Beate Blättner

Gesundheit läßt sich nicht lehren

Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

Online im Internet:
URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-1998/blaettner98_01.pdf
Dokument aus dem Internetservice texte.online des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung
http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp

Abstract

Beate Blättner (1998): Gesundheit läßt sich nicht lehren

Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung, das bedeutet, sich über die eigenen Ziele klar zu werden und die eigene Arbeit kontinuierlich zu reflektieren. Was Gesundheitswissenschaften und Erwachsenenbildung aus einer systemisch-konstruktivistischen Sicht dazu beitragen können, ist Gegenstand dieses Buches.

Gesundheit wird als Erklärung für nicht weiter störende Verhaltensweisen des Organismus verstanden. Wenn körperliche, seelische, soziale und ökologische Anforderungen die Ressourcen, die zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehen, nicht übersteigen, wird Gesundheit wahrscheinlich. Maßstab für Bildung kann aber nicht die Unterscheidung von gesund oder krank sein. Sie kann nur neue Formen der Beobachtung über sich selbst und die Welt anregen.

Vorgeschlagen wird, das Handeln von Menschen nicht auf „richtiges“ Verhalten einzuschränken, sondern Möglichkeiten des Handelns zu erweitern. Gewißheiten in Frage zu stellen ist ein Ziel. Voraussetzung dafür ist eine Haltung der Gelassenheit, die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Lebenswegen und Neutralität gegenüber Entscheidungen verbindet. In der Praxis der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung lassen sich Spuren einer solchen Haltung rekonstruieren.

Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung

Beate Blättner

Gesundheit läßt sich nicht lehren
Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht

Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung, das bedeutet, sich über die eigenen Ziele klar zu werden und die eigene Arbeit kontinuierlich zu reflektieren. Was Gesundheitswissenschaften und Erwachsenenbildung aus einer systemisch-konstruktivistischen Sicht dazu beitragen können, ist Gegenstand dieses Buches.
Gesundheit wird als Erklärung für nicht weiter störende Verhaltensweisen des Organismus verstanden. Wenn körperliche, seelische, soziale und ökologische Anforderungen die Ressourcen, die zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehen, nicht übersteigen, wird Gesundheit wahrscheinlich. Maßstab für Bildung kann aber nicht die Unterscheidung von gesund oder krank sein. Sie kann nur neue Formen der Beobachtung über sich selbst und die Welt anregen.
Vorgeschlagen wird, das Handeln von Menschen nicht auf „richtiges" Verhalten einzuschränken, sondern Möglichkeiten des Handelns zu erweitern. Gewißheiten in Frage zu stellen ist ein Ziel. Voraussetzung dafür ist eine Haltung der Gelassenheit, die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Lebenswegen und Neutralität gegenüber Entscheidungen verbindet. In der Praxis der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung lassen sich Spuren einer solchen Haltung rekonstruieren.

LeserInnen: KursleiterInnen der Gesundheitsbildung, MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung, Studierende und Lehrende.

U4

Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung e.V.

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) ist ein Serviceinstitut der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibnitz (WGL), der gemeinsamen Forschungsförderung von Bund und Ländern.
Als wissenschaftliches Serviceinstitut vermittelt es zwischen Forschung und Praxis der Erwachsenenbildung. Seine Tätigkeit besteht vor allem darin,

Neu!!!

- 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 herauszugeben,
- Forschungsarbeiten zu initiieren und Forschungen durchzuführen,
- Forschungsergebnisse in Fortbildungen und Beratung zu vermitteln.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Inhalt

Vorbemerkungen 7

Einführung: Professionelles Handeln von KursleiterInnen 10

I. Bedeutung professionellen Handelns von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung 19

1. Die quantitative Bedeutung von Gesundheitsbildung 19
1.1 Die historische Sicht: qualitative und quantitative Entwicklung im Verhältnis 19
1.2 Ökonomische und quantitative Bedeutung in der Gegenwart 37
2. Qualität und Qualitätssicherung 44
3. Modelle der Gesundheitsbildung 53
4. Sinn der Reflexion professionellen Handelns von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung 69

II. Ziele der Gesundheitsbildung 76

1. Was ist Gesundheit? 76
1.1 Gesundheitsverständnis im Alltag 76
1.2 Differenzen von Gesundheits- und Krankheitsmodellen in der Wissenschaft 80
1.3 Ein systemisch-konstruktivistisches Verständnis von Gesundheit als integrierendes Modell 83
2. Was ist Lernen? 98
2.1 Wahrnehmung und Beobachtung: Wiedergabe oder Konstruktion von Wirklichkeit? 98
2.2 Lernen von anderen: Erweiterung von Komplexität 105
2.3 Organisiertes Lernen: Eigendynamik eines sozialen Systems, das Nichtwissen produziert 110
2.4 Abgrenzung von Bildung und Therapie 118
3. Was können Menschen zur Förderung von Gesundheit lernen? 123
3.1 Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhalten 123

3.2 Persönlichkeitseigenschaften und Gesundheitskompetenzen 133
3.3 Strategien der Streßbewältigung 140
4. Ein handlungsleitendes Konzept 150

III. Die professionelle Haltung: Leitbild für Handeln 163

1. Die Bedeutung einer „professionellen Haltung" von KursleiterInnen 163
2. Das Differenzschemata für Handeln 180
2.1 Achtung/Mißachtung: Regelung sozialer Systeme 180
2.2 Flexibilität/Kontinuität: Überlebensprinzipien 185
2.3 Ermöglichen/Gestalten: Umgang mit selbstreferentiellen Systemen 196
2.4 Neutralität/Parteilichkeit: Konstruktivistisch-systemische Therapieprinzipien 210
3. Die Haltung der Gelassenheit 221

IV. Spurensuche in der Praxis 229

1. Professionelle Haltung von KursleiterInnen in Texten der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen 229
1.1 Der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" 231
1.2 Das Konzept „Sich annehmen – abnehmen" 237
1.3 Empfehlungen zur Qualifikation von KursleiterInnen 242
2. Geschichten, die KursleiterInnen erzählen 243
3. An der Grenze der Erwachsenenbildung: Gesundheitszirkel im Betrieb 249
4. Spuren in der Bildungspraxis 258

Ausblick: Professionelles Handeln im sozialen System einer Organisation 260

Literatur 269

Vorbemerkungen

Gesundheitsbildung hat bisher in theoretische Diskurse der Erwachsenenbildung keinen Eingang gefunden, allerdings wirken in ihrer Praxis auch allgemeine Theorien der Erwachsenenbildung kaum handlungsanleitend. Als eines der größten Angebotssegmente realisiert sie sich dennoch im Bildungsalltag unter wachsender Beteiligung von Frauen als Teilnehmenden. Steht für die Gesundheitsbildung auch eine bemerkenswerte Vielfalt didaktischer Grundlagen und Konzepte zur Verfügung, so sind doch ihre Lehr-/Lernmodi und -potentiale für eine wissenschaftliche Betrachtung noch nicht erschlossen.
Dieses blinden Flecks im Verhältnis von Theorie und Praxis nimmt sich der vorliegende Band an. Thematisch fokussiert er das professionelle Handeln der Kursleitung in der Gesundheitsbildung, reicht aber weit über dieses selbstformulierte Ziel hinaus. Die Auseinandersetzung mit theoretischen Ansätzen unterschiedlicher disziplinärer Kontexte ist mit Bestandsaufnahmen der Gesundheitsbildungpraxis verflochten, von ihnen geht die wissenschaftliche Betrachtung aus, auf sie führt sie in anregender Absicht zurück.
Eine systemisch-konstruktivistische Perspektive wird zum Anlaß, Möglichkeiten der Gesundheitsbildung gegen ihre Grenzen und Widersprüche abzuwägen. Diesen synthetisierenden Weg verfolgt die Autorin im breitgefächerten Bezug auf theoretische Linien in den Gesundheitswissenschaften, wissenschaftliche Untersuchungen in Gesundheitsförderung und Psychologie sowie auf lerntheoretische Verständnisse.
Besondere Aufmerksamkeit gilt der Haltung bei der Leitung eines Kurses, die das pädagogische Vorgehen bestimmt. Wenn die Definition von Gesundheit entgegen theoretischen Vorannahmen nicht vorgegeben werden kann, so sind daraus signifikante Schlüsse für das Rollenverhalten der Kursleitung zu ziehen. Unterschiedliche Lehr-/Lernmuster werden in diesem Interesse gegeneinander abgewogen und aus konstruktivistischer Sicht beurteilt. Bildungsrelevante Prinzipien wie das der Teilnehmerorientierung können mit diesem analytischen Schritt neu beleuchtet werden.
Auf diese Weise formt sich im metatheoretischen Gang durch Modelle aus sehr verschiedenartigen wissenschaftlichen Kontexten ein Handlungskonzept für die Kursleitung in der Gesundheitsbildung, das theo-

retisch gefüllt und begründet ist und die Praxis des Lehrens und Lernens integriert. Die Autorin schafft damit auch die Basis, um den spezifischen Stellenwert von Gesundheitsbildung in relevanten Umfeldern bildungstheoretischer und lebenspraktischer Art überhaupt erkennen, nachzeichnen und vertreten zu können.

Angela Venth
Deutsches Institut für Erwachsenenbildung

„Mir scheinen Infektionen vom Schnupfen bis zu AIDS nach den selben Prinzipien abzulaufen, die auch das Lernen charakterisieren. Für den Husten gilt wie für das Wissen, man kann ihn an seine Mitmenschen weitergeben, ohne selbst irgend etwas dadurch zu verlieren. Ideen funktionieren wie Viren, sie sind ansteckend, sie stören und bringen das infizierte System aus dem Gleichgewicht. Das Immunsystem, eine Art zweiten Gehirns, wird aktiv und kreativ. Es verändert körperinterne Strukturen und Prozesse, es erfindet Antikörper, die es vorher noch nie gab, und es neutralisiert so die Wirkung der von außen kommenden Störungen. Nach einer bewältigten Infektion sind die Überlebenschancen des Organismus manchmal besser als zuvor, manchmal schlechter und manchmal überlebt der Organismus das Ganze überhaupt nicht. Ähnliches gilt auch für die Krankheiten, die man Lernprozesse nennt. Manchmal sind sie nützlich, manchmal schaden sie und manchmal überlebt man sie überhaupt nicht ...
Der Vorzug der Infektionsmetapher liegt aber vor allem darin, daß sie Raum für alternative Didaktiken eröffnet."

Fritz B. Simon, 1996

Einführung:
Professionelles Handeln von KursleiterInnen

„Menschen und Organisationen lernen,
ob sie wollen oder nicht.
Alles verändert sich. Nicht das Lernen
ist das Rätsel, erklärungsbedürftig
ist das Nichtlernen, die erfolgreiche
Aufrechterhaltung von Ignoranz,
von Weltbildern, die Verknöcherung
von Institutionen und Organisationen."
Fritz B. Simon, 1996

Woher weiß ein Kursleiter oder eine Kursleiterin, ob er oder sie professionell handelt? Kann eine Institution der Erwachsenenbildung diese Professionalität erkennen, und womit könnte sie diese unterstützen? Zu den Aufgaben eines Programmbereichs in einem Dachverband der Erwachsenenbildung gehören die Beratung der Bildungseinrichtungen, die Entwicklung von Kurskonzepten, Unterrichtsmaterialien und innovativen Projekten, die Entwicklung und Betreuung von Lehrgängen mit Prüfungen, die Konzeption eines Qualitätssicherungssystems, die Klärung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Trägern, die Aufarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis, vor allem aber die Fortbildung von KursleiterInnen mit dem Ziel, zu professionellem Handeln beizutragen. In der Frage danach, was dieses professionelle Handeln ausmacht und wie dafür qualifiziert werden kann, entsteht schnell Einigkeit darüber, daß ausreichende fachliche Kompetenz und methodisch-erwachsenenbildnerisches Können dazu gehören.
Unzweifelhaft ist ausreichendes Wissen eine Voraussetzung dafür, anderen Wissen zu vermitteln. Aber woher weiß man, wann das Wissen ausreichend ist? Ist es auch möglich, daß zuviel Expertenwissen einer Vermittlung im Wege steht? Welches Wissen ist relevant? Ist das benötigte Wissen abhängig vom Wissensstand der Teilnehmenden und von der Art der Zielgruppe? Höchstwahrscheinlich erleichtert methodische Kenntnis die Entscheidung über den richtigen Methodeneinsatz, aber ein multimedialer Methodeneinsatz in maximaler Vielfalt macht keinen guten Unterricht aus. *„Nicht die Methode selbst und auch nicht der*

Methodenwechsel sind das Entscheidende, sondern das diesem zugrundeliegende didaktische Anliegen und die Frage nach der Vorbereitung der Lernenden auf den aktiven Umgang mit der Konstruktivität von Wissen" (Arnold/Siebert, o.J., S.3). Wonach läßt sich beurteilen, welches die für die Vermittlung angemessene Methode ist? Welches erwachsenenbildnerische Wissen ist für die Praxis relevant und welches eventuell verzichtbar? Ob die Fachkompetenz und die Methodenkompetenz ausreichen, kann nur abhängig von den Zielen und in der Reflexion des eigenen Handelns entschieden werden. Gemeint sind die Ziele des eigenen Handelns und nicht die Ziele, die für das Handeln anderer, der Lernenden, gesetzt werden sollen. Unterschiedliche professionelle Haltungen können der Fach- und Methodenkompetenz eine unterschiedliche Bedeutung geben. *„Der Konstruktivismus legt eine professionelle, ethische Haltung nahe, und zwar eine Haltung der Lehrenden gegenüber sich selbst sowie gegenüber den TeilnehmerInnen, dem Wissen und der Wissenschaft. Diese Haltung muß im Seminar ‚gelebt' werden, ‚verkörpert' werden. Gelassenheit ist ein Aspekt dieser Haltung"* (Arnold/Siebert, o.J., S.4).

Im folgenden wird ein Verständnis professionellen Handelns begründet, das drei Eckpunkten neben der Fachkompetenz und der Methodenkompetenz eine hohe Bedeutung gibt:

– der Klarheit und Beschreibbarkeit von Zielen des eigenen Handelns im professionellen Kontext,
– einer professionellen Haltung, die das Erreichen der Ziele wahrscheinlicher macht und sich als ein Leitbild des eigenen Handelns beschreiben läßt,
– der Reflexion eigenen Handelns, einschließlich der Selbstevaluation, die auch eine Überprüfung und Veränderung von Zielen und Leitbild beinhaltet, die immer wieder neu in Frage stellt.

