist die Art Arbeit, die die WHO sehr intensiv gemacht hat, nicht nur zu sagen: „Ihr müßt mehr Geld für Prävention ausgeben“, sondern auch zu sagen, wie man dies finanzieren könnte.

Auf der kommunalen Ebene haben wir in den Projekt-Städten, die wir evaluiert haben, eine Budget-Umschichtung gesehen. Erfolg mißt sich aber nicht immer an klaren Budgets, das ist ja das Problem der Gesundheitsförderung. Was bedeutet es, wenn z.B. in Wien zum ersten Mal der Gesundheitsstadtrat aufgefordert wird, am Stadtentwicklungsplan mitzuwirken? Das hat natürlich finanzielle Auswirkungen, wie in Wien gebaut wird. Es kann teuer werden, wenn es gesundheitsförderlich sein soll, es kann aber Kosten an anderer Stelle sparen.

Das Problem der Finanzierung und Berechnung der Gesundheitsförderung ist ein sehr komplexes, weil wir Investitionen in anderen Bereichen einfordern, z.B. bei dem Projekt „Gesunde Schule“ im Schulbereich, und dort eventuell im Schulbau, nicht im Geld für Lehrer, und sich die Frage stellt, wie ich einerseits die Investitionen und andererseits die Erfolge berechne. Die geradlinigen Programme der Gesundheitsförderung zum Beispiel zum Thema Tabak und Alkohol, die aus dem Gesundheitstopf bezahlt werden, die kann man noch relativ einfach mit einer Zahl versehen. Die Komplexität ergibt sich dann, wenn wir wollen, daß andere in Gesundheit investieren. Ich glaube, Herr Scala, der hier in der Arbeitsgruppe Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung referiert hat, kennt das Problem, zu berechnen, welche Investitionen nötig sind mit welchem Gewinn, wenn x Betriebe in einem Land anfangen, gesundheitsförderlicher zu arbeiten. Ein anderes Beispiel ist das Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ – wem rechne ich diese Investition an? Wenn jemand der Frage nachgehen würde, wieviel Geld in Deutschland für Gesundheitsförderung ausgegeben wird, das wäre eine wirkliche Herausforderung. Welches Geld wollen wir eigentlich zählen, was gehört dazu?

Zusammenfassend gesagt, ist daher wenig Bewegung im engen Gesundheitssystem selber, in den meisten Ländern aber doch eine deutliche Zunahme des Gesundheitsbewußtseins und der Gesundheitsinvestitionen in anderen Sektoren zu sehen. International war der Bericht der Weltbank 1993 zur Investition in Gesundheit ein Signal, in dem die Weltbank ganz klar als ökonomistische Organisation zum Ausdruck bringt: „Wenn man in Entwicklungsländern Gesundheit herstellen will, muß man einerseits in Basis-Gesundheitsdienste investieren, aber noch mehr z.B. in Erziehung und Ausbildung, insbesondere von Frauen“. Die Weltbank sagt heute, wenn man nur in einen Bereich Geld geben könnte, um Gesundheit herzustellen, müßte das Geld für die Grundschulausbildung von Frauen ausgegeben werden.

Erfolg mißt sich aber nicht immer an klaren Budgets, das ist ja das Problem der Gesundheitsförderung.

Hans Saan:

Merken wir uns diesen Unterschied der Begriffe Kosten und Investitionen. Sogar diese Worte spielen eine politische Rolle in der Gesundheitsförderung.

Teilnehmerin:

Frau Kickbusch, beobachten Sie nicht, daß in den letzten Jahren als Folge der ökonomischen Krise in vielen Ländern die Gesundheitsprävention wieder rückläufig ist? Man kann doch beobachten, daß auf internationaler Ebene, z.B. von der Weltbank, eine Weile lang Grundbildung, außerschulische Bildung, Alphabetisierung sehr gefördert wurde und diese nun eher wieder zurückgeht, und man sagt: „Alles, was wir brauchen, ist nur noch die formale Schulbildung“. Ich frage mich, ob im Gesundheitssektor auch ähnliches passiert und ob dann doch der Schwerpunkt eher auf kurative Versorgung gelegt wird.

Ilona Kickbusch:

Jein. Im europäischen Bereich passiert eine sehr interessante Sache, die auch mit der Diskussion um Gesundheitsförderung zusammenhängt. In den letzten zehn Jahren wird aus verschiedenen Gründen, aus Kostengründen, aber auch aufgrund dieser Entwicklungen, die ich beschrieben habe, das Gesundheitssystem sehr viel kritischer angeschaut. Bisher war Gesundheitspolitik eine Input-Politik, also: „Wieviel Krankenhausbetten brauche ich?“ Gesundheitspolitik wird jetzt mit allen positiven und negativen Auswirkungen eine Output-Politik. In der europäischen Diskussion kommt mehr und mehr der Begriff „health gain“ (Gewinn an Gesundheit) in den Vordergrund, d.h. nach dem Gesundheitsergebnis der Maßnahmen zu fragen. Die Diskussion um Gesundheitsförderung bedient sich sehr stark dieser „health gain“-Argumentation. Die Setting-Projekte sind davon ausgegangen, zu sagen, „macht diese Schule gesund“, „macht dieses Krankenhaus gesund“. Krankenschwestern gehören zu den kränksten Leuten, die man finden kann.

Es ist ganz deutlich eine Ökonomisierung der Diskussion festzustellen. Es geht um einen Balanceakt. Wo und wann kann man diese Ökonomisierungs-Debatte nutzen, während man sich andererseits auch zur Wehr setzt und sagt: „Ihr verlangt von den Gesundheitsförderern Evaluationen, die vom medizinischen System nie verlangt werden“. Im Rahmen einer Rationalisierungsdebatte werden Evaluationen jetzt mehr und mehr vom medizinischen System verlangt. Jetzt kommt der Zirkelschluß: Je mehr das im medizinischen System verlangt wird, umso mehr wird es erst recht von der Prävention, von der Gesundheitsförderung verlangt. Durch diese Ökonomisierung ergeben sich neue Probleme, weil natürlich viele Gesundheitsförderungsstrategien im weitesten Sinne ganzheitlich und unspezifisch sind und langfristig wirken. Das sind die Debatten, die wir im Kontext des Begriffes „Investition in Gesundheit“ haben.

Das übliche historische Beispiel ist immer „Headstart“ (Vorsprung), ein amerikanisches Programm in den 60er Jahren, in dem massiv in Unterschichtskinder investiert wurde, ohne in den ersten zehn Jahren Erfolge zu sehen. Die Kinder waren

nicht sehr viel anders als andere Unterschichtskinder. Dreißig Jahre später hat man gesehen, daß diese damaligen Kinder eine deutlich bessere Lebensentwicklung hatten als diejenigen, die nicht im Headstart-Programm waren. Das ist das Evaluationsproblem, das sich uns stellt.

Es gibt insgesamt in der Gesundheitspolitik ein größeres Bewußtsein sozialer Ungleichheiten, zumindest auf dem Papier. Es gibt auch tendenziell mehr Programme für soziale Minderheiten. Das gleicht natürlich nicht die gesamte ökonomische Situation aus, die sowohl weltweit wie in Europa ganz klar von einer extremen Kluft geprägt ist. Das Europa-Büro hat für seine Arbeit deshalb ganz klar die Priorität Osteuropa gesetzt. Nehmen wir Wien und Budapest als Beispiel. Ein Mann in Wien hat die Wahrscheinlichkeit, daß er im Schnitt zehn Jahre länger lebt als ein Mann in Budapest, in 200 km Entfernung. Das sind die massiven Unterschiede, auch im Vergleich zwischen Deutschland und Böhmen: zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung. Und das ist nur die Mortalität, das sagt nichts über das alltägliche Leben, die chronische Belastung, die Krankheit aus. Dieser Punkt wurde auch gestern von Herrn Milz angesprochen: Wir müssen einerseits eine sehr bewußte Gesundheitsförderung machen, in der anwaltschaftlichen Rolle immer wieder darauf hinweisen, daß natürlich Armut krank macht, das ist das klassische historische Thema des „public health“. „Death is a social disease“ (Tod ist eine soziale Krankheit). Die Möglichkeit, dies zu verändern, liegt natürlich nicht im Handlungsfeld der Gesundheitspolitik.

Man muß sich immer wieder die Frage stellen: „Wo liegt die gesellschaftspolitische Rolle der Gesundheitsförderung?“ Es ist wichtig, zwischen der professionellen Rolle im Arbeitsalltag und der Möglichkeit und Beharrlichkeit, sich einzumischen, zu unterscheiden. Es fehlt in den meisten Ländern eine politische Organisation, die sich gesundheitspolitisch einmischen kann, nicht nur in Deutschland. Es gibt alle möglichen Verbände, aber wer sich politisch einmischt, ist nach wie vor der Deutsche Ärztbund. Ein wirklicher Public-Health-Verband, ein Deutscher Verein für Sozialpolitik, wie es ihn ja mal gab, existiert nicht. Solange diese politische Einmischung der Gesundheitsförderungsprofession nicht gegeben ist, ist eine Dimension der Gesundheitsförderung nicht wirklich erfüllt. Das kann nicht jeder einzelne als Professioneller in jedem einzelnen Gesundheitsamt machen. Dafür muß es eine gemeinsame Stimme geben.

Es ist ganz deutlich eine Ökonomisierung der Diskussion festzustellen.

Zwischen Freiraum und Qualitätskontrolle

Die Volkshochschule in der Gesundheitsförderung

Hans Saan:

Die Volkshochschule, traditionell ein stark erzieherisch orientiertes Institut, konfrontiert sich jetzt mit den gesamtpolitischen Aufgaben. In den letzten Tagen habe ich erlebt, daß die Beispiele öfters auf das Bild „Volkshochschule und Gesundheit, das ist Yoga, Entspannung usw.“ zurückgehen. Wir sind uns einig, das ist ein zu einfaches Bild. Welche Möglichkeiten, Ilona, hat die Volkshochschule in deinem Sinn? Warum bist du hier? Ist das so eine wichtige Tagung?

Ilona Kickbusch:

Das kommt auf die Perspektive an. Hier ist einer der größten Gesundheitsanbieter der Bundesrepublik. Anscheinend gehen jedes Jahr 1,5 Millionen Leute da hin und machen irgendwas mit Gesundheit. Das scheint mir aber weder bei der Volkshochschule selbst noch bei anderen im Bewußtsein zu sein.

Hans Saan:

Also hat Deutschland zwei Gesundheitssysteme?

Ilona Kickbusch:

Vielleicht, vielleicht sogar noch mehr. Kommunal kooperieren sie z.T., wir haben das ja auch von der Gesundheitsförderungskonferenz gehört. Die Frage ist, was bedeutet das, und wo wiederum liegen die Vor- und die Nachteile. Ein Gesundheitsanbieter zu sein und sehr separat und fern vom medizinischen System zu sein, von der Gesundheitspolitik und ihren Strukturierungen, birgt natürlich den Vorteil, daß es ein immenser Freiraum ist. Ein Freiraum für ganzheitliche Gesundheitsangebote, ein Freiraum für Innovationen, ein Freiraum für die Art von persönlicher Kompetenzentwicklung in der Gesundheit, die im medizinischen Kontext oder im Gesundheitssystemkontext kaum möglich ist, nicht zuletzt wegen der Abrechnungsmodalitäten. Wenn es jetzt so ist oder so werden soll, daß Krankenkassen, wenn sie Gesundheitsförderung machen, nur ihre eigenen Mitglieder fördern dürfen und dann vielleicht noch nachweisen müssen, daß von diesem Kurs „Abnehmen“ wirklich 80 % der Frauen 3 kg abgenommen haben, dann wird das immer enger. So gesehen ist es vielleicht ganz schön, so einen Freiraum zu haben und in ihm zu bleiben, anstatt durch die Hintertür zu kommen. Denn eine große Anzahl dieser Angebote wird sowieso vom Gesundheitssystem mitfinanziert. Ich weiß nicht, ob Sie dazu Zahlen haben, wieviel Geld durch diese Kurse, deren Gebühren erstattet werden, von den Kassen an die Volkshochschulen geht? Man kann sich durchaus vorstellen, und vielleicht ist das auch schon geschehen, daß die Kassen eines Tages ankommen und sagen: „Ja, liebe Volkshochschule, wir finanzieren 50 % eures Gesundheitsangebotes. Punkt 1: Wir wollen mehr mitreden. Punkt 2: Wir wollen Qualitätskontrolle. Punkt 3: Wir glauben sowieso, es ist alles viel zu teuer. Warum machen wir es eigentlich nicht selber?“ Ich glaube, da sind eine ganze Reihe von

Spannungen, und die beziehen sich natürlich auch auf das Publikum, das teilnimmt.

Gesundheit wird zunehmend privatisiert und vermarktet mit einer Masse von Anbietern. Die Volkshochschulen sind zwar einer der größten Anbieter, aber ich weiß z.B. nicht, gehen auch 1,5 Millionen Deutsche in Aerobic-Institute, und was zahlen sie da, und gehen die Männer dieser Frauen, die in VHS-Kursen sind, auf den Fußballplatz? Dieses Geld von den Kassen, das wollen sehr viele. Am Wochenende war eine Tagung des Deutschen Sportbundes, und die sagen jetzt plötzlich auch, weil Gesundheit das Thema ist und Gesundheitsanbieter jetzt Geld kriegen: „Diese Kurse, die wir da machen, wo sich unsere Kinder beim Fußball treffen, die sind doch gesundheitsrelevant. Wollt ihr nun den Sportbund mal finanziell fördern?“ Wie definiert sich die Volkshochschule in diesem Kontext des Marktes und der knappen Ressourcen?

Hans Saan:

Peter, Freiraum ist das auf der einen Seite, und auf der anderen Seite, wenn das Geld dazukommt, dann kommen Mitverantwortlichkeiten. Erfährst du die VHS-Lage als einen Freiraum? Wie reagierst du, wenn Ilona das so sagt?

Peter Wenzel:

Wir waren lange ein Freiraum. Wir erfahren immer mehr Anfragen und Anforderungen aus anderen Bereichen, vor allem aus dem Gesundheitswesen. Wir erleben im Bundesgebiet ganz unterschiedliche Verhältnisse zu den Krankenkassen. Einerseits keine Zusammenarbeit, andererseits gibt es Volkshochschulen, die sehr eng mit Krankenkassen zusammenarbeiten, und daraus ergeben sich Ansprüche, die verhindern, daß wir ein Freiraum bleiben.

Ich habe Probleme mit der Zufriedenheit, bezogen auf diese Zahl von 1,5 Millionen Menschen, die zur Gesundheitsbildung in die Volkshochschule gehen. In der Diskussion gestern wurden diese 1,5 Millionen sehr schnell den Kursen Autogenes Training, Rückenschule, Yoga zugeordnet. Andere Träger, wie die Krankenkassen, bieten auch Autogenes Training, Rückenschule, Yoga, mit denselben Kursleitungen und teilweise unseren Konzepten. Da wird der Raum für das Angebot der Volkshochschule enger. Es gibt Regionen, in denen diese Themen nicht mehr zum Kursangebot an Volkshochschulen gehören, weil es zu viele Anbieter des gleichen Themas gibt. Manchmal führt ein Angebot des gleichen Themas bei bis zu zehn verschiedenen Krankenkassen, drei Erwachsenenbildungseinrichtungen und zwei freien Trägern dazu, daß keines der Angebote verwirklicht werden kann, weil jede Einrichtung nur einige wenige Anmeldungen hat. Hier müssen die Volkshochschulen sich überlegen, wie sie sich neu einbinden, wie sie neue Verbindlichkeiten schaffen, wie sie über Kooperation einen Schritt weiterkommen.

Deshalb kann es nicht so sein, daß wir uns auf diesen traditionellen Angeboten ausruhen. Wir müssen wieder einen Schritt weitergehen, um neue Freiräume aufzutun, den Menschen wieder neue Möglichkeiten zu geben. Deshalb habe ich gestern

Wie definiert sich die Volkshochschule in diesem Kontext des Marktes und der knappen Ressourcen?

Gesundheitsbildung muß eine Querschnittsaufgabe werden, die auch andere Fachbereiche mit einbezieht.

darauf hingewiesen, daß die Konzeptentwicklung, die Entwicklung neuerer Ideen usw. die VHS-Bewegung weiterbringt. Das bedeutet für die Volkshochschule, daß sie den engen Bereich der traditionellen Gesundheitsbildung verläßt und zu anderen Bereichen, die ja in Volkshochschulen auch eine wichtige Rolle spielen, Verbindungen zieht. Wir haben hier auf dem Kongreß Volkshochschule und Gesundheitsbildung fast identisch gesetzt, aber die Fremdsprachen bilden den größten Bereich in den Volkshochschulen, die Kulturelle Bildung spielt eine sehr große Rolle, die Politische Bildung auch. Gesundheitsbildung muß eine Querschnittsaufgabe werden, die auch andere Fachbereiche mit einbezieht.

Hans Saan:

Du hörst es, Ilona, die Rolle der Volkshochschule war eine innovative, aber das Angebot entwickelt sich, und jetzt übernehmen Krankenkassen und andere die Verantwortlichkeit. Dann können Volkshochschulen wieder neue Freiräume entdecken und die Beschäftigung mit Gesundheit sein lassen?

Peter Wenzel:

Das Wort Freiraum hat etwas von Narrenfreiheit. Es ist nicht damit getan, daß wir zu unseren so und so vielen Yoga-Kursen noch mehrere hinzufügen, so lange wir sie auf dem Gesundheitsmarkt nur durchsetzen.

Es gab in Hamburg vor wenigen Jahren eine Elterninitiative zur Sanierung von asbestbelasteten Kindergärten, die war im Endergebnis sehr erfolgreich, weil es ihr auch gelang, die Gesundheitsbehörden zum gemeinsamen Vorgehen zu bewegen. Das hat etwas mit den Personen zu tun, die dort arbeiten, aber das hat auch etwas mit der Beharrlichkeit dieser Elterninitiativen zu tun. Die Volkshochschule spielte damals dabei keine Rolle. Das konnte sie nicht, weil sie institutionell noch keine Beweglichkeit hatte. Heute wäre dies anders, hier haben wir in den letzten Jahren dazugelernt.

Eine Aufgabe von Volkshochschulen sehe ich darin, sich als eine Einrichtung in öffentlicher Verantwortung anzubieten, die die Vermittlung darstellt. Das beginnt mit so banalen Dingen wie: Räume zur Verfügung zu stellen, Honorare zu übernehmen für Fachleute usw. Das ist leichter gesagt als getan. Nach meiner Kenntnis haben alle MitarbeiterInnen an Volkshochschulen sehr viel zu tun, wenn sie nur ihre bisherige Arbeit fortsetzen. Um neue Aufgaben zu bewältigen, müssen neue Strukturen geschaffen werden nicht nur über zusätzliches Personal, sondern auch über Umdenken. Es verlangt auch ein Umdenken bei den Leuten, die die Volkshochschule steuern und kontrollieren. Wir sind nun mal Teil der öffentlichen Verwaltungen, in Hamburg sind wir ein Landesbetrieb, meistens sind Volkshochschulen kommunale Einrichtungen. Es setzt also auch ein Dazulernen auf Seiten der Kommunen voraus, weil Volkshochschulen diese Freiheit brauchen, um Vermittlerrollen zu übernehmen, und nicht gegängelt werden dürfen.

Hans Saan:

Dazu kommt, wenn ich dich richtig verstehe: Wir sind auch so eine Art Vernetzungsinstitut. Volks-



hochschulen kommen somit in die gleiche Lage wie andere Schulen. Damals waren die Kursleiter und Lehrer in ihrem eigenen Haus tätig, in einem kontrollierten Raum. Wenn du sagst, die sollen rausgehen in die Öffentlichkeit, brauchen sie doch sehr viele unterschiedliche und ganz andere Fähigkeiten, um zu verhandeln mit Krankenkassen, um die Möglichkeit zu haben, wirklich Vernetzung herzustellen. Haben Volkshochschulen diese Fähigkeiten, Beate?

Beate Blättner:

Ganz deutlich: Ja, sie haben diese Fähigkeiten. Ein Punkt wird ja immer übersehen: Wir sind eine Bildungsinstitution, wir tun sehr viel für die Fortbildung unserer MitarbeiterInnen. Das ist ein Punkt, in dem wir uns von Krankenkassen unterscheiden. Diese Fortbildungen für MitarbeiterInnen an Volkshochschulen können noch stärker gerade diese neuen Fähigkeiten vermitteln.

Aus meiner Sicht ist die Diskussion aber noch nicht beendet, ob wir unser traditionelles Angebot aufgeben sollen, weil Krankenkassen inzwischen oft das Gleiche anbieten. Man müßte zunächst öffentlich diskutieren, ob das nicht eine enorme Ressourcenverschwendung der Krankenkassen ist, daß sie meinen, dieses traditionelle Angebot unbedingt allein auf die Bühne stellen zu müssen und eine eigene Bildungsinstitution neben der unseren werden zu wollen. Bildung ist schließlich nicht ihre Aufgabe. Ich halte das letzte Wort dazu für noch nicht gesprochen.

Ich sehe realistisch gute Perspektiven in der Kooperation mit Krankenkassen. Ich scheue mich nicht vor einer Qualitätsdiskussion, die damit verbunden sein könnte, und ich scheue mich auch nicht vor einer Evaluation unserer Angebote. Wir haben eigene Kriterien für Qualität und werden diese künftig stärker entwickeln. Diese Kriterien für Qualität haben nichts damit zu tun, ob die Frauen 3 kg abgenommen haben nach einem Kurs, sondern es sind andere Kriterien, die sich stärker an der gesundheitswissenschaftlichen

Basis orientieren. Da sehe ich eine der Zukunftsperspektiven.

Johanna Strebel-Huber:

Gesundheitsbildung an der Volkshochschule ist nicht nur im Zusammenhang mit Krankenkassen zu sehen. Gesundheit meint Körper und Geist. Ich sehe vor allem auch eine Rolle im Bereich Körper und Seele. Viele Menschen fühlen sich heute nicht wohl, weil sie keinen Lebenssinn finden, keine Lebensaufgabe. Z.B. entstehen viele Drogenprobleme aus diesem Zusammenhang heraus. Wir könnten da sehr viel bieten als Volkshochschule, indem wir uns diesem Bereich mehr widmen. Ich weiß, Bildung ist an und für sich schon ein wenig Gesundheitsförderung, ich möchte aber herausstellen, daß es mir vor allem auch um den Bereich Lebenssinn, Lebensaufgabe geht.

Hans Saan:

Ilona, wie stellt sich die Gesundheitsförderung zu diesen Sinn-Fragen? Sinnvolles Leben, sinnvolles Sterben – das sind doch Themen, die so nicht in den Veröffentlichungen im „health promotion journal“ stehen?

Ilona Kickbusch:

Die Sinnfrage ist immer Teil der Gesundheitsfrage. Jede Gesundheitsdefinition beinhaltet auf irgendeine Weise eine Sinnfrage. Wenn ich Wohlbefinden diskutiere, diskutiere ich über Sinn.

Die verlässlichen Ansätze der Gesundheitsforschung sind diejenigen, bei denen man die Betroffenen fragt: „Wie fühlst du dich?“ Leute wissen einiges über sich selber. Darum ist es wichtig, den Freiraum, im positiven Sinn krankheitsunspezifische Gesundheitsförderung machen zu können, zu verteidigen. Im Krankheitsspektrum entspricht das den Befindlichkeitsstörungen. Wenn man die Ergebnisse der „social support“-Forschung (soziale Unterstützung) und der Bewältigungsforschung ernstnimmt, bedeutet das: Es braucht Räume, in denen man sich gemeinsam diese Aufgabe der Bewältigung vornehmen kann.

Wo man vorsichtig sein muß, aber da sind die Grenzen fließend, wie wir von Heiner Keupp gehört haben: Jeder, der von Gesundheit redet, hat auch irgendein Weltbild in seinem Kopf, und irgendwann in der Diskussion – ob wir souveräne Menschen sind oder der feministischen Zukunft angehören – kommt das direkt oder indirekt raus. Ich glaube, eine Gesundheitsförderungsdiskussion darf kein Ersatz für Philosophie sein, ähnlich wie Gesundheitspolitik kein Ersatz der Gesellschaftspolitik sein kann. Wenn man über Gesundheit spricht, spricht man immer über weitere gesellschaftspolitische Dimensionen und über Sinn dimensionen. Antonovsky hat das ja deutlich gezeigt, daß man umso eher auch physisch gesund ist, je mehr Sinnhaftigkeit man selber seinem Leben geben kann, egal wie man sich diesen Sinn zusammensucht. Das ist im Sinne der Gesundheitswissenschaft in der Praxis eine der ganz großen Herausforderungen.

Antiraucher- und Yogaprogramme sind simplistisch gegenüber einer solchen Herausforderung, gerade dann, wenn sie noch Einmischung beinhalten.

Es ist eine Herausforderung, dann wirklich zu sagen: „Laßt uns mit den sozial Benachteiligten, die Drogenprobleme haben o.ä., als Volkshochschule arbeiten“. Das eröffnet ganz neue Konfliktfelder sowohl der sozialen und politischen Konflikte wie auch der Qualitätskonflikte. Wer kann die Volkshochschule in einer Form von Sinngebung unhinterfragt und ungeprüft sozusagen als Bühne nutzen? Da wird die ganze Dimension der Pluralität und der Demokratie ganz zentral.

Der Blick nach vorn Perspektiven der Gesundheitsförderung

Hans Saan:

Ilona, welche Entwicklungen der Gesundheitsförderung können wir in den nächsten drei Jahren erwarten?

Ilona Kickbusch:

Ich benenne die Hauptfragen, von denen ich meine, daß sie gestellt werden müssen. Das sind Fragen, die sich sowohl auf die Rahmenbedingungen beziehen wie auf die Inhalte. Über die Rahmenbedingungen haben wir teilweise schon gesprochen: Wird eine rechtliche Basis für Gesundheitsförderung gelegt? Die rechtliche Basis der Argumentationsgrundlage, damit meine ich Stichworte wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen u.ä. Da gibt es eine ganz große Herausforderung an Methodologie, weil sich daraus die Programme und Projekte teilweise argumentativ entwickeln müssen.

Die Interaktion zwischen Gesundheit und Umwelt wird besonders bedeutsam. Hier wird sich die Verbindung von Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung weiter verstärken, Gesundheitsförderung wird weniger individuenbezogen betrieben, sondern organisationsbezogen am Arbeitsplatz, in der Schule u.ä. Auch kommunale Gesundheitsförderung wird sich auf verschiedene Weise weiterhin verstärken.

Dritter Bereich: Die Diskussion um public health im europäischen, auch im deutschen Raum eröffnet neue Möglichkeiten der Professionalisierung, der wissenschaftlichen Basis des Feldes. Es gibt eine Reihe von Kontextfragen, die dann auch inhaltlich relevant werden. Das bedeutet, daß sich ein Teil der Inhalte von Gesundheitsförderung von den klassischen Themen, die indirekt noch von der Medizin und den Risikofaktoren gesetzt sind, weg bewegen muß. Du hast den Themenkomplex Alter, Tod, Sterben u.ä. erwähnt. Auch „anders leben“, sagte jemand, hängt mit der Schattenseite zusammen: Wie binde ich mein Leben ein auch in einen Tod. Das kommt ja auf uns alle zu, nicht nur als der persönliche Tod. Hier haben wir aus dem AIDS-Bereich sehr viel gelernt. Ein anderer Bereich ist der Medienbereich, z.T. die extreme Zerstörung der Privatheit, der Intimsphäre, der öffentlichen Entwicklung durch all das, was medial abläuft, damit hängt auch z.T. eine Gewaltdiskussion zusammen.



Die Interaktion zwischen Gesundheit und Umwelt wird besonders bedeutsam.

Für diese ganzheitlichen Überlegungen sind Institutionen wie die Volkshochschulen, die etwas breiter angehen können, von extremer Bedeutung. Das ist das, was Anfang der 80er Jahre als Lebensweisendiskussion angefangen hat. Da findet sich das wieder: Wie gestalten wir in ganz extremen Entwicklungen unser Leben? Auf weitere Fragen, Strukturfragen, Finanzierungsfragen u.ä. will ich jetzt nicht eingehen.

Hans Saan:

Die große Frage ist: Wer gestaltet mit, wie wir leben wollen? Angela, du hast diesen Kongreß gemeinsam mit dem Team vorbereitet, welche Perspektive, glaubst du, hat Gesundheitsförderung für die Volkshochschulen?

Angela Venth:

Die Volkshochschulen haben mit ihrer Gesundheitsbildung in der Vergangenheit einen sehr innovativen Weg beschritten, den sie selber noch zu wenig Kooperationspartnern gegenüber vertreten gelernt haben. Die Kooperationspartner nehmen Neuerungen durchaus wahr, aber Volkshochschulen dürfen ruhig noch selbstbewußter mit dem umgehen, was bisher an Innovationen entstanden ist. Für diese Entwicklung waren die vorhandenen Freiräume nützlich, und dafür ist aller Erfahrung nach auch diese Bildungseinrichtung besonders geeignet, warum soll man in Zukunft also innovative Wege nicht weitergehen.

Die Funktion der Volkshochschulen in der Kommune ist eine seismographische, sie steht in Beziehung zu den Lebenswelten der Menschen. Für die Zukunft kann ich mir ein sinnvolles Vorgehen so vorstellen, sich einerseits den Diskussionen in der Gesundheitsförderung um Qualität und Effizienz zu stellen mit dem, was man selber an Maßstäben errungen hat (nicht zuletzt pädagogische statt lediglich medizin-wissenschaftliche), andererseits sich noch stärker auf die Lebenswelt von Menschen zu beziehen. Damit werden die Subjekte nicht aus dem Blick verloren, im Gegenteil. Wenn es stärker in Organisationen, in die Arbeitswelt hineingeht, auf Umweltprobleme zugeht, dann heißt das nicht, daß bewährte Ansätze verlassen werden müssen. Charakteristisch ist, daß es auf diesem Kongreß eine Arbeitsgruppe „Gesunde Volkshochschule“ gibt, in der der Selbstbezug ein starkes Element darstellt.

Was ich für sehr zentral halte, ist, nicht zu streiten mit anderen Angebotsbereichen in den Einrichtungen, sondern dieses eigene Innovationspotential statt dessen stärker auszuschöpfen. Wenn es z.B. um die konzeptionelle Verbindung von Gesundheit und Umwelt geht, ringen Volkshochschulen vielleicht zu sehr darum und sehen zu wenig, wo es Beziehungslinien alltäglich längst schon gibt. Es gibt sie m.E., weil wir mit bedrohlichen Situationen zu tun haben, was die weitere Umweltentwicklung angeht. Wir werden unsere Lebensstile verändern müssen, die Szenarien dafür existieren schon. Es geht dabei auch um Fragen unseres überzogenen Konsumverhaltens. Sollen wir auf die guten Ansätze der Gesundheitsbildung verzichten? Sollen wir also auf sinnvolles Leben verzichten? Volkshochschulen haben schon angefangen, nicht nur asketische Formen des Konsums zu

thematisieren, sondern darüber nachzudenken, ob es nicht bewußtere und gesündere Lebensformen gibt, die von vornherein die Umwelt auch weniger belasten. Darin sehe ich eine Zukunftsaufgabe.

Hans Saan:

Wenn wir in drei Jahren eine weitere Veranstaltung haben, dann werden wir von neuen Themen hören, von neuen Rollen, von Kooperation. In Kooperation braucht man doch auch eine eigene Identität. Da gibt es noch eine Rollenfrage für die Volkshochschule im ganzen Bereich der Gesundheitsförderung. Ich selbst lebe sehr nach diesem Umweltverständnis, das auch auf das eigene Leben zu beziehen. Wie unterstütze ich mich selbst?

Teilnehmerin:

Z.Zt. gibt es nicht nur aus dem sogenannten Gesundheitssektor Aktivitäten aus dem Bereich Gesundheit und Bildung, sondern auch aus dem sogenannten Bildungssektor. Der Bundesbildungsminister hat im Rahmen eines Projektes Träger von Weiterbildung in Deutschland zum Thema Gesundheitsförderung eingeladen. Das ist ein Projekt, das an die Bundesvereinigung für Gesundheit als Partner vergeben worden ist. Dort werden Perspektiven diskutiert und gemeinsam entwickelt, von Zielfindung bis hin zur Evaluation. Bis Mitte 1995 werden gemeinsame Empfehlungen ausgesprochen, was im Bereich Gesundheit und Bildung in Deutschland getan werden soll.

Teilnehmerin:

Ilona Kickbusch sprach von einem Schwerpunkt Qualitätssicherung in der Medizin, und das ist in der Tat ein wichtiges Thema. Die Volkshochschule hätte da in Kooperation mit Partnern Möglichkeiten, etwas von Bürgerseite aus zu entwickeln. Sie arbeiten mit den Selbsthilfegruppen etc. zusammen. Man könnte doch gemeinsam mit BürgerInnen feststellen, was liegt alles im Argen, welche Bedürfnisse sind da, und dann daraus Standards entwickeln. In der Sozialmedizin wird das langsam entwickelt, z.B. Lebenserwartung und Lebensqualität nach Operationen; sowas muß unbedingt mit der Laienperspektive konfrontiert werden.

Hans Saan:

Ich bin stolz darauf, daß wir in den Niederlanden diese Laienperspektive so ernstgenommen haben, daß die Vereine gesetzlich jetzt dabei sind, die Standards für Ärzte zu entwickeln. So sollte es sein.

Rudi Camerer:

Es ist ein paarmal betont worden, daß die anwalt-schaftliche Rolle ganz wichtig ist bei der Gesundheitsförderung, und ich sehe die in einem Widerspruch zu der Anbieterfunktion der Volkshochschule. Der große Schwerpunkt ist die Anbieterrolle, diese Anwaltsrolle könnte noch weiter gestärkt werden. D.h., man würde sich an der Volkshochschule als Katalysator verstehen für selbstorganisiertes Lernen, wie es z.B. in Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen stattfindet, und da muß man dann aber auch grundlegende Arbeitsprinzipien überdenken. Ich kann mir schwer vorstellen, daß man an diese Rolle so herangehen kann, wie in dem Anbietungsbereich, daß man sagt: „Ihr müßt zunächst eine Teilnahmegebühr bezahlen,

Die Funktion der Volkshochschulen in der Kommune ist eine seismographische, sie steht in Beziehung zu den Lebenswelten der Menschen.

und dann stellen wir euch was zur Verfügung“. Da muß neuer Freiraum erst geschaffen werden.

Anette Borkel:

Es ist viel heute gesagt worden, mit wem die Volkshochschule bereits alles kooperiert oder es zumindest tun sollte. Ich würde mir wünschen, daß auch innerhalb der Volkshochschulen viel mehr kooperiert wird, d.h., daß wir runterkommen von dem Spartendenken, Fachbereich Gesundheit, Fachbereich Politik, Fachbereich Kultur, Fachbereich Fremdsprachen, und uns stärker an dem orientieren, was seit Jahren im Gespräch ist, an den Lebensweltkonzepten. Ich freue mich, daß viele KollegInnen von der Hamburger Volkshochschule hier sind, die nicht vom Fachbereich Gesundheit, sondern aus anderen Fachbereichen kommen.

Hans Saan:

Wenn wir uns nicht vernetzen, können wir die anderen nur verletzen.

Ilona Kickbusch:

Zwei Sachen sind nicht konkret diskutiert worden. Zum einen die Tatsache der Europäisierung der Gesundheitsförderung und des public health und die Auswirkungen auch auf die Rolle von Erwachsenenbildungsträgern. Viele der Probleme, mit denen wir uns konfrontiert sehen, sind wirklich grenzübergreifend, z.B. die Frage der Werbestrategien, die Gesetzgebung aus Brüssel, Konsumentenschutzbereiche o.ä. Hier gibt es Möglichkeiten der Koalitionen mit anderen Partnern in anderen Ländern, um hier Bewegung reinzubringen, nicht nur immer auf die nationale Politik zu schauen, sondern auch auf Möglichkeiten der europäischen Politik, Europaparlament u.ä.

Der zweite Punkt ist, sich immer das vorzunehmen, was Ulrich Beck in seinem neuen Buch zur neuen Politik sagt: „Wir suchen Politik am falschen Ort und auf den falschen Seiten der Tageszeitungen“. Das gleiche gilt natürlich auch für Gesundheit. Wir müssen den Politikbegriff erstmal genauer überdenken und uns nicht einfach darauf zurückziehen, daß eine Bewegung mal gesagt hat, daß das Private politisch ist und daß daher alles Persönliche politisch wird. Was heißt „Politik machen“ am Ende des Jahrhunderts? Die ökonomischen Fragen sind von einer ganz neuen Dimension. Da liegt auch eine Gefahr, daß Bereiche wie Gesundheit, die breit gefaßt sind, falsch genutzt werden können.