Diese drei Eckpunkte sind in einer wechselseitigen Abhängigkeit zu sehen. Sie bilden einen Kreislauf professionellen Handelns. Sie legen Möglichkeiten des Handelns fest, indem sie andere ausschließen (Ziele, Leitbild), und sie erweitern die Möglichkeiten des Handelns, indem sie die getroffene Wahl in Frage stellen (Reflexion). Sie beschreiben einen Lernprozeß, die Bereitschaft zu Veränderungen der eigenen Person in ihrer Umwelt, d.h. die Interaktion im Lehr-Lern-Prozeß. Da KursleiterInnen aber keine anderen (besseren oder lernwilligeren) Menschen sind, kann davon ausgegangen werden, daß auch sie im Alltag über Tricks verfügen, *„die uns helfen, aus Schaden nicht klug zu werden"* (Si-

mon, 1996), also Lehr-/Lernsituationen überstehen, ohne daraus lernen zu müssen.
Bisher gibt es kein ausreichend fundiertes und handhabbares theoretisches Modell, das für die Gesundheitsbildung[1] die Ziele und die Haltung zur Erreichung dieser Ziele begründen könnte. Die Gesundheitsbildung der Gegenwart an Volkshochschulen hat sich weitgehend unabhängig von theoretischer Erkenntnis und teilweise in kritischer Distanz zum medizinischen und naturwissenschaftlichen Wissenschaftsverständnis zu einem bedeutenden Thema entwickelt. Diese Entwicklung bot für die Gesundheitsbildung Chancen. Krapp und Heiland (1994, S.66) weisen darauf hin, daß für die Praxis wissenschaftliche Theorien in der Regel eine wichtige, aber selten die einzige Informationsbasis darstellen; Alltagserfahrungen sind ebenso von Bedeutung. In der Vergangenheit kam die in Erfahrungswissen begründete Gesundheitsbildung ohne theoretische Bezugswissenschaften durchaus zurecht und konnte sich gerade deswegen einer Nähe zu sozialen Bewegungen und zu Lernbedürfnissen Erwachsener rühmen.
Für die konkrete Arbeit bedeutet dies, daß Entscheidungen über die Richtung der Entwicklung professionellen Handelns als KursleiterIn in der Gesundheitsbildung der eigenen Meinung oder dem institutionellen Selbstverständnis überlassen bleiben. Dies reicht für pragmatische Zwecke des Alltagshandelns durchaus aus, führt aber in der Auseinandersetzung mit dem Umfeld zu Mißverständnissen und unfruchtbaren Diskussionen, weil sich die eigenen Meinungen und das eigene Selbstverständnis der Institution auf individuelle Konstruktionen erlebter Praxis beziehen, die für andere nicht zugänglich sind, und nicht auf in der Kommunikation erzeugte Konstruktionen. Die Praxis wird im fachlichen Diskurs aber an den kommunikativ entwickelten Konstruktionen, den Einigungsprozessen im sozialen System Wissenschaft, gemessen. So besteht die Gefahr, daß die Praxis der Gesundheitsbildung an Modellen gemessen wird, die für sie nicht passend sind.
Fruchtbarer für die eigene Arbeitsbasis wäre es, ein theoretisch begründetes Modell zu haben, das genügend Anhaltspunkte für die Konstruktion eigener Bilder professionellen Handelns geben und dennoch eine Basis von Kommunikation sein könnte. Dieses Modell würde dann entscheidend zur Reflexion des eigenen Handelns von KursleiterInnen beitragen können und somit einen Teil der Professionalität des Handelns stärken. Theorie dient als Orientierungshilfe im Alltag, indem sie bestimmte Möglichkeiten einschließt und andere ausschließt. Sie redu-

ziert die Komplexität des Alltags auf ein der Kommunikation zugängliches Maß. Sie ist ein Erklärungsprinzip, das von neugierigem weiteren Nachfragen abhält (Simon, 1996). Sie schützt auf Dauer aber nicht vor der Notwendigkeit, sich immer wieder neu in Frage stellen zu lassen.

Praxiserfahrungen, erlebte Geschichten der Orientierungslosigkeit und Sprachverwirrung, legen nahe, ein theoretisches Modell professionellen Handelns in der Gesundheitsbildung dem wissenschaftlichen und praxisbezogenen Diskurs zu stellen. These ist, daß die Praxis der Gesundheitsbildung in der Gegenwart an einem Punkt angekommen ist, an dem ein überwiegender Verzicht auf wissenschaftliche Reflexion kontraproduktiv für die Weiterentwicklung der Praxis – vielleicht auch der Theorie – ist, weil sie sich gegenüber PlanerInnen, EntscheiderInnen und WissenschaftlerInnen zu wenig erklärt und den professionell in der Gesundheitsbildung Tätigen zu wenig Anhaltspunkte für die Reflexion bietet – zu wenig gemessen an den Erfordernissen der eigenen Handlungslogik. Eine erste wichtige Funktion der Theorie ist die Möglichkeit der Reflexion von denkbaren Zielen, an denen sich professionelles Handeln orientieren kann, das Infragestellen bisheriger Gewißheiten bezüglich einer Eindeutigkeit von Zielen.

Ein spezifisches Phänomen der Gesundheitsbildung ist die Differenzierung zwischen der benutzten Methode, dem Übeverfahren, und dem angestrebten Ziel. Während im Sprachkurs „Englisch für Anfänger" schon im Titel das grobe Ziel, Grundkenntnisse der englischen Sprache zu erwerben, erkennbar ist, auf das sich KursleiterInnen und Kursteilnehmende auch dann einigen können, wenn andere Motive ebenfalls eine Bedeutung haben, geht es z.B. im Yogakurs nur recht vordergründig darum, eine Einführung in die Philosophie und Praxis des Yoga zu erhalten. Selbst wenn dies das Lehrziel von KursleiterInnen wäre, würde es nicht den Lernzielen von Teilnehmenden entsprechen, und KursleiterInnen müßten, wenn sie ihre Teilnehmenden nicht verlieren wollen, sich schnell auf andere Teilnahmemotive einlassen. Yoga ist in Indien nicht als Gesundheitsmethode erfunden worden, aber in Europa haben sich gesundheitliche Aspekte gegenüber spirituellen Aspekten weitestgehend durchgesetzt. Anderen Übeverfahren geht es zumindest teilweise ähnlich, auch wenn manche, wie z.B. Qi Gong, spezifisch für die Gesundheitsförderung entwickelt wurden. Das Ziel von Teilnehmenden ist auch dann nicht eigentlich das Erlernen der Methode an sich, sondern die Methode soll bestimmten Zielen dienen,

z.B. der Hilfe bei spezifischen gesundheitlichen Problemen. Während Englisch eindeutig eine andere Sprache ist, die – allerdings aus unterschiedlichen Gründen – im Sprechen (und Schreiben) erlernt wird, ist Gesundheit nicht eindeutig definiert und keine Art, sich zu verhalten; deswegen kann Lernen von Gesundheit kein klares Ziel sein. Dies könnte es allenfalls dann sein, wenn man Gesundheit als etwas Gegenständliches auffassen würde und Lernen als ein Transformationsprozeß von etwas (Gesundheit), das außen ist, an einen anderen Ort, nach innen. Auch wenn die Alltagssprache dazu verführt, dies anzunehmen, indem sie „die" Gesundheit und „das" Lernen vergegenständlicht, lassen sich beide Vorstellungen so nicht halten.

Fragt man Teilnehmende in einem Kurs nach ihren Zielen, können zum gleichen Thema ganz unterschiedliche Erwartungen geäußert werden, wie z.B.: *„Ich möchte etwas gegen meine Rückenschmerzen machen", „Ich will mich besser entspannen lernen"* oder *„Ich habe einfach nur Lust, etwas für mich zu tun".* Es läßt sich nicht nur feststellen, daß mit Eutonie, anderen Übeformen und Yoga grundsätzlich ähnliche Lernziele verfolgt werden können, sondern daß eine Übeform wie Yoga unterschiedliche bis gegensätzliche Ziele beinhalten kann. Es können spirituell-religiöse Lehrziele sein, es kann eine optimale körperliche Beweglichkeit, Entspannung oder Körperbeherrschung angestrebt werden, oder es kann das Ziel sein, körperliche Signale besser zu verstehen. Kursausschreibungstexte verzichten gelegentlich ganz auf eine Zielbestimmung oder formulieren utopische Glücksversprechen wie: *„Yoga führt zur Harmonie und Gelassenheit",* ohne Auskunft, was genau das Ziel dieses einen Kurses sein könnte.

Ziele der Gesundheitsbildung verstehen sich nicht von selbst: Für die gegenwärtige Praxis kommen grundsätzlich zwei allgemeine Zieldefinitionen als Rahmen für spezifische Ziele in Frage, auf die sich die Gesundheitsbildung in ihrer institutionalisierten Form auch bezieht: Der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (PAS, 1985), ergänzt und zusammengefaßt durch das Selbstverständnispapier „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (DIE u.a., 1994a) und die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung" (WHO, 1986, in: Troschke u.a., 1996)[2], die als eine Art Leitbild für die Praxis der Gesundheitsförderung verstanden werden kann. Beide Sichtweisen schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Während das Leitbild der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen den Blick auf die Lernmöglichkeiten von Personen legt, richtet das Leitbild Gesundheitsförderung die

Aufmerksamkeit auf fünf Handlungsebenen (persönliche Kompetenzen, Gemeinschaftsaktionen, Lebenswelten, Gesundheitsdienste und Gesamtpolitik), die durch vielfältige Interventionsstrategien verändert werden sollen. Selbstbestimmung über Gesundheit zu erreichen ließe sich als gemeinsames Ziel beider Leitbilder definieren. Dieses Ziel wird normativ gefordert, was die Möglichkeit impliziert, daß Fremdbestimmung möglich und sogar wahrscheinlich ist. Demgegenüber wird hier die Auffassung vertreten, daß es keine Alternative zum Ziel Selbstbestimmung gibt, weil eine zielgerichtete Intervention von außen in Gesundheit nicht möglich ist, da Person und Organismus jeweils selbstreferentielle Systeme sind, die von ihrer Umwelt – den sozialen Systemen, in denen Gesundheitsförderung erfolgt – gestört, aber nicht bestimmt werden können.[3]

In der Qualitätsdiskussion um Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung wird oft am falschen Ende begonnen. Als qualitätsgesichert gilt etwas dann, wenn eine Evaluation stattfindet, auch ohne daß vorher Ziele festgelegt wurden. Jedes der evaluierten Projekte zeigt sich als erfolgreich, weil jeder der Veranstalter die Kriterien dessen, was er evaluiert, selbst benennt und die Ergebnisse nach seinen Vorstellungen interpretiert. Daran wäre nichts auszusetzen – weil eine Standardisierung von nicht angemessenen Kriterien kein Gewinn ist –, wenn nicht die einen den jeweils anderen vorwerfen, sie würden nichts für die Qualität ihrer Gesundheitsförderung tun, und verschweigen, daß dieser Vorwurf durch die unterschiedlichen Maßstäbe und wissenschaftlichen Bezugsfelder begründet ist. Sie verschweigen jeweils auch, auf welches Wissenschaftssystem sie sich denn beziehen.[4] Die behauptete einheitliche Basis der Gesundheitsbildung reicht also nicht aus, sie muß schon aus Akzeptanzgründen wissenschaftlich fundiert werden können und ihre Bezugswissenschaften benennen, sie muß an die KursleiterInnen, die die Arbeit praktisch ausüben, vermittelt werden, wenn sie wirken soll, und sie muß über eine Zielbestimmung hinaus auch formulieren können, welche professionellen Haltungen das Erreichen dieser Ziele wahrscheinlicher machen könnten.

Ziel der folgenden Überlegungen ist es, zu einer Professionalisierung des Nachdenkens über professionelles Handeln als KursleiterIn in der Gesundheitsbildung beizutragen, ohne eine Standardisierung zu versuchen. Der gewählte Weg ist der Versuch, eines von sicher mehreren möglichen theoretischen Modellen professionellen Handelns von KursleiterInnen zu beschreiben, das sich an den drei oben genannten Eck-

punkten (Ziele, Haltung, Reflexion) orientiert. Es erwies sich als sinnvoll, mit einer Reflexion der Praxis zu beginnen (Kap.I), über eine mögliche wissenschaftliche Begründung der Ziele der Gesundheitsbildung nachzudenken (Kap.II) und anschließend über vier denkbare Leitdifferenzen zu einer Beschreibung einer Haltung als KursleiterIn zu kommen (Kap.III). Das letzte Kapitel (Kap.IV), die Spurensuche, endet gemäß der Vorstellung eines Kreislaufs professionellen Handelns wieder da, wo das erste Kapitel mit der Frage nach dem Sinn der Fragestellung begonnen hat, bei der (Selbst-)Reflexion der Praxis.
Erst im Laufe intensiver Beschäftigung mit den theoretischen Grundlagen der Gesundheitswissenschaft, der Suche nach Unterschieden, Gemeinsamkeiten und Konsensmöglichkeiten und aus den Erfahrungen in der Praxis, die viele Umwege und Sackgassen eingeschlossen hat, entstand die Idee, eine konstruktivistisch-systemische Sicht als eine Art Metatheorie zur Entwicklung des Modells zu verstehen. Es waren mehrere Überlegungen und Ereignisse, die dies bewirkt haben:

- Einige Autoren (z.B. Göpel, 1993; Becker, 1995), die ebenfalls auf der Suche nach einem Konsens über Metatheorien waren, sahen dies durch eine systemische Sichtweise möglich werden.
- Innerhalb der Erwachsenenbildung ist eine konstruktivistische Betrachtungsweise (Arnold/Siebert, 1995; Siebert, 1994, 1996a) einer der innovativsten Ansätze.
- Der konstruktivistisch-systemische Therapieansatz von Simon (1995a) irritiert, ärgert, fasziniert aus der Perspektive der Gesundheitsförderung am meisten und stellt viele ihrer Ausgangspunkte in Frage. Er hat so erfolgreich gestört, daß es nicht mehr möglich war, ihn zu ignorieren.
- Konstruktivistisch-systemische Perspektiven erwiesen sich als geeignet, die Teile des Puzzles erwachsenenbildnerischer und gesundheitswissenschaftlicher Betrachtungsweisen zu einem gemeinsamen Bild zusammenzufügen.
- Der Konstruktivismus ist in der Lage, eine Ordnung in den Wirrwarr unterschiedlichster Gesundheitsdefinitionen und Zielvorstellungen zu bringen, und kann deswegen tatsächlich als eine mögliche Metatheorie verstanden werden. Phänomene der Praxis fügten sich plötzlich neu zusammen und fanden eine Interpretationsmöglichkeit.
- Eine konstruktivistische Sichtweise ermöglicht die Entwicklung eines handlungsleitenden Modells, das gleichzeitig nicht normativ

vorschreibend ist und die Unterschiedlichkeit der KursleiterInnen, die Eigenwilligkeit ihrer Interpretationen nicht nur zuläßt, sondern theoretisch begründet.

Der Versuch, Schlüsse für die Praxis der Gesundheitsbildung zu ziehen, erfolgt trotz der Einsicht, daß der Konstruktivismus eine Erkenntnistheorie, aber nicht unbedingt eine Handlungstheorie ist. Weitere theoretische Sichtweisen müssen hinzugenommen werden, aber sie werden aus einer konstruktivistischen Perspektive heraus beobachtet. Sie sind in einer Lesart dargestellt, neben der es andere Lesarten geben kann. Es handelt sich nicht einfach um eine Auswertung vorhandener Literatur, sondern um den Versuch, aus der Praxis heraus mit der Theorie eine Möglichkeit professionellen Handelns zu konstruieren.

Die Vorgehensweise ist nicht empirisch. Sie beobachtet Erfahrungen aus der Praxis unter theoretischen Blickwinkeln exemplarisch, ohne die Behauptung aufstellen zu wollen, mit diesen Beobachtungen sei die Wirklichkeit der Praxis richtig wiedergegeben. Die Beispiele lassen keine allgemeingültigen Aussagen zu, sie versuchen lediglich, das theoretisch Dargestellte zu illustrieren und verständlich zu machen.

So wie für das Vorgehen eine Spiegelung von Theorie und Praxis, von Erfahrung und Wissenschaft spezifisch ist, ist ebenfalls der Versuch spezifisch, die Gesundheitswissenschaften einerseits und die Pädagogik andererseits in ein Verhältnis zueinander zu setzen, um eine wechselseitige Verständigung anzuregen.

So entstand schließlich kein Lehrbuch über die optimale Art professionellen Handelns, sondern die Dokumentation eines Lernprozesses über eine Möglichkeit professionellen Handelns. Es ist das, was Lernen sein kann: eine Neukonstruktion von Wirklichkeit im psychischen Systems der Beobachterin (oder des Beobachters) mit einer gewissen Viabilität und nicht unbedingt eine Wiedergabe von Wirklichkeit.

Anmerkungen

[1] Unter Gesundheitsbildung wird hier grundsätzlich Lernen von Erwachsenen am Thema Gesundheit in Einrichtungen der Erwachsenenbildung verstanden.

[2] Ergänzt und bestätigt durch die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert, 1997. Quelle: Internet, homepage der WHO.

[3] Um diesen Unterschied zu erklären, findet Simon (1996) folgendes Beispiel: Ein Mensch, der an wärmeres Wetter gewohnt ist, erlebt einen Temperatur-

sturz. Seine Umwelt – das Wetter – stört den Menschen. Es ist aber nicht die Umwelt, die bestimmt, ob er sich einen Mantel anzieht, die Heizung anmacht oder in die Karibik fliegt, sondern seine innere Struktur.

[4] Charakteristisch ist, daß in Deutschland von den Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann/Laaser, 1993b) und nicht von einer Gesundheitswissenschaft gesprochen wird, denn dieser neue Wissenschaftszweig ist augenblicklich durch die Addition unterschiedlichster Disziplinen und ihrer jeweiligen sich teilweise widersprechenden Ergebnisse geprägt.