Wenn man in der Gesundheitsförderung tätig ist, sollte man ein offenes Ohr haben, daß man innerhalb dieser Diskussion nicht zu leicht abdriftet. Man kann auch über Gesundheit eine Art Herrschaftsanspruch stellen, der Einmischung in alles, und darüber vergessen, seinen eigenen Bereich genau und präzise zu definieren. Das ist die größte Herausforderung der Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren. Sich klar abzugrenzen und zu verdeutlichen, was sie ist. Da gilt es, noch einiges mehr zu machen als die Bibel der Ottawa-Charta zu zitieren. Wir sind selber dabei, das zu tun, und das ist mein Schlußwort, weil man seine eigenen Paradigmen alle sechs Jahre überdenken sollte. Wir tun das jetzt, um anläßlich der zehn Jahre der Ottawa-Charta wirklich sehr kritisch sagen zu

können: Das ist erreicht worden und das nicht. Vielen Dank für die Diskussion.

Europäische Rückblicke – Tagungsbilanz

So wie es den Veranstaltern zu Tagungsbeginn wichtig war, deutlich zu machen, was es bedeutet, einen internationalen Kongreß durchzuführen, so sollten auch zum Schluß TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Ländern die Möglichkeit haben, Bilanz zu ziehen.

Rita Heyme:

Für mich ergab sich die Gelegenheit, zu sehen, wo ich mit meiner persönlichen Arbeit in der Volkshochschule in Weimar stehe. Die Teilnahme von internationalen Gästen war sehr interessant, ich hatte bis jetzt nicht die Möglichkeit, Bedingungen aus dem Ausland zu erfahren. Gefallen hat mir das Material zur Tagung, auch die Themenauswahl. Manchmal war die Zeit aber ein bißchen knapp. Wenn die Diskussion in Gang kam, war sie fast auch schon wieder beendet. Die Gesundheitsförderungsdiskussion war mir doch zu sehr auf Frau-



en zugeschnitten. Mir fehlte die Diskussion der Ursachen, warum Männer so wenig teilnehmen. Gibt es da Untersuchungen?

Barbara Janus:

In Polen spielen die Ärzte in der Gesundheitsförderung immer die erste Rolle. Meiner Meinung nach muß das anders werden. Da ist für uns noch viel zu tun.

Ileana Boeru:

In der Arbeitsgruppe habe ich eine neue Perspektive von Kooperation kennengelernt. In meinem Land spricht man über Kooperation sehr romantisch. Man versteht darunter, mit sehr vielen Organisationen, mit sehr vielen freien Trägern am Tisch zu stehen und Programme machen zu lassen und sehr romantisch dann die Phasen der Arbeit zu begrenzen. In der Arbeitsgruppe habe ich erfahren, daß es in der Kooperation um Wettbewerb, um Konkurrenz der Krankenkassen geht, und das macht mir Angst. Ich wußte gar nicht, wie diese Krankenkassen aussehen, weil wir in Rumänien



noch kein Krankenversicherungssystem haben. Gleichzeitig habe ich erfahren, daß Kooperation auch Mitarbeit heißt, und ich wurde dann nicht so skeptisch. Ich habe erfahren, daß hier in Deutschland der Enthusiasmus nicht ganz eingeschlafen ist.

Johanna Strebel-Huber:

Mich hat es sehr gefreut, daß dieser Kongreß in dieser Zusammensetzung zustande gekommen ist. Ich war sehr erfreut, daß auch die Schweizer Volkshochschulen angesprochen worden sind. Ich danke euch als Vizepräsidentin des Dachverbandes der Schweizerischen Volkshochschulen dafür.

Als Teilnehmerin ist mir aufgefallen, daß hier sehr viel zitiert wurde, aber kein Schweizer. Da möchte ich jetzt unseren Pestalozzi zu Hilfe nehmen, er sagte: „Jede Bildung muß drei Komponenten haben, Herz, Kopf und Hand“. Ich fange mit der Hand an, das war das Praktische, in der Arbeitsgruppe. Ich habe mir die Arbeitsgruppe „Zeit, ein Leben auf die Minute“ ausgewählt. Ein Afrikaner sagte mal: „Ihr Schweizer macht wunderschöne Uhren, und wir in Afrika, wir haben Zeit“. Die Arbeitsgruppe war ganz toll, ich habe viele Anregungen bekommen, und es wurde auch sehr politisch diskutiert. Ich habe sehr viele Zeitbegriffe mitbekommen, u.a. auch, daß ich ein Zeitguthaben habe und die Aus-Zeit, und was ich für mich mitnehme, ist, daß ich eine Eigenzeit habe.

Den Kopf haben wir hier erlebt, da wurde sehr viel gesprochen zu kontroversen Sachen, und ich hoffe für mich, daß es eine Langzeitwirkung haben wird. Eine Kollegin sagte mir gestern: „Ihr Schweizer spricht ja sehr viel langsamer“. Der zweite Satz traf mich dann mehr: „Ihr denkt auch langsamer“. Ich werde alles mitnehmen, werde langsam nachdenken und werde sehr viel davon profitieren.

Nun das Herz. Es war hier eine sehr gute Atmosphäre, ich konnte hier sehr viele Kontakte pflegen. Dieser Gedanke an Gemeinschaft, der hier gepflegt wurde, wird mich stärken in meiner Arbeit, vor allem im Bereich Gesundheitsförderung.

Sarolta Monspart:

Die Organisation, die Ausstellung, die Vorbereitung, die Durchführung war prima, ganz präzise, typisch deutsch. Von den Vorträgen am zweiten Vormittag habe ich wenig verstanden, das war für Ausländer nicht einfach. Aber ich nehme zehn Kilo Unterlagen mit. Die Deutschen werden viel mehr von der Konferenz mitnehmen können.

Hans Saan:

Was habe ich aus dieser Konferenz gelernt? Ich habe gelernt, daß wir mit allen unseren Tätigkeiten immer die Normalität fördern. Was kann ich mit dem Zentralbegriff Kooperation machen? Was ist wichtig in der Kooperation, wenn man eine Querspektive einnimmt? Daß man sieht, daß das Rationale nur eine kleine Rolle spielt. Ich glaube, das Emotionale ist das Wichtige.

Der letzte Akt: Ein Prinz im Tempel der Gesundheitsförderung

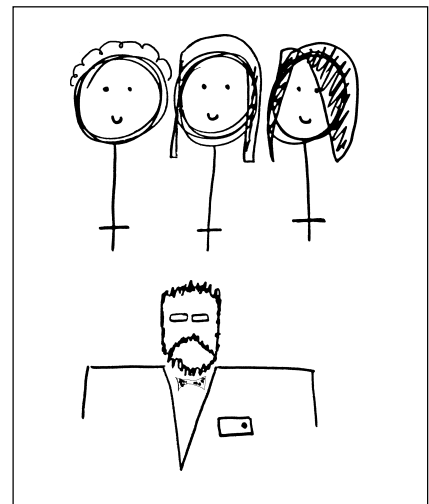
Ein Schlußgesang, dessen Sprach- und Bildwitz sich nur unvollkommen wiedergeben läßt ...

Hans Saan:

Ich befasse mich nun mit einer Oper, und das soll dann etwas mit diesen Tagen zu tun haben. Worüber haben wir geredet? Wir haben über drei Gesellschaftsebenen geredet. Die erste Ebene ist die Ebene der Autonomen, das sind die Leute, die leben und an Krankheiten leiden und die sich zusammentun. Die zweite Ebene ist die Ebene der Laien, Patientenlaien usw., die sagen, wir machen unsere eigenen Netzwerke, und damit stellen wir uns dem formalen System, der dritten Ebene. Nun gibt es eine Oper, die hat auch diese drei Ebenen: die Zaubrerflöte.

Der Inhalt ist folgender: Es gibt eine Ebene, auf der Papagena und Papageno zusammenzukommen versuchen, das ist die autonome Ebene. Die zweite Ebene sind Tamino und Pamina, Prinz und Prinzessin, die versuchen, etwas zusammen zu machen, und die dritte Ebene ist die Königin. Die Königin verschwindet aus dem System, das geschieht immer in formalen Systemen. Die Rolle ist weiter unklar, aber das macht nichts.

Erstes Bild: Der Prinz: „Zu Hilfe, zu Hilfe, sonst bin ich verloren“, der Prinz wird verfolgt von einem Monster, der Mortalität und Morbidität. Der Prinz fällt in eine Ohnmacht und weiß nicht, was zu tun ist. Dann kommen dazu drei Damen. Wer sind die? Das sind die Angela, die Beate, die Anette. Die haben für den Prinz eine Lösung, wird vielleicht ein



Kursangebot sein, dann kommt noch einer dazu, und der tötet die Schlange, und dann singt er sein Lied: „Der Tagungsabhängige bin ich ja, ich öffne hier und schließe da, und wenn die Leute schlafreife sind, dann lädt man mich zum Podium ein, weiß mit einer Gruppe umzugehen und mich aufs Thema zu verstehen“.

Jetzt kommt die schwere Arie, die Königin der Nacht. Was bringt sie? Das ist ein Bild einer Awat-to-Erklärung, da steht drin: „Jeder für sich. Eigenes Volk zuerst. Politik abbauen. Destrukturiere die



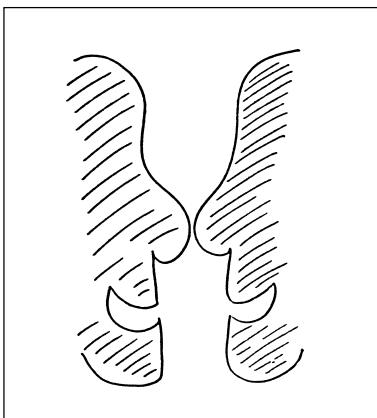


Situationen. Es ist wichtig, nur ein altes gutes medizinisches Gesundheitssystem zu haben. Die Instrumente sind Entfähigung, Blockierung und Interessen vertreten". Die Königin gibt dieses Bild an den Prinz und sagt: „Das ist die Lösung für alle deine Probleme“. Das könnte das Ende der Oper sein.

Der Mozart gibt dann dem Prinzen Hilfsmittel, um weiterzukommen. Welche? Der Prinz kann immer wählen, das ist das eine, hieraus kann der Prinz wählen, das ist das andere. Der Prinz guckt sich beides an und sagt dann: „Dies ist ein Katalog mit Problemen und Aufgaben, und dies ist ein Katalog mit Lösungen“. Der Prinz nimmt die Lösungen. Die Zauberflöte, die sieht man nicht. Das Zweite ist ein Glockenspiel und Flöte zusammen sind die Lösung seiner Probleme. Und dazu bekommt er noch „drei Jüngling, hold, schön, jung und weise“. Wer sind die? Das sind Heiko Waller, Alf Trojan, Helmut Milz.

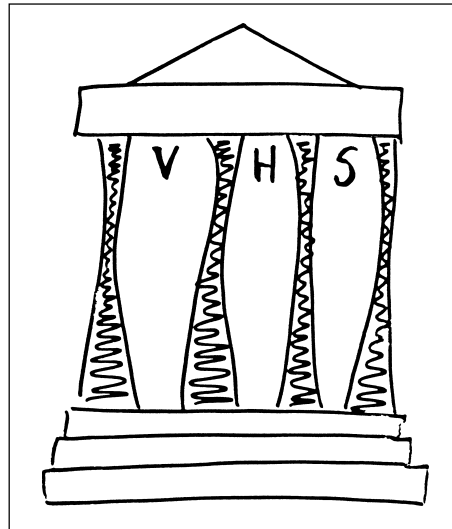
Dazu wird das ganze Bild noch komplizierter durch eine Prinzessin, die dann auch noch rumläuft. Papageno geht zum Palast, und was tut der Papageno da? Da trifft er die Mohren.

Die treffen sich im Sinnesmuseum und sagen: Was ist das? Das ist ein Teufel sicherlich. Und erschrecken sich gegenseitig, weil sie erkennen, daß sie die Schatten voneinander sind. Das ist Gesundheitsförderung und Medizin. Die sind gegenseitig voneinander abhängig. Dann kommt zur Beruhigung



der Hohepriester Sarastro und singt und beschreibt dann die Perspektive, was geschehen wird: „In dieser gläsernen Halle lernt man aus Polarität, volkshochschulisch zu fördern des Menschen Gesundheit. Also lebt weiter, sehr entspannt und reicht der Nachbarin die Hand“.

Der Prinz ist aus der Ohnmacht erwacht, ist aber noch nicht handlungsfähig. Der geht zum Tempel. Er versucht erstmal die linke Tür. Die Tür des Verhaltens. Klopft an, Stimme: „Zurück“. Die zweite Tür rechts ist die Tür der Verhältnisse, der Systeme, auch da ruft man „Zurück“. Wie kommt er rein? Durch die mittlere Tür kommt der Prinz in den Tempel Gesundheitsförderung und entdeckt, was es alles geben kann, und da wird sein Glück aufgebaut.



Da soll er alle Stufen im Tempel hochgehen. Auf der ersten Stufe geht es durch die Luft, das ist die Unsicherheitsstufe, das sind die hohen abstrakten Ideen, und wenn es klar wird, daß es nicht ideenhaft gelöst werden kann, dann hat er die erste Stufe überwunden. Dann geht er durch das Feuer. Das Feuer des Entsetzens, das Feuer der Erwartung, aber dann wird es klar, daß man es mit Feuer allein auch nicht macht. Dann geht er durch das Wasser, dann lernt er, daß es Schwimmen ist, daß es Surfen ist und daß man so sein Leben ein bißchen strukturieren kann, so klar wie Wasser.

An der letzten Stufe kommt er dann nach unten auf die Graswurzel-Ebene, dann lernt er erst, daß all das Wichtige nicht von oben kommt, sondern von unten. Der Prinz war sehr beeindruckt davon. Er machte die Erfahrung, wenn man so zusammenkommt, steht man mit beiden Händen in der Welt, kann etwas schaffen.

Dann kommt ein gutes Ende mit einem großen Triumphgesang. Eine alternative Nationalhymne für Gesundheitsförderung. Und vielleicht könnten Sie mitsingen. Erst singen wir langsam konzentriert und dann schrecklich laut:

„Das ist das Ende
von unserem Kongreß,
wenn Ihr jetzt nach Hause geht
bedenket dann zuletzt:

**Leb' doch gesünder
dann lebst du fröhlich
leb' prophylaktischer
dann lebst du NICHT“.**



Die Arbeitsgruppen

Die Nachmittage des Kongresses waren den Arbeitsgruppen vorbehalten. Zehn verschiedene Themenkreise konnten hier intensiv bearbeitet und weiterentwickelt werden, wobei auch die eigene körperliche Erfahrung nicht zu kurz kommen sollte. An jeder Arbeitsgruppe nahm zusätzlich ein „nicht deutscher“ europäischer Gast teil, um Sichtweisen vor dem eigenen nationalen Hintergrund beizutragen. Außerdem wurde jede Gruppe von einem/r ProtokollantIn begleitet, deren subjektive Notizen im folgenden die Thesen und Beiträge der ReferentInnen ergänzen werden.

Themen und ReferentInnen der Arbeitsgruppen

Gemeinsam sind wir gesünder

Bedingungen und Hindernisse in der Kooperation
Jan Leidel/Gabriele Bültmann

Einmischen statt bilden?

Konzepte gegen soziale und gesundheitliche Benachteiligung
Ulrike Breitwieser/Peter Otterbach

Alles Gute kommt von unten

Selbsthilfe und Beteiligung im kommunalen Lebensraum
Alf Trojan/Astrid Estorff-Klee

Frauen in der Verantwortung?

Ein weiblicher Blick auf Gesundheit
Ute Sonntag/Helga Vef

Anders arbeiten lernen

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Bildung und Organisationsentwicklung
Klaus Scala/Ulrike Maier

Zwischen Lust und Frust

Geschlechtsspezifischer Umgang mit Sexualität und Gesundheit
Kora Koltermann/Michael Siemer

Gesundheitsfördernde Volkshochschule

Menschen und Strukturen in Bildungseinrichtungen
Beate Blättner/Jürgen Dege

Bewältigungsversuche im Alltag

Ökologische Krisen und ihre gesundheitlichen Folgen
Manfred Cramer/Angela Venth

Von Mensch zu Mensch

Soziale Unterstützung als Prinzip von Gesundheitsbildung
Heike Gawor/Angela Kettler

Ein Leben auf die Minute

Der Umgang mit Zeit als Element von Gesundheit
Karlheinz A. Geißler

GEMEINSAM SIND WIR GESÜNDER

Bedingungen und Hindernisse in der Kooperation

Beitrag von Jan Leidel

Hinter der Aussage „Gemeinsam sind wir gesünder“ läßt sich mit ein wenig gutem Willen der ganze Paradigmenwechsel erkennen, der die mit dem Begriff Gesundheitsförderung verbundene gesundheitspolitische Diskussion kennzeichnet: Die patriarchalische Gesundheitsfürsorge wird durch partnerschaftliche Modelle ersetzt, und die traditionelle, zumeist an Risikofaktoren orientierte Gesundheitserziehung oder Gesundheitspädagogik wird zu einem umfassenderen Konzept der Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Mit dem „wir“ sind nach meinem Verständnis nicht in erster Linie die Institutionen, sondern vorrangig wir Bürgerinnen und Bürger gemeint. Die angesprochene Gemeinsamkeit muß in einem übergreifenden Sinne verstanden werden, in dem Sinne nämlich, daß die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen einen Kernpunkt von Gesundheitsförderung ausmacht.

Diese Veränderungen betreffen bereits den Gesundheitsbegriff selbst. Gesundheit wird heute – auch von der WHO – meist nicht mehr in der allumfassenden und – im besten Sinne – utopischen Weise der Definition von 1948 gebraucht, wonach kaum jemand von uns sich als „gesund“ bezeichnen könnte. Aber keinesfalls wird Gesundheit wieder auf das Fehlen von Krankheit oder Behinderung eingeengt, und schon gar nicht wird sie als eine Art Lebensziel definiert, das zu erreichen jedermann und jedefrau gleichsam moralisch verpflichtet wäre. Gesundheit wird vielmehr zu einem ganz wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens, zur Voraussetzung für eine befriedigende Teilhabe am wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen und politischen Leben, und zwar vielfach trotz oder mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Gesundheit erhält damit auch eine stärkere soziale Dimension, die mit dem „Gemeinsam sind wir gesünder“ angesprochen wird. So können wir in der Gesundheitsselbsthilfe-Bewegung beobachten, daß sich dort Bürger z.B. mit chronischen Krankheiten solidarisieren, sich zum Anwalt ihrer Anliegen machen, kurz: sich stärker in das gesellschaftliche Leben einbringen und als Folge dieses sozialen Mitwirkens subjektiv und objektiv „gesünder“ leben. Die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Förderung von Emanzipation und Partizipation in allen Bereichen des kommunalen Lebens wird somit zum Ziel und Handlungsfeld von Gesundheitspolitik.

Dies ist die eine, stärker vom Individuum und seiner Stellung in der Gemeinschaft her definierte Seite von Gesundheitsförderung. Über eine Entwicklung der persönlichen Kompetenz – und hier liegt sicher ein ganz wesentlicher, wenn auch nicht der einzige Ansatzpunkt der Erwachsenenbildung in diesem Bereich – wird der einzelne in die Lage versetzt, mehr für die eigene Gesundheit und die

Gesundheit seiner Familie oder seiner jeweiligen Gruppe zu bewirken.

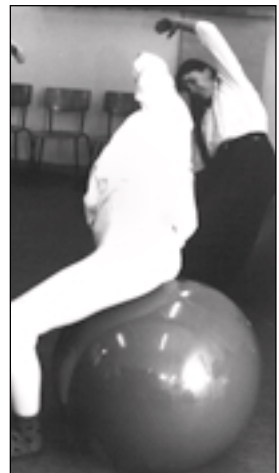
Gesundheitsförderung verfolgt aber neben diesem individuellen Ansatz, also der Kompetenzstärkung des einzelnen, bekanntermaßen noch ein weiteres Ziel: die Verbesserung der konkreten Lebensbedingungen, insbesondere die Abwehr von Gesundheitsgefahren aus der natürlichen Umwelt sowie die Abwehr von Gesundheitsrisiken aus der jeweiligen sozialen Situation der Menschen. Diese Beeinflussung der Verhältnisse ist durch zwei Aspekte gekennzeichnet: Sie muß vor Ort, auf der Ebene der Kommune erfolgen, und sie überfordert in unseren komplexen Gemeinwesen die Möglichkeiten des einzelnen Menschen und seiner primären Lebensgemeinschaften.

Zur Erreichung dieses Ziels bedarf es folgerichtig eines Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure des Gesundheitsbereichs vor Ort, also der politischen Gremien, der Leistungserbringer, der Kostenträger, der freien Verbände, der intermediären Instanzen usw., unter Beteiligung der letztlich Betroffenen, der Bürgerinnen und Bürger, der Selbsthilfegruppen und -initiativen, der Patientenclubs, der Bürgerinitiativen usw.

In mehreren Städten und Landkreisen, vor allem in solchen, die sich dem „Healthy-Cities-Projekt“ der WHO angeschlossen haben, gibt es mittlerweile solche regionalen Zusammenschlüsse, die sehr unterschiedlich als Gesundheits- oder Gesundheitsförderungskonferenzen, als Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, als Gesundheitsforen oder ähnlich bezeichnet werden und die sich auch hinsichtlich ihrer jeweiligen Legitimation, ihrer Verbindlichkeit, ihrer Zusammensetzung (vor allem im Hinblick auf die vertretenen Ebenen), ihrer Arbeitsweise und sogar hinsichtlich ihrer jeweiligen Zielsetzung voneinander unterscheiden.

Die Initiative zu solchen „Runden Tischen für Gesundheitsförderung“ kann natürlich von ganz unterschiedlicher Seite ausgehen. Hier kommen Krankenkassen ebenso in Betracht wie Volkshochschulen oder andere Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Selbsthilfeeinrichtungen ebenso wie Gesundheitsämter. Meistens sind es aber die für die kommunale Gesundheitspolitik bzw. für deren Umsetzung Verantwortlichen gewesen, die entweder den Anstoß gaben oder aber bereits vorhandene Ansätze aufgriffen.

Die Erfahrung mit solchen Zusammenschlüssen ist uneinheitlich, im allgemeinen überwiegt eine vorsichtig positive Bewertung. Allerdings gibt es auch viele Probleme und Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzung der Kooperation. Besonders schwierig ist offenbar die angemessene und partnerschaftliche Beteiligung von Bürgerbewegungen und Selbsthilfe. Aber auch die Kooperation etablierter Institutionen ergibt sich nicht gleichsam von selbst. Zu viele Partialinteressen verstellen den Blick auf die großen gemeinsamen Zielsetzungen, und mitunter trägt die Kooperation ausgesprochen defensive Züge. Es steht dann nicht so sehr der Wunsch im Vordergrund, sich aktiv an dem Prozeß zu beteiligen, den Gesundheitsförderung ja beschreibt, sondern eher die Sorge, daß



die eigenen Interessen auf der Strecke bleiben könnten, wenn man nicht dabei ist.

Zu den Zielsetzungen dieser Arbeitsgruppe es gehört auch, Modelle von Zusammenarbeit und Gemeinschaftsaktion zu entwickeln, die über bilaterale Interessenkoalitionen hinausgehen. Dabei werden Fragen der Bürgerbeteiligung besondere Aufmerksamkeit beanspruchen.

Es wird also auch darum gehen müssen, wie eine solche Kooperation der verschiedenen Akteure des Gesundheitsbereichs, also der politischen Gremien, der Leistungserbringer, der Kostenträger, der freien Verbände usw. unter angemessener Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, der Selbsthilfegruppen und -initiativen, der Patientenclubs, der Bürgerinitiativen usw. organisiert werden kann.

Dabei halte ich aus meiner eigenen Erfahrung mit dem Kölner Gesundheitsforum heraus besonders folgende Fragen für bedeutsam:

1. Erhöht eine Gesundheitsförderungskonferenz als Kooperationsgremium der Akteure vor Ort die Chancen auf Umsetzung von Gesundheitsförderungszielen? (Wie kann dabei eine einseitige Mittelschichtorientierung vermieden und insbesondere den sozial Benachteiligten ein Zugang zu besseren und gleichen Gesundheitschancen eröffnet werden?)
2. Wie (und von wem) kann die Bildung einer Kooperationsstruktur initiiert werden?
3. Wer sollte an einem derartigen Gremium mitwirken? (Einladungsmodell, Bewerbungsmodell, Vollständigkeit des Spektrums versus Arbeitsfähigkeit.)
4. Welche Legitimation benötigt es? (Berufung durch kommunale Gremien, politischer Beschluß.)
5. Wie hoch sollte die Verbindlichkeit sein? (Binden Beschlüsse die Mitglieder, oder handelt es sich um Anregungen, die im Zuge einer Selbstbindung aufgegriffen werden können?)
6. Welche Organisationsformen sind denkbar?
7. Wie kann die Beteiligung und Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt werden

Chance oder Einsicht in die Notwendigkeit? Kooperation – nicht nur mit Krankenkassen – aus Sicht der VHS Beitrag von Gabriele Bültmann

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der verantwortlichen Regierungen im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.

Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“

Ottawa Charta

Zur Geschichte der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

Die Gesundheitsbildung ist der jüngste Fachbereich an Volkshochschulen. Häufig wurde sie von einem/r pädagogischen MitarbeiterIn zusätzlich übernommen, manchmal wurde auch eine neue Fachkraft eigens für die Konzeption dieses Bereichs eingestellt. Die Gesundheitsbildung hatte es schwer, neben den anderen Fachbereichen wie Politik, Sprachen, Kultur und berufliche Bildung einen gleichberechtigten Stellenwert zu erlangen. Lange Jahre bescheinigte man ihr, individualistischen Tendenzen in unserer Gesellschaft Vorschub zu leisten und politisch in bezug auf die Demokratisierung unserer Gesellschaft wirkungslos zu sein. Hierfür mag es verschiedene Gründe gegeben haben:

Die Gesundheitsbildung ist ein Bereich, der fast ausschließlich von Teilnehmerinnen besucht und von Kursleiterinnen geleistet wird. Ein „(un)heimlicher“ neuer Frauenbereich also? Grund genug für einige Kollegen, ganz grundsätzlich mißtrauisch zu sein!

Die ErwachsenenbildnerInnen der 70er Jahre tun sich schwer mit dem Erkennen der politischen Dimension von Gesundheitsbildung.

Doch auch Definition und Konzept von politischer Bildung haben sich verändert. Gesundheitsbildung und politische Bildung haben durchaus in Teilen gemeinsame Zielvorstellungen:

„Bildung ist eine Anstrengung, die Bedingungen des Lebens zu begreifen, zu reflektieren und zu gestalten. Sie ist reflexiv, nicht beschaulich, sie ist handlungsorientiert dem Prinzip der Demokratisierung verpflichtet, ohne sich zu scheuen, dies zu hinterfragen. Wer mit dem Prozeß der Bildung begonnen hat, begibt sich auf eine Reise der Verunsicherung, Zweifel und Unsicherheit. Er verliert die Unbeteiligtheit, die Fähigkeit, auszuweichen“ (Lenz).

„Bildung zielte bislang immer auf Zukunft wie alle Pädagogik. Bildung soll dem einzelnen ein erfülltes individuelles und soziales Leben erleichtern, er (oder sie) sollte daran wachsen, damit die Gesellschaft wachse. Die oberste Maxime jeder Bildung muß also die Erhaltung des Lebens sein, eine ‚Liebe zum Leben‘, als Aufgabe der Bildung“ (Preuss-Lausitz).

Seit 1985 ist bundesweit die Anzahl der Kurse und Veranstaltungen im Gesundheitsbereich sprunghaft gestiegen. Ein wahrer Boom setzte ein, der den Arbeitskreis der Gesundheitsbildungsrefe-

Die ErwachsenenbildnerInnen der 70er Jahre tun sich schwer mit dem Erkennen der politischen Dimension von Gesundheitsbildung.

rentInnen dazu veranlaßte, den „Rahmenplan Gesundheitsbildung“ zu verfassen. Idee und Ziel dieses Rahmenplans waren, konzeptuelle Überlegungen für Angebote der Gesundheitsbildung vorzulegen und so den PlanerInnen vor Ort den Rahmen für ihr Programmangebot zu geben.

Heute ist die Gesundheitsbildung zum zweitgrößten Fachbereich der Volkshochschulen in den alten Bundesländern avanciert, und das in bezug sowohl auf die geleisteten Unterrichtsstunden als auch auf die Teilnahmezahlen. In den neuen Bundesländern sieht die Situation etwas anders aus, hier gibt es noch größeren Bedarf an beruflicher und mathematisch-naturwissenschaftlicher Bildung. Der prozentuale Anteil an teilnehmenden Männern und Frauen ist in den neuen und alten Bundesländern nahezu identisch: Insgesamt auf die BRD umgerechnet sind es 84,3 % Frauen und 15,7 % Männer.

Dieser Erfolgsaufstieg bewirkte einerseits einen besseren Stand der Gesundheitsbildung im gesamten VHS-Rahmen. Mit anderen Worten: Dieser jüngste Fachbereich konnte nicht mehr so einfach von den KollegInnen der „richtigen, politischen Erwachsenenbildung“ ignoriert oder belächelt werden. Darüber hinaus brachte er auch Finanzkraft in Form von Einnahmeerhöhungen mit, die in anderen Bereichen nicht zu erreichen waren. Doch auch als Kooperationspartner werden die Volkshochschulen mit ihrem immer noch im Wachstum befindlichen Gesundheitsbereich zunehmend attraktiv.

Der Rahmenplan Gesundheitsbildung ist mittlerweile ergänzt. Ein neues Arbeitspapier des Arbeitskreises der Volkshochschul-Landesverbände und des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) stellt nun den „Rahmen“ vor. Es legt weniger fest, welche Themen und Kurse in diesen Fachbereich gehören, sondern hat vielmehr den Anspruch, grundsätzliche, konzeptuelle Gedanken und Ziele zu verbreiten:

„Merkmale der Gesundheitsförderung durch Volkshochschulen sind ein erweitertes Gesundheitsverständnis, das sich an den Prinzipien der Weltgesundheitsorganisation (Ottawa-Charta der WHO) ausrichtet, sowie ein Bildungsbegriff, der in der Tradition der Volkshochschulen steht.“

„Wo sich Ziele und Inhalte entsprechen, kooperieren Volkshochschulen mit Hochschulen und anderen Bildungseinrichtungen ebenso wie mit gemeinnützigen Organisationen und Verbänden der Gesundheitsvorsorge. Sie sind offen für eine Beteiligung an Präventionsprogrammen der Krankenkassen und für die Zusammenarbeit mit Ärzten und Gesundheitsämtern. Volkshochschulen unterstützen die Gründung und das Wirken von Selbsthilfegruppen und Initiativen im Gesundheitsbereich. Eine am sozialen Ausgleich orientierte Gesundheitsbildung setzt auf die Kooperation mit Gruppen und Institutionen, die sich mit den Lebensbedingungen und Interessen sozial Benachteiligter befassen.“

Das Versiegen der finanziellen Ressourcen

Die Zeit der knapper werdenden finanziellen Ressourcen in den Kommunen veranlaßt die Träger der öffentlich verantworteten Bildungsarbeit, das Hauptaugenmerk auf bisher nicht entdeckte oder nicht genutzte Finanzmöglichkeiten zu lenken. Das bedeutet: Ein Fachbereich, der so stark nachgefragt ist wie die Gesundheitsbildung, muß nicht nur die eigenen Kosten, die er verursacht, tragen – das ist wohl schon längst Realität in den meisten Volkshochschulen –, sondern darüber hinaus Geld erwirtschaften, um kostenintensive Bereiche der VHS-Arbeit, die bildungspolitisch unerlässlich sind (wie klassische Zielgruppenarbeit, Schulabschlüsse, Alphabetisierung etc.), zu finanzieren.

Gesundheitsbildung wird einerseits also zur tragenden Säule des Bildungsprogramms und droht gleichzeitig durch die erhöhten Entgelte zum Luxusartikel zu werden, wenn nicht Möglichkeiten der Mitfinanzierung erschlossen werden, z.B. die Erstattung der Teilnahmegebühren durch die Krankenkassen oder die direkte Beteiligung der Krankenkassen an den Honorarkosten für bestimmte Kurse.

Eine andere Möglichkeit des Gelderwerbs ist die Aufnahme zweifelhafter Angebote. Das Dilemma, in dem sich verantwortlich Planende befinden, ist klar: Warum nicht auch Kurse anbieten, deren gesundheitsfördernder Gehalt zwar bezweifelt werden darf, die aber aufgrund von Modeerscheinungen zum Kassenschlager werden können? Frei nach dem Motto „Erlaubt ist, was gefällt“ geht notfalls begründete Kritik an DozentInnen, Inhalten und Methoden verloren zugunsten einer noch wichtigeren und existentiellen Einnahmesteigerung.

Der Wunsch der Volkshochschulen nach Kooperation hat vor allem finanzielle Gründe, denn von dem engen, viel zu kurz greifenden Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Krankenkassen grenzen sich die Volkshochschulen deutlich ab. Kooperation auf dieser Basis wird entweder toleriert und wohlwollend zur Kenntnis genommen oder auch gezielt gefördert. Diese Praxis der „Minimal-Kooperation“ ist seit Jahren üblich und keineswegs neu oder gar innovativ.

Auch bei den Krankenkassen hat der Wunsch nach Kooperation mit den Volkshochschulen vor allem finanzielle Beweggründe: Das Gesundheitsreformgesetz mit Wirkung vom 1.1.1989 brachte den Krankenversicherungen mit dem § 20 des Sozialgesetzbuches die Verpflichtung ein, präventive Maßnahmen zu fördern. Viele Krankenkassen erfüllen bis heute diese Verpflichtung, indem sie Kurse zur Gesundheitsförderung direkt bezuschussen oder ihren Mitgliedern die Teilnahmeentgelte erstatten. Diese Zusammenarbeit mit der Volkshochschule bringt den Krankenkassen den Vorteil, nicht selbst ein Gesundheitsförderungsprogramm erarbeiten und durchführen zu müssen. Sie können so auf das fachliche und organisatorische Know-how der Volkshochschulen zurückgreifen: für die Krankenkassen eine preiswertere Alternative.

Diese Praxis der „Minimal-Kooperation“ ist seit Jahren üblich und keineswegs neu oder gar innovativ.

In größeren Städten gehen viele Krankenkassen auch verstärkt dazu über, ein eigenes Programm anzubieten. GesundheitsberaterInnen und DozentInnen werden eingestellt, Gesundheitsräume angemietet, Gesundheitszentren errichtet und Kurse für Mitglieder selbständig durchgeführt. Für Nicht-Mitglieder wird eine Gebühr erhoben, die in der Regel weit über dem Gebühren-Niveau der Volkshochschulen liegt und die Vermutung nahelegt, die Krankenkassen finanzierten das Angebot mit den Nicht-Mitgliedern.

Die enorme Aktivität der Krankenkassen hat noch einen weiteren Grund: Die Öffnung ab dem 1.1.1996 führt bereits jetzt zu einem existentiellen Wettbewerb untereinander, so daß die einzelnen Krankenkassen Strategien und Taktiken für die Gewinnung von Mitgliedern erarbeiten müssen. Ein attraktives Gesundheitsförderungsprogramm kann für potentielle Mitglieder bei der Krankenkassenwahl durchaus ausschlaggebend werden.

Praktizierte Modelle der Zusammenarbeit

Die Landesverbände haben Umfragen in ihren Volkshochschulen durchgeführt, die zum einen die Einschätzung und Beurteilung der Kooperation aus der Sicht der Volkshochschulen ermöglichen, zum anderen die Fülle der Kooperationsformen deutlich machen. Exemplarisch für die Volkshochschulen Nordrhein-Westfalens heißt es in der gegenwärtigen Situation:

Von 88 Volkshochschulen in NRW antworteten auf die Frage: „Welche Rolle spielt die Kooperation mit Krankenkassen?“:

- 3: eine sehr wichtige Rolle
- 29: eine wichtige Rolle
- 49: kaum eine Rolle
- 7: keine Rolle.

„Was erhoffen sich die Volkshochschulen von der Kooperation“:

- 38: Serviceangebot
- 37: TeilnehmerInnengewinnung
- 28: Angebotssicherung
- 27: finanzielle Vorteile
- 17: Finanzierungsmöglichkeit
- 19: sonstige Gründe

Folgende Modalitäten der Zusammenarbeit haben sich bewährt:

1. Kooperationen mit einer oder mehreren Krankenkassen auf der Basis mündlicher Verabredungen
2. Kooperation auf der Basis von Verträgen
3. Zusammenarbeit in kommunalen oder regionalen Arbeitskreisen mit anderen Kooperationspartnern (Gesundheitsamt, Selbsthilfegruppen, andere Bildungseinrichtungen)
4. Gemeinsame Planung und Durchführung von Kursen, Seminaren, MitarbeiterInnenfortbildungen und Bildungsurlauben
5. Konzeption, Planung und Durchführung von Modellprojekten
6. Sponsoring von VHS-Veranstaltungen durch eine Krankenkasse

7. Erarbeitung von Broschüren/Materialien zur Gesundheitsförderung.

Perspektiven der Kooperation

Die Profis der Gesundheitsbildung sind in den Volkshochschulen zu finden. Teilweise seit 10 bis 15 Jahren machen wir ein Gesundheitsförderungsprogramm, erarbeiten Kursprogramme unter ganzheitlichen Gesichtspunkten, schließen keine TeilnehmerInnen aus und machen ein Angebot zu einem akzeptablen Preis. Wir müssen nicht erst konkurrenzfähig werden. Wir können uns sehr selbstbewußt auf unsere Arbeit stützen und wissen, daß wir bislang mehr Menschen erreicht und bewegt haben, als es die Krankenkassen aufgrund der Wettbewerbssituation seit zwei Jahren tun. Nutzen wir diese Ressourcen für Kooperationen im gesundheitsbildenden, emanzipatorischen, ökologischen und sozialen Sinne. Wir können eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen initiieren, mit einzelnen, mit Vereinen und auch mit den Krankenkassen und ÄrztInnen.