I. Bedeutung professionellen Handelns von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung

„Probleme sind nur dann Probleme,
wenn sie nicht isoliert, nicht Stück für Stück
bearbeitet und gelöst werden können.
Gerade das macht ihre Problematik aus."
Niklas Luhmann, 1994, S.84

1. Die quantitative Bedeutung von Gesundheitsbildung

1.1 Die historische Sicht: qualitative und quantitative Entwicklung im Verhältnis

Gesundheitsbildung wird meist als neuer Bereich der Erwachsenenbildung betrachtet. Ihr kontinuierliches Wachstum in den letzten dreißig Jahren, 1996 erstmalig durch eine Stagnation unterbrochen, wird mit der Entwicklung des Gesundheitsbewußtseins der Bevölkerung begründet. Gesundheitsbewußtsein, die gewünschte Wirkung der Gesundheitsbildung, wird zur Ursache, die die Teilnahme an Gesundheitsbildung erklärt. Was Wirkung und was Ursache ist, ist nicht mehr klar auseinanderzuhalten. Wenn aber Bildung und Bewußtsein sich als selbstreferentielles System wechselseitig hervorbringen, muß die Erklärung für das Wachstum von Bewußtsein und Bildung neu überdacht werden.
Die Thesen der Neuheit von Gesundheitsbildung und die Erklärung für das Wachstum der Gesundheitsbildung mit dem Wachstum von Gesundheitsbewußtsein sind Sichtweisen, die sich auch anders wahrnehmen lassen: Gesundheitsbildung an Volkshochschulen war – unter anderem Namen – bereits im zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts ein beachtetes Phänomen, ist also ein traditioneller Bereich. Zwischen der alten Gesundheitsbildung zum Jahrhundertbeginn und der neuen Gesundheitsbildung seit den achtziger Jahren gibt es einige Bezugspunkte. Quantitative und qualitative Entwicklung standen in einem Verhältnis zueinander, beide waren eng an dominierende politische Entwicklungen und Zeitströmungen gebunden. Ursache und Wirkung

sind nicht zu trennen, es handelt sich um Phänomene der Wechselbeziehungen in einem sozialen System. Phänomene von Systemen müssen sich aus der Eigenlogik des Systems und seiner Umwelt erklären lassen. Soziale Systeme und psychische Systeme sind Sinnsysteme[1]; Sinn ist die Leitdifferenz, die die Eigenlogik dieser Systeme beschreiben kann. In einem sozialen oder psychischen System kann sich alles entwickeln, was für dieses System Sinn macht. Dies bedeutet, daß sich Gesundheitsbildung in ihrer Funktion für die Gesellschaft mit der Veränderung der Gesellschaft verändern muß. Das professionelle Handeln in der Gesundheitsbildung kann in der jeweiligen historischen Situation nur so sein, wie es in dieser Situation für die Gesellschaft Sinn macht, womit nicht gesagt ist, daß es jeweils nur einen möglichen Sinn und damit ein mögliches Handeln gäbe. In der Gesellschaft in Deutschland (und andernorts) hat sich seit dem Ende des neunzehnten Jahrhunderts die Erwachsenenbildung als ein soziales Teilsystem im sozialen System ausdifferenziert, womit spezifische Funktionen verbunden sind. Gesundheitsbildung als Bestandteil des sozialen Systems Erwachsenenbildung muß demnach auch in der Entwicklung der Erwachsenenbildung Sinn machen. Etwa ab den achtziger Jahren hat sich Gesundheitsbildung innerhalb der Erwachsenenbildung zu einem eigenen Subsystem entwickelt, ab da muß die Gesundheitsbildung, will sie als Subsystem nicht aufhören zu existieren, sich auch in ihrer Eigenlogik entwickeln. Dies kann sie nur, solange sie in ihrer Umwelt (der Erwachsenenbildung, der Gesundheitsförderung etc.) Bedingungen vorfindet, die ihr Überleben ermöglichen. Erwachsenenbildung setzt aber auch psychische Systeme, Personen, als KursleiterInnen und TeilnehmerInnen voraus, die jeweils ihre eigene Logik haben. *„Psychische und soziale Systeme sind im Wege der Co-evolution entstanden. Die jeweils eine Systemart ist notwendige Umwelt der jeweils anderen. Die Begründung dieser Notwendigkeit liegt in der diese Systemarten ermöglichenden Evolution. Personen können nicht ohne soziale Systeme entstehen und bestehen, und das gleiche gilt umgekehrt“* (Luhmann, 1994, S.92). Dies bedeutet nicht, daß Erwachsenenbildung aus Personen besteht, sondern aus der Interaktion dieser Personen, die aber für die Interaktion notwendige Umwelt sind. Gesundheitsbildung muß, um möglich zu sein, also auch für Personen, die Gesundheitsbildung anbieten wollen und die an Gesundheitsbildung teilnehmen wollen, Sinn machen. Wachstum der Gesundheitsbildung wird es demnach dann geben, wenn diese – und das damit verbundene professionelle Handeln – für

Personen, für sich selbst, für die Erwachsenenbildung und für die Gesellschaft Sinn ergibt, wobei nicht ausgeschlossen ist, daß in der jeweiligen Zeit für alle Systemarten unterschiedliches professionelles Handeln Sinn ergeben kann.
Quantitative Entwicklung ist so gesehen weder rein zufällig noch herstellbar. Sie läßt sich nicht linear aus einer Ursache als Wirkung folgern. Sie wird immer da entstehen, wo sie entstehen kann, weil sie in der Logik der unterschiedlichen Systeme Sinn ergibt. Professionelles Handeln und Wachstum bedingen sich möglicherweise gegenseitig. Diese Thesen lassen sich zwar nicht beweisen, aber im folgenden durch eine kurze Skizze der historischen Entwicklung der Gesundheitsbildung in diesem Jahrhundert und, spezifischer, der quantitativen Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen seit Mitte der siebziger Jahre beschreiben.[2]
Um die Sinnhaftigkeit für die jeweiligen Systemgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten beschreiben und erklären zu können, hat es sich als nützlich gezeigt, von der Differenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung über Gesundheit auszugehen und sie in bezug auf körperliche Beweglichkeit und andere Möglichkeiten, sich körperlich zu verhalten (zu essen, zu atmen ...) mit der Differenz von Einengung/Erweiterung von Bewegungsmöglichkeiten zu verbinden. Fremdbestimmung definiert bestimmte Bewegungsformen als richtig, andere als falsch (moralisch verwerflich, unökonomisch, ungesund...) und engt das Spektrum der Bewegungsmöglichkeiten folglich ein.[3] Selbstbestimmung läßt unterschiedliche Bewegungsformen zu, erweitert die Bewegungsmöglichkeiten.[4]
In der ersten Hälfte des Jahrhunderts wurde in Deutschland diese Differenz in der Gesundheitsbildung zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten gegensätzlich betrachtet.
In der Erwachsenenbildung der zwanziger und frühen dreißiger Jahre hatten körperorientierte Verfahren bereits einmal eine erhebliche Bedeutung für die Erwachsenenbildung, wurden aber nicht ausschließlich als Gesundheitsförderung betrachtet. Die Schriften von Berlepsch-Valendas (1928) über die Aufgabe der Gymnastik in der Volksbildung und eine Entgegnung von Gleisner (1929), die Texte von Franken (1930), Klatt (1928, 1929), Küble (1930), Schröteler (1931), Zoder (1931) und Weber (1928) belegen, daß diese Form der „Bewegungskultur“ als pädagogisches Problem gesehen wurde. Gymnastik und Tanz waren dominierende Inhalte.

Einige westliche Verfahren der Körperarbeit und Psychotherapie wie Eutonie, Feldenkrais, Atemarbeit nach Middendorf, Gestaltarbeit und Reich'sche Körperarbeit haben zumindest einen Teil ihrer Wurzeln in den ersten Jahrzehnten diesen Jahrhunderts in der Arbeit der Gymnastiklehrerin Elsa Gindler, aber auch Tänzerinnen um die Jahrhundertwende wie Isadora Duncan oder Mary Wigman haben die heutigen körperorientierten Verfahren mitgeprägt und neue Umgangsweisen mit Körperlichkeit erfunden. Es waren meist politische und erzieherische, psychosoziale Absichten damit verbunden (Blättner, 1992b, S.19ff.; Nitschke, 1988, S.76ff.; Klein, 1992), deren Ideen aus sozialen Bewegungen (der Arbeiterbewegung, der Jugendbewegung, der ersten Frauenbewegung) kamen. Während viele Körperhaltungen (Bauch rein, Brust raus, Beine anheben) zuvor die Bewegungen der Menschen vereinfachten und einengten, erweiterten die neuen Formen die Körperlichkeit (vgl. Nitschke, 1988, S.92), den Umgang mit sich selbst und der Umwelt. Selbstbestimmung war die Grundlage einer Entwicklung historisch neuer Formen von körperlicher, emotionaler und sozialer Bewegung. In der sich neu entwickelnden Strömung einer demokratischen Struktur sozialer Systeme waren solche Prozesse der Erziehung zur Selbstbestimmung sinnvoll. Für die Erwachsenenbildung, die durch soziale Bewegungen entstanden war, ergab es Sinn, sich dieser Strömung zu öffnen. Gesundheitsbildung war ein Ausdruck sozialen und freiheitlichen Denkens.

Aber nicht nur eine Art der Bewegungskultur entwickelte sich in dieser Zeit. Es waren Einflüsse asiatischer Bewegungsweisen ebenso festzustellen wie Einflüsse, die die Bewegung des einzelnen – etwa im Marschieren – fremdbestimmten. Nitschke (1988, S.116) unterscheidet drei Arten von Bewegung mit einer gesellschaftlich jeweils bevorzugten Wirkung:

- *„Richtet sich die Bewegung (wie beim Turnier, beim Fechten, beim Fußball) auf ein Ziel, das in der Umgebung des Menschen (und somit im Raum) liegt, dann achtet er auf die Wirkungen, die die Bewegung von Ort zu Ort und so auch Umweltveränderungen ermöglichen.*
- *Folgt eine Bewegung resonanzartig einer anderen Bewegung und gleicht sich ein Mensch (im Yoga, beim Jazztanz) dieser an, dann spürt er den Bewegungsvorgang (und dessen Gliederung der Zeit) binnenkörperlich und hält die Wirkungen für wichtig, die eine Angleichung verursachen.*
- *Entspricht ein Mensch einer Bewegung (wie beim Taijiquan und bei fernöstlichen Kampfsportarten) mit einer antwortenden Bewegung,*

dann gilt seine Aufmerksamkeit denjenigen Wirkungen, die einander Entgegengesetztes zu einer Einheit verbinden."[5]

Massenaufmärsche mit der beabsichtigten Wirkung, die Umwelt zu verändern, wurden als Bewegungsform von rechten und linken politischen Strömungen zur Fremdbestimmung genutzt.[6]

In der damaligen Zeit war es offensichtlich in einer Phase gesellschaftlicher Neuorientierung sinnvoll, Formen der Selbst- und Fremdbestimmung nebeneinander stehen zu lassen. Das soziale System war nicht auf eine Seite der Differenz festgelegt. Für einige Personen andererseits war es in der Phase des Aufbruchs und der gesellschaftliche Neuorientierung sinnvoll, sich neue Bewegungsformen zu erschließen und die eigenen Möglichkeiten auch im Sinne einer Wirkung auf die Umwelt, auf sich selbst und auf ein Gegenüber zu erweitern (Selbstbestimmung); es war aber für andere auch sinnvoll, nach neuen Orientierungen zu suchen, die die Möglichkeiten einengen (Fremdbestimmung). Beides fand Resonanz.

Diese Zeit war zugleich die stärkste Zeit der Sozialmedizin in Deutschland – entstanden etwa in den siebziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts –, eine Richtung, in der die heutige Gesundheitsförderung, Public Health und die Gesundheitswissenschaften ihre Wurzel sehen (Kickbusch, 1996; Hurrelmann/Laaser, 1993b). Medizinische Probleme wie Tuberkulose suchte sie weniger durch medizinische Eingriffe (Impfung) als durch soziale Errungenschaften (Hygiene, bessere Wohnverhältnisse) und durch Änderungen der Lebensgewohnheiten von Menschen im Sinne neuer Bewegungs- und Verhaltensformen (Freikörperkultur, Licht- und Sonnenbaden) zu lösen. Gesundheitsbildung erwies sich auch im System der Medizin als sinnvoll.

Politische Inhalte im Sinne einer Fremdbestimmung und Einengung von Möglichkeiten des Handelns hat die Pervertierung der Erwachsenenbildung im Nationalsozialismus mit ihrem Themenfeld „gesundes Volk" verbunden. Typisch für den deutschen Faschismus war die exakte Vorgabe von Themen und Umfang. In dem Beispielarbeitsplan für anerkannte Volksbildungsstellen von 1938/39 wurde das Themenfeld „gesundes Volk" als eines der acht Hauptarbeitsgebiete beschrieben (vgl. Fischer, 1981, S.150ff.), zu dem sieben Vorträge, vier Kurse und fünf Ausstellungen, Führungen und Exkursionen mit faschistischer Ideologie gehörten. Zum weiteren Hauptarbeitsgebiet „wehrhaftes Volk" gehörten Themen aus dem Sport. Die Bedeutung der sportlichen Erziehung in ihrer zentralen Funktion und ihrer unterschiedli-

chen Intention und Ausprägung für Männer und Frauen während des deutschen Faschismus ist von einigen Autoren hervorgehoben worden (u.a. Klaus, 1980, 1983). Durchgesetzt hat sich eine Richtung der Körperlichkeit, die Angriffsgeist wecken sollte, wie z.B. Boxen, das bei Hitler besonders beliebt war (vgl. Nitschke, 1988, S.96f.). Der Sinn der Durchführung der vorgeschriebenen Angebote für die Erwachsenenbildung lag im eigenen Überleben: Nur die Bildungsinstitutionen konnten weiter existieren, die sich den Vorschriften gemäß verhielten. Schon zur Zeit des deutschen Faschismus wurden Themen und Methoden der heutigen Gesundheitsbildung praktiziert[7] oder entwickelt[8], wenn sie auch gegenwärtig in einen anderen Zusammenhang gestellt werden. Der Nationalsozialismus hatte eine Nähe zu Alternativen zur Schulmedizin, er konnte nichtrationale Erklärungen für Krankheit gut in sein Weltbild integrieren. Volksgesundheit wurde zu einem Symbol reglementierenden, ausgrenzenden und Leben zerstörenden Denkens. Dieses war für eine faschistische Gesellschaft ein wesentliches Strukturprinzip, das Einengung und Fremdbestimmung beinhaltete und auf Krieg vorbereitete. Selbstbestimmung konnte innerhalb der Weltbilder faschistischer Ideologie keinen Platz haben. Viele Menschen unterzogen sich diesen Verfahren der Fremdbestimmung wohl deshalb, weil sie darin eine Überlebenschance im sozialen System des Faschismus sahen.

Aus der unmittelbaren Nachkriegszeit gibt es keine Kenntnisse über eine mögliche Bedeutung der Gesundheitsbildung. Es hat einige Zeit gedauert, bis Volkshochschulen sich z.B. neu etabliert und systematisch Programme entwickelt und dokumentiert hatten. Inwieweit gesundheitspflegerische Fragen, z.B. zur Verhütung von Epidemien, eine Rolle gespielt haben könnten, ist nicht ersichtlich. Für die Existenz von Gesundheitsbildung an Volkshochschulen gibt es keine Belege.

In Westdeutschland war das gesellschaftliche Lebensgefühl in den fünfziger und sechziger Jahren von der Phase des Wirtschaftswunders und des Wiederaufbaus nach dem Krieg geprägt. Es war die Zeit des Glaubens an die Machbarkeit der Welt und die Allmacht von Wissenschaft und Medizin. Die Sorge um die Gesundheit der Familie war die Angelegenheit von Frauen, deren traditionelle Rollenvorstellungen sie zu Hausfrauen machten, obwohl dies durchaus nicht der gesellschaftlichen Wirklichkeit entsprach, die vielmehr von einem hohen Maß an Frauenarbeit geprägt war. Gesundheitsbildung, in den folgenden Jahren als unpolitisch betrachtet, kam vereinzelt an den neu aufgebauten Volkshochschulen in Form von Vorträgen von Ärzten über Gesundheitserzie-

hung und Gesundheitsaufklärung vor, die auch vor den gesundheitlichen Folgen des übermäßigen Konsums warnten. Es gab auch einige wenige Angebote zum Autogenen Training und später zu Yoga. Volkshochschule verstand sich insgesamt als eine Institution, die wissenschaftliche Erkenntnisse an erwachsene Laien vermittelte. In „Stellung und Aufgabe der Volkshochschule" (DVV, 1966) werden Körperpflege und Gesundheitserziehung als mögliche Themen von Bildung genannt. Eine Beschreibung damaliger inhaltlicher Vorstellungen wurde von Eberlein (1961) veröffentlicht. Eberlein hatte zehn Jahre zuvor (im Wintersemester 1951) begonnen, in der Volkshochschule Leverkusen Kurse zur gesundheitlichen Grundbildung zu geben, die aus ihren Erfahrungen in ihrer Praxis als Ärztin resultierten, daß viele Menschen *„von den einfachen (natürlichen) Anwendungen, die schnell zur Gesundheit verhelfen oder sie erhalten können, wenig Ahnung haben"* (Eberlein, 1961, S.4). Engagiert, lebendig und vielfältig wurde von Eberlein klassische Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung betrieben, die allerdings nur einen relativ kleinen, aber wachsenden Kreis von Menschen (vermutlich überwiegend Frauen) anzusprechen schien.

Im Jahr 1965 fanden z.B. in Niedersachsen[9] 569 Gesundheitskurse (8% des Kursangebotes der Volkshochschulen) mit 11.207 Teilnehmenden (6,8% aller Teilnehmenden) statt. In den nächsten zehn Jahren wuchsen die Belegungszahlen zwar enorm, um durchschnittlich 12,7%, aber der Anteil an dem gesamten Angebot der Volkshochschule steigerte sich nur um 2,6 Prozentpunkte. Zum Vergleich: In den zehn Jahren bis 1985 stieg der Anteil in Niedersachsen um 3,2 Prozentpunkte, in den zehn Jahren bis 1995 um 9,5 Prozentpunkte.[10] Das Wachstum der gesundheitsbezogenen Themenfelder an den Volkshochschulen der sechziger Jahre erklärt sich überwiegend mit dem Wachstum der Volkshochschulen überhaupt. Gesundheitserziehung der fünfziger und sechziger Jahre scheint nach der Beschreibung von Eberlein wie eine Art Gruppensprechstunde beim Arzt gewesen zu sein, die für einen kleinen Teil der Menschen zu ihrem Alltag paßte. Welche Themenfelder damals im einzelnen gemeint waren, inwieweit z.B. Gymnastik und Ernährung zur Gesundheitsbildung gezählt wurden, ist aufgrund des Datenmangels über Eberleins Beschreibung hinaus nicht rekonstruierbar.[11] Die Art des Vorgehens in den fünfziger und sechziger Jahren war von Fremdbestimmung gekennzeichnet. Es ging z.B. um die „richtige" Art zu atmen, die andere Möglichkeiten ausschloß und Bewegungsmöglichkeiten einengte. Für eine Erwachse-

nenbildung, die Wissenschaft an Laien vermitteln wollte, war diese Art der Beeinflussung sinnvoll, Gesundheit war aber nur ein Wissensgebiet unter vielen anderen. Für eine Gesellschaft, in der der wirtschaftliche Aufschwung bestimmendes Ziel war – zu dem auch der Aufschwung der Medizin und des Gesundheitssystems gehörte –, war eine Erziehung zur Vermeidung von Krankheit möglich, aber nicht wichtig. Nur für wenige Menschen hatte die erneute Disziplinierung in einer Zeit Sinn, in der wirtschaftlich alles machbar erschien, sozial und kulturell aber traditionelle Werte hoch geschätzt waren. Krankheit störte, insofern war es begrenzt sinnvoll, ihr vorbeugen zu wollen, aber Krankheit schien auch durch einfache Mittel (Pillen, Messer und Strahlen) heilbar. Es war nicht möglich, ein neues Lebensgefühl mit Gesundheitsförderung zu verbinden.

In den siebziger Jahren war in der Folge der Studentenbewegung ein verändertes politisches Klima entstanden. Die Studentenbewegung war insbesondere von der Notwendigkeit einer Bildungsreform ausgegangen. An Volkshochschulen gab es davon beeinflußt eine Professionalisierungsphase, die von gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Erwachsenenbildung begleitet war (Niedersachsen, Saarland und Hessen 1970, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Bayern 1974). Politische Bildung war ein Schwerpunkt der VHS-Arbeit, Arbeiterbildung ein Ziel. Gesundheitsbildung galt als zu unpolitisch.

Mehr oder weniger unbemerkt von den Volkshochschulen vollzog sich aber bereits in den siebziger Jahren ein erstes deutlicheres Wachstum der Gesundheitsbildung, das seinen Sinn für die Erwachsenenbildung möglicherweise darin fand, daß jedes Thema, das mehr Unterrichtsstunden und damit mehr finanzielle Mittel versprach, akzeptiert wurde. Im Laufe der siebziger Jahre nahm in den Protestbewegungen, z.B. der Frauenbewegung, die Bedeutung der Selbsterfahrung und der Gruppendynamik zu. Sie war als neuer Aufbruch, als Erweiterung von Möglichkeiten gedacht, hatte dennoch aber häufig normativen Charakter. Der Sinn für Personen bestand vermutlich in dem Orientierungsbedürfnis, das die neuen Möglichkeiten des Verhaltens eröffnet hatten. Der häufig zitierte „Psychoboom" an Volkshochschulen fand in den siebziger Jahren statt. Mit ihm gewann die Gesundheitserziehung im Dienste des körperlichen und seelischen Wohlbefindens (Aries, 1978) allmählich an Bedeutung. Auch die Esoterik-Debatte hat in den siebziger Jahren bereits ihren Anfang gefunden: *„Esoterik ist ‚in', aber Tatsache ist auch, daß diese ‚Welle' länger anhält und stärkere Ausmaße*

annimmt, als die Prognosen anfangs der 70er Jahre ankündigten. Sollen die Volkshochschulen sich hintan stellen und passiv zuschauen oder kommt hier eine Aufgabe auf sie zu, nämlich die Aufklärung ihrer Teilnehmer, deren es mittlerweile 5 und mehr Prozent sein dürften, die für Yogakurse und verwandte Meditationstechniken sich interessieren (vgl. DVV-Statistik 1978)?" (Lobo, 1979, S.302).

Aries (1978, S.6) beklagt in einer Beschreibung der Gesundheitserziehung an nordrhein-westfälischen Volkshochschulen, daß diese noch den inhaltlichen und methodischen Stand der fünfziger Jahre hätten. Seiner Auswertung nach waren in den Jahren 1974 bis 1976 13–14% der Kursangebote an Volkshochschulen in Nordrhein-Westfalen Themen der Gesundheitserziehung.[12] Im gleichen Zeitraum nahmen 14–17% der „Hörer" an gesundheitsbezogenen Kursen teil. Nach Aries' Zählung sind 1978 die am häufigsten angebotenen Themen Yoga und Autogenes Training (je 372), Gymnastik für Zielgruppen (259), Schwimmen (270) und Gruppendynamik (203) (a.a.O., S.6f.). Faßt man seine Zählungen nach Kategorien zusammen, die mit den heutigen vergleichbar sind, und rechnet diese prozentual, so ist der Themenbereich Entspannung das größte Gebiet (31%), gefolgt von Bewegung (30%), psychischen Aspekten (20%), Erkrankungen und Heilverfahren (7%), Gesundheitspflege (7%) und Ernährung (5%). Die Abweichungen seiner Zählung zur DVV-Statistik sind allerdings erheblich.

Zählt man die – damals relevanten – Psychokurse nicht zum Gesundheitsbereich, entstünde eine Verteilung, die der heutigen bereits ähnelt, aber einen höheren Anteil von Pflege und Gesundheitsfragen hätte. Die Entstehung der Gesundheitsbildung nach heutigen Verständnis beginnt allmählich, allerdings mit einem anderen konzeptionellen Hintergrund.

Wie bei Rüdiger Koch (1979) deutlich wird, der eine erwachsenenspezifische Gesundheitserziehung als *„genuine Aufgabe der Volkshochschulen"* beschreibt, um *„dauerhafte Verhaltenskorrekturen zu ermöglichen",* handelte es sich konzeptionell nach wie vor um klassische Gesundheitserziehung mit fremdbestimmendem Charakter. Koch fordert eine wissenschaftlich fundierte Konzeption, die er im „Health Belief Model"[13] sieht: Ziel ist das Erkennen von Risikofaktoren, das Prognostizieren und Agieren für andere mit der Folge der Fremdbestimmung und Einengung ihrer Möglichkeiten. Gerade für die siebziger Jahre ist es wahrscheinlich anzunehmen, daß sich, gemessen an den Differenzen von Selbst- und Fremdbestimmung, der Sinn der Gesundheitsbildung für

das soziale System Gesellschaft, für das System Erwachsenenbildung und für die einzelnen Personen stark unterscheiden. Kontrollmechanismen, die diese Unterschiede thematisiert hätten, gab es zwar auf der Ebene der Reflexion (der Diskussion über das Unpolitische der Gesundheitsbildung), aber nicht auf der Ebene des Handelns. Dort waren sie offensichtlich nicht notwendig.

Die Eckpunkte der theoretischen Überlegungen zur Gesundheitserziehung mit Erwachsenen bis zu den späten siebziger oder frühen achtziger Jahren sind zusammengefaßt:

- die Orientierung an Krankheitsvermeidung durch Bewußtseinsveränderung und Verhaltensänderung mit einer Einschränkung von Möglichkeiten des Handelns, verbunden mit einem biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff,
- Expertenorientierung und damit Fremdbestimmung,
- normative Kontrolle und Gesundheitsversorgung zur Kostendämpfung,
- ein präventiver Versorgungsauftrag von Erwachsenenbildung,
- eine wissenschaftliche Orientierung am ehesten am Health-Belief-Konzept.

Die Themen und Methoden waren dabei zwar weniger differenziert, aber nicht grundsätzlich anders als heute. Unterschiede sind möglicherweise darin zu sehen, daß damals Yoga als ähnlich exotisch galt, aber auch ähnlich häufig akzeptiert wurde wie heute Qi Gong und Taijiquan. Die chinesische medizinische Kultur war damals noch weitgehend unentdeckt, während Indien gerade ein Modeland geworden war.[14] Eine andere mögliche Erklärung für die historisch unterschiedliche Wahrnehmung von Yoga und Taijiquan liegt in der Art der Bewegung, wie sie bei Nitschke (1988) beschrieben ist: In den siebziger Jahren war der Weg der Selbstentdeckung, die Beobachtung der eigenen Person, unabhängig von der Beobachtung der Umwelt, zu der andere Personen gehören, ob nun in der nach innen gerichteten Bewegungsform des Yoga oder der nach innen gerichteten Selbstreflexion der Psychotherapie, offensichtlich gesellschaftlich sinnvoll. Erst in den achtziger Jahren wurde die Individualisierung der Gesellschaft als Kehrseite dieses Prozesses kritisiert, und seit dieser Zeit konnte sich folglich Taijiquan als eine Bewegungsart, die die Wahrnehmung des anderen als Wirkung anstrebt, mit durchsetzen.

Die Entwicklung des Interesses von Teilnehmenden an Gesundheitsbildung, gemessen an den Teilnahmezahlen von Volkshochschulen insge-

samt seit 1976, läßt sich anhand von fünf Jahresschritten verdeutlichen. Waren bundesweit die Belegungen in der Gesundheitsbildung 1976 noch 14,2% der Gesamtbelegung, so stieg dieser Anteil 1981 auf 15,2%, 1986 auf 17,8%, 1991 auf 22,7% und 1996 auf 25,3%. In den Jahren 1978, 1983, 1986 und 1987 betrug der Zuwachs jeweils mehr als 10%, 1987 waren es sogar 17,1%. Der Zuwachs 1978 war allerdings nur absolut, nicht relativ zum Gesamtangebot gegeben. Mehr als einen Prozentpunkt im Anteil an den Gesamtbelegungen stiegen die Zuwächse in den Jahren 1983, 1988 und 1993. Die schwächsten Jahre, mit einem negativen Zuwachs, waren 1982 und 1996. 1982 war dieser negative Zuwachs aber mit einem Rückgang aller Belegungen der Volkshochschulkurse insgesamt verbunden, 1996 nicht. Dieser erstmalige Rückgang umfaßte 1996 allerdings nur 0,2 Prozentpunkte im Anteil. [15]

Wie läßt sich diese Entwicklung erklären? In demselben Jahr, in dem auch das Funkkolleg das Thema „Umwelt und Gesundheit" hatte, erschien die Dezemberausgabe der Zeitschrift „Volkshochschule im Westen" mit dem Thema „Gesundheitliche Bildung". Der Name spricht für das, was sich inhaltlich darin andeutete, nämlich ein erstes Fragezeichen zu Begrifflichkeit und Konzeption der Gesundheits"erziehung", die in einigen Beiträgen vorsichtig anklang, während andere noch eindeutig erzieherische Konzepte unterstützten:

– Aries versteht gesundheitliche Bildung als Teil eines Versorgungsauftrages, den die Volkshochschule dem Gesundheitsamt in Teilen abnimmt, um dieses zu entlasten, soweit es die öffentliche Versorgung nicht ausreichend gewährleisten kann. Betont Aries einerseits die Freiwilligkeit, so läßt er dennoch keinen Zweifel daran, daß es nur um eine normative Verhaltensänderung gehen kann, bei der das Ende der Diskussion erst erreicht ist, wenn diese freiwillige Verhaltensänderung *„dem Teilnehmer trotz umweltlicher Widerstände zur Gewohnheit geworden ist"* (Aries, 1979, S.284).
– Rieger bringt die Frage von Schuld (für Krankheit) und Verantwortung (für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen) in die gesundheitliche Bildung. Er will eine Bewußtseinsänderung erreichen – denn *„Gesundheit kann man nicht kaufen, aber sich erarbeiten"* (Rieger, 1979, S.287) –, aus der die Verhaltensänderung und gleichzeitig eine Gemeinschaftsaktion für gesündere Umweltbedingungen und gesellschaftliche Normen resultieren müssen.

– Die von Schmid-Neuhaus (1979) formulierten Lernziele klingen weniger normativ. Im Gesundheitspark München geht es seiner Ansicht nach darum, die körperliche Funktionstüchtigkeit wiederherzustellen und zu erhalten, sich bewußt entspannen und systematisch erholen zu können, verschüttete Gefühls- und Sinneskräfte wieder zu erlangen und soziale Beziehungen befriedigend gestalten zu können.
– Die Wichtigkeit von psychischen und psychosomatischen Aspekten wird von Herzberg/Zens (1979) für das Düsseldorfer Gesundheitsforum und von Theis (1979) für die Gruppendynamik betont. Herzberg/Zens benennen als Inhalte Verbesserung der Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit, Angstüberwindung, Umgang mit Aggressionen, Selbstbehauptungstraining, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und Verbesserung der Fähigkeit, Realität zu erkennen und aktiv zu gestalten.
– Von Reuter wurde bereits 1979 die geringe Beteiligung ungelernter Arbeiter bedauert, ein durch die Idee der Arbeiterbildung entstandenes und bis heute konsequenzloses Bedauern, das sich, differenziert durch das Konzept sozialer Ungleichheit in ihren Auswirkungen auf Gesundheitschancen, heute wieder aufgreifen ließe.