Volkshochschule steht für Aufklärung, kritisches Bewußtsein und für das Diskutieren und Erproben neuer Wege. Darin sollten wir uns auch in Zukunft nicht beschneiden lassen. Die Volkshochschule ist eine neutrale Plattform für die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen, und das sollte sie auch bleiben. Wer, wenn nicht die Volkshochschule, gibt einer breiten Bevölkerungsschicht zu sozial angemessenen Bedingungen die Chance, sich außerhalb von schulmedizinischer Bevormundung über gesundheitliche Fragen zu informieren und beraten zu lassen?

Die Stärke der Volkshochschule besteht darin, daß sie die Offenheit besitzt, die Bedürfnisse aufzugreifen und sich individuelle Lehrpläne zusammenzustellen. Sie ist deshalb im besonderen Maße geeignet, das Konzept kommunaler Gesundheitsförderung zu realisieren:

- Sie arbeitet vor Ort, eingebettet in lokale Gegebenheiten, und bietet landesweit eine flächendeckende Versorgung mit Bildungsangeboten,
- ihr Selbstverständnis beinhaltet Bürgernähe und ermöglicht es, unbürokratisch Anregungen von BürgerInnen in das Bildungsprogramm aufzunehmen,
- sie arbeitet mit Selbsthilfegruppen zusammen und hat häufig Voraussetzungen geschaffen, solche Gruppen zu initiieren,
- sie kooperiert mit den verschiedensten Institutionen und Verbänden und bietet die Möglichkeit zu umfassendem, fachbereichsübergreifendem Lernen,
- sie ist grundstztlich bereit, mit neuen didaktischen Modellen zu experimentieren,
- sie anerkennt die Kompetenz sog. Laien und Halblaien und praktiziert die Zusammenarbeit zwischen Laien und Experten,
- sie kann demnach für die Aufgabe der Gesundheitsförderung auf einen umfangreichen Erfahrungsschatz zurückgreifen.

Volkshochschule steht für Aufklärung, kritisches Bewußtsein und für das Diskutieren und Erproben neuer Wege.

Volkshochschulen können eine Vorreiterrolle übernehmen, dafür Sorge tragen, daß nicht nur die Finanzkraft, die Nähe zur Schulmedizin oder der Kostendämpfungsdruck Kriterien für die Herstellung von Öffentlichkeit werden. Die Auseinandersetzung und das Streiten über Inhalte, Ziele und Methoden der Gesundheitsförderung sollten hierbei im Mittelpunkt stehen. Nur so können die beteiligten Institutionen auf gleicher Basis zusammenwirken und ihren jeweils ureigenen Auftrag im Rahmen eines Gesamtkonzepts erfüllen. Das ist der erste Schritt in die Richtung „Gemeinsam leben wir gesünder“.

Protokoll von Johanne Pundt

Im Sinne einer WHO-orientierten Gesundheitsförderung eröffnen sich neue Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, wobei der Aspekt der Kooperation mehrfach ausdrückliche Berücksichtigung findet und neue Ansätze einer veränderten Gesundheitspolitik legitimiert. Kooperationsformen, die somit frei wählbar werden, sind auf Verhandlungsformen und spezielle Konsensfindung angewiesen. Als weitere Bedingungen müssen gemeinsame Zielsetzungen und neue Kommunikationswege konstitutiv für Kooperationsbeziehungen sein.

Im Vordergrund der Arbeitsgruppendifkussion stand der Kooperationspartner Krankenkasse. Durch die Wahlfreiheit der Versicherten ab 1996 werden die Kassen untereinander verstärkt in Konkurrenz geraten. Die Quantität ihrer leider überwiegend nur verhaltenspräventiv ausgerichteten Kursangebote und die Themendifferenzierung werden rasch zunehmen. Diese Ausweitung des Marktes durch die Kassen verstärkt den Wettbewerb. Welche Rolle werden die Volkshochschulen bzw. andere kommunale Institutionen dabei spielen? Mehrfach berichteten TeilnehmerInnen von schon heute negativen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit. Der Wettbewerb unter den Kassen bedingt einen Mangel an Transparenz und Offenheit, die aber Vorbedingungen für Kooperationsbeziehungen sind.

Sollten die Volkshochschulen diese Problematik als Herausforderung ansehen, ihren Weg fortführen, eigenes Potential ausschöpfen und dem Ringen um die Konkurrenz im Gesundheitsförderungsbereich kaum Beachtung schenken? Oder sollten sie, um die Umsetzung von Gesundheitsförderung zu erhöhen und eine multilaterale Zusammenarbeit anzustreben, die Idee der gemeindenahen Gesundheitsförderungskonferenz als Kooperationsform aufgreifen? Die Städte Köln und Hamburg haben beispielsweise bereits positive Erfahrungen mit dem Aufbau eines Gesundheitsforums gemacht, in dem viele verschiedene Institutionen und Initiativen aktiv zusammenarbeiten.

Doch zuvor müßten folgende Fragen geklärt werden:

- Welche Legitimation benötigt dieser „große runde Tisch“?
- Welche Organisationsformen sind möglich?

- Wer sollte an diesem Gremium teilnehmen; welche Ebene sollte erreicht werden?
- Welche konkreten Ziele sollen umgesetzt werden?
- Wie sollte die Beteiligung von BürgerInnen aussehen?
- Wie können neue soziale Schichten erreicht, gefördert und mit eingebunden werden?
- Wie wird die Autonomie der Kooperationspartner aufrechterhalten?

Wesentliche Hinderungsgründe für eine Kooperation der Gesundheitsförderung müssen vor allem in unterschiedlichen konzeptionellen Vorstellungen und praktischen Ansätzen zwischen den verschiedenen Partnern gesehen werden. Zwar haben einzelne Akteure ähnliche Ansprüche an gesundheitspolitische Weiterbildung, doch gibt es Institutionen, die aufgrund ihrer Einbindung in die jeweilige Struktur in ihren Handlungsspielräumen wesentlich begrenzter sind. Kooperation muß sich auch durch gemeinsame Inhalte ergeben und nicht als reine Erschließung von Geldquellen.

Die Arbeitsgruppe setzte sich vor allem aus LeiterInnen und MitarbeiterInnen des Fachbereichs Gesundheit an verschiedenen bundesdeutschen Volkshochschulen zusammen. Viele TeilnehmerInnen berichteten über Erfahrungen in der Kooperation mit Krankenkassen, die meistens auf bilateraler Ebene stattfanden. Hier erwarteten sie konkrete Modelle oder Ratschläge als ganz praktische Anleitung und Hilfestellung für ihre Bildungsarbeit. Sie versprachen sich von der Arbeitsgruppenteilnahme inhaltliche Tips, wenn nicht sogar „Rezepte“ für eine wirksame Umgehensweise mit anderen Gesundheitsförderungspartnern. In diesem Zusammenhang entwickelte sich eine Diskussion zu folgenden Themenkomplexen:

- Problematik der Volkshochschulen in den neuen Bundesländern
- Aspekte der Erstattung von Kursen
- Abwerbungsprobleme von KursleiterInnen
- Fragen des Konfliktmanagements
- Fragen nach länderbezogenen Fortbildungsmöglichkeiten
- Fragen der Alternativen zur Kooperation
- Aspekte des Respektierens der Grenzen mehrerer Kooperationspartner
- Fragen der finanziellen Ressourcen.

Das Problem von Kooperationen im Gesundheitsförderungsbereich liegt häufig in einem Mangel an Austausch und koordiniertem Vorgehen, so daß die Arbeitsinhalte und gesundheitspolitischen Zielvorstellungen der beteiligten Akteure noch weit auseinanderklaffen.

Es bleibt zu hoffen, daß in Zukunft nicht nur Eigeninteressen bzw. finanzielle Beweggründe diese Debatte beherrschen werden, sondern daß wir in der Rolle als „change agents“ solidarisch dem Motto dieser Arbeitsgruppe gerecht werden können, um zu behaupten: „Gemeinsam sind wir gesünder“.

Kooperationsformen, die somit frei wählbar werden, sind auf Verhandlungsformen und spezielle Konsensfindung angewiesen.

ALLES GUTE KOMMT VON UNTEN

Selbsthilfe und Beteiligung im kommunalen Lebensraum

Protokoll von Doris Waßmann

1. Die ModeratorInnen stellen sich vor

Alf Trojan: 1979 gab es am Institut für Medizinsoziologie ein Forschungsprojekt zu Gesundheits-selbsthilfegruppen. Parallel zur Endphase entstand ein zweites Forschungsprojekt mit vor allem zwei Fragestellungen:

Wie entwickeln sich Selbsthilfegruppen? – Diese Frage wurde durch teilnehmende Beobachtung von Selbsthilfegruppen, hier insbesondere die „Eltern Drogenabhängiger“ und die „Grauen Panther“, bearbeitet.

Was können solche Gruppen auf Stadtteilebene zur Gesundheitsförderung beitragen? – Dazu wurde eine Befragung durchgeführt. Die Leistungen und Aktivitäten dieser Gruppen konnten so sichtbar, für andere zugänglich und nutzbar gemacht werden.

Zur Zeit arbeitet Alf Trojan an einem Projekt: „Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung und Stadtentwicklung“, wobei Bürgerbeteiligung hier das Schlagwort für Gesundheitsförderung und gleichermaßen für Stadtentwicklung ist. Eine wesentliche Frage ist hier, wie man Bürgerbeteiligung strukturell absichern kann. Der Schwerpunkt liegt bei diesem Projekt auf der Arbeit in benachteiligten Gebieten, den „sozialen Brennpunkten“, Stichwort „Soziale Stadtentwicklung“.

Astrid Estorff-Klee: seit 15 Jahren in der Selbsthilfeförderung tätig und hat die erste Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik aufgebaut. Eigene Erfahrungen in Frauengruppen und das damit verbundene Bewußtsein, auch ein Teil einer Kohorte mit spezifischen gesellschaftlichen Hintergründen zu sein, haben die Arbeit in der Selbsthilfeförderung wesentlich beeinflusst. Laut einer Befragung besteht bei 90 % der Selbsthilfegruppen der Wunsch nach einer Kontaktstelle, die für die Bereiche Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Kontaktherstellung zu öffentlichen Einrichtungen und Behörden zuständig sein sollte. 1984 nahm die erste KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) in Altona die Arbeit auf. Heute hat diese KISS „Mutterhausfunktion“, und es sind ca. 1.349 Gruppen bei KISS erfaßt. Seit 2 bis 3 Jahren besteht ein Ausschuß der Ärztekammer, der mit KISS kooperiert. In Farmsen hat KISS eigene Räume in der Volkshochschule und damit auch gute Kooperationskontakte. An dieser Stelle verweist Frau Estorff-Klee auf die Verbindung von Selbsthilfe und Erwachsenenbildung: Ein wichtiger Grund von TeilnehmerInnen, sich Selbsthilfegruppen anzuschließen, ist das Bedürfnis, von und mit anderen zu lernen, die „selbstorganisierte Erwachsenenbildung“. Dabei bietet die Kooperation mit der

Volkshochschule die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen auch professionell zu initiieren.

Frau Estorff-Klee ist auch Vorstandsmitglied der Hamburger Gesundheitsförderungskonferenz.

2. Fragen der TeilnehmerInnen:

- Qualität der Arbeit in Selbsthilfegruppen
Wie kann man in Selbsterfahrungsgruppen lernen? Wie kann die Motivation von TeilnehmerInnen in Selbsthilfegruppen aufrechterhalten bzw. wiederhergestellt werden? Wie kann man verhindern, daß Bewegungen „wegsterben“? Professionalisierung im Selbsthilfebereich, Definition von Qualitätsstandards, Soziale Ungleichheit im Kontext von Selbsthilfe, ...
- „Oben“ und „Unten“
Was kommt von „unten“? Welches Interesse hat der Staat an Selbsthilfeförderung, und welche Rolle spielt er in diesem Zusammenhang? Was kann von Selbsthilfegruppen geleistet werden, und wie kommt es „nach oben“? Wie können Selbsthilfegruppen in staatliche Prävention eingebunden werden? Was bedeutet kommunale Gesundheitsförderung? Wie können Selbsthilfegruppen und Kommunen vernetzt werden?
- Kooperation KISS/Volkshochschule
Gibt es Möglichkeiten für andere Volkshochschulen, mit KISS zu kooperieren? Wohin soll Kooperation führen? Wie können Volkshochschulen und Selbsthilfegruppen konkret zusammenkommen? (Stichwort: Verhalten – Verhältnisse).
- Informationsvermittlung
Wie können Informationen über Selbsthilfekonzpte an Auszubildende, z.B. im Krankenhaus, vermittelt werden? Informationen über Selbsthilfe für pflegende Angehörige.

3. Definitionsmerkmale von Gesundheitsselbsthilfe-Zusammenschlüssen:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem
- keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer
- keine Gewinnorientierung
- gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder soziale Veränderung
- Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe

4. Das „formelle“ System

- Staat, Behörden, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände ...
- „Vernetzende Einrichtungen“ und „Brücken-Instanzen“, Selbsthilfe-Kontaktstellen, Gesundheits-Werkstätten ...
- Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen, selbstorganisierte Projekte ...
- BürgerInnen

Wie kann man Bürgerbeteiligung strukturell absichern?

Kooperation mit der Volkshochschule bietet die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen auch professionell zu initiieren.

5. Gliederung des Arbeitsprogramms

Initiativen/Stadtteilgruppen

Stichworte: Rolle in der kommunalen Gesundheitsförderung; Kooperation/Vernetzung, besonderer Akzent auf Volkshochschulen; Brückenfunktion; Förderung; Instrumente, z.B. Geld; Infrastruktur; §20 GSG; Träger; Mißbrauch; Rückzug des Staates; Überforderung, nachlassende Motivation, Gruppendynamik.

Selbsthilfegruppen

Stichworte: Definition; Entstehung/Initiierung; Arbeitsweise/Leistungen; Verhältnis zu formalen Instanzen: Wie nach „oben“ bringen? Wie im Krankenhaus weiterentwickeln und praktizieren?

Bürgerbeteiligung

Stichworte: Instrumente; Motivierung/Aktivierung; Arten der Beteiligung; spontane Bürgerbeteiligung.

6. Bericht der ModeratorInnen über „Hamburger Verhältnisse“

Alf Trojan zur Entwicklung und Institutionalisierung von Gesundheitsselbsthilfe in Hamburg:

Die WHO wollte die Ottawa-Charta von 1986 umgesetzt wissen. Diese Umsetzung konnte nicht auf nationaler Ebene stattfinden, es entstand das Projekt „Gesündere Städte“. Hamburg war zwar keine der offiziellen Projektstädte, aber einige der TeilnehmerInnen an der 1. Projekttagung kamen aus dem universitären Bereich Hamburgs. Dadurch wurde das WHO-Projekt Vorbild für ein in Hamburg initiiertes Projekt „Gesündere Zukunft für Hamburg“, dessen Auftaktveranstaltung 1988 stattfand. Hier bildeten sich vier Arbeitskreise: Verkehr, Wasser, Kinder und Jugendliche, Alte Menschen. Diese Arbeitskreise mußten sich auf kleinere Sektoren, z.B. Stadtteile, beziehen, um arbeitsfähig zu sein. Auch der Initiativkreis hatte keine Struktur auf Stadtebene und war somit nicht entscheidungsfähig. So entstand der Wunsch nach einer formellen Struktur, der in die Entstehung der Gesundheitsförderungskonferenz „Gesündere Zukunft für Hamburg“ mündete. Mit allen Beteiligten, VertreterInnen der Behörde (BAGS = Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales), den Krankenkassen, die bereits frühzeitig einbezogen wurden, VertreterInnen von Selbsthilfegruppen sowie der Arbeitskreise konnte ein Konsens gefunden werden. Eine Satzung wurde verabschiedet.

Heute hat die Gesundheitsförderungskonferenz 45 Mitglieder, alle Krankenkassen haben einen eigenen Vertreter im Vorstand. Der Vorstand ist zur Zeit noch berufen, soll aber nach Modifizierung der Satzung gewählt werden. Dann soll auch ein Verein gegründet werden, um der Gesundheitsförderungskonferenz eine rechtliche Struktur zu geben.

Die Aktivitäten der Konferenz:

- Vergabe von Mitteln aus dem gemeinsamen Fond
- Gemeinsame inhaltliche Arbeit (auf einer Klausurtagung des Vorstandes wurden Projekte in Kleingruppenarbeit entwickelt)

- Geplant ist: Die Arbeitskreise arbeiten inhaltlich, andere Mitglieder eher formal.

Die geldgebenden Mitglieder, also Behörde und Krankenkassen, haben sich ein Vetorecht bei der Mittelvergabe vorbehalten. Ein Potential für eine stärkere Demokratisierung und eine stärkere Einbindung der Initiativen ist vorhanden. Die Gesundheitsberichterstattung der Behörde setzt in Hamburg Schwerpunkte, die die Gesundheitsförderungskonferenz nach einer Entscheidung des Vorstandes übernimmt.

7. Abgrenzung Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung

Alf Trojan grenzt auf Wunsch der TeilnehmerInnen die Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung noch einmal deutlich voneinander ab: Die Gesundheitserziehung verfolgt einen entmündigenden Ansatz und bezieht sich auf die Korrektur von Fehlverhalten, während die Gesundheitsförderung von einem emanzipatorischen Ansatz ausgeht und die Entwicklung vorhandener Fähigkeiten unterstützt.

8. Fragen zum Thema Selbsthilfegruppen

Wie definieren sich Selbsthilfeprojekte im Unterschied zu Selbsthilfegruppen?

Selbsthilfeprojekte sind in der Regel gewerblich, schaffen aber Arbeitsplätze auf demokratischer Basis. Selbsthilfeprojekte, z.B. Kinderläden oder Bäckereien, werden in Hamburg aufgrund der Gewinnorientierung nicht als Selbsthilfegruppen anerkannt und auch nicht gefördert.

Wie kompetent sind Selbsthilfegruppen?

Selbsthilfegruppen erwerben Kompetenzen aus eigener Betroffenheit. Der Elternkreis drogenabhängiger Kinder z.B. ist dadurch entstanden, daß sich zwei Mütter drogensüchtiger Kinder zufällig kennengelernt und festgestellt haben, daß der Austausch ihnen gut tut. Heute hat diese feste Gruppe eigene Räume, macht Beratung und reflektiert ihre Arbeit durch Supervision. Die Kompetenz ist langsam gewachsen, Stichwort: „Profi in eigener Sache“. Selbsthilfegruppen ziehen auch ExpertInnen hinzu, um zusätzliche Kompetenzen zu erwerben.

Wie finden Betroffene die für sie „richtige“ Selbsthilfegruppe?

Häufig wenden sich Betroffene direkt an eine Gruppe, die ihnen durch Öffentlichkeitsarbeit bekannt ist. Wenn sich Betroffene an die Kontaktstellen wenden, klären diese, ob das Selbsthilfegruppenprinzip (keine Fremdhilfe, Notwendigkeit, selbst etwas „einzubringen“) bekannt ist, und vermitteln dann eine Gruppe. Die Kontaktstellen weisen in akuten Fällen auch an Fremdhilfeorganisationen. Bei psychosozialen Problemen wird bei der Vermittlung besonderer Wert auf Gruppenhomogenität gelegt, da Menschen das Bedürfnis haben, ihre Probleme mit gleicherart betroffenen Menschen zu besprechen.



Der Baum der Hamburger Initiativen

In Selbsthilfegruppen sind überwiegend Frauen organisiert.

Wer geht in Selbsthilfegruppen?

In Selbsthilfegruppen sind überwiegend Frauen organisiert, in den meisten Gruppen liegt der Frauenanteil bei 80 %, nur in Gruppen für Alkoholabhängige und Spielsüchtige dominieren Männer. Teilweise werden TeilnehmerInnen auch mit Hilfe von professionellen Organisationen von KISS angesprochen und zur Selbsthilfe angeregt, z.B. alleinerziehende Mütter, die von der Sozialhilfe leben und über das Sozialamt erreicht werden.

Wie ist das Verhältnis von ÄrztInnen und Selbsthilfeorganisationen?

Anfangs standen die ärztlichen Standesorganisationen den Selbsthilfegruppen skeptisch gegenüber, doch inzwischen werden sie nicht mehr als Konkurrenz, sondern als Unterstützung betrachtet. Wie bereits erwähnt, gibt es außerdem einen Ausschuß in der Ärztekammer, dessen Vorsitz Alf Trojan hat, in dem ÄrztInnen und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen organisiert sind. In Hamburg gelang es Selbsthilfegruppen zum Teil, bestimmte Forderungen gegenüber Krankenkassen in Zusammenarbeit mit FachärztInnen durchzusetzen. Trotz der teilweise gut funktionierenden Zusammenarbeit gibt es auch in Hamburg immer wieder Phasen der Auseinandersetzung. Die Gesundheits-selbsthilfegruppen sind sich der Gefahr der Instrumentalisierung ihrer Aktivitäten durchaus bewußt.

Wie kommt „das Gute von unten nach oben?“

Als wichtiges Instrument sind hier Selbsthilfeforen zu nennen. Öffentlichkeitsarbeit wird auch durch Publikationen im Ärzteblatt, durch FachärztInnen, die mit Selbsthilfegruppen zusammengearbeitet haben, geleistet. Auch die Gesundheitsförderungskonferenz soll hier noch einmal genannt werden.

Wie kann die Zugang zu Selbsthilfegruppen für Personal und PatientInnen im Krankenhaus geschaffen werden, und wo liegen die Schwierigkeiten dabei?

In Hamburg sind die Krankenhäuser als geschlossene Systeme für Selbsthilfegruppen nur schwer zugänglich. Manchmal besuchen Ausbildungskurse der Krankenpflegeschulen die KISS und erhalten so Informationen über Selbsthilfegruppen. Der Ausschuß der Ärztekammer bemüht sich, Informationen über Selbsthilfe in Krankenhäuser zu tragen. Diese Versuche verlaufen aber nur schleppend. In einigen Krankenhäusern können sich bestimmte Selbsthilfegruppen durch Stellwände bekannt machen. Die Selbsthilfegruppen haben aber in Krankenhäusern keine AnsprechpartnerInnen. Wünschenswert wäre es, wenn bei Konzepten der Rehabilitation Selbsthilfegruppen schon im Krankenhaus mitbedacht würden. Das Pflegepersonal steht häufig den Problemen der PatientInnen mit Angst und Abwehr gegenüber. Das ist sicherlich auch in der auf diesem Gebiet unzureichenden Ausbildung begründet.

Das Krankenhaus Alte Eichen ist an einem WHO-Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ beteiligt. Durch eine bestehende Kooperation mit der AOK und der Volkshochschule besteht hier die Möglichkeit, Informationen über Selbsthilfegruppen einzubringen.

Wie können Selbsthilfegruppen Überforderungen und Fehler vermeiden?

In Hamburg bietet die KISS Selbsthilfegruppen eine Gründungsberatung an, d.h., die ersten fünf Sitzungen werden von einer KISS-Mitarbeiterin moderiert. Dabei werden die Gruppen auf wichtige Aspekte hingewiesen, um Fehler und Überforderungen zu vermeiden. Dabei muß sich die Gruppe möglichst schnell über folgendes klar werden:

- Was ist das Ziel?
- Mit welcher Arbeitsweise soll das Ziel erreicht werden?
- Eine Struktur für den Ablauf der Gruppensitzungen schützt und macht arbeitsfähig.
- Wo sind Grenzen? Wieviel Störung und wieviel „Krankheit“ kann ertragen werden?
- Es werden Konflikte auftreten.

Gruppen, die sich selbst gegründet haben und schon länger arbeiten, bietet KISS Erfahrungsaustausch an. Alle Selbsthilfegruppen sollten bestimmte Themen ständig reflektieren:

- die Leiterrolle
- Aktivität und Passivität der Mitglieder
- die Arbeitsform (therapeutisch?)
- Kenntnisse über gruppenspezifische Prozesse
- die Struktur
- Öffentlichkeitsarbeit
- soll Aufklärung oder Beratung durchgeführt werden?

Wie hält KISS Kontakt mit Gruppen?

Einmal jährlich werden alle Gruppen angesprochen, um die „harten und weichen“ Daten zu überprüfen. Erfahrungsaustausch findet auf von KISS organisierten Selbsthilfetagungen statt. Die KISS-Beraterinnen haben teilweise gute persönliche Kontakte. Die Anhörungen in der Ärztekammer und in der BAGS schaffen zusätzliche Kontaktmöglichkeiten. Von Gruppenaufösungen erfährt KISS trotzdem manchmal nur zufällig. KISS steht mit vielen Gruppen in Kontakt, die Leistungen in Anspruch nehmen:

- Räume können zur Verfügung gestellt werden.
- Jede Gruppe kann pro Jahr 1.000 DM aus dem Selbsthilfefonds beantragen.

9. Prävention als Thema von Selbsthilfe

Prävention basiert auf Ursachenerkennung, Früherkennung. Die medizinische Terminologie unterscheidet Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die häufig in Selbsthilfegruppen organisierten Kranken arbeiten mit Tertiärprävention, z.B. die Rheumaliga. In Selbsthilfegruppen gibt es präventive Elemente, z.B. die „Eltern von Kindern im Krankenhaus“ leisten Präventionsarbeit gegen das Hospitalismussyndrom. Es gibt allerdings keine Selbsthilfegruppe, die sich aufgrund von Risikofaktoren gebildet hat, um Primärprävention zu betreiben. Leidensdruck fördert die Motivation entscheidend, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Selbsthilfefzusammenschlüsse, für die Präventionsthemen wie Bewegung und Ernährung relevant sind, haben meistens andere Gründungsmechanismen. Selbsthilfegruppen vermitteln Ressourcen wie Information, soziale Kompetenzen, Artikulation und Durchsetzungsfähigkeit, die prä-

ventiv wirken, auch wenn sich die Gruppen nicht aus diesem Anlaß gegründet haben.

10. Feedback

Es wurde viel Neues gelernt und viele Anregungen gewonnen. Alle Fragen der TeilnehmerInnen wurden ausführlich beantwortet. Die vielen praktischen Beispiele wurden als hilfreich und sehr lebendig erlebt. Aufgrund der begrenzten Zeit konnten nicht alle Aspekte des Themas berücksichtigt werden, es bestand der Wunsch, noch mehr Details zu besprechen. Astrid Estorff-Klee und Alf Trojan haben eine angenehme Arbeitsatmosphäre

hergestellt und wurden als „eingespieltes Team“ empfunden.

Ich möchte abschließend meinen persönlichen Eindruck dieser Arbeitsgruppe darstellen. Die thematische und methodische Offenheit der ModeratorInnen hat einen angeregten Austausch ermöglicht. Eine starre Struktur hätte mir das Protokollieren sicher erleichtert, aber eine so lebhafte Atmosphäre nicht zustande kommen lassen. Die TeilnehmerInnen haben durch das Einbringen eigener Erfahrungen aus der Arbeit im Selbsthilfebereich, z.B. in der Berliner „Selbsthilfeszene“, und durch den Vergleich mit Hamburg das Thema sehr anschaulich werden lassen.

ANDERS ARBEITEN LERNEN Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement

Beitrag von Klaus Scala

Das wissenschaftliche und politische Konzept der Gesundheitsförderung ist ausgerichtet auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit. Diese Voraussetzungen werden wesentlich in und von Organisationen geschaffen. Die Organisationsdimensionen von Gesundheitsförderung rücken international immer mehr ins Zentrum der Diskussion. Diese Tatsache liegt einerseits an der Logik dieses Konzepts und reflektiert andererseits den Erfolg von Gesundheitsförderungsprogrammen und Projekten der letzten Jahre. Gesundheitsförderung ist auf dem Weg, selbst neue Organisationen und Infrastrukturen zu schaffen.

Auf nationaler und internationaler Ebene wurden erfolgreiche Projekte in verschiedenen gesellschaftlichen Feldern, wie Politik, Verwaltung, Wissenschaft, Schule und Selbsthilfe gestartet, die eine wichtige Modellfunktion erfüllen. Die Zuständigkeit für Gesundheit hat den Rahmen der Medizin gesprengt, und zahlreiche neue Akteure sind aufs Feld gekommen: Politiker und leitende Beamte in Stadt- und Regionalverwaltungen, Schuldirektoren, Managerinnen in Wirtschaftsunternehmen, Ärztinnen und Pflegekräfte in leitenden Funktionen von Krankenhäusern.

Die große Bedeutung von Organisationen für Gesundheit und Krankheit ist auf der Ebene von wissenschaftlichen Erkenntnissen und im Alltagsbewußtsein der Menschen gut verankert; weniger bewußt und theoretisch ausformuliert sind die Konsequenzen für die Realisierung von Gesundheitsförderung. Organisationen bestimmen sehr wesentlich die Bedingungen von Gesundheit, und Gesundheitsförderung verlangt daher Veränderungsprozesse in und von Organisationen. Auf diese Einsicht gründet sich der „Setting-Ansatz“, der in unterschiedlichen Gesundheitsförderungsprojekten, initiiert von der WHO, entwickelt wurde und als Basiskonzept für die Realisierung von Gesundheitsförderung dient. Die Entwicklung von „Settings“ für Gesundheit bedeutet, daß wir die Rahmenbedingungen von Gesundheit, die durch Organisationen geschaffen werden, aktiv gestalten müssen. Diese Orientierung erfordert, daß die InitiatorInnen und BetreiberInnen solcher Projekte spezifische Umsetzungsstrategien wählen müssen, die sich radikal von traditionellen, personenbezogenen Gesundheitsprogrammen unterscheiden. Wir sind es gewohnt, Personen und Gruppen anzusprechen, zu motivieren und zu schulen, nicht jedoch Organisationen. Die Etablierung von Gesundheitsförderung bedarf innovativer organisatorischer Lösungen. Es gilt, komplexe Projekte in und zwischen Organisationen zu managen, neue Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen zu gestalten und das Kriterium Gesundheit in die Entscheidungsprozesse etablierter Systeme einzuführen. Diese Entwicklung ist verbunden mit einem wachsenden Bedarf an organisationsbezogenen Qualifikationen. Es gehört zu den notwendigen Kompetenzen von Gesundheitsförderern, die Dynamik von sozialen Systemen besser zu verstehen und Veränderungsprozesse in Organisationen anregen zu können.

Es gilt, das Kriterium Gesundheit in die Entscheidungsprozesse etablierter Systeme einzuführen.

Gesundheit braucht neue Förderer

Wenn man an die Professionen und Institutionen denkt, die für die Gesundheit zuständig sind, so fallen einem zunächst Berufe wie Arzt oder Krankenschwester und Einrichtungen wie Krankenhäuser ein. Doch ist man sich auch bewußt, daß der eigene Lebensstil einen großen Einfluß auf die Gesundheit hat. Ob man raucht und wieviel Alkohol man konsumiert, wie man sich ernährt und ob man Sport betreibt und in welchem Ausmaß, alle diese Momente sind in ihrer Bedeutung bekannt, und jeder einzelne ist sich diesbezüglich über seine eigene Verantwortung für seine Gesundheit im klaren. Auch das Spektrum der dazugehörigen Berufe erweitert sich: Ernährungsexperten, Sportlehrer, Masseur u.a.

In zunehmendem Maße erkennt man jedoch jenseits dieser Faktoren innerhalb der persönlichen Lebensgestaltung die Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, die Qualität von Wasser und Luft, Lärm, der Einsatz von Chemikalien in Landwirtschaft und Industrie. Diese Perspektive erweitert sich bei näherem Hinsehen noch um die Bedeutung der sozialen Umwelt. Die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken unter den verschiedenen sozialen Gruppierungen geben deutlich Auskunft, in welchem hohem Maße Gesundheit und Krankheit von den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung sowie von ihren Gewohnheiten und Einstellungen abhängig sind.

Die Menschen wissen über diese Vielfalt der Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, Bescheid, über die biologischen Anlagen, den Lebensstil, die Qualität der Krankenversorgung und die physische und soziale Umwelt. Dennoch herrscht in der Gesellschaft die Einstellung vor, daß Gesundheit in erster Linie das Geschäft von Ärzten und Pflegeberufen bzw. der Organisationen, in denen diese arbeiten, ist. Andere Berufe und Organisationen, die ganz offensichtlich Gesundheitsbedingungen schaffen, haben jedoch das Gesundheitsthema nicht in ihrem Repertoire.

Das politisch und wissenschaftlich Neue am Konzept der Gesundheitsförderung ist die Betonung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit. Es wendet sich daher nicht in erster Linie an Einzelpersonen, sondern die wesentlichen Anstrengungen richten sich auf die Veränderung und Gestaltung der physischen und sozialen Umwelt der Menschen. Sicherlich ist der einzelne für seine Gesundheit verantwortlich, sie ist ein sehr persönliches Gut, es geht immer um jemandes Gesundheit. Da jedoch Lebens- und Arbeitsbedingungen so ausschlaggebend sind für die Gesundheit, hat der einzelne nur beschränkte Möglichkeiten, für eine gesunde Lebensweise zu sorgen.

Will man diese Möglichkeiten erweitern, so wird die erste Aufgabe darin bestehen, Organisationen und Kommunen im Sinne der Gesundheit weiterzuentwickeln. Gesundheitsförderung wird so zur Kunst, in sozialen Systemen zu intervenieren und sie in ihrer Entwicklung als gesunde Umwelt für den Menschen zu unterstützen. Der „Setting-Ansatz“ und seine Umsetzung in Gemeinden, Betrieben, Schulen und Krankenhäusern ist die prakti-

sche Anwendung dieses Konzepts. Dazu braucht es jedoch entsprechendes Know-how in Organisationsentwicklung.

Das Verbreiten von guten Ideen und Bewußtseinsbildung allein wird Organisationen und komplexe soziale Systeme nicht verändern; Veränderung kann nur Fuß fassen, wenn Ideen und Bewußtsein ihren Ausdruck in der Etablierung neuer organisatorischer Einheiten, Infrastrukturen und Berufsrollen finden. Gesundheitsförderung muß ein integrierter Teil der Organisationen werden. Das verlangt Investitionen in die Entwicklung von Berufsrollen und der Gesundheitsförderung eindeutig zuordenbare Infrastrukturen. Die dazu erforderlichen Qualifikationen wurden bislang weit unterschätzt. Dieses Papier entfaltet die Dimensionen professioneller Arbeit für Gesundheitsförderung als gezielte Tätigkeit zur Veränderung sozialer Systeme.

Protokoll von Britta Schmitt

1. Konzepte von Gesundheitsförderung werden in Organisationen gemacht

Wir leben in einer Welt von spezialisierten Organisationen, die notwendig sind zur Lösung von gesellschaftlichen Problemen und Aufgaben. Organisationen sind wichtige physische und soziale Umwelten des Menschen und dadurch Gesundheitserzieher Nr. 1.

Bisher wurde das Thema Gesundheit fast ausschließlich dem bestehenden Gesundheitssystem zugewiesen. Dieses reagiert jedoch in erster Linie auf Krankheiten und leistet somit keine Gesundheitsförderung. Gesundheit wird vielmehr außerhalb des Gesundheitssystems, z.B. in Erziehung, Familie, Politik, Wirtschaft etc. geschaffen.

2. Gesundheitsförderung braucht Organisationsentwicklung

Gesundheitsförderung ist notwendig ein Eingriff in soziale Systeme mit der Absicht, diese zur Veränderung zu veranlassen. Gesundheitsförderung braucht daher ein fundiertes Wissen über Organisationsentwicklung.

Hierbei sind die Prinzipien der systemischen Organisationsentwicklung zu beachten:

- Es ist stets das gesamte System einzubeziehen.
- Die Entwicklung von Personen und Strukturen muß beachtet werden.
- Es muß eine Balance von Bewahren und Verändern gehalten werden, da sonst bei den Beteiligten zu große Widerstände auftreten können.

Gesundheitsförderung muß an die bestehenden Probleme einer Organisation anschließen können, um individuelle Lösungen zu erarbeiten. Fertige Konzepte eignen sich nicht. Durch gesund-

heitsfördernde Maßnahmen werden nicht nur innerbetriebliche Entwicklungen ausgelöst, sondern es werden auch die Beziehungen der Organisation zu ihrer Umwelt umgestaltet.