Dieser erste, noch sehr zögerliche Ansatz zu einem Wechsel der Grundannahmen in der Gesundheitsbildung von der Erziehung und dem Training „richtigen" Verhaltens zur Bildung im Sinne des Erwerbs neuer Möglichkeiten, die angenommen oder verworfen werden konnten, also von der Fremd- zur Selbstbestimmung, und der durch die Veröffentlichung einer Diskussion über Gesundheit und Umwelt von Volkshochschulen ausgehende Impuls zeigen zahlenmäßige Auswirkungen im Jahr 1981 mit einem anteilsmäßigen Zuwachs um 0,8 Prozentpunkte bei den Belegungen. Der Zuwachs an Unterrichtsstunden fällt allerdings gering aus. Mehrere Faktoren müssen in der Erklärung bedacht werden:

– Die erste Diskussion über die Grenzen der Finanzierbarkeit des medizinisch Machbaren erfolgte bereits in der Mitte der siebziger Jahre. Der Logik eines Teils des sozialen Systems entsprach es, mangelnder Gesundheitsvorsorge der Menschen die Schuld daran zu geben und damit eine Entwicklung des Gesundheitssystems mit anderen als in ihm selbst liegenden Faktoren zu erklären. Fremdbeeinflussung war die daraus sich logisch ableitende Forderung.
– 1980 steht als Jahr des ersten Gesundheitstages, der als politisch verstandene Gegenveranstaltung zum Ärztetag in Berlin durchgeführt

wurde, für den Beginn der Gesundheitsbewegung in Deutschland. Diese Richtung der Diskussion war davon bestimmt, die Erklärung der Entwicklung des Gesundheitssystems in diesem selbst zu suchen, als Kritik an der Technisierung der Medizin zu verstehen und die Erfahrungen von Menschen am Leiden an diesem System, das sie von Leiden befreien sollte, zu einer politischen wie persönlichen Protestbewegung zu organisieren. Hier ging es um Selbstbestimmung.

– Die Suche nach einer neuen Sinnorientierung und Befreiung von subjektiv erlebtem Leiden brachte einige dazu, die Gesundheitsbildung zu etablieren. Die Medizin konnte für viele Menschen nicht mehr die Aufgabe der ritualisierten Sinnorientierung übernehmen, da sie zu stark technologisch orientiert war. *„Der Gesundheitskurs ist eine säkulare Bewältigungsform individueller und kollektiver Todesangst. Eine Ahnung der Endlichkeit individuellen und kollektiven Lebens begründet in der Regel ein Interesse an Gesundheit. Die Vergegenwärtigung der Lebensbedingungen und Lebenschancen erfolgt meist im Kontext erlebter oder befürchteter Einschränkungen und Lebensgefährdungen. Gesundheit ist daher ein Thema der biographischen und historischen Krisenzeiten, in denen eine Neuorientierung und eine Besinnung auf das noch verfügbare Lebenspotential erforderlich ist. Es ist ein Thema der bürgerlich-neuzeitlichen Gesellschaft, der die Aussicht auf ein transzendentales Jenseits abhanden gekommen ist und die ihre existentiellen Tröstungen auf die biographische Spanne zwischen Geburt und Tod begrenzen muß“* (Göpel, 1994a, S.267). In dieser Logik kann für Personen grundsätzlich eine fremdbestimmte Verhaltensänderung Sinn ergeben, wenn davon ein spiritueller Segen erhofft wird. Aber auch Selbstbestimmung als anderer Ausweg hat hier seinen Platz.
– In den achtziger und neunziger Jahren entwickelte sich ein Schönheitsideal für Frauen und Männer, das körperliche Fitneß, Körpergestaltung (Bodybuilding) und mit Gelenkigkeit und Kraft verbundenes sportliches Aussehen bevorzugte. In den sechziger und siebziger Jahren war das Schönheitsideal der Geschlechter noch unterschiedlich. Die Frau der sechziger Jahre hatte Figur (Busen, Taille, Hüfte), die der siebziger war kindlich und dünn wie „Twiggy“.
– Volkshochschulen haben es durch das Infragestellen des alten Paradigmas, Gesundheitserziehung sei dazu da, ärztliche Anweisungen besser an PatientInnen vermitteln zu können, geschafft, sich dieser

Entwicklung nicht zu entziehen, indem sie Kritik an der Gesundheitsversorgung und dem Medizinsystem zugelassen haben. Geht man von einem Ursache-Wirkungs-Denken aus, ist es am wahrscheinlichsten, anzunehmen, daß durch die zu Volkshochschulen strömenden KursleiterInnen und Teilnehmenden ein Orientierungswechsel der Gesundheitsbildung möglich war, nicht umgekehrt. Wahrscheinlich fand aber beides parallel nebeneinander statt. Es waren KursleiterInnen, die alternative Heilverfahren und Übungsweisen als Kritik an der Schulmedizin in die Volkshochschulen eingebracht haben. Sie haben ihre TeilnehmerInnen gefunden, die nicht mehr an die Allmacht der Medizin geglaubt haben. Volkshochschulen haben diese Entwicklung zugelassen, weil sie sich selbst gerade neu orientierten und sich nicht mehr nur als Übersetzer der Wissenschaft für Laien verstanden.

Die für die Volkshochschulen der Gegenwart typische Gesundheitsbildung in ihren konzeptionellen Grundlagen ist dann im wesentlichen in den achtziger Jahren aus verschiedenen sozialen Bewegungen als Gegenbewegung zur offiziellen Gesundheitspolitik entstanden: aus der Frauenbewegung, der Ökologiebewegung und der Gesundheitsbewegung. Dieses Entstehen aus sozialen Bewegungen ist für die Geschichte der Erwachsenenbildung, besonders der Volkshochschulen, nicht untypisch.[16] Gemeinsam war den neuen sozialen Bewegungen ein Mißtrauen gegen – meist männliche – Experten aus der Medizin, der Physik und der Chemie, die mit wissenschaftlichen Möglichkeiten und Begründungen entgegen den Interessen, Ängsten und Zukunftshoffnungen von Menschen handelten. Volkshochschulen wurden hier von einer Institution, die die Wissenschaft den Menschen näherbringen sollte, zu einem Raum, der eine Kritik an Wissenschaft und die Suche nach Alternativen ermöglichte, zu einem emanzipativen Raum im Gegensatz zu dem in den siebziger Jahren noch geforderten normativen Kontrollraum der Verhaltensänderung (zu einem Raum der Selbstbestimmung und nicht der Fremdbestimmung). In der Gesundheitsbildung wurden Volkshochschulen so allmählich zu Mittlern zwischen dem formellen und dem informellen Sektor des Gesundheitswesens (Venth, 1994c). Die Institutionen der Erwachsenenbildung boten die Gelegenheit, Lernbedürfnisse zu erfüllen, die ihre Ursache in gesellschaftlichen Entwicklungen hatten.

„Das Verständnis von Krankheit und Krankheitsentstehung, wie es kulturell lange und einschneidend zementiert war, geriet gesellschaftlich ins

Wanken. Auffassungen vom Körper als einer Maschine, in die im Falle eines Defektes im technischen Sinne eingegriffen (= repariert) wurde, verloren an Boden, mit ihnen auch das Definitionsmonopol der Schulmedizin. Im Volkshochschulbereich wurden solche Veränderungen nicht lediglich registriert, sondern offensiv aufgegriffen, d.h. VHS stellten sich darauf konzeptuell neu ein" (Venth, 1994c, S.5).

In Abgrenzung gegen und in jahrelanger Diskussion um Gesundheitserziehung und das Risikofaktorenkonzept (z.B. Venth 1987a, 1987b, 1990a; Bielser, 1987a; Dreher, 1988)[17] wurde Mitte der achtziger Jahre (siehe Rahmenplan Gesundheitsbildung, PAS, 1985) von PraktikerInnen an Volkshochschulen der Begriff Gesundheitsbildung geprägt, der zwischenzeitlich in der Erwachsenenbildung generell akzeptiert ist. Die Eckpunkte dieses Verständnisses von Gesundheitsbildung sind:

- die Gesundheitsorientierung in Abgrenzung zur Krankheitsorientierung und ein Krankheitsverständnis, das nach gesundheitserhaltenden Faktoren statt nach krankmachenden Faktoren fragt,
- die Orientierung an Subjekten mit ihren Belangen und Bedürfnissen in ihrem sozialen und ökologischen Kontext in Abgrenzung zu einer Expertenorientierung,
- ein multifaktorielles Verständnis von Gesundheit, das einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zugunsten komplexerer Modelle in Frage stellt und damit eine Erweiterung von Möglichkeiten bietet,
- ein Bildungsauftrag der Gesundheitsbildung mit der Orientierung an Lernbedürfnissen der Teilnehmenden, nicht an Forderungen von ExpertInnen, was Menschen zu lernen haben,
- ein eher distanziertes Verhältnis zur (medizinischen) Wissenschaft und eine Offenheit für alternative Lösungsstrategien,
- die Alltagsorientierung und die Stärkung von Handlungskompetenz, die Tradition der Bildungsdiskussion, zu der Freiwilligkeit, Partizipation und soziales Lernen gehören,
- folglich die Selbstbestimmung von Menschen über ihre Gesundheit.

Venth (1990a, S.50) setzt sich u.a. damit auseinander, daß dieses Verständnis von Gesundheitsbildung einen Bildungsbegriff meint, *„der von den vorhandenen produktiven und kreativen Potentialen beim Menschen ausgeht."* Subjektbezug nicht im Gegensatz, sondern als Voraussetzung für Gesellschaftsbezug wird von ihr als Grundbedingung für Selbstbestimmung über Gesundheit beschrieben. So wie Gesundheit nicht abstrahiert von Menschen definierbar ist, ist Gesundheitsbildung

nicht durchführbar, ohne daß Menschen zu sich selbst, ihren persönlichen Bedürfnissen, Hoffnungen und Ängsten, zu ihren Alltagsbelangen und Handlungsmöglichkeiten Bezüge herstellen.
Subjektbezug heißt hier immer auch Körperbezug, Alltagsbezug und Handlungsorientierung: *„Gesundheitsbildung, wie sie hier entworfen und begründet wurde, geht also von Zusammenhängen aus, die erst gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erarbeitet und näher erklärt werden können, und vertraut dabei auf deren kreative Fähigkeiten. Es sind solche Zusammenhänge, in die ihre Gesundheit im Alltag verflochten ist. Oft genug handelt es sich um Wechselbeziehungen, die ihnen mehr oder weniger unbewußt oder wegen ihrer Komplexität nicht mehr zugänglich sind, die aber faktisch und tagtäglich erhebliche Wirkkraft im Hinblick auf Gesundungs- und Erkrankungsprozesse entfalten. Derartige Einflüsse, die sich bemerkbar machen, aber nicht erschlossen werden können, führen zu Passivität und Resignation. Das sind gesundheitliche Belastungen, denen mit einer Erkenntnis durch Lernen begegnet werden kann. Werden sie nicht durchschaut, so führen sie zu Fremdbestimmungen, zur ungeprüften Übernahme fremder Normen und zur Manipulierbarkeit vor allem dann, wenn zu wenig Erfahrungen am eigenen Leibe gemacht und reflektiert werden können. Bildung für Gesundheit beinhaltet hier deshalb ein Lernen ‚mit Kopf, Herz und Hand', sie zielt auf die Bewußtwerdung und die Erhöhung von Handlungskompetenz im Alltag. Die Möglichkeit, im einzelnen unverwechselbare, sinnliche Lernerfahrungen mit der eigenen Gesundheit machen und sich ihrer subjektiv bewußt zu werden zu können, wird als Voraussetzung gesehen für Sozialität und aktive gesellschaftliche Teilhabe"* (a.a.O., S. 50).
Gesundheitsbildung begann sich erst ab den achtziger Jahren selbstbewußt als eigenes System zu etablieren. Viele Veröffentlichungen zu Themen der Gesundheitsbildung in den späten achtziger und frühen neunziger Jahren stammen von PraktikerInnen der Erwachsenenbildung, von Volkshochschulen und deren Verbänden oder aus der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit, einzelne auch aus der Familienbildung oder der ländlichen Erwachsenenbildung.[18]
Eine vierte Phase der zweiten Jahrhunderthälfte beschreibt die Situation der Gegenwart ab dem Ende der achtziger und in der ersten Hälfte der neunziger Jahre als eine „pragmatische Wende" der Gesundheitsbildung. Beeinflußt wurde sie u.a. von den Aktivitäten der Krankenkassen, die für Bildungseinrichtungen Konkurrenz oder Kooperation bedeuten können, von der Notwendigkeit, finanzielle Ressourcen für

Erwachsenenbildung außerhalb staatlicher Zuschüsse zu erschließen, von generellen Sparzwängen und von einem gesellschaftlichen Klima, das die unbegrenzte Formbarkeit durch Bodybuilding und Fitneßcenter suggeriert. Inhaltliche Orientierungen wurden nicht aufgegeben, gelegentlich aber aus pragmatischen Gründen zurückgestellt. Die Logik der Gesundheitsbildung begann sich in den einzelnen Systemen zu differenzieren:

– Die Gesellschaft hat ein ungelöstes, aber allmählich drängendes Problem dadurch, daß die Entwicklung des Teilsystems Gesundheitswesen in Widerspruch zu den Entwicklungen anderer Teilsysteme (Wirtschaftszweige und Lohnkosten) zu geraten scheint. Die Lösung des Problems wird nicht in seiner Ursache gesucht, nämlich im Gesundheitswesen selbst und der Beziehung zu seiner Umwelt, sondern da, wo es am ehesten lösbar zu sein scheint, nämlich in der Gesundheitsvorsorge durch Personen (Beginn der neunziger Jahre) oder in der Finanzierung des Gesundheitswesens durch die Personen, die es sich leisten können (Ende der neunziger Jahre). Beide Konzepte werden das Problem letztlich nicht lösen können, denn das Gesundheitswesen verhält sich genau gemäß seiner Eigenlogik. Beide Konzepte gehen mit Fremdbestimmungsabsichten einher.
– Für die Erwachsenenbildung ist die Gesundheitsbildung zu einer Problemlösung unter ökonomischen Zwängen geworden. Aus ökonomischen Gründen muß sie an Selbstbestimmung interessiert sein. Dies entspricht auch der Eigenlogik des Subsystems Gesundheitsbildung. Ökonomische Zwänge werden aber auch schnell zu einer Reduzierung der Gesundheitsbildung führen, wenn diese sich für die Institution nicht mehr rechnet, und dies ist ohne Unterstützung Dritter immer dann der Fall, wenn sie diejenigen stärker versorgt, die die geringsten gesundheitlichen Ressourcen haben, nämlich die Menschen mit geringem Einkommen.
– Für Krankenkassen als vorübergehende Anbieter lag der Sinn der Gesundheitsbildung primär in Marketingstrategien. Für das Gesundheitswesen haben ähnliche Gründe die Gesundheitsbildung als Garanten für Abnehmergruppen medizinischer Leistungen in der Zukunft erscheinen lassen. Für die Ziele der Fremdbestimmung und den Wunsch nach Selbstbestimmung gibt es im System unterschiedliche Interessenverteilungen.
– Personen, die Angst haben, finanziell für mangelnde Prävention in die Verantwortung genommen zu werden, nehmen auch Fremdbe-

stimmung hin, während Erwachsenenbildung für andere ein Ort der Lebensbewältigung und des selbstbestimmten Lebens sein kann.

Der Zusammenhang zwischen pragmatischer Wende und quantitativer Entwicklung der Gesundheitsbildung ließe sich in zwei Richtung beschreiben: Es ließe sich interpretieren, daß die pragmatische Wende dazu geführt hat, die schlimmsten Auswirkungen der neu entstandenen Konkurrenz durch das gleichzeitige Kursangebot der Krankenkassen mit gleichen Themen, KursleiterInnen und TeilnehmerInnengruppen abzumildern. Oder es ließe sich interpretieren, daß die pragmatische Wende zu einem abgeschwächten Zuwachs geführt hat. Geht man von der Leitdifferenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung aus, dann liegt das Problem in einer Auseinander-Entwicklung unterschiedlicher Eigenlogiken, die gegensätzliche Ziele professionellen Handelns beinhalten.

Durch die komplette Neugestaltung des §20 SGB V und die dritte Stufe der Gesundheitsreform steht in den kommenden Jahren eine neue Wende der Gesundheitsbildung bevor, deren Entwicklung noch nicht absehbar ist. Sie könnte u.U. eine stärkere Rückerinnerung an den Bildungscharakter der Gesundheitsförderung mit sich bringen, d.h. stärker die Möglichkeiten des Lernens und nicht die Notwendigkeit der Prävention in den Vordergrund rücken, oder auch – im Gegenteil – Prävention zum ökonomischen Zwang werden lassen. Ob Selbst- oder Fremdbestimmung zum Ziel professionellen Handelns werden, ist noch nicht entschieden. Von dieser Entscheidung und der Übereinstimmung mit dem Sinn für die unterschiedlichen Systeme kann es abhängen, ob mit weiteren quantitativen Einbrüchen oder neuen Aufwärtstrends zu rechnen ist.