3. Berufliche Rollen von GesundheitsförderInnen

Da soziale Systeme nicht nach linearen Wenn-dann-Prinzipien funktionieren, also nicht vorhersehbar reagieren, werden für die Gesundheitsförderung berufliche Rollen mit sozialen Kompetenzen (z.B. Projektmanagement) gebraucht. GesundheitsförderInnen sind in den Rollen von ExpertInnen, PädagogInnen und „Change Facilitators“ (Personen, die den Wandel innerhalb des Betriebes unterstützen, z.B. OrganisationsentwicklerInnen) zu finden.

Fallbeispiel: Anders arbeiten lernen

Erhebung

Die Fallbringerin war Leiterin des Fachbereichs Gesundheit an einer Volkshochschule. Durch allgemeine Umstrukturierungsmaßnahmen während der vergangenen zwei Jahre (Neueinführung von EDV, eigene Budgetplanung im Fachbereich selbst, Bildungsplanung und -controlling etc.) war es der Fallbringerin nicht mehr möglich, alle anfallenden Tätigkeiten innerhalb ihrer Arbeitszeit zu bewältigen. Sie klagte über mangelnde Freizeit und fehlende Ruhe. Positiv bewertete sie den großen Gestaltungsspielraum, der ihr als Fachbereichsleiterin eingeräumt wird, die flexible Arbeitszeit und die Möglichkeit, MitarbeiterInnen selbstständig auszuwählen.

Problemdefinition durch die TeilnehmerInnen

Nach der Erhebungsphase wurden Hypothesen zur Problemdefinition von den AG-TeilnehmerInnen angefertigt. Als Hauptproblem erschienen die

mangelnden Prioritäten bei der Fallbringerin, begleitet von

- zu wenig Delegation (incl. Verantwortung)
- Überidentifikation und Zuständigkeit für alles
- keine innere Klarheit
- mangelnde Abgrenzung der Privatperson gegenüber der Arbeitsstelle
- keine klare Stellenbeschreibung
- unklar definierte Arbeitsbeziehung zum VHS-Leiter
- Doppelrolle von Fachbereichsleiterin und stellvertretender Direktorin.

An dieser Stelle wurde ein Hauptproblem von Bildungseinrichtungen deutlich: Der überwiegende Teil der diagnostizierten Probleme der Fallbringerin waren Probleme der Organisation selbst. Die mangelnde Prioritätensetzung auf Seiten der Organisation (keine Entscheidungen über Außenkontakte, keine Arbeitsplatzbeschreibungen, Konflikt zwischen Qualität und Quantität etc.) wird an die Beschäftigten weitergegeben. Typisch für Bildungseinrichtungen ist dieses Problem insofern, als hier das Individuum im Zentrum der Bemühungen steht. Es ist daher kein Zufall, daß die Probleme der Fallbringerin von den TeilnehmerInnen individualisiert wurden.

Resümee

Besonders eindrucksvoll zeigte sich am bearbeiteten Fallbeispiel, daß auch Beschäftigte im Bereich Gesundheitsförderung zur Selbstüberforderung neigen und leicht die Balance zwischen beruflichem Engagement und Privatleben verlieren. Zentrale Erkenntnis war für mich, daß gerade in Bildungseinrichtungen die Probleme, die in Organisationen durch fehlende Zielsetzungen, unzureichende Gesamtkonzepte, ungenau definierte Arbeitsstellen etc. auftreten, dem Individuum zugeschrieben werden, welches jedoch mit deren Lösung hoffnungslos überfordert ist.

Die mangelnde Prioritätensetzung auf Seiten der Organisation wird an die Beschäftigten weitergegeben.

GESUNDHEITSFÖRDERNDE VOLKSHOCHSCHULE Menschen und Strukturen in Bildungseinrichtungen

Thesen von Beate Blättner und Jürgen Dege

Gesundheitsförderung fragt nach Orten, an denen Gesundheit hergestellt wird (Setting-Ansatz). Ausgangspunkt ist die Überzeugung, daß Gesundheit in den Orten des Alltagshandelns von Menschen hergestellt wird. Die Institution, der Arbeitsplatz ist dabei ein wesentlicher Ort, weil wir dort viel und besonders wichtig genommene Zeit unseres Lebens verbringen.

Der Verlauf und die Auswertung verschiedener Projekte in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung weisen darauf hin, daß Bedingung zur erfolgreichen Umsetzung von solchen Projekten eine Organisationsentwicklung innerhalb der Institution ist.

Eine Einrichtung, die sich nicht selbst intern um Gesundheitsförderung bemüht, kann kaum und nur mit zusätzlichen Anstrengungen Gesundheitsförderung als Dienstleistung erbringen. Lernprozesse in Richtung Gesundheit müssen nicht nur Lernprozesse von Individuen und Gruppen sein, sondern meinen auch Lernprozesse von Organisationen. In diesem Sinn geht es darum, in der Bildungsinstitution selbst exemplarisch den Lernprozeß der eigenen Organisation zu gestalten.

Eine gesundheitsfördernde Volkshochschule ist eine, die die MitarbeiterInnen der Institution qualifiziert, Gesundheitsförderung besser vermitteln zu können, die als Einrichtung für ihre MitarbeiterInnen und NutzerInnen selbst gesundheitsfördernd ist, die Gesundheitsförderung in der Region anregen kann, indem sie Angebote entwickelt, die die fünf verschiedenen Ebenen der Ottawa-Charta (Individuum, Gruppe, Organisation, Gemeinwesen und Gesellschaft) in Richtung Gesundheitsförderung miteinander vernetzen und für Gesundheitsförderung qualifizieren.

Gesundheitsförderung durch die Institution Volkshochschule kann für die einzelnen Gruppen von Betroffenen unterschiedlich aussehen. Gesundheitsförderung aus Sicht der NutzerInnen (der Teilnehmenden), der KursleiterInnen (Honorarkräfte), der pädagogisch Planenden (Leitung und MitarbeiterInnen), der Verwaltungskräfte (SachbearbeiterInnen, Hausmeister etc.) kann sogar widersprüchlich sein. Eine Einrichtung, die nur für eine der Gruppen gesundheitsfördernd ist (möglicherweise sogar auf Kosten anderer Gruppen) wird instabil sein und schafft vielleicht sogar zusätzliche Probleme. Auch die Außenwahrnehmung der Institution (wie anerkannt ist die Volkshochschule, wie ist sie in die regionale Struktur eingebunden, welches Image hat die Tätigkeit für die einzelnen MitarbeiterInnen) trägt zur Gesundheitsförderung bei. Teil

von Gesundheitsförderung ist der Aushandlungsprozeß aller Beteiligten. Das Erleben, daß diese Bedingungen beeinflussbar sind, fördert Gesundheit.

Gesundheit und Krankheit werden am Arbeitsplatz durch die verschiedensten Faktoren beeinflusst:

- ökologisch: Schadstoffe aus Büromobiliar und -material, aus Wänden, Fußböden, Klimaanlage oder: angenehme Atmosphäre in den Räumlichkeiten, die Wohlbefinden bewirkt, Raumlicht/Farbe
- körperlich: Sitzhaltung durch nicht-ergonomische Einrichtung, häufiges Sitzen, Sehbela-stung durch Bildschirmarbeitsplätze bzw. Licht-verhältnisse, einseitige Belastung durch extremes Training als Kursleitung im Bewegungs-be-reich oder: ergonomische Arbeitsplätze, aus-gleichende Entspannungs- und Bewegungs-möglichkeiten
- psychisch: Unterforderung oder Überforde-rung, Unklarheiten in der beruflichen Existenz oder: Gestaltungs- und Einflußmöglichkeiten, Sinnhaftigkeit in der Tätigkeit erkennen können
- sozial: Mobbing oder: Anerkennung durch Vor-gesetzte, soziale Unterstützung durch KollegIn-nen.

Für die Frage, wie Gesundheit hergestellt wird, ist das subjektive Erleben der eigenen Einfluß-möglichkeiten auf die Bedingungen von entschei-dender Bedeutung.

D.h., wichtiger als die Frage nach dem objektiven Schadstoffgehalt kann die Frage sein, ob das Fen-ster geöffnet werden und frische Luft einströmen kann. Zentral ist die eigene Einschätzung, ob die Zumutungen und Anforderungen, mit denen sie konfrontiert sind, als vorhersehbar und einord-nungsfähig erlebt werden, ob Chancen der Ein-flußnahme auf Entwicklungen erkannt werden und ob ein Wissen um die Möglichkeiten, unter diesen Bedingungen individuelle und kollektive Ziele an-zustreben und zu erreichen, existiert (Kohärenz-sinn). Die Menschen stehen bei der Veränderung der Strukturen deshalb im Zentrum.

Ziel der gesundheitsfördernden Organisationsent-wicklung ist insgesamt:

- Empowerment oder Partizipationsstrukturen zu ermöglichen
- Gesundheitspotentiale und Gesundheitskom-petenzen der MitarbeiterInnen und der Nutzer-Innen durch unmittelbare Verbesserung der Ar-beitsbedingungen zu erhöhen
- einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheit-lichen Chancengleichheit zu leisten
- Imagegewinn und veränderte Stellung der Ein-richtung im regionalen Raum, z.B. durch Koope-ration.

Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist ein Prozeß, dessen unbedingte Voraussetzung Kommunikationsstrukturen sind, die eine Verständigung der Beteiligten ermöglichen.

Emotionale Barrieren, unausgesprochene Vorbe-halte sind zentrale Hindernisse in diesem Prozeß. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist in diesem Sinne auch nicht abschließbar.

Für gesundheitsfördernde Organisationsverände-rung ist es notwendig, nach einer Verbindung zwi-

schen dem Ziel Gesundheit mit dem primären Ziel der Organisation zu suchen.

Primäres Ziel der Volkshochschule ist die Bildung Erwachsener. Wir vermuten, daß beide Ziele sehr viele Gemeinsamkeiten haben, daß sich aber auch Widersprüche auf tun können.

Eine Veränderung einer Organisationsstruktur muß grundsätzlich mit einer Bestandsaufnahme, einer Diagnose auch durch die Beteiligten selbst, beginnen, deren zentraler Inhalt die subjektive und emotionale Sichtweise der Betroffenen ist.

Zehn Schritte zur Verankerung einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung an der Volkshochschule

1. Schritt: Werbung für die Idee und Suche nach Verbündeten

Ein Organisationsentwicklungsprojekt braucht Ideenträger und engagierte Personen. Es braucht aber auch die Beteiligung der Betroffenen. Das erste Ziel ist es, Begeisterung für die Idee aufzuspüren, die Überzeugung zu vermitteln, daß Veränderung auf diesem Wege möglich ist. Bedenken müssen ebenfalls ernstgenommen werden. Keine der Betroffenengruppen darf von der Idee ausgeschlossen sein. Der Versuch einer Verankerung ausschließlich von oben (über die VHS-Leitung) ist ebenso fatal wie die mangelnde Beteiligung der Leitung. Die Institution muß sich bewußt für die Projektdurchführung entscheiden.

2. Schritt: Verankerung eines Projektes

„Sag mir, wie ein Projekt beginnt, und ich sage dir, wie es endet“. Ein falsch begonnenes Projekt kann die Gesundheitsförderung an der eigenen Institution für Jahre behindern. Für die Durchführung eines Organisationsentwicklungsprojektes muß eine eigene Struktur innerhalb der Institution geschaffen werden, die eine Beteiligung aller Betroffenen sicherstellt. Kompetenzen müssen klar definiert werden. Ein Projekt braucht die Entscheidungsebene (VHS-Leitung/Verwaltungsleitung), Betroffene aus den verschiedenen Gruppen, den Betriebsrat/Personalrat, fachlich kompetente Personen, „Beziehungskapital“ (z.B. die Beteiligung des Beirats, der auch die politische Verankerung gewährleisten muß). Ein Projekt braucht eine Projektleitung (Steuerung) mit einer klaren Funktion und Kompetenz. Eine von außen hinzugeholte Beratung mit genügend Projekterfahrung, Organisationskenntnis und Fachkenntnis ist hilfreich. Die Projektstruktur liegt quer zu den üblichen (Hierarchie-)Strukturen.

3. Schritt: Analyse, Expertendiagnose und Diagnose durch die Betroffenen

Ein Projekt beginnt mit der Analyse der Probleme. Hierzu sind sowohl allgemeinere fachliche Aussagen sinnvoll und notwendig als auch eine „Gesundheitsberichterstattung“ in der Institution. Unverzichtbar ist eine Befragung der Betroffenen, denn sie sind die ExpertInnen ihrer gesundheitlichen Belange. Unterschiedliche Diagnoseverfahren, z.B. Gruppeninterview oder Diagnoseworkshops, kommen dafür in Frage. Die unausgesprochenen Probleme sind meistens die spannendsten, erfordern also bewußte Aufmerksamkeit. Ziel

ist es, daß das System lernt zu diagnostizieren. Es gibt keine Diagnose ohne Vorgeschichte.

4. Schritt: Klar abgegrenzte Ziele

Viele Projekte der Gesundheitsförderung leiden darunter, daß ihre Ziele zu unklar, zu allgemein und zu umfassend sind. Aus der Diagnose müssen im nächsten Schritt klare Prioritäten und Teilziele formuliert werden, die die Abgrenzung einzelner, klarer Ziele ermöglichen.

5. Schritt: Festlegung der Ressourcen

Projekte brauchen eine klare Zeitplanung, die kontinuierlich verändert werden muß, und eine klare Aussage über die zur Verfügung stehenden Ressourcen, einschließlich der Zeitressourcen der beteiligten Personen. Sie brauchen gleichzeitig genug Flexibilität, sich auf unvorhersehbare Entwicklungen im Projektverlauf einzustellen, die in jedem Projekt entstehen und die zwingend berücksichtigt werden müssen.

6. Schritt: Subprojekte gründen

Die Komplexität von Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung muß meist durch kleine abgrenzbare Subprojekte bewältigbar gemacht werden. Gleichzeitig ist eine regelmäßige Kontrolle notwendig, ob die Teilprojekte innerhalb des Gesamtprojektes noch als prioritär angesehen werden. Es sollten keine Subprojekte begonnen werden, die innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes nicht umgesetzt werden können, da sonst die Entmutigung der Engagierten das Gesamtprojekt gefährdet. Es dürfen auch nicht mehr Subprojekte gleichzeitig durchgeführt werden, als die Organisation verkraften kann. Bei kleineren und mittelgroßen Volkshochschulen ist dies möglicherweise nur ein Subprojekt. Kleinere Organisationen haben andererseits den Vorteil, daß die Kommunikationswege kürzer sind.

7. Schritt: Umsetzung von Teilzielen

Teilziele sollten zügig, sorgfältig und unter Beteiligung aller Betroffenen umgesetzt werden. Organisationsentwicklung braucht die Bestätigung, daß die begonnenen Projekte nicht unrealistisch sind. Initiative und Verantwortung müssen bei den Beteiligten liegen.

8. Schritt: Evaluation und Dokumentation des Projektes als Prozeß

Die Projektdokumentation ist ein Teil der unten genannten Transparenz und gleichzeitig Bedingung für die Evaluation. Die Evaluation muß Fragen nach der Angemessenheit der anvisierten Modelle für die Problemlösung, nach der Realisierbarkeit, Effektivität und Effizienz beantworten. Evaluation muß als Prozeßevaluation verstanden werden, die es ermöglicht, kontinuierlich hinzulernen und Vorhaben zu verbessern, auch um die nächsten Schritte und Projekte anzuschließen.

9. Schritt: Zielüberprüfung und Neufestlegung der Ressourcen

Kein Projekt kann sein Ergebnis vorwegnehmen. Eingriffe in komplexe Systeme, wie Organisationen sie darstellen, sind in ihrer Wirkung immer nur begrenzt vorhersagbar. Dies macht Überprüfung und Korrekturen notwendig.

Das Bader-Ehnert-Kommando



10. Schritt: Transparenz und regelmäßige Ergebnisdarstellung nach innen und außen

Der Erfolg eines Projektes bemisst sich an der darüber intern und extern hergestellten Öffentlichkeit, denn gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung soll ja auch die Identifikation mit der Institution, die Arbeitszufriedenheit und das Image der Institution verbessern. Projekte haben generell das Ziel, das nächste Projekt besser beschreiben zu können.

Protokoll von Anja Frerichs

Der Workshop „Gesundheitsfördernde Volkshochschule“ begann mit einer Vorstellungsrunde unter der Fragestellung „Was macht mich an meiner Arbeit gesund?“. Die Arbeitsgruppe umfaßte zwanzig TeilnehmerInnen, hauptsächlich hauptamtliche pädagogische MitarbeiterInnen und LeiterInnen von Volkshochschulen. Diese Sicht auf gesundheitsfördernde Elemente der Arbeit erschien zunächst ungewohnt, spontan fielen eher die mit der Arbeit verbundenen Belastungen ein.

Als gesundheitsfördernde Aspekte wurden u.a. genannt:

- Spaß an der Arbeit
- die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten auszubauen
- relativ flexible Arbeitszeiten
- eine Art innerer Freiheit, sich in der Arbeit Vergnügen zu schenken (durch 5 Minuten Musik, eine Tasse Kaffee ...)
- Platz für Kreativität
- Möglichkeit zur positiven Einflußnahme
- nette KollegInnen.

Beate Blättner gab mit dem Referat „Thesen zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“ (siehe oben) den theoretischen Einstieg in das Thema.

In der sich anschließenden Diskussion wurden die deutlich gemachten Zusammenhänge zwischen Leben und Arbeit, Zusammenarbeit und Entstehung eines positiven Arbeitsgefühls für besonders wichtig gehalten. Fragen nach den Verwirklichungsmöglichkeiten und dem Geltungsbereich der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung an der Volkshochschule („Bin ich als Kursleiterin damit auch gemeint?“) tauchten auf. Organisationsentwicklung dient in erster Linie der Optimierung von Arbeitsabläufen. In diesem Zusammenhang wurde sehr kritisch hinterfragt, ob sie nicht automatisch zu mehr Kontrolle und immer geringer werdenden Spielräumen in der Arbeit führt.

Probleme bei der Umsetzung von Organisationsentwicklung (OE) in der Volkshochschule

- Bevor der Veränderungsprozeß begonnen werden kann, müssen bei den MitarbeiterInnen ein Bewußtsein und die Bereitschaft für eine OE entstehen.

- OE bringt Unruhe in den Betrieb, „der Laden wird aufgemischt“.
- Die Volkshochschule ist eingebettet in andere Systeme, Veränderungen werden dadurch erschwert.
- Unklar ist, wer durch den Prozeß gewinnt und wer verliert.

Wie im Eingangsreferat deutlich wurde, muß die Veränderung einer Organisationsstruktur mit einer Bestandsaufnahme, einer *Diagnose*, beginnen. Es ist also notwendig, sich ein Bild der Organisation zu machen. Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe wurden aufgefordert, dieses wörtlich zu nehmen und ein Bild von dem allen bekannten System des Kongresses zu malen. Mit Hilfe dieser Methode sollte der Prozeß begonnen werden, die Diagnose eines Systems zu erstellen.

In einem nächsten Schritt wurde in Kleingruppen nach einer vorgegebenen Fragestellung über die entstandenen Bilder gesprochen. Dabei wurde deutlich, daß die Bilder des gleichen Systems sehr verschieden ausfielen und daß jedes Bild von den TeilnehmerInnen unterschiedlich interpretiert wird. Gleichzeitig kamen Gedanken und Gefühle zum Thema des Kongresses und der Arbeitsgruppe zum Ausdruck.

Ergebnisse des anschließenden Plenumsgesprächs

- Die Diagnose eines Systems gibt es nicht.
- Die Beschreibung des Systems gehört zum Veränderungsprozeß, sie macht individuell unterschiedliche Sichtweisen transparent und gewährleistet die Beteiligung aller von der Veränderung Betroffenen.
- Diagnoseverfahren sind der Versuch, sich über unterschiedliche Sichtweisen zu verständigen.
- Bilder sind eine Möglichkeit, einen Diagnoseprozeß zu beginnen. Sie spiegeln die aus der OE nicht wegzudenkenden, am Arbeitsplatz vorhandenen Emotionen wider und zeigen, daß es immer mehrere Bilder einer Organisation gibt.
- Schon die Diagnose soll den Veränderungsprozeß in Gang bringen.
- Externe Fachleute können bei der Diagnoseerstellung helfen, sie sollten den Einstieg in interne Veränderungsprozesse moderieren.

Im nächsten Schritt sollten anhand eines Fallbeispiels mögliche Probleme eines Veränderungsprozesses erarbeitet werden. Konstruiert wurde der Fall von Frau Schmidt (Sekretärin) und Herrn Meier (Mitarbeiter der Personalabteilung). Herr Meier besucht ein Fortbildungswochenende zu dem Thema „Ergonomie am Arbeitsplatz“. Begierig, die neu erworbenen Erkenntnisse in die Tat umzusetzen, räumt er am Montagmorgen Frau Schmidts Büro nach ergonomisch sinnvollen Gesichtspunkten um. Sobald er ihr Büro verlassen hat, bringt Frau Schmidt, keineswegs einverstanden mit den eigenmächtigen Aktivitäten ihres Vorgesetzten, mit Hilfe einer Kollegin ihren Arbeitsplatz wieder in den altvertrauten Zustand.

Der Frage nachgehend, was hier eigentlich „schief gelaufen“ war, wurden sich die TeilnehmerInnen schnell darüber einig, daß die Kommunikationsstrukturen zwischen Frau Schmidt und Herrn Meier gestört sind. Frau Schmidt wurde einfach etwas übergestülpt, wogegen sie sich natürlich wehrte. Es stellte sich die Frage, wieso Herr Meier an der Fortbildung teilgenommen hatte. Wurde er von Vorgesetzten hingeschickt, oder hatte er ein persönliches Interesse? Ein Austausch zwischen Herrn Meier und Frau Schmidt hätte das Einbeziehen der Interessen von Frau Schmidt ermöglicht. Vorabinformation über die Teilnahme von Herrn Meier an einer solchen Fortbildung hätte dazu führen können, daß Frau Schmidt neugierig auf die Ergebnisse gewesen wäre, sie hätte vielleicht schon in den „Startlöchern“ gestanden. Eine Grundvoraussetzung für einen Veränderungsprozeß wäre in diesem Fall eine Verbesserung der Kommunikationsstrukturen.

Fazit: Um längerfristig und sinnvoll Strukturen zu verändern, reicht es nicht, MitarbeiterInnen zu Fortbildungen zu schicken. Es ist notwendig, in „größeren Kreisen“ zu denken: Überlegungen anzustellen, wo mit Veränderung begonnen werden kann, Klarheit zu gewinnen, wer Veränderung möchte (Suche von Energieträgern), wer gegen Veränderung ist (Widerstände).

Im letzten Teil des Workshops ging es um Widerstände. Jürgen Dege erläuterte vier Grundsätze von Widerstand.

„Widerstand“ – vier Grundsätze

1. Es gibt keine Veränderung ohne Widerstand!

Widerstand gegen Veränderungen findet immer statt, ist alltäglich und muß gepflegt werden. Wenn bei einer Veränderung keine Widerstände auftreten, bedeutet dies, daß von vornherein niemand an ihre Realisierung glaubt. Nicht das Auftreten von Widerständen, sondern deren Ausbleiben ist Anlaß zur Beunruhigung!

2. Widerstand enthält immer eine „verschlüsselte Botschaft“!

Wenn Menschen sich gegen etwas sinnvoll oder sogar notwendig Erscheinendes sträuben, haben sie irgendwelche Bedenken, Befürchtungen oder Angst. Die Ursachen für Widerstand liegen im emotionalen Bereich!

3. Nichtbeachtung von Widerstand führt zu Blockaden!

Widerstand zeigt an, daß die Voraussetzungen für ein reibungsloses Vorgehen im geplanten Sinne nicht bzw. *noch nicht* gegeben sind. Verstärkter Druck führt lediglich zu verstärktem Gegendruck. Besser: Denkpause einschalten – nochmals über die Bücher gehen!

4. Mit dem Widerstand, nicht gegen ihn gehen!

Die unterschwellige, emotionale Energie muß aufgenommen, d.h. zunächst einmal ernstgenommen

und sinnvoll kanalisiert werden. Die Kunst im Umgang mit dem Widerstand heißt „Judo“!

- (1) Druck wegnehmen (dem Widerstand Raum geben)
- (2) Antennen ausfahren (in Dialog treten, Ursachen erforschen)
- (3) Gemeinsame Absprachen (Vorgehen neu festlegen)

Anschließende Diskussionspunkte

- Widerstand muß nicht immer nur aus dem emotionalen Bereich kommen, er kann auch kognitiv durchdacht sein.
- Man kann auch bewußt Widerstand erzeugen, um etwas Bestimmtes zu erreichen. Widerstand innerhalb einer Hierarchie gibt es sowohl von unten nach oben als auch umgekehrt.
- Es gibt verschiedene Formen von Widerstand, Krankheit ist eine davon.

Als besonderes Problem im Umgang mit Widerständen wurde die Unterscheidung der Sach- und Beziehungsebene gesehen.

Beispiel: Eine Veränderung wird von einem Mitarbeiter nicht wegen der Sache abgelehnt, sondern weil sie von jemandem befürwortet wird, den er nicht mag. Wie sind Widerstände, die aufgrund von Beziehungsproblemen auftreten, zu lösen?

Ansatz: Die Aussage: „Wir müssen erstmal die Beziehungsebene klären“, ist eine bekannte Widerstandsform gegen Veränderungen. Eine endlose Diskussion von Beziehungsproblemen sollte jedoch vermieden werden. Es reicht vielleicht, Beziehungswiderstände im Sinne von „wir können eigentlich nicht miteinander“ zu betrachten, um dann eine sachliche Lösung zu finden.

Wesentlich für die Veränderung innerhalb einer Organisation ist, die Aufmerksamkeit auf das eigentlich Vorhandene zu lenken. Es gibt kein Patentrezept für Organisationsentwicklung, sondern jedes System muß seinen eigenen Weg finden.

Der Workshop endete mit einer Feedback-Runde. Die TeilnehmerInnen äußerten sich sehr zufrieden zu dem Verlauf der Arbeitsgruppe. Die anfänglich etwas skeptisch beurteilte Methode, ein Bild eines Systems zu malen, wurde im nachhinein als lehrreich und bereichernd gesehen. Besonders gelobt wurden die klare Struktur der Sitzungen und die gelungene Leitung und Zusammenarbeit von Beate Blättner und Jürgen Dege.

Persönlich möchte ich noch anmerken, daß mir die Einheit von Vermitteltem und Art der Vermittlung besonders gut gefallen hat. Wie für die Organisationsentwicklung gefordert, ermöglichten die gewählten Methoden und die Art der Moderation eine Beteiligung der TeilnehmerInnen an der Entwicklung der Inhalte. In der Art des Umgangs mit den in der Arbeitsgruppe auftretenden Widerständen drückte sich diese Einheit ebenfalls aus.

Wigbert Zelfel



VON MENSCH ZU MENSCH

Soziale Unterstützung als Prinzip von Gesundheitsbildung

Thesen von Angela Kettler

Was verstehe ich unter dem „ganzheitlichen Ansatz“? Die schnelle Antwort ist: „Die Beteiligung von Körper, Geist und Seele“. Die nächste Frage ist: „Wie geht denn das?“

In der Heilpädagogik verstehen wir darunter handlungsbezogenes Lernen und in erster Linie Bewegungs-, Ausdrucks-, Wahrnehmungs- und Kommunikationsförderung. Diese vier Fähigkeiten stehen in einem unauflöslichen Wechsel- und Abhängigkeitsverhältnis zueinander. So gibt es beispielsweise enge Verbindungen zwischen Gehör- und Bewegungssinn einerseits sowie zwischen den sensorischen und motorischen Verarbeitungszentren auf den verschiedenen Ebenen des Gehirns, wobei sowohl die Bedeutung des Hörens für die Bewegung als auch die der Bewegung für das Hören deutlich wird.

Wir sprechen in diesem Zusammenhang von Sensomotorik. Der bekannte Motologe E. J. Kiphard unterscheidet entwicklungsgeschichtlich vier Ebenen, auf denen sich die Integration der Bewegung in menschliches Leben vollzieht.

Die *neuromotorische* Ebene bezieht sich auf die unwillkürliche Bewegung auf der Basis von Reiz und Reaktion. Die *sensomotorische* Ebene bezeichnet die unlösliche Verbindung zwischen sensorischem und motorischem System, zwischen Sinneseindruck und Bewegungsantwort, die die willkürliche, gezielte Bewegung ermöglicht. Auf der *psychomotorischen* Ebene vollzieht sich die Integration der Bewegung mit Stimmungen, Gefühlen, Assoziationen, Willensakten und Kognitionen. Die *soziomotorische* Ebene meint die Einbettung von Bewegung in soziale und kommunikative Zusammenhänge.

Wenn ich die menschliche Lernfähigkeit voll ausnutzen möchte, muß ich die beschriebenen Zusammenhänge beachten und alle Erlebnisdimensionen als „Kanäle“ bei meiner Unterrichtsplanung berücksichtigen.

Die *sensomotorische* Dimension (Verbindung von Wahrnehmung und Bewegung) ist dabei unverzichtbare Basis. Die *affektive* Dimension ist gekennzeichnet durch das Merkmal „psychische Nähe“ (man ist angerührt, es geht einem nahe), man verspürt den Drang nach Teilhabe. Die *kognitive* Dimension (Reflexionen und Assoziationen) ermöglicht es, Geistiges zu verinnerlichen und sich somit anzueignen. Die *soziale* Dimension erschließt die Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten und die aktive Teilhabe am Leben der Gemeinschaft.

Wer sich nicht bewegt, spürt die Fesseln nicht!

Protokoll von Anja Ostrowski

Die Arbeitsgruppe begann mit einem Bewegungsspiel, welches die Möglichkeit bot, sich von Mensch zu Mensch zu begegnen. Das Spiel galt als Einleitung und sollte als praktisches Beispiel den „ganzheitlichen Ansatz“ verdeutlichen. Alle TeilnehmerInnen waren sich einig, daß eine Ansprache aller drei Ebenen, nämlich Körper, Geist und Seele, die Aufnahme von Bildungsinhalten erhöht. Das Einbeziehen von Geist und Seele bietet mehr Zugangsmöglichkeiten, wie die unterschiedlich dargestellten Erfahrungen der Anwesenden zeigten. Speziell in der Gesundheitsbildung reicht der Zugang über die kognitive Ebene allein nicht aus, um den Menschen zu erreichen.

1. Was passiert in den Kursen der Gesundheitsbildung?

- Ausgehend von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis erfolgt Lernen auf der kognitiven, der emotionalen und der Handlungsebene.
- Aus dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis folgt eine ganzheitliche Körpererfahrung. Daraus resultiert die Möglichkeit, sowohl Bewußtwerdungsprozesse anzuregen als auch Spaß und Freude zu vermitteln.
- Durch die Maxime der Teilnehmerorientierung werden die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen berücksichtigt und als Ausgangspunkt inhaltlicher Gestaltung genommen. Entgegen den von Experten angenommenen Bedürfnissen, Wünschen und Problemen wird hier eine Wirklichkeitsnähe besonderer Art geschaffen, was große Motivationen auf Seiten der TeilnehmerInnen ergibt.
- Selbstbestimmtes Handeln kann nur durch einen weitgehenden Verzicht auf Leiten (seitens der Kursleitungen) erreicht werden, welches wiederum langfristige Erfolge in Bezug auf das individuelle Gesundheitsverhalten ermöglicht.
- Unterschiedlichste Personen werden durch ihre Gemeinsamkeiten zu einer Gruppe und entwickeln ein starkes Wir-Gefühl als Voraussetzung für solidarisches Handeln und Gegenseitigkeit (auch in Bezug auf Hilfe geben und nehmen).
- Teilnehmerorientierte Einzel- und Gruppenarbeit erfordert die Mitbestimmung der TeilnehmerInnen bezüglich der Gruppenprozesse.

In Kleingruppen wurde nach einer Vorstellungsrunde über folgende These diskutiert:

„In der Volkshochschule suchen wir neben Bildung besonders die Einbettung in ein soziales Gefüge. Das Thema ist oft Nebensache. Die Bedürfnisse der Gruppe haben Priorität, die Stoffvermittlung muß dahinter zurückstecken.“

2. Welche Methoden finden sich vorwiegend in der Gesundheitsbildung?

- Lernmöglichkeiten bieten: Selbsterfahrung und -erprobung, Kommunikation, Reflexion, Gespräche, konkretes Tun, Selbst- und Fremderfahrungen, erlebnisorientiertes Lernen, die Vielfalt des Daseins erleben, Rollenspiele, Einzel- und Gruppenarbeit, körperorientierte Methoden,

- Einfluß von Gefühlen, Erleben und körperlichen Momenten kontra Lernen als kognitiver Vorgang,
- Stärken fördern statt Defizite ausräumen,
- Vergrößerung des Bewußtseins für Gesundheits- und Krankheitsprozesse kontra oberflächliche gesundheitsbezogene Aktionen mittels schnell verwertbarer Rezepte,
- Reflexionshintergrund durch didaktische Mittel (stützende Lernarrangements) machen Probleme – wie z.B. Diskriminierung – direkt zum Thema,
- individuelles Lernen statt kognitiver Kontrolle,
- Methodenvielfalt ermöglicht und fördert Aktivität, Kreativität und Eigeninitiative,
- Lernen durch Handeln kontra Informationsvermittlung.

In den Arbeitsgruppen waren sehr intensive Gespräche möglich. Speziell die ausländischen TeilnehmerInnen konnten sich so genügend Raum für ein einwandfreies Verstehen nehmen. Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit:

- Gruppenleben beeinflusst das Lernen. Jede Interaktion und Kommunikation in einer Gruppe hat etwas mit den jeweiligen Zuständen von TeilnehmerIn und AnleiterIn zu tun.
- Als Dozent ist es erforderlich, ein Gespür für die Geschehnisse innerhalb des Gruppengefüges zu entwickeln, um ebendort ansetzen zu können (ganzheitlich). Ansonsten kann es passieren, daß die zu vermittelnden Inhalte die Teilnehmer nicht erreichen. Der Lerneffekt ist gleich Null.

3. Warum ist das, was in den Gruppen für die Effektivität von Gesundheitsbildung passiert, wichtig?

- Ziele der Gesundheitsbildung innerhalb der Erwachsenenbildung an Volkshochschulen sind u.a.: Selbstbestimmung, Autonomiezuwachs, eigene Urteilsbildung, Zusammenhänge verstehen lernen, Beziehungen zwischen der eigenen Person und der Lebenssituation herstellen können, sozial lernen können im Austausch mit anderen usw.
- Diese Ziele können langfristig nur durch angeleitete Lernprozesse in der Gruppe erreicht werden, was dann wiederum Auswirkungen auf das jeweils individuelle Gesundheitsverhalten hat.
- Das individuelle Gesundheitspotential wird verstärkt durch das Erkennen und gemeinsame Erarbeiten von Ursachen und alternativen Umgangsweisen.
- Anstelle von „Gesundheitsvorschriften“ erfolgt in den Gruppen eine Sensibilisierung für die eigenen Bedürfnisse und das individuelle Wohlbefinden durch Selbstwahrnehmung; daraus können die einzelnen individuelle Handlungsalternativen entwickeln.
- In der Gruppe können Stärken entdeckt und Rollen gemeinsam kritisch betrachtet, Eigenkompetenzen der TeilnehmerInnen unterstützt werden. Es kann der Mut geweckt werden, sich neue Räume erobern und sich dann aktiv für die eigenen gesundheitlichen Belange einzusetzen und Expertenwissen kritisch zu betrachten.
- Gesundheitsförderung statt Krankheitsverhütung bedeutet Betonung der Stärken und Akzeptieren der eigenen Schwächen

Aus der anschließenden Diskussion folgende Fragen:

- Kann eine Bildungseinrichtung wie die Volkshochschule dies überhaupt leisten?
- Ist Gesundheitsbildung überhaupt noch Bildung, wenn sie sich hauptsächlich an den Bedürfnissen der Gruppe orientiert und sich thematisch zugunsten von sozialer Unterstützung beschränkt?

Anhand der folgenden These wurde soziale Unterstützung als Prinzip von Gesundheitsbildung kritisch betrachtet: „Die Bedeutung sozialer Unterstützung bezieht sich auf einen physiologischen Vorgang. Es wird angenommen, daß die emotionale Zuwendung und das Vertrauen in die Hilfe und Wertschätzung nahestehender Personen eine entsprechende wohltuende Wirkung ausüben, somit das Immunsystem intakt gehalten wird und die Ausschüttung von Stresshormonen unterbleibt“. Ist also schon ein Strickkurs Gesundheitsförderung?

4. Funktion der Gruppe für die Gesundheitsbildung

Soziale Unterstützung kann vier Dimensionen haben:

- Emotionale Unterstützung (Vertrauen, Liebe, Zuneigung)
- Wertschätzung (Anerkennung von Vorgesetzten und Freunden)
- Information (zur Bewältigung konkreter Probleme)
- instrumentelle Hilfe (Geld, Dienstleistungen, andere Güter).

Das bedeutet für die Arbeit in Gruppen:

- Problemlösungen sind leichter zu finden, wenn TeilnehmerInnen sich als Teil eines solidariischen sozialen Ganzen begreifen durch die Entwicklung sinnstiftender Wir-Gefühle (Element sozialer Integration).
- Die Gruppe fungiert als psychischer Schutzfaktor (gegen psychosoziale Belastungen) und bietet somit ein Höchstmaß an sozialer Unterstützung, welches dazu führt, daß die einzelnen sich physisch und psychisch besser schützen können gegen negative Einflüsse.
- Die Gruppe bietet die Entfaltungsmöglichkeit verschütteter Seiten der persönlichen Existenz und die Chance zum vergleichenden, sozialen Austausch darüber.
- Durch positive Alternativerfahrungen können neue individuelle Handlungsmöglichkeiten entdeckt werden.
- In der Gruppe herrscht (auch durch die Methodenintegration) ein Klima der Offenheit, des Vertrauens und der Gegenseitigkeit, was elementarste Voraussetzung für soziales Lernen in Gruppen ist.

These: „Zuviel Information und individuelle Verantwortung kann auch negative Folgen haben“

Die Befürwortung der These lag hauptsächlich in der Annahme, daß durch Information und Aufklärung die eigene Identität bedroht sei, wodurch ein Verlust des Selbstwertgefühls die Folge sein könne, dann nämlich, wenn die eigenen Kompetenzen nicht ausreichen. Untermauert wurde diese These von zwei Dozentinnen einer polnischen Uni-

Eßbewußtseinsübung



versität. Seit den politischen Umwälzungen in den osteuropäischen Ländern seien trotz vielfältiger neuer Lebensmöglichkeiten mehr Selbstmorde zu verzeichnen.

Neben Aufklärung, emotionaler Unterstützung und materieller Hilfe ist das gemeinsame Entwickeln von neuen Lösungsansätzen von großer Bedeutung. Welche Aufgaben ergeben sich hieraus für die Volkshochschulen, und was können sie überhaupt leisten?

Einig war sich die Gruppe, daß es noch lange dauern wird, bis wir zu einem gemeinsamen, unterstützenden Handeln in einem vereinigten Europa kommen. Hinsichtlich des Gesundheitsförderungsgedankens seien die osteuropäischen Länder sozusagen noch „Entwicklungsländer“. Die VertreterInnen aus Polen wünschen sich mehr Unterstützung durch andere Länder, vor allem auch für umsetzbare Methoden in der Arbeit mit Gruppen. Doch wo Gesundheit bei der Sicherung der hygienischen Grundbedürfnisse anfängt, kann Gesundheitsförderung vorerst nur Luxus sein.

EINMISCHEN STATT BILDEN? Konzepte gegen soziale und gesundheitliche Benachteiligung

Die „Werkstatt Lebensumwelt“ in Linz Beitrag von Ulrike Breitwieser

Gesundheitsförderung, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation in der Debatte um einen umfassenderen Gesundheitsbegriff definiert wird, geht über die individuelle Gesundheitsvorsorge hinaus und schließt die Lebensbedingungen der Menschen ein. Lebensbedingungen, die Gesundheit für alle möglich machen, sind aber nicht nur durch Nichtraucher-Kampagnen oder zusätzliche Krankenhausbetten herstellbar. Auch der medizinische Fortschritt bringt nicht automatisch mehr Gesundheit für die Bevölkerung. Ebenso wenig ist eine Einflußnahme auf den persönlichen Lebensstil einzelner durch Gesundheitserziehung angesichts krankmachender Arbeitsbedingungen eine erfolversprechende Maßnahme. In der Gesundheitsförderung sind gesundheitspolitische Anstrengungen erforderlich, die die Partizipation der BürgerInnen am öffentlichen Leben als Voraussetzung von Gesundheit ansehen. Für die Praxis heißt das, daß die konkreten Inhalte und Themen von den StadtteilbewohnerInnen selbst genannt und weiterentwickelt werden.

**Institutionen
und Bevölkerung
brauchen
VermittlerInnen**

Institutionen und Bevölkerung brauchen VermittlerInnen: die BewohnerInnen, um an das Fachwissen der Institutionen heranzukommen, Wünsche und Forderungen zu formulieren und an die richtige Adresse zu richten; die Institutionen, um über Ämter und Fachgrenzen hinweg neue Leistungen für aktuelle Probleme der Bevölkerung erbringen zu können. In dieser Vermittlerrolle liegt die Aufgabe der „Werkstatt Lebensumwelt“ in Linz-Süd. Wir agieren als intermediäre Brückeninstanz zwischen Bevölkerung, ExpertInnen und politischen Entscheidungsträgern. Wir helfen bei der Entwick-

lung von Formen der Zusammenarbeit zwischen BewohnerInnen, kommunalen Einrichtungen und anderen Trägern, wie z.B. Erwachsenenbildungseinrichtungen oder Krankenkassen, und übersetzen die Sprache der einen in die Sprache der anderen, damit die Anliegen der Bevölkerung besser und effektiver artikuliert werden können. Im magischen Dreieck zwischen Politik und Verwaltung, Wirtschaft und privatem Bereich versuchen wir zu verhindern, daß Interessengegensätze zu strukturellen Benachteiligungen werden.

Gesundheitsförderung ist nur mit Beteiligung der BewohnerInnen machbar

Menschen müssen in den Maßnahmen und Aktionen der Gesundheitsförderung erleben können, daß es wirklich auf ihre eigene Sicht der Dinge ankommt. Dies ist eine Hürde, die vor allem Fachleute und Politiker gegenüber Gesundheitsförderung zu überwinden haben.

In einer Maßnahme forderten BewohnerInnen u.a.:

- Verlängerung der Straßenbahn in den Stadtteil
- keine Verlängerung der Straßenbahn
- Straßenbahn nur, wenn vorher eine Umfahrung gebaut wird.

Sich auf derartige Widersprüchlichkeiten einzulassen ist – so scheint es – vor allem für Experten und Politiker schwierig, aber für die Akzeptanz von Maßnahmen unumgänglich.

„Tut's Euch beteiligen“ ist zu wenig!

Im Laufe der konkreten Arbeit wurde uns klar, daß unser Ziel, BürgerInnenbeteiligung zu ermöglichen und zu unterstützen, die Wahrnehmung von drei unterschiedlichen Funktionen erfordert:

1. Ombudsfunktion – Suche Lösungen für Probleme einzelner.

Die Werkstatt fungiert für die BewohnerInnen des Stadtteils als Sprachrohr zu den Experten und Politikern und hilft, die Anliegen der BürgerInnen besser und effektiver zu artikulieren. Wir verfolgen

Einzelanliegen mit der nötigen Beharrlichkeit und Ausdauer bei den zuständigen Stellen.

2. Organisation von BewohnerInneninteressen – Versuche, Personen mit ähnlichen/gegenseitlichen Interessen zusammenzubringen und Sorge für Verfahrensregeln.

Dies erfordert eine Infrastruktur, die BewohnerInnen ermöglicht, ihre Interessen vorzubringen und mit anderen BewohnerInnen, Experten und Politikern Lösungen zu erarbeiten. Die Werkstatt Lebensumwelt organisiert Informationsveranstaltungen, Gesprächsforen, Arbeitsgruppen zu den jeweiligen Themen. In Gesprächen mit den zuständigen Politikern und Beamten machen wir Vorschläge, die die Zusammenarbeit regeln, und veröffentlichen in der Stadtteilzeitung Vereinbarungen und Verfahrensschritte.

3. Übergeordnete Ziele – Bringe neue Themen in die öffentliche Diskussion, ohne die BewohnerInnen abzuhängen.

Übergeordnete Ziele ergeben sich aus der Entwicklung der allgemeinen gesellschaftspolitischen Diskussion, die ihren Niederschlag z.T. bereits in Schwerpunktsetzungen der Kommunalpolitik (Abfallwirtschaft, Verkehrsberuhigung, Förderung des öffentlichen Verkehrs usw.) gefunden hat. Um mehr BewohnerInnen zum Umsteigen auf öffentliche Verkehrsmittel zu bewegen, hat die Werkstatt den Fahrplan des Verkehrsverbundes in einer besonders benutzerfreundlichen Fassung zusammengestellt und verteilt.

Partizipationsangebote an die Bevölkerung bedürfen infrastruktureller Ressourcen und differenzierter Informations- und Meinungsbildungsmöglichkeiten. Die BewohnerInnen können ihre lokale Expertise dann in realisierbare Vorhaben umsetzen, wenn sie über räumliche, zeitliche und finanzielle Ressourcen verfügen. Das Projektbüro im Stadtteil erfüllt diese Funktion. Um aus vereinzelten Interessen verwirklichte Projekte für den Stadtteil zu entwickeln, sind Angebote zur Qualifizierung der Interessen nötig: Meinungsbildung, Differenzierung der Standpunkte, öffentliche Diskussionen, Ausprobieren von Vorschlägen usw. Da es um Lebensbedingungen geht, die sich aus einer Vielzahl von individuellen und strukturellen Bedingungen zusammensetzen, ist es besonders wichtig, durch geeignete Methoden Zusammenhang, Gewichtung und Veränderungsmöglichkeiten dieser Bedingungen aufzuzeigen und nachvollziehbar zu machen. Wir versuchen, Angebote zu machen, die es jeder/m ermöglichen, die eigenen Wünsche, Vorstellungen und Ideen einzubringen und einen gemeinsamen Meinungsbildungsprozeß zu entwickeln.

Methoden aktivierender Bildungsarbeit

Tagsüber organisieren und abends vor Ort sein: Veranstaltungen und Aktionen der Werkstatt sind fast immer für den jeweiligen „Zweck“ erfunden. Dahinter steckt jeweils neue Planungsarbeit, um die für das konkrete Anliegen passende Form zu finden. Grundsätzlich machen wir wenig „Frontalveranstaltungen“, die zwar geringeren Aufwand erfordern, aber auch wenig Wirkung bei den Be-

teiligten bringen. Im Sinne unserer Vermittlungsfunktion gehen den Veranstaltungen immer zahlreiche bilaterale Gespräche zwischen BewohnerInnen, Politikern und Beamten voraus. Wir schreiben ausführliche Protokolle, die auch für die gerade nicht Anwesenden den Verlauf und das Ergebnis der Diskussion nachvollziehbar machen. Regelmäßig mindestens alle zwei Monate erscheinen die „Werkstatt Nachrichten“ mit wichtigen Informationen und Ankündigungen von den und für die BewohnerInnen. Wir halten unsere Veranstaltungsplanung offen für neue Ideen und Vorschläge. Reines Veranstaltungsmanagement birgt die Gefahr, die BewohnerInnen „abzuhängen“. Diese hohe Flexibilität schafft uns Anerkennung bei den BewohnerInnen, ist aber mit einem höheren Arbeitsaufwand verbunden.

1. Verkehrsbelastung und Lösungsansätze:

Mittels Veranstaltungen, Begehungen und Veröffentlichungen von Bewohnermeinungen in den „Werkstatt Nachrichten“ haben wir versucht, einen Meinungs- und Interessenaustausch zwischen BewohnerInnen und Verkehrsplanern in Gang zu bringen. Folgende Veränderungsvorschläge wurden dabei entwickelt: vehemente Förderung des öffentlichen Verkehrs, Bodenschwellen und andere Verkehrsberuhigungsmaßnahmen, Fußgängerampeln und Übergänge, Radfahrwege, Verlängerung der Straßenbahn nach Ebelsberg, Gesamtfahrplan nach Ebelsberg. Im Oktober 1992 wurde der „Werkstatt Lebensumwelt“ der Umweltschutzpreis des Landes Oberösterreich für die Erstellung des Gesamtfahrplanes für Ebelsberg/Pichling verliehen.

2. Stadtplanung:

„Meist erfährt der Bürger aus den Medien über bereits vorhandene Pläne und politisch abgesegnete Projekte und fühlt sich überfahren, Protest und Aggression entstehen ...“ beschreibt eine Bewohnerin von Linz-Pichling ihre Erfahrung mit Planungsprozessen.

„Masterplan“ Pichling: Die Aktivitäten rund um die geplante Bebauung von Pichling sind momentan der wichtigste Arbeitsbereich der Werkstatt. Oberstes Ziel ist die Verankerung eines geregelten und garantierten Mitspracherechts der ansässigen Bevölkerung. Zur gemeinsamen Diskussion der Bauvorhaben und zur Konkretisierung der eigenen Vorstellungen existiert in Pichling bereits seit längerer Zeit ein eigener, von der „Werkstatt Lebensumwelt“ unterstützter Arbeitskreis. Dieser ist grundsätzlich für alle offen und wird von BewohnerInnen unterschiedlicher ideologischer Richtungen frequentiert.

Erste Erfolge bei den Bemühungen der Werkstatt um eine bürgerInnenbeteiligte Planung sind: großes Engagement der Bevölkerung für den Planungsprozeß, eine verstärkte Informationspolitik der Stadt Linz durch öffentlich zugängliche Ausstellung der Pläne im Pfarrheim Pichling, Abhaltung von zweiwöchentlichen Sprechstunden in Pichling und das Durchführen gemeinsamer Sitzungen des Arbeitskreises Pichling mit dem Planungsausschuß der Stadt Linz. Der bisherige Stand der Beteiligungsform ist als erheblicher Fortschritt gegenüber anderen Wohnbauprojekten zu sehen und nicht zuletzt auf das Engagement der „Werkstatt Lebensumwelt“ zurückzuführen.

3. Kinderaktivität statt Kinderbetreuung – Lebensbedingungen für Kinder:

Mitbestimmung von Kindern als ExpertInnen der sie betreffenden Bereiche setzten bei der Spielplatzgestaltung an, sollten jedoch mehr sein. Dazu sind neben einer Lobby und entsprechender Öffentlichkeitsarbeit für Kinder adäquate Angebote nötig. Wenn Kinder erfahren, daß ihre Beteiligung wichtig ist, werden sie auch als Erwachsene eher kommunale Beteiligung als Selbstverständlichkeit sehen.

Fotosafari und Forscherwerkstatt:

Die Werkstatt bietet neben animativ-kreativen Kursen (Töpfern, Theaterspielen) und Einzelveranstaltungen (Öko-Olympiade, Kinderkaffee, Instrumente bauen) spezielle Beteiligungsaktivitäten für Kinder an. Kinder einer Volksschulklasse machten z.B. eine Fotosafari, gingen mit der Kamera auf Entdeckungsreise, um herauszufinden, welche Plätze ihnen gefallen oder ihren Lebensraum beschneiden. Die Ergebnisse zeigen, wie die Spielräume im Stadtteil gestaltet sein sollten, um den Bedürfnissen der Kinder zu entsprechen.

4. Frauen und Gesundheit

Ungeschriebene Gesetze machen es den Frauen im dörflichen Milieu oft schwer, aktiv auch für die eigene Gesundheit zu sorgen. Spontan charakterisierten betroffene Frauen ihre Situation mit dem Satz: „Was dürfen Frauen, außer arbeiten?“ Sich selber wichtig zu nehmen, auszuspannen, eigene Wünsche zu verwirklichen ist für Frauen sozial nicht erwünscht. Diese Verhaltensregeln auszusprechen ist für manche schon Anlaß genug, sie zu überdenken und sich gegenseitig beim Entwickeln neuer Verhaltensweisen zu bestärken. In einer Kursgruppe wurden Veränderungsschritte ausprobiert und durch gegenseitige Unterstützung neue Energie für eine befriedigende Lebensgestaltung mobilisiert.

Den Normen der regionalen Kultur sind wir am Beispiel einer kleinen Gemeinde noch weiter nachgegangen. Wir haben gemeinsam mit den örtlichen Erwachsenenbildungseinrichtungen einen Gesprächsabend mit dem Thema „Was dürfen Frauen, Männer, Jugendliche?“ angeboten, bei dem diese Regeln zwischen den drei angesprochenen Gruppen überraschend offen diskutiert wurden.

Kurse, aber wie?

Gelegenheit zum Tun

Wir gingen bei der Planung von Veranstaltungen davon aus, daß mehr Information keineswegs automatisch zu entsprechendem Handeln führt, da die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen durch tätiges Ausprobieren und nicht durch Berieselung mit Fakten und Appellen erfolgt. Erfahrungen machen und „Probearbeiten“ im geschützten Raum des Seminars genügen allerdings in vielen Fällen nicht: Der neuen Erkenntnis steht die gewohnte Praxis in der Familie, im Betrieb, in der Schule entgegen. Daher arbeiten wir ausdrücklich an der Stärkung von sozialen Strukturen, die die Umsetzung fördern oder überhaupt erst ermöglichen: Gruppen aus dem Lebenszusammenhang der Adressaten wie Betriebsrat, Müttergruppen, Ortsbauernschaft können neues

Verhalten, neue Forderungen, neue Regeln gemeinsam erarbeiten und sich über die Kursdauer hinaus bestärken und unterstützen.

Qualität vor Quantität

Wir haben das Gespräch nicht auf den anschließenden Gasthausbesuch verschoben, sondern in den Kursen das Reden mit dem Tun verknüpft. In den Kreuzwehkursen hieß dies z.B.: Übungen zur Prophylaxe von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen und angeleitete Gespräche über die Ursachen dieser Beschwerden. Das war möglich, weil die Leitung der Kurse bei zwei jeweils spezifisch kompetenten Kursleiterinnen lag (Physiotherapeutinnen und Pädagoginnen), die auch eine (bezahlte) sorgfältige Vor- und Nachbereitung durchführten.

Bedeutung der Werkstatt Lebensumwelt für die kommunale Politik

Die Realisierung der Werkstattziele

- Verbesserung der Lebensbedingungen gemeinsam mit den BewohnerInnen des Stadtteils (Förderung des Öffentlichen Verkehrs, Müllvermeidung)
- Stärkung der Kompetenzen und des Selbstvertrauens der BürgerInnen zur Artikulation der eigenen Bedürfnisse und für öffentliches Engagement
- Brückeninstanz und Vermittlung zwischen BürgerInnen, ExpertInnen und PolitikerInnen (die Sprache der einen in die Sprache der anderen übersetzen)

ist für die kommunale Verwaltung und die kommunale Politik von großer Bedeutung. Um der Parteien- und Politikverdrossenheit entgegenzuwirken und Planungsfehler zu vermeiden, wird es für politische Entscheidungsträger immer dringender, den Emanzipations- und Mitbestimmungswunsch der Menschen zu fördern und sich auf unterschiedliche Formen von BürgerInnenbeteiligung einzulassen.

Grenzen der (Gesundheits-)Bildung

Die landläufige Meinung, „die Leute könnten ja ohnehin ...“ hat sich in den Köpfen vieler festgesetzt als „ich bin schuld, ich könnte ja ...“. Daß Eigenaktivität bestenfalls die halbe Wahrheit ist, haben wir mit Maßnahmen erlebt, die sich an Arbeiterinnen richteten: Aus den umfangreichen Kontaktgesprächen mit Fabrikarbeiterinnen und aus Betriebsbesuchen im Bezirk wissen wir, daß für sie Bildungsangebote kein wirkliches Angebot sind, sondern eine zusätzliche Verpflichtung. Wenn die Arbeits- und Lebenssituation derart einengend ist wie in der Textil-, Möbel- und Schuhindustrie, dann müssen zuerst äußere Einflüsse die Spielräume vergrößern. Ohne Verbesserung der strukturellen Bedingungen, z.B. in Form von Weiterbildung während der Arbeitszeit, innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und Bildungsurlauben, werden diese Frauen von Gesundheitsbildung, von Bildung überhaupt ausgeschlossen bleiben. Politische Entscheidungen können durch Bildungsarbeit nicht ersetzt werden!

Gesundheitswerkstätten als Modellprojekt

Beitrag von Peter Otterbach

Die Geschichte:

- 1987 wird das Konzept „Gesundheitswerkstätten“ erstmals formuliert. Sie beteiligen sich mit einem Bildungsprogramm an der ökologischen Stadtteilerneuerung Gostenhof. Themen sind „Gesundes Leben in der Stadt“ und „Gemeinsam leben im Stadtteil“.
- 1990 erfolgt eine stadtteilbezogene Verankerung des Konzepts in eigenen Räumen. Die „Gesundheitswerkstatt Gostenhof“ wird von einer Sozialwissenschaftlerin und einer Psychologin mit jeweils halber Stelle betreut. Konkrete Aufgaben sind: ein Grundangebot zur Gesundheitsbildung im Stadtteil, zielgruppenorientierte Gesundheitsangebote für ausländische Mitbürger/innen und die Kooperation auf möglichst vielen Ebenen.
- 1991 entsteht aus Kontakten zu Menschen, die (schlechte) Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht haben, das Kursangebot „Psychisch krank – na und?“. Daraus entwickelt sich die „Gesundheitswerkstatt Psychiatrie“ mit einem an der Selbsthilfeidee orientierten Kursangebot. Viermal jährlich erscheint das „Infoblatt Psychiatrie“ als Plattform für einen Austausch zwischen Betroffenen und Fachleuten.
- 1992 gründet sich der Selbsthilfeverein „Pandora – Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V.“, der die Räume der Gesundheitswerkstatt mietet. Eine psychiatrieerfahrene Sozialpädagogin übernimmt die vom Bezirk Mittelfranken finanzierte Halbtagsstelle.
- 1994 stabilisiert sich ein bescheidenes Kursangebot zur Gesundheitsbildung in der Gesundheitswerkstatt und an zwei weiteren Veranstaltungsorten im Stadtteil. Die Zielgruppenarbeit mit ausländischen Mitbürger/innen reduziert sich, während sich die Bildungsangebote der Gesundheitswerkstatt Psychiatrie ausweiten. Die Nachfrage nach Selbsthilfeangeboten nimmt zu, das „Infoblatt Psychiatrie“ wird erweitert. Durch Umstrukturierungen im Fachbereich übernehmen die MitarbeiterInnen zusätzlich Aufgaben im Gesamtkursbereich. Die Gesundheitswerkstatt Gostenhof erreicht ihre räumlichen und personellen Grenzen.

Der Hintergrund

– Gesundheitspolitischer Wandel

Vordergründig stehen für einen sowohl internationalen als auch auf Deutschland bezogenen gesundheitspolitischen Wandel die WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und die Konferenz in Ottawa 1986, deren Forderungen in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ zusammengefasst wurden. Zentrale Bedeutung wird dabei der Neudefinierung von Krankheit bzw. Gesundheit zugemessen, „Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen,

sondern ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, in dem jede/r individuelle Fähigkeiten und Möglichkeiten umfassend einsetzen und genießen kann, in einem sozial und wirtschaftlich produktiven Leben, in einer Welt frei von Angst und Krieg“. Das Ziel der Strategie ist die Einbeziehung und Nutzung aller lokalen, regionalen und globalen Ressourcen, ihre Vernetzung und Optimierung auf einer sozial-politischen und einer sozial-ökologischen Ebene. In Folge entstehen ein Netzwerk kooperierender „Gesunder Städte“ und 1990 das deutsche „Gesunde-Städte-Netzwerk“.

– Wandel in der Erwachsenenbildung

Vor allem während der 80er Jahre verändern sich auch Struktur und Angebote der Volkshochschulen. Sie gehen über den Schutzraum des Bildungsbürgertums hinaus und orientieren sich an Kristallisationspunkten gesellschaftlicher Probleme. Für die Gesundheitsbildung wird der Rahmenplan Gesundheitsbildung des DIE richtungweisend, integrative Gesundheitsbildung ist das Ziel. Erhalten bleibt der traditionelle Anspruch der Volkshochschulen auf Chancengleichheit und Demokratie.

– Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland

Der eigentliche Wandel der Erwachsenen- wie der Gesundheitsbildung vollzog sich auf einer tieferen Ebene, als auf Konferenzen, Symposien und in Positions- und Konzeptionspapieren erkennbar. Zum einen waren während der späten 60er Jahre ein starkes Potential demokratischer Erneuerung und der Wunsch nach Emanzipation auf allen Ebenen entstanden, zum anderen hatten die gesellschaftlichen Konflikte und Probleme zugenommen. Aus dieser Aufbruchphase stammen viele der Menschen, die sich beruflich im Freiraum Erwachsenenbildung angesiedelt haben, um dort einen relativ einfachen Gang durch die Institutionen antreten zu können. Viele der damals entstandenen Projekte können hier in einem gesellschaftlich anerkannten Bereich weitergeführt werden. Für die Gesundheitswerkstätten sind z.B. die Gesundheitsläden und Zukunftswerkstätten zu nennen.

– Besonderheiten in Gostenhof

Für die Entwicklung der Gesundheitswerkstatt Gostenhof spielte das vom Bund geförderte Modellprojekt „Ökologische Stadtteilerneuerung Gostenhof Ost“ eine wichtige Rolle. Die zentrale Forderung der BürgerInnenbeteiligung motivierte viele Initiativen und Einzelpersonen, sich dort niederzulassen und sich zu engagieren. Daraus ergab sich eine hohe Dichte an unterschiedlichsten Projekten der Bildungs-, Kultur- und Sozialarbeit. Die Voraussetzungen für Kooperation waren in optimaler Weise gegeben.

– Entwicklungsstand

Gerade im begrenzten lokalen Raum, an der Basis sozusagen, zeigt sich ernüchternd, was von hochgespannten Konzepten und Zielvorstellungen übrig bleibt. Bei der Stadtteilerneuerung in Gostenhof war die BürgerInnenbeteiligung minimal. Die Mittelverteilung orientierte sich nicht an den gut begründeten emanzipatorischen oder ökologischen Konzepten, sondern schlicht an marktwirtschaftlichen Gegebenheiten. Der Gegensatz zwischen angedachten Veränderungen und der sicht-

Gerade im begrenzten Raum, an der Basis sozusagen, zeigt sich ernüchternd, was von hochgespannten Konzepten und Zielvorstellungen übrig bleibt.

Meine Arbeit mit den Gesundheitswerkstätten hat mich am stärksten auf einer sehr konkreten Ebene befriedigt, z.B. dort, wo ich versucht habe, meinen Körper oder auch meine privaten Sichtweisen zu integrieren.

baren Realität ist gewaltig. Angesichts kommunaler Mittelknappheit vollzieht sich bei den vielen Initiativen und Einrichtungen ein Balanceakt zwischen Kooperation und Konkurrenz. Um es bildhaft auszudrücken: Die Keime der vielen Pflanzen, die für eine Begrünung der kargen Außenlandschaft in Gostenhof gedacht waren, bleiben in den Blumentöpfen in den Gebäuden und werden dort sorgsam gehegt und gepflegt.

Erfreuliche Lichtblicke

Meine Arbeit mit den Gesundheitswerkstätten hat mich am stärksten auf einer sehr konkreten Ebene befriedigt, z.B. dort, wo ich versucht habe, meinen Körper oder auch meine privaten Sichtweisen zu integrieren. Zu einem anderen Rollenverständnis von mir selbst und meinem jeweiligen Gegenüber haben die Menschen, mit denen ich in der Gesundheitswerkstatt Psychiatrie gearbeitet, sehr viel beigetragen.

– Öffentlichkeitsarbeit

In Gostenhof gibt es eine Litfaßsäule, die der Stadt Nürnberg gehört und die im Rahmen der Stadtteilerneuerung für Informationen aus und über den Stadtteil vorgesehen ist. Seit langem wird sie fast ausschließlich von kommerziellen Plakatklebern genutzt. Programme, die wir dort aufkleben, hängen meist nur kurz. Im Herbst letzten Jahres waren wir es leid. Wir beschränkten den Weg innerstädtischer Zuständigkeitsabklärung, versuchten die Rechtslage zu klären und den anliegenden Stadtteilladen für eine Betreuung der Litfaßsäule zu gewinnen. Dieses Vorgehen war nicht nur zeitraubend, sondern auch ineffektiv. Also schlugen wir den konkreten Weg ein, besorgten Kleister und Pinsel und kopierten Schilder, die darauf hinwiesen, daß eine kommerzielle Beklebung untersagt sei. Nach mühsamer Befreiung der Litfaßsäule von dicken Plakatresten klebten wir flächendeckend unsere Programme auf. Diese Aktion hat Spaß gemacht, wir haben bei den Passanten Aufmerksamkeit erregt, die Litfaßsäule sieht schöner aus, und die Programme hängen ziemlich lange dort.

– Stadtteilgesundheitsberichterstattung

Im Rahmen des „Gesunde-Städte-Netzwerks“ ist es Aufgabe der Stadt Nürnberg, Stadtteilgesundheitsberichte zu erstellen, eine seit ca. drei Jahren in mehr oder weniger regelmäßigen Sitzungen quälende Aufgabe. Mir als Neuling fiel es relativ leicht, unbelastet erfrischende Vorschläge zu machen: Wir führten in der Folge freie Interviews durch mit verschiedenen Menschen, die sich in Gostenhof auskannten, machten Stadtteilrundgänge, bei denen wir Einrichtungen und Initiativen besuchten und fotografierten. Dabei konnten wir erleben, wie motivierend es sein kann, wenn sich Papiere und Sitzungsprotokolle mit Leben füllen.

– Rollenkonflikte

Eine meiner Aufgaben war die Betreuung der von Pandora angestellten Halbtagskraft. Wir hatten wöchentlich ein einstündiges Treffen, das eine Mischung aus Arbeitsgespräch, Supervision und Therapie wurde. Es ist immer schwierig, sich bei der Arbeit mit Psychiatrieerfahrenen auf sichere Rollenverteilungen festzulegen. Bildungsarbeit

wird dann wirklich interessant, wenn sie als interaktiver Prozeß im Leben selbst stattfindet. Ein Treffen ist mir in besonders guter Erinnerung geblieben, meine Kollegin hatte starke Rückenschmerzen und auch schon einiges dagegen unternommen. Ich konnte meine therapeutischen Kenntnisse erfolgreich einbringen, ihre Rückenschmerzen verschwanden schnell. Ich habe dabei gemerkt, wie wichtig auch Fähigkeiten sind, die nicht zur direkten Aufgabe gehören. Auch banalere Dinge, z.B. kleinere Reparaturen, die ich zu Hause ohne Zögern selber machen würde, habe ich daraufhin in der Gesundheitswerkstatt meistens (mit Zögern) selber gemacht. Es ist nicht wichtig, Dinge nicht zu tun, um Rollenkonflikte zu vermeiden, sondern Klarheit für sich selbst zu haben und diese deutlich zu machen.

– Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Bei der Arbeit im Fachbereich und in den Gesundheitswerkstätten stießen wir immer wieder auf die paradoxe Tatsache, daß unser eigener Arbeitsalltag alles andere als gesundheitsförderlich ist. Im Laufe eines Jahres konnten wir ein Training „Gesundheitsförderung im Büroalltag“ entwickeln, das wir inzwischen mit sehr positiver Resonanz bei uns und in zwei weiteren Büros des BZ durchgeführt haben. Für die Glaubwürdigkeit in der Gesundheitsbildung ist es unerlässlich, daß Konzepte, die nach außen wirksam werden sollen, auch intern eine Rolle spielen.

– Sich einmischen

Durch die starke Präsenz der Heilsarmee gibt es im Stadtteil eine massive Ansammlung Nichtseßhafter, u.a. auch vor einer Kindertagesstätte. Statt mit Ausgrenzung, Distanzierung und dem Ruf nach Ordnungsmaßnahmen zu reagieren, initiierte die Tagesstätte eine Malaktion (Bemalen einer Plakatwand) der Kinder mit den Nichtseßhaften – mit durchschlagendem Erfolg. Auf beiden Seiten konnten persönliche Bekanntschaften entstehen, Rollenklischees und Vorurteile wurden abgebaut. Es wurde ein Grundstein gelegt für eine menschliche Begegnung mit einer sozialen Randgruppe, deren zahlenmäßige Bedeutung immer mehr zunimmt. Langfristig wird diese beispielhafte Aktion auch die kooperativen Möglichkeiten im Stadtteil z.B. mit Heilsarmee und Kindertagesstätte verbessern.

Einige Thesen zum Schluß

1. Gerade in einer Zeit der Zunahme sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung quer durch alle Bevölkerungsschichten sollten wir wieder mehr von unten nach oben denken und handeln. Wenn sich soziale Not in der unmittelbaren Nachbarschaft abspielt, erscheint mir die Arbeit auf der Ebene von Konzepten, Sitzungen und Kongressen als Luxus oder auch als Ausweichen und Verdrängen auf einer ganz persönlichen Ebene von Ratlosigkeit und Angst. Besonders zeigt sich das auch in der Auseinandersetzung mit der Gewaltproblematik.

2. Einmischen ist keine Alternative zur Bildungsarbeit, sondern unverzichtbare Voraussetzung. Gerade in der Arbeit mit Randgruppen bedeutet Ein-

mischen nicht den Versuch, Unterschiede aufheben zu wollen und sich in ein gemeinsames Boot zu setzen. Statt dessen heißt es, die Wahrnehmungsfähigkeit für Unterschiede zu verbessern und neue Möglichkeiten der Verständigung zu üben.

3. Bildungsangebote für sozial und gesundheitlich Benachteiligte müssen sich an ihrem Erfolg messen lassen. Inwieweit verbessert sich für die Benachteiligten etwas an ihrer Situation?

4. Bildungsarbeit hat immer auch etwas mit uns selbst zu tun, integrative Gesundheitsbildung in einem besonderen Maß. Es ist wichtig, diesem Faktor in der Arbeit Rechnung zu tragen, sei es durch Supervision, persönliche Teilnahme an den eigenen Angeboten, Weiterbildungen (z.B. der Lehrgang Gesundheitsbildung des Bayerischen Volkshochschulverbandes), persönliche Kontakte mit den Menschen aus den Zielgruppen ...

5. Bildungsarbeit, insbesondere Gesundheitsbildung, ist ein komplexer Prozeß. Erfolge werden wir nur erzielen, wenn wir komplex denken und handeln. Dabei spielt unsere Fähigkeit, Konflikte und Widersprüche anzunehmen und auszuhalten, eine wichtige Rolle. Die Grenzen von Bildungsarbeit zu anderen Bereichen des Lebens sind fließend und in stetigem Wandel. Letztlich sind nur wir persönlich für ihre Definition im alltäglichen Handeln verantwortlich.

6. Nicht zu vergessen: Gesundheitsbildung macht Spaß und hat etwas mit Lebensfreude und Genuß zu tun. Wenn wir das vermitteln können, ist gerade bei sozial Benachteiligten ein großer Teil der Arbeit getan.

Protokoll von Cornelia Kleindienst

In der Arbeitsgruppe zeigten sich unterschiedliche Erwartungen von TeilnehmerInnen und ReferentInnen. Die ReferentInnen wollten eine eher übergreifende Diskussion von politischer Arbeit, Gesundheitsförderung und Bildungsarbeit in Gang bringen, während die TeilnehmerInnen vor allem an Strategien und Möglichkeiten interessiert waren, wie sozial benachteiligte Gruppen für gesundheitsfördernde Bildungsmaßnahmen gewonnen werden können. Sie hatten sich funktionierende Tips, Rezepte, Konzepte erhofft, die sie im konkreten Bildungsalltag umsetzen können.

In der sich anschließenden Diskussion wurden als wichtige Voraussetzung für Zielgruppenarbeit genannt:

- „Mit der Bildung zu den Leuten zu gehen“ und damit die traditionelle Kursform verlassen
- herausfinden, was die spezielle Zielgruppe braucht
- vom eigenen Wertesystem abstrahieren und dasjenige der Zielgruppe akzeptieren
- Projektentwicklung für die Zielgruppen.

In Schlagworten läßt sich diese Strategie zusammenfassen als „Hingehen“, „Nachfragen“, „Sich-Einlassen“, „Mitgehen“. Für die Volkshochschulen

bedeutet das ein großes Umdenken und das Verlassen von traditionellen Pfaden und Einstellungen. Oft ist die Organisation nicht auf solche Arbeitsformen eingestellt. Mit bestimmten Gruppen sind auch Berührungspunkte vorhanden. Als konkrete Umsetzungsmöglichkeit könnte die Volkshochschule die Organisation und Entwicklung von Selbsthilfegruppen unterstützen. Kommunale Informationsstellen für Weiterbildung könnten begleitende Beratung anbieten, z.B. auch bei Ämtergängen. Aufsuchende Beratung könnte in Kneipen und Haushalten Bildungsmöglichkeiten anbieten. Phantasie und Kreativität sind gefordert, um die oben genannten Schlagworte umzusetzen.