Eine Anregung zur Spekulation über die Zukunft können zwei Beobachtungen der Bewegungsformen von Nitschke (1994, S.218) geben: *„Wir konzentrieren uns zunehmend weniger auf Bewegungen, mit denen man einen Raum durchmessen kann, und gewinnen statt dessen Freude an gegliederten, zeitlichen Vorgängen. Wir sind nicht mehr so sehr daran interessiert, uns gegen andere abzusetzen und einen Raum zu schaffen, den wir gegen andere abschirmen. Eher neigen wir dazu, Situationen aufzusuchen, die den Ablauf unserer Bewegungen verändern."* Behält er recht, dann spräche das für eine neue Notwendigkeit, sich im Bewegungsablauf mit der technisch gestalteten Umwelt auseinanderzusetzen. Dies ergäbe für Gesundheitsbildung Sinn, ob es aber in Richtung Erweiterung oder Einengung von Bewegungsmöglichkeiten verstanden werden

muß, ist nicht gesagt. Einiges spräche für Fremdbestimmung und Einengung, aber auch das Gegenteil könnte der Fall sein.
Hier wird die These vertreten, daß künftig eine Gesundheitsbildung für sich selbst, die Erwachsenenbildung, das Gesundheitswesen, die Gesellschaft und für Personen Sinn machen könnte, die in Ergänzung und Erweiterung des bisherigen Gesundheitsverständnisses durch folgende Eckpunkte gekennzeichnet werden kann:
- Orientierung an Bildung mit der Leitdifferenz Erweiterung/Verengung von Möglichkeiten des Bewegens und körperlichen Daseins, nicht an der Differenz Gesundheit/Krankheit,
- ein systemisches Verständnis von Gesundheit/Krankheit, das von einer strukturellen Kopplung von Organismus, psychischem, sozialem und ökologischem System ausgeht,
- Orientierung am Alltag von Menschen, der ein Alltag in Kontexten der Arbeits- und Lebensbedingungen ist,
- Verzicht auf jede Belehrungsdidaktik zugunsten einer Ermöglichungsdidaktik,
- unterstützen und organisieren von Lernprozessen des Gesundheitswesens (als berufliche Bildung, betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung).

Insgesamt rechtfertigt ein Blick in die Geschichte die Annahme, daß das Verständnis professionellen Handelns als Agieren in sozialen Systemen in Verbindung mit dem jeweiligen Zeitgeist Einfluß auf quantitative Entwicklungen nimmt. Solange nicht auszuschließen ist, daß dies auch für die Zukunft gelten kann, sind Fragen nach dem professionellen Handeln im Kontext mit dem jeweiligen Zeitgeist berechtigt, wenn die Eigenlogik der Institution der quantitativen Entwicklung eine Bedeutung zumißt. Zur institutionellen Eigenlogik von Bildung scheint es aber auch zu gehören, daß Qualität dann stärker zum Thema wird, wenn sich quantitatives Wachstum verringert.

1.2 Ökonomische und quantitative Bedeutung in der Gegenwart

Im folgenden soll der Sinn der Gesundheitsbildung für das soziale System der Erwachsenenbildung in der Gegenwart präzisiert werden. In den Volkshochschulen gibt es gegenwärtig bundesweit vier große Fachbereiche: Sprachen, Beruf, Gesundheit und Kultur. Je nach Maßstab (Belegungen, Kurse oder Unterrichtsstunden), je nach Region und

Jahr nimmt Gesundheitsbildung in der Reihenfolge den zweiten oder dritten Platz ein.
Bundesweit entfielen im Jahr 1996 22,6% aller Kurse an Volkshochschulen, 13,8% aller Unterrichtsstunden und 25,3% aller Belegungen auf die Gesundheitsbildung. Trotz vieler möglicher Differenzierungen hat sich auch bundesweit in den letzten Jahren am allgemeinen Trend der vier großen Fachbereiche wenig geändert.[19]
Nimmt man Kurse als Maßstab für das Arbeitsvolumen der einzelnen MitarbeiterInnen (wobei Unterrichtsstunden insofern Einfluß haben, weil sie die Betreuungsintensität für das pädagogische Personal verändern können und Anmeldefälle die Arbeit der VerwaltungsmitarbeiterInnen verändern, außerdem ausgefallene Kurse ebenfalls zum Arbeitsvolumen beitragen), so galten seit 1992 mehr als 20% der Arbeitsleistung an Volkshochschulen der Gesundheitsbildung. Dies entspricht allerdings nicht der Verteilung des pädagogischen Personals. Wenn man aus verschiedenen Gründen davon ausgeht, daß die Veränderung der Arbeitsverteilung an den Volkshochschulen nur schwer und langfristig zum Erfolg führen wird, bedeutet dies, daß in der Gesundheitsbildung überdurchschnittlich hohe Verantwortung auf die KursleiterInnen verteilt wird. Dies zwingt zu einer stärkeren Reflexion des professionellen Handelns von KursleiterInnen.
KursleiterInnen führen die konkrete Bildungsarbeit mit den TeilnehmerInnen durch, sie bieten der Volkshochschule (Fachbereichsleitung) dazu einen Kurs an. Planung, Organisation, Werbung und Evaluation sind Angelegenheit der Fachbereichsleitung[20], unterstützt von der Verwaltung, die auch die Anmeldungen der Teilnehmenden entgegennimmt, für Gebühren zuständig ist usw. Je überlasteter Fachbereichsleitung und Verwaltung sind, um so mehr werden sie dazu neigen, den KursleiterInnen einen Teil ihrer Aufgaben übertragen zu wollen.
Für die Bemessung der wirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsbildung ist zu bedenken, daß die gesetzliche Lage in den einzelnen Bundesländern nicht vergleichbar ist und zu völlig unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen führen muß. In Niedersachsen werden z.B. die Bewegungsangebote und pflegerischen Angebote, seit 1997 auch Angebote, die der Esoterik zugeordnet werden müssen, d.h. insgesamt ca. 40% der Unterrichtsstunden, bedingt durch den Ausschlußkatalog nicht durch das Erwachsenenbildungsgesetz (EBG) gefördert, d.h. nicht auf den Stellenschlüssel angerechnet werden. Eine Förderung von Unterrichtsstunden als sog, „Gemeinwohlorientierte Bildungsarbeit“

ist nur in ganz besonderen Ausnahmefällen möglich. Bei allen niedersächsischen Volkshochschulen, die vom Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens in den Jahren 1993 bis 1996, d.h. vor der letzten Novellierung des Erwachsenenbildungsgesetzes, unter dieser Fragestellung untersucht werden konnten, zeigte sich, daß unter Betrachtung von Ausgabenrechnungen ein Einnahmeüberschuß in der Gesundheitsbildung erzielt werden konnte. Der Kostenbeitrag wurde jeweils auch dringend zur ökonomischen Sicherung der Einrichtung und zur Ermöglichung der Durchführung von Angeboten für Sozialschwache und Benachteiligte oder für Themen der politischen Bildung benötigt. Die Novellierung zwingt Volkshochschulen in Niedersachsen dazu, weite Teile ihrer Bildungsarbeit ausgabendeckend zu kalkulieren. Wenn Gesundheitsbildung aber mit zur wirtschaftlichen Stabilität einer Erwachsenenbildungseinrichtung beiträgt, dann muß die Aufmerksamkeit im Interesse der gesamten Einrichtung auf das professionelle Handeln der KursleiterInnen gerichtet sein.
Trotz unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen kann die ökonomische Bedeutung aber auch für die anderen Bundesländer angenommen werden und natürlich auch für andere anerkannte Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Genaue Aussagen sind aufgrund der dürftigen Datenlage nicht möglich, aber Schätzungen und Hochrechnungen aus vorhandenen Einzeldaten führen zur Annahme, daß Gesundheitsbildung bei allen Trägern der Erwachsenenbildung insgesamt zu den vier bedeutendsten Themenfeldern zählt – 1996 war die Gesundheitsbildung bei der katholischen Erwachsenenbildung in Niedersachsen das größte Stoffgebiet – und im Durchschnitt auch zur wirtschaftlichen Stabilität beiträgt.
Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsbildung war in den Jahren 1989 bis 1996 aber auch im Zusammenhang mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung, insbesondere Krankenkassen, zu sehen. Mit der Neugestaltung des Krankenversicherungswesens durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20.12.1988, fortgeschrieben durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992, gehörten Maßnahmen der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung zum Aufgabenkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies hat sich allerdings bedingt durch das Beitragsentlastungsgesetz, das im Rahmen des Sparpaktes zum 1.1.1997 in Kraft trat, wieder grundlegend geändert. Weitere Änderungen im Jahr 1997 und noch immer aktuelle Spardiskussionen ergeben kein endgültiges Bild künftiger Entwicklungen. Von

einer noch stärkeren medizinisch-präventiven Orientierung ist allerdings auszugehen. Im §1 Abs. 1 SGB V heißt es noch immer: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."* Eine normative Ausrichtung der Prävention durch Krankenkassen ist damit gesetzlich vorgegeben. Menschen sind hier nicht nur für ihre Gesundheit mit verantwortlich, sondern auch noch gehalten, präventiven Anweisungen zu folgen. Gesundheit wird (wie Krankheit) fremdbestimmt definiert.

Diese Aufgabe wird im §11 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 präzisiert und wurde bis Ende 1996 in Folge dieser Vorschrift in den §§20 bis 26 SGB V im einzelnen dargelegt. Danach gehörte in den letzten acht Jahren zu den Aufgaben der Krankenkassen,

- die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen, deren Vermeidung und die Verhütung von Krankheiten aufzuklären (§20 (1)) und darüber zu beraten; Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten anzubieten (§20 (3)),
- den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken (§20 (1)); bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken (§20 (2));
- Selbsthilfegruppen durch Zuschüsse zu fördern (§20 (3a)).

Die Kassen konnten zudem Ermessensleistungen in ihrer Satzung verankern, die zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit geeignet sind.

Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung konnten die Krankenkassenverbände gemeinsame Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen. Sie waren zur Kooperation aufgefordert (§20 (4)). Aufgaben anderer Stellen bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung blieben unberührt (§20 (5)). Gleichzeitig mußten auch diese Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§182 Abs. 2 RVO).

Die Veränderungen des §20 ab 1997, die zu einer Einschränkung auf betriebliche Gesundheitsberichterstattung, Selbsthilfeförderung und Impfungen bzw. Vorsorge führten, wurden im wesentlichen damit begründet, daß die Angebote zu Marketingzwecken mißbraucht wurden. Der Grund für den Gebrauch der Gesundheitsbildung zu Werbezwekken liegt in der Verstärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen durch das GRG und das GSG, ohne daß andere Leistungen für den Wettbewerb genutzt werden konnten.
1991 wurden 0,3% der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung und soziale Dienste ausgegeben (Kirschner u.a., 1994, S.4). Die in der öffentlichen Diskussion im Zuge des Sparpaktes genannten 1,1% für 1995 umfaßten etwa zur Hälfte Vorsorgemaßnahmen, die als Leistungen weiterhin bestehen bleiben. Die praktische Umsetzung des gesetzlichen Rahmens erfolgt im wesentlichen durch Kursangebote in der Gesundheitsbildung, die überwiegend, aber nicht ausschließlich von den einzelnen Kassen selbst durchgeführt werden. Es kam auch zu Kooperationen mit den Trägern der Erwachsenenbildung, mit Sportverbänden und privaten Anbietern. Bei Krankenkassen war ein zweiter Markt der Gesundheitsbildung entstanden, der von der Durchführungsart, der Arbeit mit Honorarkräften und den Themenfeldern her mit den Angeboten der Erwachsenenbildung fast identisch war (a.a.O., S.35ff.). Hier entstand ein Angebotsmarkt für Bildung in einer Einrichtung, zu deren Aufgaben Bildung letztlich nicht gehört, und ein Arbeitsmarkt in der Erwachsenenbildung, für den Erwachsenenbildungsqualifikationen nicht gefragt sind. Das Verständnis des professionellen Handelns war stark medizinisch, aber wenig pädagogisch orientiert. Für Volkshochschulen hatte dies insofern Rückwirkungen, als die KursleiterInnen in der Regel bei beiden Einrichtungsarten arbeiteten und aus Wirtschaftlichkeitsgründen die Kooperationsformen mit Krankenkassen gewählt wurden. Die Anforderungen, die Krankenkassen an KursleiterInnen stellten, wurden von der Erwachsenenbildung insofern oft indirekt übernommen, obwohl sie nicht zum Anspruch der Erwachsenenbildung paßten. Im günstigsten Fall hatten KursleiterInnen Qualifikationen in beide Richtungen, stellten dann aber oft Honorarforderungen, die für Erwachsenenbildung nicht zu realisieren sind. Dieser Markt ist allerdings 1997 in sich zusammengebrochen und hat mit zur erhöhten Arbeitslosigkeit in Gesundheitsberufen beigetragen.

Nach Kirschner u.a. (1994, S. 80) haben insgesamt 17% der Bevölkerung in Berlin Angebote der Gesundheitsbildung genutzt, davon 8% bei Krankenkassen. Unter den Frauen waren es insgesamt 21%, 10% bei Krankenkassen, unter den Männern insgesamt 12%, bei Krankenkassen 5%. Daraus läßt sich vorsichtig schließen, daß mindestens gleich viele Teilnehmende in Berlin Angebote der Gesundheitsbildung bei Krankenkassen besucht haben wie in den anerkannten Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Die von Koch (1991, S. 35) mit Bezug auf Abt (1986) getroffene Aussage, daß der Weiterbildungsbereich der wichtigste Anbieter gesundheitsbezogener Maßnahmen innerhalb der Bundesrepublik ist, konnte für die letzten Jahre nicht mehr mit Sicherheit bestätigt werden, hat aber seit 1997 wieder Gültigkeit.
Eberle benennt als Ziel der Prävention bei Krankenkassen, *„die Morbiditätsrate zu senken, die durchschnittliche gesunde Lebensphase zu verlängern und insbesondere die Lebensqualität der Bürger zu verbessern"* (Eberle, 1990, S.27). Bei ihr wird deutlich, daß sich dieser präventive Ansatz von dem erwachsenenbildnerischen Ansatz der Gesundheitsbildung unterscheidet, weil er Gesundheit herstellen und nicht Gesundheit über Lernen ermöglichen will.
Die Reaktion von Volkshochschulen auf die Konkurrenz von Krankenkassen in der Gesundheitsbildung war recht unterschiedlich. Es ließen sich unterschiedliche Modelle beobachten, die auch von der Rechtsform und der damit verbundenen Flexibilität der Volkshochschulen abhängig waren.[21] Eine einheitliche Auswirkung war allerdings die stärkere Rücksicht auf präventive Maßstäbe von Krankenkassen, um Gebührenrückerstattungen zu ermöglichen.
Neben den Krankenkassen sind weitere Träger mit Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung beschäftigt. Ihre Bedeutung kann nach den gesetzlichen Veränderungen in der Prävention u.U. noch zunehmen. Dies gilt vor allem für alle Gesundheitsberufe, mit den Arztpraxen an der Spitze neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Institution Krankenhaus, anderen Berufsgruppen wie z.B. Apotheker. Zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Pelikan u.a., 1993) gehören, neben den Umstrukturierungen der Institution selbst in Form von Organisationsentwicklung, auch Bildungsmaßnahmen mit PatientInnen und BesucherInnen. Zur Zeit lassen sich bei Krankenhäusern im kleineren und größeren Rahmen einige Beispiele finden, wie in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen oder aber aus eigener Kraft und mit eigenem Personal Gesundheitsbildungsangebote durchgeführt wer-

den. Ihre Themen sind gelegentlich spezifischer auf die Informationsbedürfnisse von PatientInnen zugeschnitten, indem sie über das Leben mit der jeweiligen Krankheit, über Behandlungsmöglichkeiten etc. informieren oder Ängste durch gezielte Entspannung abbauen wollen; häufig unterscheiden sie sich aber nicht vom Angebot anderer Träger. Als ReferentInnen werden oft MitarbeiterInnen des Krankenhauspersonals eingesetzt, die über eine gute fachliche, aber nicht unbedingt über eine pädagogische Qualifikation verfügen.
Dies gilt auch für betriebliche Gesundheitsförderung, die häufig durch Bildungsmaßnahmen zu Gesundheitsthemen im Betrieb umgesetzt wird, nur selten werden Maßnahmen der Verhältnisprävention durchgeführt.[22] In ausgewählten Betrieben wurde von Kirschner u.a. (1994, S. 58) erhoben, was als betriebliche Gesundheitsförderung verwirklicht wird. Die wichtigsten Themen waren (in dieser Reihenfolge) Bewegung, Ernährung, Ergonomie, Rauchen, Streßbewältigung und sonstige Verhaltensangebote, mit Ausnahme der Ergonomie demnach keine betriebsspezifischen Inhalte. Auch hier hat die Neufassung des §20 SGB V aber zu erheblichen Veränderungen geführt.
Die ökonomische Bedeutung der Gesundheitsbildung in Verbindung mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung außerhalb anerkannter Einrichtungen der Erwachsenenbildung hat so dazu geführt, daß einerseits KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung eine zentrale Verantwortung für die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit von Erwachsenenbildungseinrichtungen haben, andererseits aus Gründen der Finanzierbarkeit, Anerkennung und Machbarkeit fachwissenschaftliche Qualifikationen vor erwachsenenbildnerischen Qualifikationen Bedeutung gewonnen haben. Mit den aktuellen Neuentwicklungen ist eine Reflexion darüber angebracht, ob dieser Orientierungsmaßstab für das professionelle Handeln von KursleiterInnen künftig gelten soll oder ob nicht möglicherweise eine Rückerinnerung an eine erwachsenenbildnerische gegenüber einer medizinisch orientierten Herangehensweise existentiell notwendig ist. Eine Auseinandersetzung mit dem professionellen Handeln von KursleiterInnen ist in der Eigenlogik der Institutionen der Erwachsenenbildung überlebensnotwendig, sie ist es auch in der Eigenlogik der KursleiterInnen.

Gesundheitsbildung ist durch zwei unterschiedliche Richtungen, die teilweise sich widersprechende Lösungen forderten, in eine Qualitätsdiskussion geführt worden:[23]
Die AkteurInnen der Gesundheitsförderung hatten sich gerade auch im Zusammenhang mit der Diskussion um den §20 SGB V um eine Qualitätssicherung unter präventiven Gesichtspunkten bemüht. An die Gesundheitsförderung wurden allerdings strengere Maßstäbe hinsichtlich medizinischer Wirksamkeitsnachweise angelegt als an die kurativen Leistungen. Neben dem Wirksamkeitsnachweis von verschiedenen Übeverfahren – der Maßnahmen ausgeschlossen hat, die nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht waren – wurden KursleiterInnen und ihre fachlichen Qualifikationen zum Hauptansatzpunkt. Entscheidend war nicht, wie gut sie vermittelt hatten, sondern welche formalen Qualifikationen sie nachweisen konnten: in der Regel ein fachwissenschaftlicher Hochschulabschluß, z.B. als Diplom-Ökotrophologin oder als Sportwissenschaftler, eine medizinische Fachausbildung z.B. als Krankengymnastin oder eine von einem Berufsverband anerkannte Ausbildung, z.B. eine vom BDY anerkannte Yogaausbildung. Diese formalen Voraussetzungen waren aus Sicht der Erwachsenenbildung nicht unbedingt überflüssig, auch wenn dort eine Förderung durch Berufsverbände vermieden wurde, aber auch nicht ausreichend und nicht immer ausschlaggebend. Eine medizinisch-technische Assistentin mit eigener Yogapraxis und mit reflektierten langjährigen Erfahrungen in der Erwachsenenbildung kann aus Sicht der Erwachsenenbildung u.U. besser Yoga unterrichten als ein vom BDY qualifizierter Sportwissenschaftler, der bisher keinerlei Bezug zur Volkshochschule und ihren Teilnehmenden hatte.
Einer anderen Richtung waren die Qualitätsbemühungen der Weiterbildungseinrichtungen zentral, die sich – ursprünglich mit dem Ziel der Zertifizierung, den Qualitätsnormen für Dienstleistungsunternehmungen (ISO 9000 ff), beschäftigt haben. Diese legen den Schwerpunkt weniger auf den Nachweis spezifischer Qualifikationen und wissenschaftlicher Belege, sondern auf eine Qualitätspolitik der gesamten Einrichtung, die Definition eigener Qualitätsmaßstäbe im Vertrag mit den KundInnen und das Qualitätsmanagement[24] als kontinuierlichen Verbesserungsprozeß. Auch wenn nur noch eine Minderheit von Volkshochschulen am Ziel der Zertifizierung festhält, ist es zur Zeit insgesamt

Konsens, daß Qualitätsbemühungen stärker als bisher systematisiert werden müssen.[25] Auch hier geraten in der Praxis oft KursleiterInnen in den Fokus der Aufmerksamkeit. Sie werden z.B. von Teilnehmenden nach Punkten bewertet, die „Kunden"-Sicht steht im Vordergrund.
Aus diesem doppelten Zwang heraus war es für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen notwendig, bundesweit konkrete Standards eigener Qualitätspolitik zu formulieren, die stärker an Inhalten orientiert sein sollten (DIE u.a., 1994a, 1994b, 1995a, 1995b, 1995c, 1996a, 1996b, 1997).[26]
Diese Standards zur Gesundheitsbildung beziehen sich jeweils aufeinander und stellen in bezug auf die Qualität von Lehre und Lehrpersonal jeweils drei Anforderungskomplexe nebeneinander:

– Qualität in bezug auf Lernen von Erwachsenen, Achtung der Eigenkompetenz der TeilnehmerInnen und ihres lebensweltlichen bzw. alltagspraktischen Wissens, Berücksichtigung der Selbstbestimmung und der kritischen Betrachtung von Expertenwissen, Sensibilität für unterschiedliche Lerninteressen und Lernen als Prozeß innerhalb eines sozialen Kontextes, einschließlich der Transparenz gegenüber den Teilnehmenden.
– Qualität in bezug auf das Verständnis von Gesundheit unter körperlichen, seelischen, sozialen und ökologischen Dimensionen, Entstehung von Gesundheit im Kontext von Lebensbedingungen und eine Zieldefinition in Richtung Verbesserung und Erweiterung gesundheitsbezogener Handlungschancen von Menschen.
– Qualität als gesundheitswissenschaftliche Fachkompetenz, die zugleich ausschließen soll, daß das Lernereignis selbst gesundheitliche Belastung statt Entlastung bringt (z.B. rückenschonendes Bewegen).

Dieses Kriterienraster ist eine normative Festsetzung aus Sicht der Organisation im Sinne einer Qualitätspolitik. Seine entscheidende Schwäche erweist es jeweils in der mangelnden Operationalisierbarkeit, Beobachtbarkeit und Meßbarkeit der Kriterien: Wie läßt sich Achtung von Eigenkompetenz quantifizieren, das Verständnis von Gesundheit messen oder die Sensibilität für unterschiedliche Lerninteressen beobachten? Die Gefahr dieser Qualitätsstandards besteht darin, daß unter den drei Aspekten dann doch der herausgesucht wird, der sich am einfachsten messen läßt – die Fachkompetenz –, statt den Zusammenhang der drei Kriterien zu beachten. Diese Kriterien können auch als eine fachliche Interpretation der Aussagen von Siebert (1996a, S.270) verstanden werden: *„Die Qualität von Bildungsarbeit bemißt sich daran, ob*

Bildungsprozesse angeregt und unterstützt werden, d.h. ob nicht nur trainiert, geschult, informiert wird, sondern ein reflexiver, verantwortlicher Umgang mit sich selbst, der Gesellschaft und den Lerngegenständen gefördert, Neugier für relevante Themen geweckt wird."[27]

In der Mehrheit der Bemühungen der Gesundheitsbildung um Qualität stehen KursleiterInnen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dies ist kein Zufall, sondern entspricht der Eigenlogik einer fachspezifischen Sichtweise von Qualität an einer Bildungseinrichtung, in deren Zentrum die Durchführung und damit die durchführende Person steht. Es genügt dann aber nicht, Qualität von KursleiterInnen einzufordern, sondern sie muß auch institutionell gefördert werden.

Wenn die Qualitätskonzepte unterschiedlicher ExpertInnen auch verschieden sein können, je nachdem, ob z.B. von Inhalten oder von Verfahren die Rede ist, ob die Sicht der Teilnehmenden oder die der Abnehmer (z.B. Arbeitsamt) bemüht wird, ob Prozesse oder Ergebnisse im Vordergrund stehen, ob es um die Festlegung von Standards oder die Offenlegung von Kreisläufen geht, ob der Markt oder die Politik Handlungsmotiv ist, so lassen sich doch folgende Eckpunkte moderner Sichtweisen von Qualitätsmanagement thesenhaft festhalten:

- Qualität wird zwischen „Kunden"[28] und „Lieferanten" ausgehandelt. Es geht jeweils nicht um maximale, sondern um optimale Qualität. Dies bedeutet einerseits, Qualitätsansprüchen von Teilnehmenden zu entsprechen, andererseits aber auch eine Qualitätsvorstellung zu beschreiben, die sich von der anderer Anbieter unterscheidet, und Teilnehmenden die Wahl zu lassen, ob sie dies so wollen oder nicht (z.B. bescheidenere Räume bei geringeren Preisen versus optimale Räume bei höheren Preisen, die Passat- oder die Mercedes-Ausstattung).
- Qualitätsbemühungen betreffen die gesamte Institution und benötigen eine von der Leitung vorgegebene Qualitätspolitik. Für Gesundheitsbildung an Volkshochschulen ergibt sich daraus z.B. die Frage, wer die Leitung ist, die die Qualitätspolitik festlegt: der VHS-Leiter, der Bundesarbeitskreis Gesundheit, die Fachbereichsleiterin ...?
- Qualitätsmanagement beginnt nicht beim Aussortieren mangelnder Leistungen, sondern bei der Planung. Nicht die Befragung nach Kursende, sondern die Kursplanung und davor noch die Ermittlung von Lernbedürfnissen sind der primäre Ansatzpunkt in einem Qualitätskreislauf.
- Qualitätsstandards sind nur ein revidierbarer Zwischenschritt in einem kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozeß.

Siebert verweist darauf, daß diese Qualitätskonzepte aus konstruktivistischer Sicht nicht überschätzt werden dürfen:
„Der konstruktivistische Beitrag zur Qualitätsdebatte lautet:
1. *Die Qualität von Lern- und Bildungsprozessen ist individuell unterschiedlich und läßt sich kaum messen, testen, beobachten oder ‚abfragen'.*
2. *‚Lehre' ist beobachtbar und beschreibbar, die ‚Qualität' der Lehre ist jedoch standpunkt- und interpretationsabhängig.*
3. *Meßbar im Sinne der Qualitätssicherung ist vor allem ein Instrument der Organisationsentwicklung"* (1996a, S.270).

Zwischen einer konstruktivistischen Didaktik und den Bemühungen um Qualitätsmanagement sieht er insofern einen grundsätzlichen Konflikt: *„Das Qualitätsmanagement in seiner derzeitigen Ausprägung ist den normativ-quantifizierenden Paradigmen zuzuordnen. Bildungsarbeit wird gemessen, berechnet, bewertet, zertifiziert ... Didaktik, vor allem eine systemtheoretisch und konstruktivistisch inspirierte Didaktik, basiert dagegen auf einem interpretativen, holistischen Paradigma. Das ‚Ganze' eines Seminars ist mehr als die Summe der Teile"* (a.a.O., S.263f.).

Wenn also nur die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gemessen werden können, dann rückt in den Anstrengungen der Qualitätsoptimierungen des Lehr-/Lernprozesses das professionelle Handeln von KursleiterInnen als reflexives, sich selbst überprüfendes Handeln in den Mittelpunkt. Dies läßt sich auch mit Arnold (1995c, S.55) begründen: *„Nicht Zufriedenheitskontrolle oder Bildungscontrolling, sondern Professionalität gewährleistet und sichert somit die Qualität dieser Weiterbildnerinnen und Weiterbildner."*

Die Qualitätsbemühungen der gesamten Einrichtung (Anmeldung, Kundenfreundlichkeit etc.) betreffen die Gesundheitsbildung in ihren Auswirkungen, aber sie sind nur begrenzt durch die Gesundheitsbildung zu beeinflussen. Die Fachbereichsleitung hat in der Regel nicht die formalen Voraussetzungen, der Verwaltung diesbezügliche Anweisungen zu geben. Einflüsse kann sie nur indirekt durch Aushandeln und Für-sich-Einnehmen geltend machen, im Prinzip ist sie auf die Leitung angewiesen. Entscheidungsmöglichkeiten hat sie nur bezüglich ihres eigenen Handelns und des Handelns der KursleiterInnen in ihrem Fachbereich. Ähnlich ist dies in der Raumfrage. Qualitativ gute Räume müssen eingerichtet, einkalkuliert und mitfinanziert werden. Ohne die Unterstützung der Leitung und des Trägers ist dies kaum realisierbar. Reicht die eigene Kompetenz nicht aus, ist die Fachbe-

reichsleitung auf Teilnehmende und KursleiterInnen, die Ansprüche geltend machen wollen, angewiesen.
Der Beginn des Qualitätsmanagements in der Planung betrifft wiederum die Fachbereichsleitung selbst und die KursleiterInnen. Planung ist Aufgabe der Fachbereichsleitung. Die Qualität des Programms bestimmt zwar sie selbst, aber sie kann dies nur, wenn es ihr gelungen ist, geeignete KursleiterInnen zu motivieren, die die von ihr gewünschten Veranstaltungen durchführen. Die Qualität der Arbeit einer Fachbereichsleitung ist wesentlich davon abhängig, wie gut ihre Kommunikation mit den KursleiterInnen funktioniert. Wenn die Fachbereichsleitung ihre eigene Arbeitsplanung optimieren und mühselige Prozesse der Korrektur im gemeinsamen Gespräch mit KursleiterInnen vermeiden will, wird sie dafür sorgen, mit den KursleiterInnen von Anfang der Planung an so eng wie möglich zusammenzuarbeiten und deren Kompetenzen in der Erfüllung von Qualitätsanforderungen zu stärken. Das Gleiche gilt für den kontinuierlichen Prozeß der Qualitätsverbesserung: Kontrolle einerseits, Beratung andererseits ist durch die Fachbereichsleitung möglich, aber die Verbesserungen selbst können nur durch die KursleiterInnen realisiert werden. Qualitätsbemühungen durch systematische Planung und Bedarfserhebung scheitern oft an fehlender Arbeitskapazität. Verfahren der Dokumentation werden fachbereichsübergreifend eingeführt. Die Umsetzung des größten Teils der fachspezifischen Qualitätsbemühungen findet in der Durchführung und das heißt durch die KursleiterInnen statt. Jeder Kurs kann nur so gut sein wie die KursleiterIn, die ihn durchführt und auf organisatorische Qualitätsmängel hinweist oder sie improvisierend löst. Dies beinhaltet keinen Freibrief für alle anderen am Prozeß Beteiligten, aber es verweist auf die zentrale Funktion der KursleiterInnen auf der fachspezifischen Qualitätsebene und könnte statt Kontrolle und Formalisierung eine Veränderung in Richtung auf Kundenorientierung zur Folge haben, denn KursleiterInnen sind „Kunden" im Sinne von KollegInnen, die nach der Theorie des Qualitätsmanagements ebenfalls kundenorientiert behandelt werden sollten.
„Kunden" (Teilnehmende)[29] können an drei Stellen ihre Ansprüche an Qualität in der Gesundheitsbildung deutlich machen:
Im Vorfeld können sie sich von einem Angebot angesprochen fühlen oder nicht. Rückmeldungen hierzu gibt es nur in Beratungssituationen und durch das Teilnehmen oder Nichtteilnehmen am Kurs. Welche Gründe aber zu einer Nichtteilnahme führen, ob dies qualitätsbedingt