Als ein Beispiel zur Überwindung der Begrenzungen traditioneller Bildungsarbeit stellte Peter Otterbach das Modell Gesundheitswerkstätten in Nürnberg vor. Das Konzept der Gesundheitswerkstätten wurde in den 70er Jahren in der Gesundheitsbewegung entworfen. Gesellschaftliches Handeln sollte sich an der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ und an der „Ottawa-Charta“ orientieren. In Nürnberg entstand diese neue Form des Bildungsangebots aus einem Projekt zur Stadtteilentwicklung. Leitthemen des Projekts waren zum einen „Gesund leben in der Stadt“ und zum anderen „Gemeinsam leben im Stadtteil“. Die Volkshochschule war in Form einer Gesundheitswerkstatt in das Projekt eingebunden. Ziel war es, durch neue Angebotsformen vor allem ausländische MitbürgerInnen anzusprechen. Aus zufälligen Kontakten zu ehemaligen Psychiatrie-Patienten entwickelte sich darüber hinaus zunächst ein Gesprächskreis und später ein differenziertes Angebot in Form von Kursen der Gesundheitswerkstatt. Aus diesen Ansätzen wurden weitere Aktivitäten geboren: ein regelmäßiges Informationsblatt „Psychiatrie“ und der Selbsthilfeverein für ehemalige Psychiatriepatienten „Pandora“.

Als zweites Modell wurde kurz von Ulrike Breitwieser ein Stadtteilprojekt in Linz vorgestellt. Hier findet Gesundheitsförderung z. B. zu folgenden Themen statt: „Verkehr und Planung“ und „Leben mit Kindern“. Seit vier Jahren finden hierzu Veranstaltungen im Stadtteil Linz-Pichling statt. Entstanden sind diese Projekte aus Befragungen der BewohnerInnen des Stadtteils sowie aus Hypothesen der Veranstalter zum Voranbringen der Themen. Es gibt ein Büro im Stadtteil und eine Stadtteilzeitung.

In der anschließenden Diskussion war es schwierig, den Unterschied zwischen der Bildungsarbeit in Werkstätten, die letztendlich auch in der Entwicklung von Kursangeboten resultiert, und der „normalen“ Bildungsarbeit deutlich zu machen. Es konnte auch nicht geklärt werden, ob die Werkstätten es geschafft haben, gesellschaftliche Randgruppen im Stadtteil anzusprechen, oder ob doch nur wieder die „Bildungsgewohnten“ einbezogen wurden.

FRAUEN IN DER VERANTWORTUNG? Ein weiblicher Blick auf Gesundheit

Beitrag von Ute Sonntag

These 1: Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, sie sind anders gesund und krank

„Die intrauterine Sterblichkeit von Foeten und die Zahl der Totgeburten ist bei Jungen erhöht. Bis zum Abschluß des ersten Lebensjahres sterben mehr Jungen als Mädchen. Männliche Säuglinge und Kleinkinder gelten als krankheitsanfälliger als Mädchen“ (Stein-Hilbers 1994, S. 83f.).

Betrachtet man die ersten zehn Lebensjahre, so ist festzustellen, daß Mädchen weder gesünder noch kränker als Jungen sind, mit der einen Ausnahme, daß sie seltener an den Folgen eines Unfalls sterben. Dies ist auch in den höheren Altersgruppen der Fall. Womit wird dies in Zusammenhang gebracht? Mit dem unterschiedlichen Aktivitäts- bzw. Aggressionsniveau: Im Vergleich mit Jungen verhalten sich Mädchen ruhiger, sie sind weniger draufgängerisch. Das hat zur Folge, daß sie sich weniger lebensgefährlichen Situationen aussetzen und darum auch weniger Unfälle haben. Diesen Gesundheitsschutz verdanken Mädchen wahrscheinlich sowohl biologischen Faktoren als auch der geschlechtsspezifischen Sozialisation, die Passivität, Opferbereitschaft und Bezogenheit auf andere verstärkt (vgl. Vogt 1993, S. 51).

Es zeigt sich also, daß Mädchen in den ersten zehn Lebensjahren über eine ziemlich robuste Gesundheit verfügen. In diesen Jahren werden auch die geschlechtsspezifischen Grundlagen des Gesundheitskonzeptes gelegt, in das der Umgang mit dem Körper, mit Schmerzen, mit Befindlichkeitsstörungen eingeht sowie Vorstellungen über die Frauenrolle. Dieses Gesundheitskonzept wird ganz entscheidend beeinflusst von der Art und Weise, wie die Erziehung zur Reinlichkeits- und Körperpflege vonstatten geht. Mädchen werden ganz anders als Jungen herausgeputzt, und – das ist ganz wichtig für das Gesundheitskonzept – Mädchen erhalten das rigide Reinlichkeits- und Sauberkeitstraining. Sie lernen schon sehr früh, auf ihren Körper zu achten und auf die Signale, die von ihm ausgehen. Eine Reihe von Studien (Mechanic 1980, s. Vogt 1993) belegen, daß diese Zusammenhänge zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber Schmerzen bei Mädchen führen. Mädchen beachten Schmerzen mehr als Jungen und wenden sich wegen Schmerzen häufiger als Jungen an ihre Mütter.

Mit der Pubertät ändert sich das subjektive Befinden der Mädchen dramatisch in Richtung einer Verschlechterung. In der Altersgruppe zwischen 12 und 16 Jahren sind Mädchen mit dem eigenen Gesundheitszustand deutlich unzufriedener und stufen ihn häufiger als weniger gut ein als Jungen (vgl. Kolip 1994). Signifikant häufiger als Jungen klagen Mädchen über Erkältung/Grippe, Migräne,

Blasenbeschwerden, Kreislaufstörungen, Allergien. Auch folgende psychosomatische und psychophysiologische Beeinträchtigungen stehen bei Mädchen im Vordergrund: Kopfschmerzen, Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Kreuz- und Rückenschmerzen.

Insgesamt fühlen sich viele junge Frauen nicht wohl und klagen über ihren Gesundheitszustand. Ein Grund dafür dürfte die Menstruation sein, die mindestens 50 % der Mädchen als schmerzhaft erleben. Für die Frauenforscherin Irmgard Vogt spricht vieles dafür, daß Mädchen Schmerzmanagement mit Arzneimitteln am Beispiel ihrer Menstruation lernen. „Die Erfahrungen, die Mädchen und Frauen mit der Menstruation und den damit verbundenen Schmerzen machen, modifizieren ihr Gesundheitskonzept, denn eine schmerzhafte Menstruation gilt zwar als eine Art Krankheit, die jedoch nicht wahrgenommen wird. Frauen lernen daran, daß sie sowohl krank wie gesund sein können. Krankheit und Gesundheit sind für Frauen also keine Kategorien, die sich gegenseitig ausschließen, sie überlappen sich vielmehr bis zu einem gewissen Grad“ (Vogt 1993, S. 51f.).

Jungen und junge Männer dagegen scheinen, je älter sie werden, desto weniger unter psychosomatischen Störungen zu leiden. Sie achten viel weniger auf Körpersignale als Frauen und kümmern sich auch weniger um gesundheitliche Belange. Hier handelt es sich offensichtlich um eine „adressierte Unfähigkeit zu leiden“, was als das Ergebnis des Eintrainierens der Männerrolle angesehen werden kann. Dazu muß man noch sagen, daß ganz ohne Zweifel die Alltagsdrogen Alkohol und Zigaretten, die von Männern weitaus häufiger als von Frauen konsumiert werden, Männern aller Altersstufen über Irritationen, Befindlichkeitsstörungen und Belastungen hinweghelfen.

Bei erwachsenen Frauen und Männern hat ein nationaler Untersuchungssurvey, d.h. eine repräsentative Untersuchung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1984 – 1986, ergeben, daß sich ein typisch männliches und ein typisch weibliches Beschwerdesyndrom beschreiben läßt: Männliche Beschwerden haben eine deutliche Organfixierung, z.B. Stiche und Schmerzen in der Brust, Nacken- und Schulterschmerzen; die weiblichen Beschwerden sind deutlich auf psychisches Befinden orientiert, z.B. Mattigkeit und Schlaflosigkeit.

Betrachtet man die Mortalitätsdaten, also die Übersicht über Todesfälle, so zeigt sich, daß Frauen seit diesem Jahrhundert länger leben als Männer. Die Lebenserwartung stieg für beide Geschlechter an, für Frauen aber schneller. Derzeit leben Frauen bei uns sieben Jahre länger als Männer. Männer sterben häufiger als Frauen an koronaren Herzkrankheiten, besonders am Herzinfarkt, an Lungenkrebs, Nieren-/Blasenkrebs, an Leberzirrhose und chronischer Bronchitis, durch Selbstmord und Unfälle (vgl. Stein-Hilbers 1994).

Mit der Pubertät ändert sich das subjektive Befinden der Mädchen dramatisch in Richtung einer Verschlechterung.

These 2: Das Gesundheitssystem behandelt Frauen und Männer unterschiedlich. Frauen werden pathologisiert, Männer stehen für Gesundheit und bilden die Norm

Normale Vorgänge im weiblichen Körper werden zu Krankheiten erklärt: Menstruation, Schwangerschaft und Geburt, Wechseljahre. Auffallend ist, wie sich die Theorien über Menstruation am gesellschaftlichen Bedarf von Frauen als Arbeitskräfte orientieren. Während in der Phase zwischen den Weltkriegen die Menstruation als Ausdruck von Schwäche und Unfähigkeit für die Arbeitswelt galt, wurden menstruelle Beschwerden nach dem Zweiten Weltkrieg als Arbeitsscheuheit interpretiert.

Das Gesundheitswesen trägt wesentlich zu einem Phänomen bei, das sich mit „Medikalisierung von Frauenleiden“ umschreiben lässt. Etwa 2/3 aller Arzneimittel werden Frauen verschrieben. Diese Medikalisierung setzt im Alter von 14 bis 16 Jahren ein. Sichrowsky (1984) hat Verschreibegewohnheiten von ÄrztInnen geschlechtsspezifisch ausgewertet und folgendes festgestellt: Jungen und Mädchen werden als Kinder nicht unterschiedlich behandelt. Ab der Geschlechtsreife beginnt jedoch eine unterschiedliche Behandlung einzusetzen. Leidet z.B. ein 14-jähriger Junge unter Konzentrationsschwäche, so wird ihm vom Arzt Sport, frisches Obst und Gemüse empfohlen. Der Arzt oder die Ärztin sieht in seinen Beschwerden normale Begleiterscheinungen dieser Entwicklungsphase. Kommt ein 14-jähriges Mädchen mit den gleichen Beschwerden zum Arzt, so verschreibt er ihr Medikamente, weil er diagnostiziert, sie sei krank. Diese Tendenz, den Frauen eher und mehr Medikamente zu verschreiben und damit Krankheit mehr den Frauen und Gesundheit mehr den Männern zuzuschreiben, diese Tendenz verstärkt sich, je älter die Frauen und Männer werden.

Einen wichtigen Hinweis, womit diese Ungleichbehandlung zusammenhängen könnte, gibt eine sehr berühmt gewordene Studie, die ich ausführlicher darstellen möchte. Es handelt sich um eine Untersuchung aus dem Jahre 1970 von Inge Broverman und ihrem Team. Es ist eine Fragebogenuntersuchung, die an klinisch arbeitenden SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen durchgeführt wurde. Die Versuchspersonen wurden in drei Gruppen eingeteilt.

- Die erste Gruppe sollte einen reifen, gesunden, sozial kompetenten Mann beschreiben.
- Die zweite Gruppe sollte eine reife, gesunde, sozial kompetente Frau beschreiben.
- Die dritte Gruppe sollte einen reifen, gesunden, sozial kompetenten Menschen geschlechtsspezifisch beschreiben.

Zur Verfügung standen Eigenschaftspaare wie z.B. sehr gesprächig – überhaupt nicht gesprächig, sehr aggressiv – überhaupt nicht aggressiv, sehr unabhängig – überhaupt nicht unabhängig usw. Die *Ergebnisse* waren:

- Die weiblichen und männlichen Versuchspersonen unterscheiden sich nicht in ihrer Beurteilung.

- Innerhalb jeder Gruppe war die Übereinstimmung groß. Der gesunde Mann wurde innerhalb der Gruppe, die ihn beschreiben sollte, ziemlich einheitlich beschrieben, genauso die gesunde Frau und der gesunde Mensch.
- Die Eigenschaften und Verhaltensweisen der Gruppe 3, also des geschlechtsunspezifischen Menschen, wurden als sozial hochherwünscht beschrieben. Die Beschreibung des sozial kompetenten geschlechtsunspezifischen Menschen ist das Idealbild von Gesundheit, das Professionelle hier beschrieben und im Kopf haben, der ideale Gesundheitszustand.
- Die Beschreibung des gesunden Menschen war der Beschreibung des gesunden Mannes ähnlich, der Beschreibung der gesunden Frau sehr viel weniger ähnlich, d.h., die „gesunde Frau“ wurde als sehr viel weniger gesund beschrieben, gemessen an dem idealen Gesundheitsstandard.

Man kann also folgern: Es existiert ein doppelter Gesundheitsstandard für Männer und Frauen. Dieser doppelte Gesundheitsstandard der ExpertInnen spiegelt die gesellschaftlichen Geschlechtsrollenstereotypen wider. Der doppelte Gesundheitsstandard ist somit nicht alleiniges Problem der Professionellen, sondern ein gesellschaftliches Phänomen, die Professionellen in diesem Gebiet stehen aber in einer besonderen Verantwortung, da sie eine weitreichende Definitionsmacht haben.

These 3: Frauen sind strukturell benachteiligt in dieser Gesellschaft. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit

Umfassend kann ich in diesem Rahmen nicht auf die Zusammenhänge eingehen. Ich werde einige wichtige Themen ausführen, und zwar Gewalterfahrungen, Armut und Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

• Gewalt

Weibliche Lebenserfahrung ist zu einem nicht unwesentlichen Teil gekennzeichnet durch Abwertungserfahrungen, Entfremdungs- und Enteignungserlebnisse. Dabei sind die Gewalterfahrungen einschneidend. Jährlich suchen nach dem zweiten Bericht der Bundesregierung von 1988 über die Lage der Frauenhäuser 24.000 Frauen, teilweise mit Kindern, in Frauenhäusern Schutz vor ehelicher Gewalt und Vergewaltigung. Die Zahl der von sexuellem Mißbrauch betroffenen Kinder wird auf 150.000 bis 300.000 geschätzt. Väter, Stiefväter, Brüder, Freunde der Familie sind dabei zu 94 % die Täter (vgl. Klavemann/Lohstöter 1984). Die Tatsache, daß die Übergriffe meist im sozialen Nahbereich stattfinden, hat weitreichende Folgen für die Kinder: Sie können anderen Menschen nicht mehr vertrauen, ihr Zutrauen zur Welt ist tiefgreifend erschüttert. Als Überlebensstrategie setzen sehr weitgehende Entfremdungsprozesse vom eigenen Körper ein. Gewalterfahrungen sind jedoch nur besonders drastische Formen von Erlebnissen, die Enteignung, Kontrollverlust und Objektwerdung bedeuten.

Frauen als Versorgerinnen





Frauen in der Arbeitsgruppe

• Armut

Armut ist weiblich, heißt es heute. Worauf gründet sich diese Aussage? Insgesamt kann man festhalten: Wer in unserer Leistungsgesellschaft viel arbeitet, ist ärmer als die, die weniger arbeiten, aber höher bewertete Arbeit tun. Frauen, die mehr als 50 % der Bevölkerung ausmachen, leisten 2/3 der gesellschaftlich notwendigen Arbeit, besitzen aber nur 1/3 des Vermögens.

Im folgenden möchte ich einige Fakten über Zahl und Struktur der „armen Frauen“, nämlich der Sozialhilfeempfängerinnen in der Bundesrepublik, präsentieren. Dabei wird deutlich werden, daß es für Frauen „strukturelle Existenzrisiken“ gibt, wie Silke Axhausen es nennt. Die Zahl der Sozialhilfe empfangenden Menschen steigt immer weiter an. 1991 bezogen ca. 2,86 Mio. BundesbürgerInnen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt. Beanspruchte 1978 noch fast ein Viertel wegen unzureichender Versicherungs- und Versorgungsansprüche und ein Zehntel wegen Krankheit solche Hilfen, beziehen 1990 28,7 % aller EmpfängerInnen Haushalte „Leistungen wegen Arbeitslosigkeit, und die beiden 1978 dominierenden Ursachengruppen machen lediglich 17,5 % aus“ (Andreß 1994). Absolut gesehen sind es in der Mehrzahl Frauen, die Sozialhilfe beziehen. Zwar ist der Anteil der Männer an der Sozialhilfe in den letzten 20 Jahren gestiegen, aber die Frauen wurden noch nicht eingeholt. Sieht man sich die Empfängerinnen genauer an, so fällt auf, daß sich die Zahl der alten Frauen relativ gesehen verringert hat, die Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen in den mittleren Altersgruppen aber deutlich angestiegen ist. Ein wesentlicher Grund für diese Tatsache ist in der hohen Zahl von alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen im Sozialhilfebezug zu sehen. Die alleinerziehenden Frauen bilden eine besondere Gruppe bei den Sozialhilfeempfängerinnen. Ihre Zahl wächst laufend. Von 1978 bis 1987 hat sich beispielsweise ihre Zahl fast verdoppelt. 95 % aller alleinerziehenden Sozialhilfe empfangenden Menschen sind Frauen. Laut dem Mikrozensus 1991 gibt es „985.000 Ein-Eltern-Familien mit Kindern unter 18 Jahren in den alten Bundesländern und 490.000 in den neuen Bundesländern. 86 % der Alleinerziehendenhaushalte in den alten und 88 % in den neuen Bundesländern haben einen weiblichen Haushaltsvorstand“ (Mädje/Neusüß 1994, S.134). In vielen Fällen wird die Sozialhilfe zusätzlich zu einem Einkommen aus Erwerbsarbeit bezogen. Dies führt zu der Frage, wie der Arbeitsmarkt für Frauen strukturiert ist.

• Berufstätigkeit von Frauen

Das Stellenangebot für Frauen ist sehr viel enger als für Männer. 90 % der erwerbstätigen Frauen arbeiten in nur zwölf Berufen. Über die Hälfte der berufstätigen Frauen, nämlich 51 %, und nur 33 % der berufstätigen Männer arbeiten in ungelernten Tätigkeiten. Dabei haben die Frauen, was den Bildungsstand angeht, im Vergleich zu den Männern aufgeholt. In manchen Bereichen sind Mädchen sogar besser qualifiziert. Dennoch ändert das nicht die Position, die Frauen im Beruf erreichen. Besonders wenn sie nach einer Unterbrechung ins Berufsleben zurückkehren, finden sie sich bei gleichem Abschluß in niedrigeren Positionen als Männer. Neben dieser Dequalifizierung sind Frauenarbeitsplätze charakterisiert durch Flexibilisierung. Was auf den ersten Blick positiv zu sein scheint, da Beruf und Familie durch flexiblere Arbeitszeiten leichter zu vereinbaren sein sollen, entpuppt sich als ein Arrangement, das psychosozial und materiell belastende Folgen für Frauen haben kann, nämlich Einkommensverluste, Arbeitsintensivierung, zunehmende unbezahlte Arbeitszeit, ungeschützte Beschäftigungsverhältnisse.



Frauen am Arbeitsplatz

• Zusammenhänge zu Gesundheit

Die ökonomische Lage hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit. Je ärmer Frauen sind, um so mehr sind sie gezwungen, an der Gesundheit zu sparen, z.B. bezüglich der Ernährung oder der Freizeitgestaltung. Arme Frauen gehen zudem seltener zu Vorsorgeuntersuchungen als Frauen, die ökonomisch besser gestellt sind, auch während einer Schwangerschaft. „Als Folge davon beobachtet man bei ökonomisch und sozial benachteiligten Frauen mehr Risikoschwangerschaften mit oft langfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mütter und der Kinder“. „Armut macht die Kinderbetreuung und -erziehung mühsam und nervenaufreibend“ (Vogt 1993, S. 54). Meist sind arme Frauen und ihre Kinder zudem noch ökologisch benachteiligt, d.h., sie sind in höherem Maße Umweltbelastungen wie Luftverschmutzung und Lärm ausgesetzt, da sie in schlechteren, belasteteren Gegenden wohnen und leben. Und schließlich steigt mit dem Bildungsniveau die Bereitschaft, gesundheitsfördernde Angebote anzunehmen. Es steigt auch die Bereitschaft, die Pflege von Familienangehörigen zu übernehmen. Die Berufs- und Hausarbeit wirken in höchst komplexer Art und Weise auf die Gesundheit von Frauen.

Die Studie von Klesse/Sonntag/Brinkmann/Maschewsky-Schneider (1992) zeigt die Komplexität des Verhältnisses von Hausarbeit und Muttersein einerseits und Erwerbsarbeit andererseits. Frühere Ausbildung und Berufsarbeit können demnach positive und identitätsstiftende Bedeutung für ein derzeitiges Leben als ausschließliche Mutter und Hausfrau haben. Die Widersprüchlichkeit von Haus- und Erwerbsarbeit sowie die in dieser Widersprüchlichkeit liegenden gesundheitsbedrohenden Potentiale werden deutlich.



**Frauen aktiv
für Gesundheit**

Literatur

- Andreß, Hans-Jürgen: Steigende Sozialhilfezahlen. Wer bleibt, wer geht, und wie soll die Sozialverwaltung darauf reagieren? In: Zwick 1994
- Brovermann, I./Brovermann, D.M./Clarcson, F.E./Rosenkranz, P.S/Vogel, S.R.: Sexrole stereotypes and clinical judgements of mental health. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1970, H. 1, S. 1-7
- Hurrelmann, K./Laaser, D. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim 1993
- Klavemann, Barbara/Lohstötter, Ingrid: Väter als Täter. Reinbek 1984
- Klesse, Rosmarie/Sonntag, Ute/Brinkmann, Marita/Maschewsky-Schneider, Ulrike: Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein. Frankfurt/M., New York 1992
- Kolip, Petra: Ein denkwürdiger Wandel – zur gesundheitlichen Lage im Jugendalter. Zeitschrift für Frauenforschung 1994, H. 4, S. 39-46
- Kolip, Petra (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim, München 1994
- Mädje, Eva/Neusüß, Claudia: Alleinerziehende SozialhilfeempfängerInnen zwischen sozialpolitischem Anspruch und gesellschaftlicher Realität. In: Zwick 1994, S.134-155
- Sichrovsky, Peter: Krankheit auf Rezept. Köln 1984
- Stein-Hilbers, Marlene: Handeln und behandelt werden: Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit im Jugendalter. In: Kolip (Hrsg.) 1994, S. 83-100
- Vogt, Irmgard: Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser 1993, S. 46-62
- Zwick, Michael: Einmal arm, immer arm? Neue Befunde zur Armut in Deutschland. Frankfurt/M. 1994

Protokoll von Ingrid Hornemann

In der Arbeitsgruppe sollte dazu ermutigt werden, dem weiblichen Blick auf Gesundheit in der eigenen Arbeit mehr Raum zu geben, über Umsetzungsmöglichkeiten dafür nachzudenken und Bedingungen zur Verwirklichung zu diskutieren.

In den beiden Arbeitsgruppensitzungen hörten wir jeweils ein Impulsreferat, dazu wurde in Kleingruppen und im Plenum diskutiert. Besonderer Wert wurde sowohl auf den europäischen Austausch wie auch auf den Vergleich zwischen den alten und den neuen Bundesländern gelegt. Eine Teilnehmerin aus Prag und eine Teilnehmerin aus Weimar berichteten jeweils ausführlich von ihrer Arbeit.

Im folgenden sollen die wesentlichen Aspekte der Referate thesenartig wiedergegeben sowie die zentralen Diskussionspunkte in der Gruppe zusammenfassend dargestellt werden.

Ute Sonntag skizzierte anhand von drei Thesen die gesundheitliche Situation von Frauen:

These 1: Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, sie sind anders gesund und krank

- Bis zur Pubertät unterscheiden sich Mädchen und Jungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes nicht, in dieser Zeit wird jedoch der Grundstein für den Umgang mit Gesundheit und der Geschlechtsrolle gelegt.
- Mädchen sind weniger draufgängerisch, haben rigidere Sauberkeitserziehung, Sensibilität für Schmerzen nimmt zu.
- Ab der Pubertät verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Mädchen, sie stufen sich selbst als weniger gesund ein als Jungen, lernen aufgrund von Menstruationsbeschwerden „Schmerzmanagement“ durch Arzneimittel.
- Beschwerdeäußerungen bei Männern sind eher organfixiert, sie trennen klar zwischen gesund und krank (d.h. ganz und gar gesund oder gar nicht), kümmern sich weniger um gesundheitliche Belange („adressierte Unfähigkeit zu leiden“ – H.E. Richter).
- Weibliche Beschwerdesyndrome deuten eher auf psychische Befindensstörungen hin, für Frauen schließen sich Gesundheit und Krankheit nicht vollständig aus (sie können objektiv gesehen krank sein, aber sich trotzdem wohlfühlen).

Hinweis: Hier wäre Praxisforschung mit „weiblichem Blick“ notwendig, Epidemiologie ist ein männlich dominierter Forschungsbereich (männliche Patienten und männliche Forscher sprechen dieselbe Sprache, Frauen können sich deshalb schwerer verständlich machen).

These 2: Das Gesundheitssystem behandelt Frauen und Männer unterschiedlich. Frauen werden pathologisiert, Männer stehen für Gesundheit und bilden die Norm

- Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer.
- Forschung befaßt sich eher mit „Männerkrank-

- heiten“ (z.B. Herz-Kreislauf-Präventionsstudie), „Frauenleiden“ werden weniger erforscht.
- Ärzte sind oft hilflos gegenüber weiblichen Beschwerdeäußerungen („vegetative Dystonie“), eine Folge davon ist die Medikalisierung von Frauen (vor allem Schmerz- und Schlafmittel).
 - Normale Vorgänge im Leben von Frauen werden pathologisiert (Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre).
 - Die Ungleichbehandlung von Männern und Frauen ist u.a. begründet durch den doppelten Gesundheitsstandard, den professionelle GesundheitsarbeiterInnen (Männer und Frauen) verinnerlicht haben: Der gesunde, reife, sozial kompetente Mensch entspricht dem Bild eines gesunden Mannes, das Bild der gesunden Frau weicht hiervon erheblich ab. Dies belegen verschiedene Untersuchungen (vgl. Brovermann u.a. 1970).

These 3: Frauen sind strukturell benachteiligt. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit

- Viele Frauen haben Gewalterfahrungen in ihrem Leben gemacht und konnten dadurch kein Vertrauen in andere Menschen und in die Welt aufbauen – ein zentrales Gefühl, das für Gesundheit wichtig ist.
- Frauen leisten 2/3 der gesellschaftlich notwendigen Arbeit und besitzen 1/3 des Vermögens, aber immer mehr Frauen sind von Armut betroffen und dadurch gezwungen, an der Gesundheit zu sparen.
- Frauen sind gegenüber Männern beruflich benachteiligt, obwohl sie den gleichen Bildungsstand haben.

Leitfrage für die Kleingruppenarbeit war, Ideen für die eigene Arbeit, utopische Entwürfe für den „weiblichen Blick auf Gesundheit“ zu entwickeln. Die Kleingruppen richteten den Blick zum einen auf strukturelle Rahmenbedingungen, zum anderen aber auch auf Bewältigungsstrategien, ausgehend von der einzelnen Frau.

Einen wesentlichen Diskussionspunkt bildete das Problem der Akzeptanz von frauenspezifischen Angeboten: Was motiviert Frauen, in die Kurse zu kommen? Welche Vorteile bieten Zielgruppen- bzw. problemorientierte Angebote gegenüber offenen Angeboten? Wer bestimmt die Sinnhaftigkeit von Kursen? Wie können die Bedürfnisse von Frauen mit der „pädagogischen Verantwortlichkeit“ vereinbart werden?

- Auch in scheinbar nicht frauenspezifischen Kursen kann der „weibliche Blick“ einfließen (z.B. Yoga).

- Inhalte werden von den Teilnehmerinnen bestimmt, wir können ihnen nichts überstülpen, nur Impulse geben.
- Es soll an den persönlichen Erfahrungen der Teilnehmerinnen angeknüpft werden.
- Die Person der Dozentin ist entscheidend: Wie sieht sie selbst ihre Rolle als Frau in der Gesellschaft, hat sie den weiblichen Blick auf den Gegenstand, den sie vermittelt? Der Transfer zwischen Theorie und Praxis muß verbessert werden, Erkenntnisse müssen gegenseitig einfließen.

Helga Vef umriß wichtige Aspekte des „Affidamento-Konzeptes“, das Mailänder Frauenforscherinnen entwickelt haben; die Diskussionsschwerpunkte der Gruppe fließen in die Darstellung mit ein:

Sexueller Differenzansatz:

- Frauen sind definiert durch die männliche Ordnung, in der allgemeinen Diskussion kommen keine zwei Geschlechter vor, Mensch = Mann.
- Es gilt, ein neues Wertesystem zu schaffen, „weibliche Genealogie“, Bezugnahme auf Frauen.
- Dabei geht es nicht um ein Messen bzw. Anstreben der Gleichheit mit Männern, vielmehr sollen Differenzen sichtbar werden, auch unter Frauen: Aufhebung des Zwangs der Gleichheit, des „Sich-auf-einem-Level-befinden-Müssens“.
- Dieser Ansatz beinhaltet ein befreiendes Potential und eine Chance der Entwicklung.
- Affidamento-Beziehung: sich anvertrauen, die andere Frau wertschätzen, sich aufeinander beziehen, sich ergänzen, voneinander lernen, verschiedene Ansätze können nebeneinander bestehen, Benennen der eigenen Position, ohne die andere „aus dem Feld zu schlagen“, Streiten um Positionen muß nicht persönlich genommen werden (weibliches Harmoniestreben).
- Solidarität in der Stärke, nicht in gemeinsamem Leid.
- Konkurrenz darf positiv definiert werden.
- Aus der Praxis die Theorie entwickeln.
- Es gibt keine „Frauenthemen“ mehr: Frauen gehört die ganze Welt.
- Fruchtbare Arbeit miteinander beinhaltet die Überwindung der eigenen, angelernten Abwertung des weiblichen Geschlechts.

Hieraus wird als zentrale Frage für die Frauengesundheitsbildung abgeleitet: *Wie können Frauen sich auf der Grundlage eines positiven Selbstbildes auseinandersetzen und wie kann dabei persönliches Wachstum stattfinden?*

ZWISCHEN LUST UND FRUST Geschlechtsspezifischer Umgang mit Sexualität und Gesundheit

Thesen von Kora Koltermann und Michael Siemer

- Befriedigende Sexualität ist – analog zur WHO-Gesundheitsdefinition – ein körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden.
- Sexualität und Gesundheit bedingen sich gegenseitig.
- Sexualität ist kein Naturereignis. Sie muß immer wieder neu erlernt, geübt und mit dem/der PartnerIn abgestimmt werden.
- Sexualität ist nicht geschlechtsneutral. Frauen und Männer erleben Sexualität unterschiedlich.
- Im Geschlechterverhältnis gibt es Gemeinsamkeiten und Unvereinbarkeiten. So auch in der Sexualität. Differenzen sind verhandelbar. Andererseits müssen Grenzen akzeptiert werden.
- Die Partner sind für ihr sexuelles Erleben eigenverantwortlich.
- Ungleiche Macht- und Gewaltverhältnisse finden sich auch in der Sexualität. Mit einer beide Seiten zufriedenstellenden Sexualität sind sie unvereinbar.
- Befriedigende Sexualität setzt den unmittelbaren Kontakt sowohl mit sich selbst als auch mit dem/der PartnerIn voraus.
- Sexualität und Liebe sind die letzten Abenteuer/die größten Herausforderungen für jedermann/jedefrau.
- Alles, was die Sexualität bereichert, ist erlaubt, sofern das Wohlbefinden des/der PartnerIn nicht verletzt wird.
- Aufgabe und Ziel der Erwachsenenbildung ist, die geschlechtsspezifische Solidarität und Ermutigung untereinander sowie in Abgrenzung voneinander zu erfahren und darüber hinaus die Dialogfähigkeit zwischen den Geschlechtern zu fördern.

Protokoll von Petra Matzpreiks

Die Gruppe bestand aus 4 Männern und 12 Frauen unterschiedlichem Alters. Überwiegend hatten sich die TeilnehmerInnen aus beruflichen Gründen für diese Arbeitsgruppe entschieden. Doch schloß keine das persönliche Interesse aus.

Wir begannen mit einer Bewegungseinheit und einem Vorstellungsspiel: „Ich bin ein Mann, ich bin eine Frau.“ Jede/r TeilnehmerIn stellte sich mit beiden Sätzen einer/m anderen TeilnehmerIn vor. Die Empfindung „Wie fühlt es sich an, wenn ich als Frau zu einem Mann sage, ich sei ein Mann“ und umgekehrt wurde neben den üblichen Kriterien in die Vorstellungsrunde eingebracht.

Mit der Frage „Was ist Sexualität für mich?“ bildeten sich drei Kleingruppen, zwei Frauengruppen, eine Männergruppe. Bei der Auswertung stellte sich heraus, daß sich Frauen durch die alleinige Verantwortung der Verhütung in ihrer sexuellen

Lebendigkeit eingeschränkt fühlen, daß ältere Teilnehmerinnen sich auf Grund der Menopause freier fühlen und ihre Sexualität im Alter (Ich-Findung) schöner, intensiver empfinden.

„Sexualität im Alter“ löste bei den Männern die Potenzfrage aus. Sie thematisierten den Leistungsdruck und ihre Identifikation mit dem „sexuellen Akt“: „Bring ich's?“ Die Auseinandersetzung mit der Frage „Was ist Sexualität für mich?“ machte die Geschlechterdifferenz deutlich.

Der zweite Tag der Arbeitsgruppe begann wieder mit einem Bewegungsteil. Weiche, runde „weibliche“ Bewegungen im Wechsel mit zielgerichteten,



eckigen, „männlichen“ Bewegungen. Dann wurde mit folgenden Fragen gearbeitet:

„Was ist, wenn ich keine Sexualität habe? Dann bin ich ..., dann fühle ich mich ...“

„Was ist, wenn meine Sexualität mich nicht befriedigt? Dann bin ich ..., dann fühle ich mich ...“

Bei dieser Auswertung stellte sich der Zusammenhang zwischen Sexualität und Gesundheit klar heraus: „Schlechter Sex macht krank“. Wobei die Sexualität als Barometer für die Beziehung gesehen wurde.

Es kam zu folgenden Fragen:

- Was brauche ich für eine befriedigende Sexualität?
 - Wie teile ich mich mit, verbal – nonverbal?
 - Spüre ich überhaupt, was ich brauche?
 - Sind meine Bedürfnisse jeden Tag gleich?
- und:
- Selbsterfahrung an der Volkshochschule, warum diese Berührungsgänge?

In dieser Arbeitsgruppe wurde die unterschiedliche Bedeutung von Sexualität bei Männern und Frauen deutlich. Es zeigte sich, wie wichtig es ist, dies zu akzeptieren und gleichzeitig Kommunikationsmöglichkeiten zu finden, um gemeinsam zu einer befriedigenden Sexualität zu gelangen.

Viele TeilnehmerInnen empfanden es (erstmal) einfacher, über ihre Bedürfnisse und Ängste mit fremden Personen in der Gruppe zu reden als mit Freunden oder ihrer PartnerIn. In diesem Zusammenhang wurde die Wichtigkeit von Selbsterfahrungskursen in der Volkshochschule nochmals deutlich.

BEWÄLTIGUNGSVERSUCHE IM ALLTAG

Ökologische Krisen und ihre gesundheitlichen Folgen

Beobachtungen und Fragen von Angela Venth

Keine offizielle bildungspolitische Verlautbarung versäumt es heute, den hohen Stellenwert ökologischer Bildung zu betonen. Die Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung findet dagegen noch kaum Erwähnung in der bildungspolitischen Öffentlichkeit, langsam und zaghaft erst wächst die Aufmerksamkeit dafür.

In der Bildungspraxis gehört die Gesundheitsbildung zu den stark expandierenden Angebotsbereichen. Für die Umweltbildung wird demgegenüber der Mangel an Nachfrage beklagt. Gesundheits- und Umweltaspekte werden in der organisierten Erwachsenenbildung üblicherweise getrennt voneinander behandelt.

Stehen veröffentlichte Ansprüche der Erwachsenenbildung und die Bildungswirklichkeit im (unentdeckten) Widerspruch zueinander?

Wirft man einen Blick auf Kursankündigungen in der Erwachsenenbildung, so fällt ein Kontrast ins Auge: „In Sachen Umwelt“ werden häufiger allgemeine Bedrohungsszenarien gezeichnet und technische Lösungswege vorgestellt; der Lerngegenstand leitet sich von naturwissenschaftlichen Sachverhalten ab. „In Sachen Gesundheit“ wird demgegenüber von persönlichem Wohlbefinden und konkreten, erfahrungsbezogenen Verbesserungsmöglichkeiten ausgegangen.

Hat die klassische Umweltbildung – im Unterschied zur Gesundheitsbildung – die Menschen, ihre Motive und Handlungsfähigkeiten aus dem Blick verloren? Konzentriert sie sich zu sehr auf systemische ökologische Zusammenhänge und hat darüber alltägliche Lebenszusammenhänge vernachlässigt?

Auch zwischen Umwelt- und Gesundheitsbewegung und ihren Initiativen fallen Unterschiede auf, die nach der jeweiligen Nähe der Zielsetzungen zu den Menschen und ihrem unmittelbaren Lebensumfeld fragen lassen. So wurde in der Gesundheitsbewegung bereits vor Jahren vertreten, daß Gesundheit nicht mit Strafandrohung gefördert werden kann und mit positiven Perspektiven zu verbinden ist. Erst heute werden in der Umwelt"szene" selbstkritische Stimmen laut, die gegen die Lebensfeindlichkeit und dogmatische Askesehaltung in den eigenen Reihen sprechen.

Sind Umweltaktivitäten typisch für eine Orientierung auf die Außenwelt, Gesundheitsaktivitäten typisch für eine Orientierung auf die Innenwelt? Schließen sich beide Perspektivrichtungen im Sinne eines „Entweder-Oder“ aus, oder ist Synergie denkbar?

Wenn Erwachsenenbildung Umwelt- und Gesundheitsaspekte miteinander verbinden will, wird sie sich der kulturell üblichen Trennung zwischen Innen- und Außenwelten stellen müssen. Über eine entschiedene Lebensweltorientierung (statt des Ausgangspunktes von makrostrukturellen Betrachtungen) wird sie auch die gesundheits- und umweltschonenden oder -störenden Handlungssubjekte entdecken. Dann wird sichtbar, daß es sich um Frauen und Männer mit je unterschiedlichen Erfahrungsbedingungen und Interessenlagen handelt.

Sind für die Zukunft Bildungsangebote denkbar, durch die beide Geschlechter mit dem für sie je Untypischen vertrauter werden können: Männer mit der Gesundheit, mit sozialen, seelischen und körperlichen Erscheinungen (dem „Privaten“), Frauen mit politischen Wegen der Umwelterhaltung (dem „Öffentlichen“)?

Tatsächlich hat ein frauenspezifisches Umweltenagement bereits begonnen. Es trägt deutlich andere Züge als die bekannten ökologischen Postulate, die letztlich nur zu „grüner Müdigkeit“ führen. Neu und anders ist dabei der entschiedene Bezug auf den Alltag mit seinen Bewältigungsanforderungen. Gesundheits- und Umweltangelegenheiten greifen alltäglich längst ineinander – allerdings mit Widersprüchen, die zu thematisieren Aufgabe der Erwachsenenbildung wäre.

Protokoll von Maja Kilger und Rita Kreis

Der Titel der Arbeitsgruppe spricht schon den wichtigsten Teil der zu behandelnden Problematik an: Ökologische Themen werden zwar noch vielerorts lautstark für wichtig befunden, wirklich beschäftigen möchten sich damit aber nur wenige. Kurse im Bereich Ökologie werden wenig besucht. Ökologische Fragen sind „irgendwie out“, obwohl Umweltbildung, das sagen auch PolitikerInnen, für unsere Zukunft eine wichtige Rolle spielen müßte. Der Bereich der Gesundheitsbildung dagegen erfreut sich seit Jahren wachsender Nachfrage. Das kann man an Programmen und Teilnahmezahlen der Volkshochschulen und anderer Einrichtungen der Erwachsenenbildung deutlich sehen. Es deckt sich auch mit unseren Erfahrungen in der eigenen Arbeit. Dabei werden die Bereiche Ökologie und Gesundheit wenig zusammengedacht, auch wenn der Gesamtbereich in vielen Volkshochschulen Umwelt und Gesundheit heißt. Erst jetzt, da die ökologischen Themen auf der Kippe stehen, kommt man auf die Idee, die Angebotspraxis zu ändern und beide Bereiche stärker zu vernetzen.

Hier entstehen für uns folgende Fragen:

- Ist solch eine Vernetzung der beiden Bereiche sinnvoll und wenn ja, wie kann sie aussehen?
- Wie kann/muß sich Erwachsenenbildung überhaupt verändern, um ökologische Themen in Zukunft angemessener anbieten zu können?
- Wie ist es — im Unterschied zu den siebziger Jahren — zu diesem Mangel an Interesse und Engagement gegenüber ökologischen Themen

Wenn Erwachsenenbildung Umwelt- und Gesundheitsaspekte miteinander verbinden will, wird sie sich der kulturell üblichen Trennung zwischen Innen- und Außenwelten stellen müssen.

gekommen? Was hat sich gesellschaftlich verändert? (Die ökologischen Probleme sind ja eher noch größer geworden!)

- Wo ist für uns selbst der Zusammenhang zwischen den Bereichen Ökologie und Gesundheit?

Die Beantwortung der letzten Frage benutzten wir als Einstieg und sammelten folgende Gedanken:

- Mein persönliches Umweltverhalten beeinflusst die Gesundheit aller und umgekehrt.
- Umweltbelastungen sind in mehrfacher Hinsicht ungesund.
- Die Vorstellung, daß ein topfiter, entspannter Mensch in einer verödeten Umwelt stehen könnte, macht mich gruseln.
- Die Geschwindigkeit von Arbeit, Eindrücken, Menschen und Entwicklungen paßt nicht mehr zu meinem Tempo.
- Konsum, Komfort, Kolonialismus.
- Der Mensch ist Teil der Natur.
- So wie der Mensch mit der Natur umgeht, behandelt er auch sich selbst als Teil der Natur: maschinenhaft.
- Der Mensch wird gefühllos für den Zusammenhang.

Diese Auflistung gab zunächst Anlaß zur Diskussion. Gibt es nur Grund zur Depression oder vielleicht auch zur Hoffnung bzw. ist wirklich alles so negativ zu sehen? Gerade im ersten Gedanken könnte doch ein Grund für eine positivere Einschätzung unserer Möglichkeiten, die Zukunft zu gestalten, gesehen werden. Durch unseren Gedankenaustausch wurde deutlich, daß wir es bei der Auseinandersetzung mit ökologischen Problemen immer schnell mit psychologischen Phänomenen wie großen Zukunftsängsten, Abwehr, Verdrängung zu tun bekommen. Schnell steht unser gesamtes Überleben gewichtig und blockierend im Raum.

An dieser Stelle machte uns Manfred Cramer mit Gedanken der Forscher Paul Parin und Robert Lifton bekannt: Jenseits von Dichotomien wie Hoffnung/Depression, negativ/positiv könne es auch darum gehen, ein „doppeltes Bewußtsein“ auszubilden, das uns ermöglicht, eine Art Schrecken mit Heiterkeit zu empfinden. Beispiel: Ich fahre auf der Autobahn, schaue nach dem sterbenden Wald und frage mich, wie lange er es wohl noch macht. Als Mensch mit „doppeltem Bewußtsein“ bin ich mir der Paradoxie meines Verhaltens und der Situation bewußt. Das gesplante Bewußtsein hingegen drängt stets einen Teil weg. Schlicht gesagt, kann es entweder Auto fahren oder edle Gefühle für den Wald haben, ohne des Zusammenhangs zwischen beidem gewahr zu werden. Der Preis für diese Art der Verdrängung ist Fühllosigkeit. Täglich bewegen wir uns in ähnlichen Verleugnungs-Zusammenhängen.

In den 70er und 80er Jahren, den Hoch-Zeiten der Ökologiebewegung, war es noch möglich, durch Enttarnung unser heimliches Wissen um die Lügenhaftigkeit solcher Zusammenhänge zu aktivieren und durch Skandalisierung von Produkten die Verhaltensweisen vieler Menschen zu verändern. In den 90er Jahren geht das nicht mehr. Umwelt ist kein Thema mehr. Warum?

Seit vielen Jahren befaßt sich Manfred Cramer mit sozialpsychologischen Fragen der Umweltkrise. Seine Interviewforschungen gelten Personengruppen, die in besonderer Weise auf die Umweltkrise reagieren bzw. in besonderem Maße mit ihr konfrontiert sind: Biobauern im Allgäu, „Öko-Auswanderer“ in Neuseeland, BewohnerInnen an hochfrequentierten Straßen u.v.m. Er stellte uns Teile seiner Untersuchungen vor, um daran einige Thesen zu entwickeln, die unseren heutigen Umgang mit Natur bzw. der Umweltkrise treffend charakterisieren:

1. Umweltminimalismus: Wir tun so, als ob die physikalische Umwelt auf uns keinen Einfluß hat, als wären wir von ihr unabhängig, hätten uns endgültig emanzipiert. (Nicht nur für viele Kinder wachsen die Äpfel bei Aldi!)
2. Dementsprechend existiert Umwelt nur noch, wenn sie Probleme macht, also als Störung.
3. Der Umweltminimalismus hat uns gelehrt, gegenüber der physikalischen Umwelt eine psychische Strategie zu entwickeln. Deutlich wird dies an Äußerungen wie: die Umweltkrise verdrängen, da wollte ich nicht hinschauen, weil ich das nicht aushalte ... Nur wer sich von der physikalischen Umwelt unabhängig wähnt, kann der Illusion aufsitzen, etwas verdrängen zu können, was real vorhanden ist und was auch minütlich Auswirkungen hat. Der Begriff der Verdrängung wurde von Freud für den Umgang von Menschen mit Menschen entwickelt. Wenn wir ihn auf den Umgang des Menschen mit der Natur übertragen, so ist das die Wiederkehr des Animismus, d.h., wir stattdessen die physikalische Umwelt mit einer Seele aus.

Diese Thesen geben vielleicht Antwort auf die Frage, warum Umwelt kein Thema mehr ist. Reden wir nicht häufig genug nur noch darüber, in welche psychologische Bedrängnis uns die Umweltkrise bringt, und nicht mehr über die Umweltkrise selbst?

„Anything goes“

Anschließend entwickelte Manfred Cramer in aller Kürze drei Begriffe aus amerikanischen postmodernen Gesellschaftstheorien:

1. Verflachung

Zum Leitmotiv der westeuropäischen Welt wurde: „anything goes“, alles darf sein. (Eine Konsequenz und Gegenbewegung dazu könnte die zunehmende Dogmatisierung im Alltäglichen sein, z.B. die verschiedenen Yoga-Richtungen, Ernährungsideologien und Diätrichtungen; auch die Barockisierung von Gebäuden bei Banken und Versicherungen. Das Material wird aufgebläht, Leere dadurch aufgefüllt). Die 70er Jahre waren gekennzeichnet von Auseinandersetzungen über richtig/falsch, politischen Kampf, Ideologien. In den 80er Jahren wuchs der Problemdruck in vielerlei Hinsicht, Grenzen des Machbaren wurden sichtbar, der Fortschrittsglaube erstarb; z.B. auch im bäuerlichen Leben: Bauern wurde klar – so Manfred Cramer – daß sie Anhängsel der Petrochemie wurden. Das Verhältnis von Idee und Identität wurde gestört; die Ideen wurden flacher, es gibt heute nicht mehr den „Königsweg“ für Orientierungen und

Umwelt existiert nur noch, wenn sie Probleme macht, also als Störung

Der Preis für diese Art der Verdrängung ist Fühllosigkeit.

Handeln. Wir füllen nichts mehr mit ausschließlicher Begeisterung, z.B. auch nicht solche Angelegenheiten und Begriffe wie Gesundheitsförderung und -bildung. Die Verhältnisse können völlig ambivalent gesehen und interpretiert werden – das ist aber auch eine Chance für etwas Neues.

2. Dekonstruktion

Eine der größten Dekonstruktionen dieses Jahrhunderts war der Zusammenbruch des Sozialismus und Kommunismus; bei uns im Westen geschieht die Dekonstruktion der politischen Werte *peu à peu*. Wird sich der Fundamentalismus durchsetzen?

3. Überlagerung

Die Benetton-Werbung ist ein Beispiel für Überlagerung. Man zieht Sachverhalte völlig aus dem Zusammenhang und legt etwas anderes darüber (z.B. ein an AIDS Sterbender im Bild, darunter „Benetton“). Die Bilder stehen zur freien Verfügung, sind herausgerissen aus ihren traditionellen Zusammenhängen, barockisiert. Den BetrachterInnen ist es überlassen, was sie damit machen, welche Bedeutung sie dem Gesehenen zuordnen.

Ohne den Hintergrund dieser Prozesse – so die These von Manfred Cramer – könnten die Biobauern in Oberbayern (traditionell, konservativ) keine Biobauern werden oder sein. Sie streiten sich mit ihren traditionellen Nachbarn nicht, sondern tolerieren, aber ironisieren sich auch, was hilft, Identität zu stabilisieren. Unterschiede werden nur mit Hilfe von Ironie und Ästhetik deutlich gemacht, aber nicht über ideologischen Kampf/Auseinandersetzungen z.B. über den Einsatz von Pestiziden.

Wenn diese Beschreibung zutreffend ist, was viele der Teilnehmenden fanden, erhebt sich sofort die Frage, welche Konsequenzen das für uns als BildungsarbeiterInnen hat. Müßten wir nicht alte Vorstellungen von falsch/richtig, schwarz/weiß verlassen und auch die Vorstellung, wir hätten *richtige* Lösungen? Die KursleiterInnen müssen in die Komplexität entlassen werden und selbst entlassen. Die pädagogischen Ansätze müssen berücksichtigen, daß es keine richtigen Lösungen gibt.

Das 20. Jahrhundert stellte die moralische (das persönliche Wertesystem betreffende) Frage: Wie will *ich* leben? Das 21. Jahrhundert wird die ethische (das kollektive Wertesystem betreffende) Frage stellen müssen: Wie wollen *wir* leben?

These von Manfred Cramer: Es gibt ein Bedürfnis nach ethischen Werten genauso wie nach Religiosität oder Esoterik. Fraglich aber bleibt, wie und auf welcher Basis solch eine ethische Debatte angesichts von „anything goes“ noch führbar sein soll. Die politischen Machtverhältnisse erschweren eine solche Debatte zusätzlich erheblich.

Öko-Rating

Unter Rückgriff auf Ulrich Becks „Risikogesellschaft“ verdeutlichte Manfred Cramer mögliche Varianten von globalen Umweltstrategien, die bezüglich der Formulierung einer Klimaschutzkonvention für kollektive Existenzweisen erörtert werden:

Pro Person, Gemeinde, Land stehen soundsoviele Verbrauchseinheiten an Energie, gemessen als Emission, zur Verfügung. (Wenn ich z.B. ein Auto oder einen Computer kaufe, werden die Emissionswerte festgelegt, und ich darf nur eine bestimmte Anzahl umweltschädigender Einheiten verbrauchen.) Der australische Plan sieht die Kontingentierung (Öko-Rating) der Emissionswerte in Luft, Wasser, Boden vor. Die sog. Dritte Welt-Länder würden an die Industrienationen wahrscheinlich auf dem Kapitalmarkt Abgaswert-Kontingente verkaufen, weil sie unter den dann gegebenen Umständen ihre eigenen nicht marktkonform einsetzen könnten (ihre Industrie hat zu hohe Abgaswerte). Das würde ein Wettrennen um abgaschwache Industrien und Maschinen ergeben.

These: Die „natürliche Natur“ bereitet Probleme, die solche Lösungen global erzwingen

Frage: Wird es also die Zukunft der BildungsarbeiterInnen sein, den VerbraucherInnen das Rechnen und Verzichten beibringen zu müssen? Was würde dieses System für VerbraucherInnen bedeuten? Wenn es über den Preis reguliert werden soll, ergäbe sich eine Palette von industriellen und sozialen Veränderungen, z.B. die deutsche Idee eine „Pfandgeldes“ für Autos. Kann das „Rating“, wenn es greifen soll, nur über Restriktionen für die VerbraucherInnen funktionieren? Werden grundsätzliche Veränderungen nur über Verzicht möglich sein?

Auf welche Weise werden wir, als eher einflußschwaches Glied in der Kette, Einsicht in diesen komplizierten Zusammenhang erhalten bzw. weitergeben können? Wieso erfahren wir in Europa so wenig von solchen Zukunftsszenarien? In Australien z.B. werden Umwelt-Szenarien dramaturgisch umgesetzt, im Fernsehen gezeigt und öffentlich diskutiert. Wie global kann/muß Weiterbildung sein, damit Menschen sich dafür interessieren? In einen Kurs „Schadstoff im Essen“ kommt niemand, „Wir basteln eine Solaranlage“ ist zu technisch und zu eng. Viele Menschen sind daran interessiert, über konkrete Sparmaßnahmen (Wasser, Energie) etwas zu erfahren. Solche Alltagsinteressen könnten wir nutzen, weil es ein großes Bedürfnis nach „Tätigwerden“ gibt. Unklar bleibt das Ziel einer solchen Bildung. Es könnte – so Manfred Cramer – ja vielleicht in einer Überlagerung des Konsumverhaltens bestehen: Verzicht könnte durch Lust überlagert werden. Die Frage/Hoffnung wird geäußert, das sich über Verflachung und Überlagerung auch der Konsumzwang ändern wird. Die Verzichtsideologie zu preisen scheint heute jedenfalls nicht mehr sehr erfolgversprechend.

Gesundheitsbildung ist nicht automatisch auch Umweltbildung. Es braucht Unterstützung, damit klar werden kann, daß z.B. ein Yoga-Kurs nicht nur individuelle Lebenshilfe ist, sondern Element eines sanfteren Konsums sein könnte, eine Alternative zu umweltbelastenden Entspannungsmöglichkeiten. Gefordert ist von uns allen ein doppeltes Bewußtsein und kein gespaltenes!

Die pädagogischen Ansätze müssen berücksichtigen, daß es keine richtigen Lösungen gibt.

EIN LEBEN AUF DIE MINUTE

Der Umgang mit Zeit als Element von Gesundheit

Das pulsierende Leben

Ein Plädoyer für die Orientierung am Rhythmus

Beitrag von Karlheinz A. Geißler

DER KAPELLMEISTER: Wenn auch ein Marsch nicht mehr recht modern ist, das macht gar nichts, man kann in die ältesten Noten etwas hineinmachen – etwas hineinlegen. Man muß halt ein gewisses Ding, wie heißt er denn gleich – der Rhythmus gehört hinein, das ist die Hauptsache, der fehlt euch.

KARL VALENTIN: Den kennen wir nicht, der war noch nie bei uns.

DER KAPELLMEISTER: Ich spreche doch vom Rhythmus.

KARL VALENTIN: Kennst du an Rhythmus, Ander!!!? – Nein, der kennt ihn auch nicht. Seinen Bruder kenn ich schon.

DER KAPELLMEISTER: So ist's recht, der kennt an Rhythmus seinen Bruder. – Wie sieht denn der aus, den möchte ich auch kennenlernen.

KARL VALENTIN: So ein kleiner Dicker mit einem Spitzbart.

DER KAPELLMEISTER: Der Rhythmus??

KARL VALENTIN: Nein, Reisberger heißt er – jetzt fällt's mir ein.

Zu wenig Rhythmus

Michel Serres, ein sensibler, genau beobachtender französischer Philosoph, hat die Entwicklungen, präziser: die Fehlentwicklungen der Moderne in pointierter Art und Weise resümiert: „Zuviel Lärm, zuwenig Rhythmus, keine Melodie“ (Serres 1993, S. 159). Das ist zweifelsohne eine übertriebene kulturkritische Sichtweise, aber sie benennt eine Tendenz, für die es Belege in genügender Anzahl gibt. Der Rhythmus als eines der zentralen Entwicklungsprinzipien des Lebendigen, als Orientierungskategorie für das, was wir das rechte Zeitmaß nennen können, dieser Rhythmus ist gegen die entwicklungsdynamische Signatur der Moderne gerichtet. Im Projekt „Moderne“ sind die Rhythmen, diejenigen äußerer Natur und jene, die die sozialen Gemeinschaften zusammenhalten, in die Defensive geraten. Nicht zuletzt, weil unser aufklärerisches Tun und Streben mit einer höchst problematischen und notwendigerweise illusionären Befreiung von den als einschränkend erlebten Bedingungen innerer und äußerer Natur einherging. *Ent-Rhythmisierung* ist das Programm der sich aufgeklärt wählenden Industriegesellschaft, an dem wir das, was üblicherweise „Fortschritt“ genannt wird, festmachen.

Für die Zeitlogik der hochtourigen Moderne gehören die Rhythmen zu den Schattenseiten, die, wie der Kampf gegen die Nacht und den Tod es ja allerorten zeigt, der zu überwindenden Vormoderne

zugerechnet werden. So wird es z.B. als Erfolg gefeiert, wenn es gelingt, die endogenen Zeitprogramme bei den Tieren, den Pflanzen und auch beim Menschen zu eliminieren. Dem Japaner Takahashi ist dies jüngst an der Northwestern University in den USA bei Mäusen gelungen. Es wurde als wissenschaftlicher „Durchbruch“ gefeiert. Viel Geld und Energie wird investiert, um die photoperiodische Sensitivität bei Pflanzen wegzuzüchten. Und dort, wo die Tageslänge im Rhythmus der Jahreszeiten abnimmt, werden inzwischen Lichtboxen angeboten, mit deren Hilfe die Zeiten der Dunkelheit kompensierend reduziert werden können. Ähnliches wird alltäglich tausendfach mit medikamentöser Beeinflussung versucht.



Dort, wo das Leben wie eine abzuarbeitende Checkliste gelebt wird, wo der Mensch als das stör anfälligste Element des Arbeitsprozesses gilt und wo unser Bemühen primär darauf gerichtet ist, die „instrumentelle Codierung des Körpers“ (Foucault) zu vervollkommen, dort hat der *Takt*, das ist das Zeitmuster des Mechanischen, mehr Chancen als jene lebendige Logik, die wir Rhythmus nennen. Mit dem offensichtlichen Ergebnis, daß unsere Orientierungsprobleme in dieser Welt größer und nicht geringer geworden sind. Denn der Rhythmus, so läßt sich dies im Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache nachlesen, ist ein „gleichmäßiger, harmonischer, sich regelmäßig wiederholender, systemhaft gegliederter Bewegungsablauf“ (Wörterbuch ... 1975, S. 3042). Er ist „Ordnung“ und „Lauf“ und „freier Fluß“ zugleich, also nicht starr. Es bleibt offen, inwieweit der Rhythmus als gestaltendes Element „einenigt“ oder „eröffnet“. Er gliedert die Zeit, zerteilt sie aber nicht – wie der Takt es tut. Er ist eine Grundeigenschaft aller Organismen und aller sozialen Welten. Die Rhythmen sind als Botschaften der Natur und als soziale Konfigurationen Orientierungspunkte, die wir alle haben, die wir brauchen, und die wir doch immer wieder suchen.



Unser materieller Wohlstand ist durch einen Zeitnotstand erkaufte, und dieser Zeitnotstand ist letztlich nichts anderes als die Ent-Rhythmisierung

„Unser Land ist arm an Rhythmus“, schreibt Fellini in den konzeptionellen Vorüberlegungen zu seinem Film „Orchesterprobe“. Und wenn das für Italien gilt, wieviel mehr für uns, die wir dorthin fahren, um uns von unserer vertakteten Welt zu erholen. Unser materieller Wohlstand ist durch einen Zeitnotstand erkaufte, und dieser Zeitnotstand ist letztlich nichts anderes als die *Ent-Rhythmisierung* unserer Lebensvollzüge und unserer Lebensumstände.

Eine Antwort auf die Frage nach den *rechten Zeitmaßen*, das ist der Motivationshintergrund des Tutzingener Projektes „Ökologie der Zeit“ (Held/Geißler 1993; Geißler 1993), wird heute immer drängender und dringlicher. Nicht irgendwelche von außen angelegten Meßwerte werden uns dabei weiterhelfen, sondern die Suche nach jenen immanenten *Maßen*, die das Lebendige bestimmen. Nur dann ist auch gewährleistet, daß die Natur nicht zurückschlägt und uns für unsere Maßlosigkeit bestraft, für das, was die Griechen als „Hybris“ bezeichnen. Die Suche nach dem rechten Maß impliziert notwendigerweise die Frage nach dem Angemessenen, nach den Gleichgewichten zwischen den dynamischen Verhältnissen, in denen sich die Rhythmik der Lebensvorgänge gestaltet. „Heute“, so Georg Picht in seinem Essay „Zum Begriff des Maßes“, „haben wir zu lernen, daß die Befreiung aus einer bestimmten Ordnung der Maßverhältnisse uns nicht von dem Gesetz entbindet, daß Leben nur in Maßen möglich ist“ ... „es läßt sich lernen, daß das menschliche Leben an die Einhaltung von Maßverhältnissen gebunden ist, die menschlicher Verfügungsgewalt entzogen sind und von den Menschen selbst nicht gesetzt werden können. Die Erhaltung der Menschen hängt dann davon ab, ob sie fähig sind, die ihnen unverfügbaren Maßverhältnisse der Natur zu erkennen und sich in sie zu schicken“ (Picht 1979, S. 421/423).

Man verliert hingegen das rechte Maß, wenn dieses, losgelöst von natürlichen Prozessen, allein administrativ hergestellt und verordnet wird – mit dem bedrohlichen Effekt, die lebensnotwendige Verbindung von Individuum, Gesellschaft und Natur zu unterbrechen. Die Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt“ des Deutschen Bundestages hat daraus die Konsequenz gezogen und eine ihrer vier grundlegenden Regeln daraufhin formuliert: „Das Zeitmaß anthropogener Einträge bzw. Eingriffe in die Umwelt muß im ausgewogenen Verhältnis zum Zeitmaß der für das Reaktionsvermögen der Umwelt relevanten natürlichen Prozesse stehen“. Die Umwelt, so die Enquete-Kommission in aller Deutlichkeit, darf nicht als statisches System in einem permanenten, stationären Gleichgewicht betrachtet werden. „Sowohl bei allen abiotischen als auch biotischen Prozessen befinden wir uns überwiegend in einem quasi reversiblen Fließgleichgewichtszustand“ (Deutscher Bundestag 1994).

Basis dafür ist das Grundverständnis, daß der Mensch Teil der Natur ist, daß er durch seine Leiblichkeit in die natürlichen Prozesse fest eingebunden ist, mag dies auch dem aufklärerischen Unabhängigkeitsstreben der Neuzeit widersprechen. Zeit kann man erst verstehen, wenn man sich als

Natur in der Natur begreift, wenn man Entwicklung erlebt und versteht. Erst das Wissen um die Zeit der Natur macht uns zu Wissenden im Hinblick auf die Natur der Zeit. Die Rhythmen sind, so gesehen, die Schöpfer der Zeit und ihrer speziellen Formen. Insbesondere auch unsere kulturellen Errungenschaften leben nur durch die Rhythmizität. „Die Architektur ist nur ein Steinhäufen, die Statue nur Material, die Prosa bloßer Lärm; und die Redekunst fällt zurück in Unsinn und Langeweile, wenn ihr der Rhythmus und das Auf und Ab der Betonung fehlen“ (Serres 1993, S. 161). Der Rhythmus ist die *qualitative Ordnung des Ähnlichen*. Er ist keine exakte Wiederholung, keine monotone Gleichmäßigkeit. Im Prinzip der Wiederkehr des Ähnlichen steckt ein Entwicklungsmodell, das Orientierung und Stabilität in und mit der Veränderung zu verleihen vermag. Nur weil dies so ist, konnte Beethoven den Herzschlag als Maß des Andantes für seine Missa Solemnis vorschreiben.

Zeiten der Natur und Zeiten der Gesellschaft

„Sie sägten die Äste ab, auf denen sie saßen,
Und schrieten sich zu ihre Erfahrungen
Wie man schneller sägen konnte, und fuhren
Mit Krachen in die Tiefe, und die ihnen zusahen
Schüttelten die Köpfe beim Sägen und
Sägten weiter“ (Bert Brecht).

Wir haben es in der Biologie mit Systemen zu tun, die eine Menge unterschiedlicher zeitlicher Muster, die wir Rhythmen nennen, aufweisen. Diese *organismischen Zeitmaßstäbe* sind nur in Ansätzen bisher erforscht. Wir wissen, daß die Zeitprogramme der jeweiligen Systeme, z.B. die des Menschen, in unterschiedlicher Frequenz verlaufen, und wir wissen, daß dabei ständig hohe Synchronisationsleistungen erbracht werden müssen. Eingebunden sind die internen Zeitprogramme vielfach in Rhythmen der äußeren Natur. Wir kennen die Tagesrhythmen, die der Gezeiten sowie die Mond- und die Jahresrhythmik, die von Umweltfaktoren, speziell vom Licht und dessen wechselnder Intensität, beeinflusst werden (vgl. Rönneberg 1993, S. 41-51). Und wir wissen, daß diese inneren Rhythmen – ebenso wie die äußeren – auch in die Evolution eingebettet sind, in's langfristige Werden und Vergehen, und daß sie gegenüber Zivilisationseinflüssen labil sind. Über das komplexe Zusammenspiel exogener und endogener Rhythmen wissen wir einiges, vieles auch noch nicht.

Obgleich man den Eindruck gewinnen kann, daß mehr gedacht wird, als man denkt, so vergrößert sich doch mit unserem Wissen auch das Wissen um unser Nichtwissen überproportional. Nicht zuletzt ist dies auch ein Effekt des erfreulichen Sachverhaltes, daß die Zeit- und die Rhythmusforschung in etablierte Wissenschaftsbereiche Eingang gefunden haben und dabei auch traditionelle Abgrenzungen zwischen den Wissenschaftsgebieten einreißen. Dies äußert sich sichtbar in einer steigenden Zahl von einschlägigen Publikationen. Weitgehend vernachlässigt werden dabei jedoch die interdisziplinäre Vernetzung und der Transfer in gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Realitäten. Eine interdisziplinär orientierte Zeitforschung, die an der Schnittstelle unterschiedlicher

Systemzeiten und Rhythmen ansetzt, bietet die Voraussetzungen für diesen notwendigen Transfer. Insbesondere für Systeme, die sich an solchen Schnittstellen unter dem Druck massiver *Modernisierungsdynamiken* differenzieren und damit wiederum Modernisierung, also Ent-Rhythmisierung und Beschleunigung produzieren, bietet die Rhythmusforschung die Möglichkeit, Transparenz und Klarheit über die dynamischen Zusammenhänge dieser Prozesse zu gewinnen und sie für die unter diesen Bedingungen erforderlichen Handlungen zu konkretisieren. Der Transfer von Ergebnissen der Rhythmusforschung, die über die Erforschung biologischer Rhythmen hinausgehen, eröffnet Möglichkeiten für Handlungen unter Bedingungen unterschiedlicher Zeitmodelle, zum Teil nicht kompatibler Systemzeiten und unterschiedlicher Rhythmen. Das diesen Systemen inhärente Fortschrittsmodell kann dann in seiner Qualität verändert werden.

Technik und Ökonomie haben in der Industriegesellschaft den Takt, die mechanische Wiederkehr des Gleichen, an die Stelle der rhythmischen Gliederung des Werdens und Vergehens gesetzt. Die Modernisierung im gängigen Fortschrittsmodell bedeutete nichts anderes als Beschleunigung des Taktes. Inzwischen jedoch, und dies berechtigt zur Differenzierung zwischen *Moderne* und *Postmoderne*, zeigen sich die Grenzen dieser Dynamik. Unter den Etiketten von „Flexibilisierung“ und „Deregulierung“ wird die ehemals dominante Orientierung am Takt gelockert, dies aber nicht zugunsten einer Anbindung an rhythmische Prozesse. Vielmehr wird die Bindung an Zeitgeber generell reduziert. Die *Orientierungsmaßstäbe* und die *Orientierungsmaße* werden individueller Disposition anheimgestellt. Sie wechseln situativ beliebig. Die Individuen werden gezwungen, selbst darüber zu entscheiden, an welchen Maßen sie ihr Leben ausrichten. Sie werden zur Freiheit verpflichtet. Diese Freiheit aber, die in der Lockerung der Anbindung an den Takt ja auch enthalten ist, die kann jedoch dann nicht genutzt werden, wenn die Subjekte nur die abstrakte Freiheit der Wahl ihrer orientierenden Maßstäbe haben, für die Entscheidung, an welchen sie sich orientieren, aber keine Kriterien besitzen. Die Folgen sind bereits sichtbar. Zunehmend wird Orientierungsbedarf angemeldet. Der rasch expandierende Beratungs- und Bildungsmarkt profitiert davon, mit der Folge, daß inzwischen auch dort die Orientierungsprobleme massiv wachsen. Immer mehr besteht der Modus unseres Lebens im steten Umherirren. Hingegen wären die in den Rhythmen der Natur enthaltenen Freiheitsgrade ein grundlegendes Orientierungsmaß. Dies könnte sichern, daß die postmoderne Tendenz der Befreiung vom Takt nicht nur *gegen* unsere eigene Natur und gegen die Natur um uns herum genutzt würde. Es wäre eine an die Ordnung des Lebendigen gebundene Freiheit. Angewandt auf den gesellschaftlich einflußreichsten Bereich, den der Ökonomie, bedeutet dies, daß „die Marktwirtschaft im Zeitablauf nur dann funktionsfähig sein kann, wenn ihre sozialen und ökologischen Voraussetzungen beachtet werden“ (Bievert/Held 1994, S. 23; vgl. auch Adam in: Bievert/Held 1994).

Der Fokus einer interdisziplinär orientierten Rhythmus- und Zeitforschung bietet u.a. Anschlußmög-

lichkeiten für Handlungen in Wirtschaftsunternehmen, die die unterschiedlichen Systemzeiten und Rhythmen verschiedener Systeme berücksichtigen. Somit könnte die Beschleunigung des Taktes durch eine Rhythmisierung von Abläufen ersetzt werden, die an den bestehenden Rhythmen der beteiligten Systeme orientiert wären. Hierdurch wiederum ließe sich eine Entwicklung der Systeme im Hinblick auf ein qualitatives Wachstum initiieren und fördern, das nicht ausschließlich beschleunigungsorientiert ist.

Aber nicht nur ein Forschungsproblem ist die fundamentale Frage, inwieweit wir unser Alltagsleben an inneren und äußeren Naturrhythmen orientieren, mit den daraus folgenden weiteren Problemstellungen: Wieweit sind die Menschen, die Tiere und die Pflanzen in den Rhythmus des Werdens und Vergehens eingebunden, und wieviel Abstand können sie davon gewinnen und davon er- und vertragen? Welche Folgen hat das Ignorieren und das Überspielen innerer Zeitmuster? Besteht unser Leben immer mehr aus Kompensationsbemühungen infolge der Verletzungen von natürlichen Zeitprogrammen? Sind diese unbeschränkt kompensationsfähig? Finden wir irgendwann einmal nicht mehr zueinander, so, wie wir es bei der Schädlingsbekämpfung durch Störung der Zeitprogramme (bei den Drosophila-Mücken) gezielt beabsichtigen? Wann tritt der individuelle, wann der kollektive *Zeitinfarkt* ein?

Fragen, die – auch ohne detaillierte Antworten bereits verfügbar zu haben – uns daran erinnern, daß wir in unserer Individualität eingeschränkt sind; daß wir nicht nur Herren, d.h. frei verfügende Besitzer der Natur sind. Deshalb auch ist es kurzsichtig und töricht, weil verhängnisvoll, wenn wir die in den letzten Jahren bekannt gewordenen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse über die Zeitprogramme ausschließlich für die Kompensation der immer umfangreicheren Verletzungen unserer biologischen Rhythmen verwenden. Speziell in einer Gesellschaft, die sich als Individualisierungsgesellschaft beschreibt und auch programmatisch die Entfesselung von Individualität betreibt (mit Fetischen wie Mobilität, Flexibilität, Deregulierung) ist es notwendig, die individualitätsbegrenzenden Bedingungen, die Voraussetzungen für Individualität sind, realistisch zu erkennen und zu berücksichtigen. Nur dann besteht Fortschritt nicht im permanenten Überschreiten der Maße, nur dann wird der Fortschritt und werden auch wir nicht maßlos. Die Möglichkeiten unsere Freiheiten wären in die Einsichten in die Notwendigkeiten eingebunden.

Den Rhythmus (wieder-)finden

Mein Plädoyer liegt auf der Hand. Bevor wir häufig so viele Risiken eingehen, bevor wir die kritischen Punkte austesten, bevor die Folgen irreversibel werden, sollten wir auf die Rhythmen innerer und äußerer Natur achten. Wir sollten sie handlungsleitend beachten, wenn es um die Gestaltung unseres Lebens geht, insbesondere, wenn wir Orientierung und Sicherheit suchen: Allzu häufig wissen wir vorher nur, daß wir hinterher mehr wissen – und selbst das ist vielfach ungewiß. Zumindest

Wann tritt der individuelle, wann der kollektive Zeitinfarkt ein?

Allzu häufig wissen wir vorher nur, daß wir hinterher mehr wissen – und selbst das ist vielfach ungewiß.

sollten wir uns bei Eingriffen genügend Zeit zum Bilanzieren der Effekte lassen, damit die Abfolge von *Versuch* und *Irrtum* nicht zu unseren Lasten unverantwortlich beschleunigt und tendenziell außer Kraft gesetzt wird. Mit Langzeitfolgen ist dabei immer zu rechnen, auch wenn solche Perspektiven in einer Hochgeschwindigkeitsgesellschaft lästig sind. Dafür benötigen wir, wie dies K. Kümmerer nachdrücklich deutlich gemacht hat, Erkenntnisse von den jeweiligen Systemen und ihren je eigenen *Zeitrhythmen* und *Zeitskalen*. Wenn wir mehr darüber wissen, welche Zeitprogramme die jeweiligen Systeme haben und wie weit diese Zeitprogramme variabel sind, d.h. Spielraum für Eigenzeiten bieten, dann ließe sich auch die zentrale, weil folgenreiche Frage nach der Irreversibilität der Veränderung von Organismen in verantwortungsvoller ökologischer Weise anders stellen. Anstatt zu fragen: „Wann *ist* eine Veränderung in der Natur irreversibel?“, müßte die Frage lauten: „Wann *wird* eine Veränderung irreversibel?“. Änderungen von bzw. in Ökosystemen sind natürlich. Die Frage ist allerdings, innerhalb welcher Zeiträume, mit welcher Geschwindigkeit die Veränderungen vor sich gehen, denen sich die betroffenen Organismen bzw. Ökosysteme anpassen müssen, um fortbestehen zu können. Immer dann, wenn die Geschwindigkeit der Veränderungen der Rahmenbedingungen mit der inhärenten Systemzeit und damit der möglichen maximalen Anpassungsgeschwindigkeit nicht übereinstimmt, kommt es zu weitreichenden Störungen. Eine an sich natürliche Änderung kann allein aufgrund der Unverträglichkeit der Zeitskalen der beteiligten Systeme irreversibel werden, die Elastizität des Systems wurde überfordert, es kommt quasi zum Bruch.

Wir haben es inzwischen zu spüren bekommen: Auf der Flucht vor der Natur wird der Mensch von der eigenen Natur und jener um ihn herum wieder eingeholt. „Jeder Versuch“, so Horkheimer/Adorno in der „Dialektik der Aufklärung“, „den Naturzwang zu brechen, indem Natur gebrochen wird, gerät umso tiefer in den Naturzwang hinein“ (Horkheimer/Adorno 1969, S. 42). Besteht die Freiheit nicht *auch* in der Orientierung am Notwendigen, sondern nur in der Ablösung davon, führt sie zwangsweise zu erhöhter Abhängigkeit. *Entrhythmisierung ist kein Fortschrittserfolg*, da dieser nicht zu mehr, sondern im Effekt zu weniger Freiheiten führt, weil hierdurch die Bedingungen der Freiheit mißachtet werden. Das Ziel unserer Anstrengungen kann also nicht, wie in den Industriegesellschaften üblich, bei noch mehr Kompensation der Entrhythmisierung und ihrer Folgen gesucht werden. *Korrigieren statt Kompensieren* sollte auf unserem Wegweiser stehen.

Wenn z.B. bisher mehr als 150 biologische Rhythmen des Menschen, die an den Tag- und Nachtwechsel angekoppelt sind, bekannt wurden, so etwa die Körpertemperatur, der Blutdruck, die Harnausscheidung, dann wäre – so könnte man meinen – doch keine allzugroße Überzeugungsarbeit notwendig, um diese Realität bei der Gestaltung unserer Lebens- und Arbeitsverhältnisse kontinuierlich zu berücksichtigen. Das Gegenteil ist heute leider der Fall. Da wurde jüngst ein Arbeitszeitgesetz verabschiedet, das noch mehr Nacht- und Wochenendarbeit zuläßt; das die Disponibilität

des Menschen für wechselnde Arbeitserfordernisse erhöht. Da werden die Mobilitätsbedingungen so erweitert, daß das Durchqueren der verschiedenen Zeitzonen noch häufiger und noch rascher geschehen kann. Da wird das *Non Stop* zum Ziel, d.h. ohne den Rhythmus von Schlafen und Wachen, von Hunger und Sättigung, von Werden und Vergehen, von Produktion und Reproduktion soll unsere Gesellschaft funktionieren. Das Fernsehprogramm kennt keinen Anfang und kein Ende mehr, beim Straßenverkehr erleben wir dies bereits seit längerem. Die Maschinenlaufzeiten in den Fabriken sollen 24 Stunden erreichen, die Kapitalintensität, so wird argumentiert, machts notwendig. Die Telekommunikation macht Käufe und Verkäufe rund um den Globus, rund um die Uhr möglich. Und konsequent erlaubt der Bankautomat dem Individuum den ununterbrochenen Zugriff auf sein Konto. Von Jahreszeiten erfahren wir in unserer medien-gesteuerten Gesellschaft in erster Linie immer dann, wenn die Bundesanstalt für Arbeit ihre statistischen Anstrengungen bekannt macht, die die Arbeitslosenzahlen von jahreszeitlichen Einflüssen befreit. Seit langem bereits haben wir die Sonne durch elektrische Energie überlagert.

Unsere ökologischen Ungleichgewichte sind, so gesehen, Rhythmusstörungen. Sie bedeuten überhöhten kollektiven und individuellen Energieaufwand. Die Mißachtung der Naturrhythmen verursacht einen immer schneller steigenden und einen immer rascher zu realisierenden Anpassungsaufwand. Ökologisch und auch ökonomisch ist dies höchst problematisch. Der Maßstab kurzfristiger Profitabilität führt ins arhythmische Ödland. In diesem – so ist zu befürchten – verlieren wir neben der Orientierung an den Rhythmen auch noch die Sehnsucht nach einem Leben, in dem wir uns eins fühlen mit den temporalen Maßen des Lebendigen. Auch wenn wir diese „Suche nach der verlorenen Zeit“ nur mehr sehr unvollkommen leben können, so finden wir doch in der Literatur die kompensatorische Erfüllung dieser Erwartung: das Leben als polyrhythmische Erfahrung. Beispielhaft bei Marcel Proust, dort wo er die Sommerferien bei seiner Großtante in Combray genießt:

„Aber ich mochte mich noch so lange vor dem Weißdorn aufhalten, ihn riechen, in meinen Gedanken, die nichts damit anzufangen wußten, seinen unsichtbaren, unveränderlichen Duft mir vorstellen, ihn verlieren und wiederfinden, mich eins fühlen mit dem Rhythmus, in dem sich seine Blüten in jugendlicher Munterkeit und in Abständen, die so unerwartet waren wie gewisse musikalische Intervalle, hierhin und dorthin wendeten: Sie entfalteten für mich auf unbestimmte Zeit hin den gleichen Reiz in unerschöpflicher Fülle, aber ohne daß ich tiefer in ihn einzudringen vermochte, so wie es gewisse Melodien gibt, die man hundertmal hintereinander spielt, ohne in der Entdeckung ihres Geheimnisses einen Fortschritt zu machen“ (Proust 1979, S. 185).

Wollen wir ökologisch sinnvoll handeln, dann gehört dazu – und ich möchte betonen: zuallererst – das Erkennen von natürlichen Rhythmen, ihr Akzeptieren und ihre Schonung. Daß uns der Rhythmus im Blut liegt, ist eine Schlagerweisheit, aber leider kein Prinzip zeitgemäßer Lebensführung.

Entrhythmisierung ist kein Fortschrittserfolg, da dieser nicht zu mehr, sondern im Effekt zu weniger Freiheiten führt, weil hierdurch die Bedingungen der Freiheit mißachtet werden.

Ökologische Verantwortlichkeit zeigt sich auch und ganz besonders im verantwortlichen Umgang mit natürlichen und den daran orientierten *sozialen Rhythmen*. Denn auch bestimmte soziale Zeiten gilt es zu schützen. In ihnen finden die biologischen Zeitprogramme häufig ihr individuelles Strukturierungsmedium. Die Ordnung des kollektiven Lebens zeigt nämlich etwas davon, wie wir mit den Naturrhythmen umgehen. In ihr sind unsere Werthaltungen zu innerer und äußerer Natur quasi als Wasserzeichen eingelassen. Soziales Geschehen ist notwendigerweise auf Regelmäßigkeiten angewiesen, ohne diese wären wir isoliert, einsam und verlassen. Temporale Bestimmungen und ihre rhythmische Wiederkehr sind daher für unser gesellschaftliches Überleben unverzichtbar. Sie sind das entscheidende Medium der Bindung, durch das eine Gesellschaft zusammengehalten und überhaupt erfahrbar wird. Durch sie vermag sich das Individuum im sozialen Raum zu lokalisieren. Eine vernünftige Zeitpolitik muß sich darauf in normativer Art und Weise beziehen. Daß diese ihre Referenzen, in stärkerem Maße als bisher, u.a. bei natürlichen temporalen Ordnungen findet, das wäre eine Forderung, die sich aus der Beschäftigung mit der *Ökologie der Zeit* notwendigerweise ergibt. *Zeitpolitik wäre als polyrhythmische Synchronisationsleistung zu konzipieren und zu realisieren.*

Auch die Individuen haben genügend Möglichkeiten und Notwendigkeiten, gegenläufigen Tendenzen Einhalt zu gebieten, ohne sogleich eine Partei oder einen Verein gründen zu müssen. So z.B. wenn es darum geht, die rhythmische Struktur von Anfängen und Abschlüssen nicht dem spürbaren Trend zu opfern, sie durch Einschalten und Abschalten zu ersetzen. Widerstand gegen unüberlegte Beschleunigung gehört dazu wie auch gegen die unreflektierte Übernahme der gesellschaftlich dominanten Wertvorstellung, schnell sei „gut“, langsam sei „schlecht“. Widerstand z. B. auch gegen das favorisierte Projekt, jedes arbeitende Individuum mit einem Zeit-Konto auszustatten. Denn in diesem Modell muß jeder und jede seinen/ihren Rhythmus selber finden. Dies wiederum basiert auf der fatalen Illusion, die Rhythmen seien frei disponibel und nicht als biologisches und kulturelles Zeitprogramm weitgehend festgelegt. Die Tendenzen sind eindeutig: Die Rhythmen der Arbeitswoche, des Arbeitstages, des Arbeitsjahres, ja des gesamten Arbeitslebens werden als Gestaltungsaufgabe den Individuen aufgebürdet. Was hat das für Folgen? Welche Freiheiten werden mit welchen Zwängen erkaufte? Können wir dies bewältigen und mit welchen Effekten? Skepsis ist angesagt. Der Schwindel, der mit einem solchen Vorschlag verbunden ist, zeigt sich dann, wenn wir die vermeintlich gewonnene Dispositionsfreiheit damit vertun, Tag für Tag immer wieder neue Koordinationsleistungen im Hinblick auf gemeinsame Zeiten zu erbringen. Wenn also die gewonnene Zeit gesucht werden muß, weil umfangreiche Abstimmungsprozesse an die Stelle traditioneller rhythmischer Orientierung getreten sind. Hinter diesen Scheinfreiheiten steckt ein totalitäres Lean-Management-Modell, das uns alle zu Buchhaltern unseres gesamten Alltags macht und das bei der wenig attraktiven Realität des „Lean Life“ endet. Karl Valentin muß so etwas bereits geahnt haben. Aus

dem Rhythmus der Zeit herausgerissen und dadurch ortlos geworden, hat er die verwirrenden Folgen in genialer Art und Weise ausgedrückt: „Ich weiß nicht mehr genau, war es gestern, oder war's im vierten Stock oben ...“ (Valentin 1993, S. 9).

Weniger lustig sind die nachgewiesenen Fehlerhäufigkeiten bei arhythmischem Handeln und Verhalten im Straßen- und im Flugverkehr. Unfälle und gravierende Fehler passieren durch Ermüdung und Einschlafen. Die Kfz-Unfälle sind tagesperiodisch signifikant verteilt, ebenso die Fehler von Piloten. Noch dramatischer ist die Nichtbeachtung von menschlichen Zeitprogrammen bei der Steuerung größerer Industrieanlagen. Tschernobyl ebenso wie die Havarie des Öltankers Exon Valdez sind Menetekel für den Sachverhalt, daß die Ignoranz innerer Zeitökologie zu ökologischen Katastrophen größten Ausmaßes führen kann (vgl. Moore-Ede 1993). Fatale Fehleinschätzungen sind die unausweichlichen Folgen der Mißachtung temporaler Ordnungsprinzipien des Lebendigen. Sie schädigen nicht nur die betroffenen Individuen, sondern strahlen mit ihren negativen Effekten in die Gesellschaft zurück, die vielfach zur Entrhythmisierung zwingt bzw. diese durch monetäre Kompensation prämiert. Belastet wird nicht nur der individuelle Körper, sondern auch der soziale. Beide sind aber nur bedingt elastisch. Da nutzt es auch nichts, wie so häufig propagiert, den Fortschritt zu beschleunigen. Dies deshalb nicht, weil die *Beschleunigung* und die *Entrhythmisierungsdynamik* selbst problematisch sind. Wir machen auf diesem Weg nicht nur die gleichen Fehler, wir machen sie auch immer schneller und häufiger, so daß das relativ sichere Entwicklungsprinzip von Versuch und Irrtum zunehmend außer Kraft gesetzt wird. Was aber statt dessen? Die Rhythmen der Natur und die der Kultur benötigen auch dort Beachtung, wo ihre Berücksichtigung in der Lebensführung nicht zur Leistungssteigerung beiträgt und wo sie dem Prinzip des „Immer und Überall“ von Kapitallogik und Konkurrenzwirtschaft widersprechen. Denn, so Italo Svevo, „keine andere Geschwindigkeit ist einem organischen Körper angemessen als die, die er sich selbst verdankt“ (Svevo 1986). Das aber bedeutet die Akzeptanz der je eigenen Zeitnatur in doppelter Ausrichtung: einerseits indem die Einsicht in die unveränderliche Notwendigkeit von Zeitmustern folgenreich wird, zum anderen indem man die Spielräume, die die Zeitprogramme auch immer lassen, für Eigenzeiten nutzt. Wir sollten, so die normative Richtschnur, mit der Zeit gehen, mit der eigenen nämlich.

Die gesundheitsschädigenden Konsequenzen der Ignoranz von Rhythmen sind sowohl für die organische als auch für die psychische Balance der betroffenen Subjekte belegt. Die sozialen Folgen sind ebenso absehbar wie auch jene für die Natur um uns herum. Was wir wissen, das reicht eigentlich für's Handeln, denn dieses geschieht immer mit Unsicherheiten. Das Warten auf mehr Sicherheiten, mehr wissenschaftliche Erkenntnis dient ja häufig nur der Abwehr des Veränderungsdruckes und soll das Immer-weiter-Machen legitimatorisch abfedern. Wir wissen um die biologischen Zeitprogramme, wir wissen um die Zeitordnungen der äußeren Natur, wir wissen um die stabilisierende

Das aber bedeutet die Akzeptanz der je eigenen Zeitnatur in doppelter Ausrichtung: einerseits indem die Einsicht in die unveränderliche Notwendigkeit von Zeitmustern folgenreich wird, zum anderen indem man die Spielräume, die die Zeitprogramme auch immer lassen, für Eigenzeiten nutzt.

Wirkung von sozialen Rhythmen im gesellschaftlichen System. Und wir wissen, daß man Zeit und Rhythmus nur versteht, wenn man den Menschen als Teil der Natur begreift. Auch wenn wir bei weitem nicht alles wissen, so ist das, was wir wissen, doch genug, um vor der Mißachtung dieser Tatsachen zu warnen. Für jene Zweifler aber, die immer noch auf bessere wissenschaftliche Ergebnisse warten, hat Thomas Mann in seinem „Lob der Vergänglichkeit“ einen Schlußsatz gefunden, der auch für's Ende dieser Ausführung paßt: „Möge es so sein oder nicht so sein – es wäre gut, wenn der Mensch sich so benähme, als wäre es so“ (Mann 1980, S. 385).

Literatur

- Bievert, B./Held, M. (Hrsg.): Das Naturverständnis der Ökonomie, Frankfurt/M. 1994
- Deutscher Bundestag: Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt“ Bonn 1994
- Geißler, Kh. A.: Zeit leben, 5. Auflage. Weinheim 1993
- Held, M./Geißler, Kh. A. (Hrsg.): Ökologie der Zeit, Stuttgart 1993
- Horkheimer, M./Adorno, T.W.: Dialektik der Aufklärung. Frankfurt/M. 1969
- Kümmerer, K.: Systemare Betrachtung in der Ökotoxikologie. In: Zeitschrift für Umweltchemie und Ökotoxikologie 1994, H. 1, S. 2
- Mann, Th.: Lob der Vergänglichkeit. In: Reden und Aufsätze, Band 2. Frankfurt/M. 1980
- Moore-Ede, M.: Die Non-Stop-Gesellschaft. München 1993
- Picht, G.: Zum Begriff des Maßes. In: Eisenbarth, C. (Hrsg.): Humanökologie und Frieden. Stuttgart 1979, S. 421/423
- Proust, M.: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Band 1. Frankfurt/M. 1979
- Rönneberg, T.: Zeit als Lebensraum. In: Held/Geißler 1993, S. 41-51
- Serres, M.: Die fünf Sinne, Frankfurt/M. 1993
- Svevo, I.: Autobiographisches Profil. Reinbek 1986
- Valentin, K.: Karl Valentin. Eine Bildbiographie, hrsg. von M. Biskupek. Leipzig 1993
- Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache, Bd.4. Berlin 1975

Protokoll von Monika Friedrich-Wussow

Im ersten Teil der Arbeitsgruppe zentrierte Karlheinz Geißler das Thema in einem Impuls-Vortrag auf *Rhythmus* als Untersuchungskategorie und erläuterte, warum dieser für Gesundheitsprozesse so relevant ist. Anhand der Beziehung von Reisegeschwindigkeit und Zeit zeigte er die Geschichte der Beschleunigung und führte an verschiedenen Parametern (Militärtechnik, Produktionszyklen, Produktionsentwicklungszeiten) aus, wo wir heute sind. Er beschrieb die Prinzipien der kapitalistischen Ökonomie als Tendenz zur Auflösung der Beschränkung von Raum und Zeit hin zum „immer“ und „überall“, gekennzeichnet von Begriffen wie: non stop, last minute, Auflösung von Anfang und/oder Ende.

Den *Rhythmus der Geschichte* stellte er als *Geschichte des Rhythmus* in drei Phasen dar:

Vormoderne	Moderne	Postmoderne
Ökonomie des ganzen Hauses	Industrialisierung	Postindustrialisierung Kommunikationsgesellschaft
Sozialzeit und Naturzeit ist in die Naturzeit eingebettet	Sozialzeit und Naturzeit werden zunehmend entkoppelt	Flexibilisierung, Öffnung der Organisationen für flexible Zeitgestaltung
Leben im Rhythmus der Natur	Takt wird Organisationsprinzip, Technik und Ökonomie sind Zeitmaß-Geber	Flexibilisierung des Taktes, Individualisierung der Anknüpfung von Sozialzeit an andere Zeitmaße

Als Grundproblem der Postmoderne wurde von Geißler die Entkollektivierung, die Störung zwischen *Rhythmus* (als kollektive Zeitprogramme) und *Eigenzeit* angesehen. Mit Hilfe von Darstellungen ausgewählter Ergebnisse aus der Rhythmuskforschung wurde ihre Bedeutung für die unterschiedlichen Lebensbereiche dargelegt, z.B. bei der Applikation von Medikamenten, der Vermeidung von Unfällen, zur Prophylaxe bei Suizidgefährdung etc., und die Frage aufgeworfen, wie mit diesen Erkenntnissen umzugehen ist.

Neben der Kenntnisse der verschiedenen Rhythmen sei es notwendig, die Eigenzeiten zu kennen, um die Elastizitätsspielräume im Rhythmus zu erforschen. Innerhalb der Lebenszeit eines Menschen kommt es dabei auch zu Veränderungen. Wir diskutierten, daß unser subjektives Empfinden von Zeit schneller (= beängstigender) geworden ist unter dem Aspekt, ob dies eine Frage des Alters sei.

Einsichtig war den Teilnehmenden, daß die Individualisierung von Zeitorganisation Zeit erfordert und Arbeit macht und daß es sich dabei um ein neues Verhältnis von Eigen- und Fremdbestimmung handelt. „In Zwänge hinein freigesetzt“ ist nur eine der Paradoxien, mit denen wir zukünftig leben müssen. Geißler vertrat die Auffassung, daß diese Entwicklungen unmittelbar auf die zukünftige Gestaltung des Öffentlichen Lebens einwirken, so daß wir eine individualisierte Form von Öffentlichkeit bekommen werden. Für die Arbeit der Volkshochschule bedeutet dies, daß die Forderung nach Flexibilität und ihre Realisierung zu einem Riesendruck für die MitarbeiterInnen werden.

Bei der Suche nach den „Beschleunigern“ (Individualisierern) unserer Zeit nannte Geißler das Fernsehen, das drahtlose Telefon, die Stand-by-Arbeitsverhältnisse. Das Belastende (Krankmachende) sei die Unterbrechung des Rhythmus, und es müssen Kompensationselemente kollektiver Art gegen die Individualisierung in Form von Organisationskultur entwickelt werden.

Dabei stellten sich folgende Fragen: gibt es Widerstand gegen die Anpassung? Ist das Überlisten des eigenen Zeitrhythmus möglich? Welche Verantwortung hat der einzelne bei der Beschleunigung? Welche Zeitmuster kann man aushandeln? Gibt es Elemente der Beharrung? Heißt Zeit haben – „nichts tun“?

Das Rhythmus-Element *Anfang und Ende* stehe massiv unter Druck, Ruhe wird nicht mehr als Teil des Schöpfungsprozesses verstanden. Darin liegt nach Geißler eine der Hauptgefahren der Postmoderne, die auch den ökonomischen Produktionsprozeß bedroht. Im Arbeits- und Produktionsprozeß erscheint Zeit, trotz oder wegen der Flexibilisierung, immer noch als Herrschaftsinstrument. In der Postmoderne tritt als globales Phänomen die Notwendigkeit für die Menschen auf, sich mit der Zeit in Beziehung zu setzen, sich zeitlich zu verhalten.

Im zweiten Teil der Arbeitsgruppe wurde die Frage behandelt, wie sich die Erkenntnisse der Zeit-/Rhythmusforschung in der oder in die Erwachsenenbildung umsetzen lassen. Für die Bearbeitung in Untergruppen wurden vier Ebenen vorgeschlagen:

1. als eigenständiges Kursangebot,
2. als inhaltliches Prinzip in unterschiedlichen Kursangeboten,
3. als organisatorisches Prinzip der Institution,
4. als selbstorganisierendes Prinzip von Tätigen in der Erwachsenenbildung.

Auf allen Ebenen stellen sich Fragen nach der methodischen Umsetzung und der konzeptionellen Realisierung (als Aufklärung oder Verhaltensorientierung).

Die Ergebnisse der Gruppenarbeit wurden mit Hilfe der fish-pool-Methode ins Plenum eingebracht:

1. als eigenständiges Kursangebot

Hier sollten sinnliche Erfahrungen von Takt, Rhythmus und Beschleunigung geplant werden, wobei die Frage zu stellen ist, wo die Aufklärung/Theorie eingeführt wird. Als Anspruch an die Angebote wurde formuliert, daß sie ergebnisorientiert, kreativ (d.h. andere Zugänge zu Erfahrungen bietend), zielorientiert (klärend, wozu mache ich was) sein sollen. Dabei wurde angesprochen, daß man auf Paradoxien trifft. Z.B. soll Organisationsentwicklung Gesundheitsverbesserungen mit sich bringen, aber als Optimierung von Beschleunigung bringt sie eine Gesundheitsverschlechterung. Dagegen wurde der Begriff der positiven Verstärkung gesetzt. Folgende thematischen Vorschläge wurden gemacht:

Erfahrungen mit der Zeit in kurzer Zeit; Verhaltensänderungen brauchen Zeit; Meinen eigenen Rhythmus finden; Lebensrhythmus – rhythmisch leben; Auf der Suche nach der verlorenen/gewonnenen Zeit; Hetzen von Besinnung zu Besinnung; Generationsübergreifende Angebote, wie hat sich Zeit verändert, wie relativ betrachten wir sie.

2. als inhaltliches Prinzip in unterschiedlichen anderen Kursangeboten

Als Konfrontation mit der Zeit, als Problem der Zeitstrukturierung oder des unterschiedlichen Lerntempos kann die Auseinandersetzung mit Zeit und Rhythmus in verschiedenen Angebotsbereichen stattfinden. Bei den Sprachen z.B., wenn die Zeiten gelernt werden; in Eutonie-Kursen, wenn der eigene Rhythmus entdeckt wird; in den naturwissenschaftlichen Angeboten, wenn über die Halbwertszeiten gesprochen wird; in Gesundheits-

veranstaltungen, wo Zeitdruck in seinen Folgen gemildert werden soll, wenn er als negativer Streß empfunden wird; in Kursen für Frauen, wo es den Teilnehmerinnen Angst macht, sich Zeit für sich selbst zu nehmen; in Fotokursen, in denen Augenblicke eingefangen werden, Zeit angehalten wird und stillzustehen scheint.



Die Liste hätte sich mühelos verlängern lassen, nur fehlte die Zeit dafür. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die unterschiedlichen zeitlichen Implikationen von Bildung und Therapie im Bereich Gesundheit hingewiesen und auf die Unterschiede zwischen Lern- und Arbeitsprozessen. *Arbeiten* ist am Objekt, *Lernen* ist am Subjekt orientiert, lernen ist individuell. Im Gegensatz zum Arbeiten kann niemand für mich lernen. Lernen ist als Selbstorganisationsprozeß anzusehen.

3. als organisatorisches Prinzip der Institution

In diesem Abschnitt der Diskussion wurde die widersprüchliche Funktion der Zeit in Lern- und Arbeitsprozessen behandelt, ein konstitutives Dilemma, da in der Erwachsenenbildung gelernt *und* gearbeitet wird. Individuelle Lernprozesse zu fördern und die Arbeit taktmäßig zu organisieren gerät nicht selten in Widerspruch zueinander. Das läßt sich an den Konflikten zwischen Verwaltung und Pädagogik, aber auch zwischen hauptamtlichen und freien MitarbeiterInnen aufzeigen. Vorschriften und Vorgaben zur Zeit können einengend *und* entlastend sein. Während es bei der Arbeit als Gewinn betrachtet wird, etwas in kürzerer Zeit zu erledigen, heißt es beim Lernen Zeit verlieren. Die KursleiterInnen werden nach Stunden und nicht nach Lernergebnissen bezahlt. Das kurze Anreißen der Thematik zeigte die Spannbreite der Fragestellung und die Bedeutung für die gesamte Arbeit.

4. als selbstorganisierendes Prinzip von Tätigen in der Erwachsenenbildung

Ausgangspunkt in diesem Abschnitt der Diskussion war die Erkenntnis, daß viele von uns auf der Lernebene etwas vermitteln, was sie auf der Arbeitsebene nicht verwirklichen, d.h., der eigene Rhythmus ist anders, als man „lerntheoretisch“ arbeiten sollte. Die Individualisierung des Umgangs mit der Zeit gerät mit der Intensivierung der Arbeit in Konkurrenz. Die Entgrenzung der Zeit

wird zum Problem. Maßstäbe, Kriterien, Bewertungen, Anerkennung und Verantwortung müssen definiert, sie können nicht als vorgegeben vorausgesetzt werden. In diesem Zusammenhang gibt es Techniken, die entlastend sind, so z.B. das Aufspüren und Einrichten von „Zeitlöchern“ ohne Termin- und Leistungsdruck, das Aufstellen eines „Jahresstreßplans“, der Gedanken zu Aufgabenkritik, Organisationsentwicklung, Prioritätensetzung, Arbeitseffektivität enthält. Das Spektrum der aufgeworfenen Fragen geht von der Gegenüberstellung von Anspruch, Verantwortung und Glaubwürdigkeit der in der Erwachsenenbildung Tätigen aus. Es geht dabei auch um die Frage, wer darüber bestimmt, wie fle-

xibel ich sein kann. Zeit erscheint als ein wichtiger Aspekt bei der Entstehung von Zufriedenheit im menschlichen Leben. Die Diskussion hat die verschiedenen Ebenen dieser umfassenden Thematik nur streifen können. Wir sind vom Abstrakten der Zeit über ihre konkreten Ausformungen zu den persönlichen „Zeitbelangen“ gekommen. Anregungen zum Weiterdenken gab es genug.

Karlheinz Geißler beendete die Arbeitsgruppe mit den Worten: Die Schweizer haben die protestantische Ethik erfunden und die Uhrenindustrie darauf aufgebaut, und nach dem Motto „Zeit ist Geld“ wird es wieder angelegt.

Hannelore Bastian, Dr. phil., seit 1978 an der VHS Hamburg als Fachbereichsleiterin „Kulturelle Bildung“, zwischendurch sechs Jahre Hochschulasistentin für Erwachsenenbildung an der Universität Hamburg, Schwerpunkt: „Professionalität“ freier MitarbeiterInnen. Jetzt wieder an der VHS Hamburg als Stadtbereichsleiterin.

Beate Blättner, 1959, Fachbereichsleiterin für Gesundheitsbildung beim Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V., Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsens, Lehrbeauftragte an verschiedenen Universitäten, promoviert über Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung.

Anette Borkel, 1960, Volkskundlerin M.A. und Lehrerin, freie Mitarbeiterin beim Museumspädagogischen Dienst Hamburg, seit 1992 HPM an der VHS Hamburg, Schwerpunkt: programmbereichsübergreifende Projekte in Kultur, Gesundheit und Politik.

Ulrike Breitwieser, Mitarbeiterin der Förderstelle des Bundes für Erwachsenenbildung Oberösterreich, Schwerpunkt Gesundheitsförderung und regionale Erwachsenenbildung, Leiterin des Stadtteilprojektes „Werkstatt Lebensumwelt“, Linz.

Gabriele Bültmann, 1960, Fachbereichsleiterin u.a. für Gesundheitsbildung an der VHS Recklinghausen. Mitglied des Arbeitskreises „Gesundheitsbildung“ der Volkshochschulen von Nordrhein Westfalen.

Rudi Camerer, Dr., 1945, promovierter Anglist, zunächst Fachbereichsleiter Fremdsprachen, dann zehn Jahre Leiter der Volkshochschule Buxtehude. Seit 1991 als Direktor der Hamburger Volkshochschule mit der Professionalisierung des Landesbetriebes Volkshochschule beschäftigt.

Manfred Cramer, Prof. Dr., FH München, arbeitet seit 1985 zu sozialpsychologischen Fragen der Umweltkrise. Seine neueren Studien fragen nach Personen, die nicht (nur) mit Verunsicherung, Anpassung und Gewöhnung auf Umweltbelastungen reagieren.

Jürgen Dege, gerne Lehrer gewesen, zum zweiten Mal verbeamtet, fest im Sattel also, trotzdem gerne wieder rotierend, hat jetzt als „richtiger“ VHS-(Stadtbereichs-)Leiter wieder spannende Grenz(verschiebungs)erfahrungen.

Astrid Estorff-Klee, Soziologin, Leiterin der Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen in Hamburg, arbeitet seit fünfzehn Jahren in der Selbsthilfeförderung.

Heike Gawor, Dr., Dipl.-Päd., Erziehungswissenschaftlerin; Konzeption und Durchführung von Kursen u.a. in der Gesundheitsbildung, vor allem mit Frauen; Mitarbeit am Kurskonzept „Sich annehmen – abnehmen“ und Multiplikatorenausbildungen.

Karlheinz A. Geißler, Prof. Dr., lebt, lehrt und schreibt in München. Er beschäftigt sich mit den grundsätzlichen Dingen des Lebens, Lehrens und Lernens. Publikationen: Wie geht man sinnvoll mit der Zeit um? Wie fängt man gut an? Wie macht man so Schluß, daß man wieder anfangen kann?

Heiner Keupp, Prof. Dr., 1943, lehrt Sozial- und Gemeindepsychologie an der Uni München. Schwerpunkte: Abweichendes Verhalten, psychische Störungen und gesellschaftliche Lebensbedingungen, soziale Netzwerke, Identitäten der Postmoderne.

Angela Kettler, 1950, drei Kinder, Sozialpädagogin, Berufsberaterin, Unterricht mit Geistigbehinderten, Leitung und Organisationsentwicklung, Fachbereichsleiterin einer gemeinnützigen GmbH, nebenberuflich im Gesundheitsbereich der Erwachsenenbildung tätig.

Ilona Kickbusch, Dr. phil, 1948, Politologin, Direktorin der Abt. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Hauptbüro der WHO Genf. Ihr Verantwortungsbereich umfaßt: Gesundheitsförderung, Alter und Gesundheit, Rehabilitation, Informationsdienst mit dem audiovisuellen Zentrum.

Kora Koltermann, 1956, Sozialpädagogin und Bewegungspädagogin, ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der VHS Bremen, Gesundheitsforen zur Sexualität, Kursleiterin für Gesundheitsförderung und Geschlechterdifferenz.

Jan Leidel, Dr., Facharzt für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und öffentliches Gesundheitswesen. Politisch und gesellschaftspolitisch aktiv. Seit 1978 Tätigkeit im Kölner Gesundheitsamt, zunächst im Bereich Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, seit 1985 Amtsleiter.

Ulrike Maier, 1961, Soziologin, Mitarbeiterin beim Verband der Volkshochschulen von Rheinland-Pfalz, Arbeitsschwerpunkte: Berufliche Bildung, Umwelt- und Gesundheitsbildung, Frauenbildung.

Helmut Milz, Dr. med., Arzt für psychotherapeutische und Allgemeinmedizin, Schwerpunkte: Körperbezogene Lern- und Therapiemethoden, Berater der WHO im Bereich Gesundheitsförderung.

Arbeitet in eigener Praxis und ist Mitbegründer des Instituts für Gesundheitsförderung in Marquartstein, Buchautor.

Peter Otterbach, 1948, Dipl.-Psychologe, Mitarbeiter der VHS Nürnberg u.a. in der Gesundheitswerkstatt, Lehrgang Gesundheitsbildung. Initiativenvertreter beim „Gesunde Städte Netzwerk“.

Hans Saan, Dr., klinischer Psychologe, Weiterentwicklung von Gesundheitserziehung und -förderung. Er arbeitet jetzt im Nationalen Institut für Gesundheitsfürsorge der Niederlande. Arbeitsfelder: Nationale Gesundheitsstrategie, Organisationsentwicklung und Qualität.

Klaus Scala, Dr., Philosoph, Gruppendynamiker, Organisationsberater, Hochschullehrer an der Universität Graz, Konsulent in der Abteilung „Gesundheit und Organisationsentwicklung“ des IFF. Trainer und Supervisor im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen.

Michael Siemer, 1953, Sozialpädagoge, Mitarbeiter der STD-Beratung, HGA Bremen, Männerbüro Bremen. Kursleiter an der VHS Bremen im Bereich Männerbildung.

Ute Sonntag, Psychologin, Schwerpunkte: Frauengesundheitsforschung, stadtteilbezogene Gesundheitsförderung für Frauen, sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung. Promoviert zur Gesundheitsförderung in kommunalen Strukturen.

Johanna Strebel-Huber, Erwachsenenbildnerin, Mitarbeiterin der pädagogischen Kommission, Vizepräsidentin des Verbandes der Schweizerischen Volkshochschulen.

Alf Trojan, 1944, Prof.Dr.med., Dr. phil., M.Sc. (London); Abt.-Direktor im Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg, Schwerpunkte: Selbsthilfe- und Netzwerkforschung, lokale Gesundheitsförderung und -berichterstattung, Public Health/Gesundheitswissenschaften.

Helga Vef, Dipl. Pädagogin, Fachreferentin Frauenbildung im Hessischen Volkshochschulverband,

außerdem zuständig für Gesundheitsbildung und Hauswirtschaft, langjährige Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin einer VHS.

Angela Venth, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE/DVV), koordiniert den Arbeitsbereich „Kultur und Lebenswelt“. Verantwortlich für Gesundheitsbildung, hat zusammen mit anderen die Grundkonzeption zur Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung entwickelt.

Ulla Voigt, 1948, Soziologin, Leiterin des VHS-Gesundheitszentrums und des Fachbereichs Frauenbildung an der VHS Bremen, Mutter von 2 Töchtern

Peter Wenzel, Lehrer gewesen, jetzt Fachbereichsleiter für Gesundheit und Umwelt an der VHS Hamburg. Arbeitsschwerpunkt: Kooperationsvorhaben von Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung.

KUNST UND KULTUR

Bader-Ehnert-Kommando, besteht aus Kristian Bader und Michael Ehnert, die neben ihren festen Engagements an verschiedenen Theatern seit 3 Jahren als Duo eigene satirische Abendprogramme speziell zu Umweltthemen machen.

Cornelia Ölund, Hamburg, ist Tänzerin, Tanzpädagogin, QiGong-Lehrerin und seit mehreren Jahren auch für die Hamburger Volkshochschule aktiv.

Hertha Schwätzig, Hamburg, ist Astrid Irmer. Sie verbindet Kabarett mit Zauberkunst und macht seit 1990 „Putz“ auf Bühnen und Veranstaltungen aller Art. Schreibt alle Texte selbst, mehrfache Auszeichnungen.

Wigbert Zelfel, spielte und spielt Saxophon in verschiedenen Bands, z.B. Ougenweide, Palais Schaumburg, Fehlfarben und besonders Fish for Fish, deren zweite CD soeben erschienen ist. Seit 1991 leitet er in der VHS Hamburg die „Schanzenbläser“.