oder mit nicht ausreichendem Marketing verbunden ist, bleibt offen. In den letzten Jahren wird in der Praxis von einer Zunahme von Qualitätsbewußtsein berichtet, das sich möglicherweise in verändertem Sprechen über Qualität, in der Verteuerung der Angebote, einem veränderten Markt mit Konkurrenten und in einem funktionalen Verhältnis von Teilnehmenden zur Bildung begründen könnte oder aber darin, daß in pädagogischer MitarbeiterInnen die Aussagen der Teilnehmenden hinsichtlich der Qualität anders wahrnehmen.
Im Kurs selbst können sie ihre Interessen bekunden, dies nicht tun oder wegbleiben. Gründe für den Dropout sind nicht systematisch erfaßbar.
Nach Kursabschluß können sie sich beschweren, den Kurs loben oder eventuell einen Fragebogen ausfüllen. Alle diese Mittel – mit Ausnahme eines allerdings nur selten genutzten Beratungsgespräches bei der Anmeldung – sind aus Sicht der VHS indirekt. Den häufigsten und direktesten Kontakt zu den Teilnehmenden haben KursleiterInnen.
Will man die Qualitätserwartungen der „Kunden" (Teilnehmenden) besser einschätzen, wäre es sinnvoll, mehr über sie zu wissen. Über die Teilnehmenden in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen gibt es aber nur wenige Informationen:
Etwa ein Fünftel bis ein Viertel aller Teilnehmenden von Volkshochschulen interessieren sich für Gesundheitsbildung. Mit 1,6 Millionen Teilnehmenden an Volkshochschulen und etwa gleich vielen an den anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung nimmt damit insgesamt etwa jeder sechsundzwanzigste Bundesbürger an einem Kurs der Gesundheitsbildung im Jahr teil. Acht oder neun von zehn Teilnehmenden sind weiblich, 1996 waren es an Volkshochschulen 85,6%.[30] 25,7% der Teilnehmenden in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen waren zwischen 25 und 34 Jahre alt, 26,5% zwischen 35 und 49, 22,1% zwischen 50 und 64, 12% unter 24 und 13,5% über 65 Jahre. Damit sind die Teilnehmenden der Gesundheitsbildung im Durchschnitt etwas älter als der Durchschnitt aller Teilnehmenden der Volkshochschulen.[31] Gesundheitsbildung ist der größte Bereich der Altenbildung und der Frauenbildung an der Volkshochschule. Über Sozialdaten sind keine Angaben möglich, da diese nicht erfaßt werden. Rückschlüsse sind allenfalls indirekt über die Studie von Kirschner u.a. (1994) über Teilnehmende von Maßnahmen der Gesundheitsförderung unterschiedlicher Träger in Berlin möglich. Danach wäre davon auszugehen, daß die teilnehmenden Frauen im allgemeinen lerngewohnter und ge-

sundheitsbewußter sind als diejenigen, die nicht teilnehmen, und meist über ein mittleres (Haushalts-)Einkommen verfügen. Unter den Frauen haben nach Kirschner (a.a.O., S.83) obere soziale Schichten doppelt so häufig an Maßnahmen der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung teilgenommen als untere soziale Schichten. Bei der begrenzten Anzahl teilnehmender Männer waren die Sozialdaten weniger eindeutig. Es scheint aber so zu sein, daß Männer unterer sozialer Schichten eher an Maßnahmen von Krankenkassen teilnehmen als bei anderen Trägern wie z.B. Volkshochschulen. Die weniger differenzierten Schichtgradienten bei Männern erklären sich nach Kirschner u.a. (ebd.) durch deren sehr viel stärkere reaktive Inanspruchnahmemotivation der Maßnahmen als Folge von Beschwerden.
Über die Qualitätsvorstellungen von Teilnehmenden in der Gesundheitsbildung ist nur zu folgern, daß sie überwiegend davon ausgehen, daß Gesundheitsbildung körperorientierte Verfahren der Bewegung und Entspannung einschließt. Entgegen der im Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (PAS, 1985) formulierten Themenvielfalt konzentriert sich das Interesse der Teilnehmenden auf Bewegung und Entspannung. Dies ist sogar noch dann richtig, zählt man aus Gründen mangelnder Abgrenzungskriterien die Teilnehmenden hauswirtschaftlicher Ernährungskurse, die 1996 etwa viermal soviel waren wie Teilnehmende von Kursen gesunder Ernährung, zur Gesundheitsbildung hinzu. Im einzelnen verteilen sich die Interessen von Teilnehmenden, gemessen an der Belegung im Jahr 1996, wie folgt:

Bewegung	57,2%
Entspannung	23,6%
Fachübergreifende / Sonstige	6,7%
Erkrankungen / Heilmethoden	5,6%
Gesundheits-/Krankenpflege	3,2%
Gesunde Ernährung	2,6%
Abhängigkeit / Psychosomatik	0,6%
Gesundheitswesen / Gesundheitspolitik	0,5%

Der Anteil von körperorientierten Verfahren ist in den letzten Jahren (1990 im Vergleich mit 1996) mit 80,5% und 80,8% der Gesundheitsbildung stabil geblieben, nur die Relation von Bewegung und Entspannung hat sich in Relation zu Bewegung hin verschoben. Bezieht man mit ein, daß auch in anderen Kursen zunehmend Bewe-

gungsanteile integriert werden, läßt sich verkürzt vermuten, daß für Teilnehmende ein Kurs der Gesundheitsbildung offensichtlich u.a. dann Qualitätsanforderungen erfüllt, wenn er körperorientierte Anteile enthält. Dies kann, muß aber nicht eine Differenz zu den Qualitätsvorstellungen der Institution beinhalten, die reflexive Elemente als unverzichtbaren Bestandteil von Bildung definiert.[32] Gesagt ist nicht, daß der Wunsch nach Lernen über den Körper mit dem Körper ausschließt, daß über die genannten Erfahrungen in der Gruppe reflektierend gesprochen werden kann. Beide Qualitätsansprüche zu verbinden erfordert aber wiederum eine neue Kompetenz im professionellen Handeln von KursleiterInnen. Folgt man der These von Simon (1996), daß die Lehrmethoden (die Art des Umgangs miteinander, beim Erlernen der Muttersprache das Sprechen, in der Schule das Sitzen etc.) bestimmen, was gelernt wird, den eigentlichen Inhalt ausmachen, dann wären dies in einer so verstandenen Gesundheitsbildung die Erfahrungen in den einzelnen Körperübungen und die Tatsache, daß darüber kommuniziert werden kann. Es sind spezifische Botschaften über den Umgang von Menschen miteinander, mit sich und mit der Welt. Gesundheitsbildung würde so in erster Linie lehren, sich zu bewegen, zu erleben, sich zu entspannen, und dies ist auch beabsichtigt. Dies wären Botschaften über den Umgang mit sich selbst. Die Botschaft reflexiver Phasen, aber auch z.B. von Partnerübungen, wären Botschaften des Umgangs miteinander. Der Anspruch von Gesundheits-Bildung wäre, zusätzlich Botschaften über den Umgang mit der Welt zu vermitteln. Dies ist auch möglich, aber wieder ist es die KursleiterIn und ihr professionelles Handeln, die diese Botschaft vermitteln muß.

Wenn KursleiterInnen die zentrale Figur in den Qualitätsbemühungen der Gesundheitsbildung sind, deren Pflege für Programmbereichsleitungen mindestens so wichtig ist wie die Pflege der Teilnehmenden, kann es interessant sein, danach zu fragen, was über KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung bekannt ist. Daten hierüber existieren jedoch nicht. Es läßt sich nur schätzen, daß bundesweit rund 45.000 KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen im Jahr tätig sind, darunter etwa 35.000 Frauen. Im Durchschnitt hat jede/r von ihnen zwei bis drei Kurse gegeben. Untersuchungen einzelner Programme lassen die Vermutung zu, daß die voraussichtlich größte Gruppe der KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung mit ein oder zwei Kursen pro Semester diese Tätigkeit nebenbei ausübt, während sie gleichzeitig im Hauptberuf entweder an anderen Einrichtungen Kur-

se geben, sich im Studium oder einer Familienphase befinden oder aber selbständig oder abhängig beschäftigt sind, in der Regel in einem psychosozialen, pädagogischen oder Gesundheitsberuf.[33] Ist ihr Hauptberuf kein pädagogischer, dann ist von dieser Gruppe auch keine fundierte erwachsenenpädagogische Kenntnis zu erwarten. Eine zweite, vielleicht nur halb so große Gruppe gibt zwischen drei und fünf Kurse, übt ihre Tätigkeit in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen also gewissermaßen in Teilzeitform aus, während sie im Zweit- oder Erstberuf entweder an anderen Einrichtungen Kurse gibt, sich im Studium befindet oder aber in einem psychosozialen, pädagogischen Beruf oder Gesundheitsberuf selbständig oder abhängig beschäftigt ist. Aufgrund ihrer stärkeren Beteiligung an der Erwachsenenbildung läßt sich zumindest ein größerer Erfahrungsschatz in diesem Bereich vermuten, von dem wir aber nicht wissen, inwieweit er auch theoretisch reflektiert ist. Eine dritte, die kleinste Gruppe gibt mindestens sechs Kurse, lebt also mehr oder weniger von der Gesundheitsbildung dauerhaft oder vorübergehend, wobei davon auszugehen ist, daß diese KursleiterInnen gleichzeitig noch bei anderen, wahrscheinlich besser bezahlenden Einrichtungen arbeiten, um ihre Existenz abzusichern, oder daß sie z.B. über Familienangehörige weitgehend abgesichert sind. Von dieser Gruppe wäre ein erwachsenenpädagogisches Fundament zu erhoffen, dies ist aber nicht unbedingt gewährleistet. Insgesamt ist die Annahme berechtigt, daß KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung ihre Tätigkeit als einen Teilaspekt ihrer beruflichen Existenz begreifen.[34] Ein professionelles, qualitätsgesichertes Handeln zu entwickeln, haben sie ohne Unterstützung, die effektiv, zeitlich nicht zu anspruchsvoll und leicht zugänglich sein muß, wenig Chancen.

Aus dem Interesse an Fortbildungen läßt sich vorsichtig schließen, daß ein Interesse von KursleiterInnen, sich mit ihrem professionellen Handeln und der Qualität ihrer Arbeit zu befassen, aber auch ein Interesse der Einrichtungen daran, existiert. Dies gibt dem Ansatz der Qualitätsverbesserung über das Handeln der KursleiterInnen eine pragmatische Basis des Möglichen. Für eine Professionalisierung des Handelns als KursleiterIn scheinen Qualitätsbemühungen um das Angebot demnach am einfachsten unter der Voraussetzung realisierbar zu sein, daß diese eine wenig zeitaufwendige Unterstützung finden. Im Mittelpunkt der Qualitätsbemühungen stehen KursleiterInnen, die ihre Tätigkeit nicht als Profession, sondern als Teilaspekt ihrer Existenz begreifen, für den die Zeit knapp bemessen und schlecht bezahlt ist.

Die Institutionen der Erwachsenenbildung schenken andererseits der zentralen Rolle der KursleiterIn bisher zu wenig über das Fortbildungsangebot hinausgehende Beachtung. Lösungsmöglichkeiten dafür können nicht ausschließlich in theoretischen Erörterungen gesucht werden, aber ein theoretisches Fundament kann dahingehende Bemühungen unterstützen. Aussagen über Qualität kommen nicht an der Notwendigkeit vorbei, Aussagen über die Qualität professionellen Handelns von KursleiterInnen treffen zu müssen.

3. Modelle der Gesundheitsbildung

Wenn professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung für Volkshochschulen eine Bedeutung hat, ist als nächstes danach zu fragen, welche Anstrengungen aus der Perspektive bildungsnaher Wissenschaften bisher vorliegen, konzeptionell Gesundheitsbildung, die Ziele des Handelns und die professionelle Haltung zu beschreiben. Eine Auseinandersetzung mit Fragestellungen der Gesundheitsbildung von VertreterInnen der Wissenschaft der Erwachsenenbildung (oder der Pädagogik mit Blick auf das Lernen Erwachsener) läßt sich bei einigen AutorInnen erkennen,[35] allerdings beziehen sie sich wenig aufeinander und bieten keinen einheitlichen Ansatzpunkt professionellen Handelns in der Gesundheitsbildung. Auf den ersten Blick erscheint der bisherige Stand unübersichtlich, eine additive Aneinanderreihung von Konzepten. Erst auf den zweiten Blick zeigt sich, daß es immer wiederkehrende Themen und Bezugspunkte gibt, aus denen sich ein gemeinsamer Diskussionsstand herauskristallisieren läßt.
Koch versucht eine Begründung der Gesundheitsbildung aus präventiver, biopsychosozialer Theorie heraus. Sie mißt Bildung[36] mit einem Maßstab, der nicht bildungsimmanent ist. Von ihr wird in Abgrenzung zu den Begriffen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsbildung der Begriff des Gesundheitslernens eingeführt: *„Gesundheitslernen bezieht sich auf die Teilnahme an Lernprozessen, die gesundheitsbezogene Erfahrungen ermöglichen und Verhaltensänderungen initiieren können, sowie auf deren Auswirkungen auf die subjektive Befindlichkeit und das Erleben und Verhalten des einzelnen“* (Koch, 1991, S.53, vgl. auch S.51). Dieser Begriff orientiert sich stark an Verhaltensänderungen.[37] Unter anderem unterscheidet sie Kursangebote danach, ob sie primärpräventiv, sekundärpräventiv oder tertiärpräventiv sind (a.a.O., S.96),

ohne sich zu vergegenwärtigen, daß diese Differenzierung für das Konzept der Bildungseinrichtungen ohne Relevanz ist. Sowohl von den hauptberuflichen MitarbeiterInnen (a.a.O., S.105ff.) als auch von den TeilnehmerInnen (a.a.O., S.133) erhielt sie Hinweise auf die mangelnde Übertragbarkeit dieses Präventionsgedankens auf Bildung (Lernbedürfnisse Erwachsener sortieren sich nicht nach ihrem gesundheitlichen Zustand), ohne diese zu einem Überdenken ihres Ansatzes zu nutzen. Aus Kurstiteln und Kurstexten folgert sie das Überwiegen eines Verständnisses von Gesundheit als Zustand und das Fehlen sozialer Aspekte von Gesundheit, ohne zu reflektieren, ob eine solche Folgerung aus den Ausschreibungen gezogen werden kann und inwieweit Kursinhalte und Kurstexte in Übereinstimmung zu sehen sind. Sie bemängelt den fehlenden Zielgruppenansatz der Bildungsangebote, die „mehrheitlich offen, d.h. für alle Interessenten zugänglich" (a.a.O., S.101) sind, ohne zu bedenken, daß genau diese Offenheit gesetzlicher Auftrag der Erwachsenenbildung ist.[38] Ihr immanentes Verständnis von KursleiterInnen ist das von ExpertInnen, die Fachwissen gemäß den Kenntnissen der Lernpsychologie an Erwachsene vermitteln können.
In ihrem Fazit fordert Koch (a.a.O., S.205ff.) folgende Veränderungen künftiger Bildungsarbeit:

- Es sollten Wege zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise aufgezeigt werden, die nicht unbedingt das Freisein von Belastungen bedeuten.
- Die Idee der Integration einzelner Komponenten sollte Neuentwicklungen zugrundegelegt werden, und diese sollten soziale und ökologische Aspekte beinhalten. Gerade Umweltaspekte sind sehr wichtig.
- Statt themenspezifischer Programmgestaltung sollten problembezogene Angebote entwickelt werden, die eine starke Zielgruppenorientierung beinhalten.
- Dauerteilnahme soll nicht behindert, sondern gefördert werden.

Die von Koch geforderte Integration einzelner Komponenten ist in der Diskussion inzwischen Konsens, über ihre Umsetzung gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Die Orientierung an Verhaltensänderungen wird ebensowenig geteilt wie eine vorwiegend an präventiven Gesichtspunkten ausgerichtete Zielgruppenorientierung.
Haug begründet, warum eine Orientierung von Gesundheitsbildung an Verhalten nicht sinnvoll ist. Obwohl zeitgleich, aber wahrscheinlich unabhängig von Kochs Veröffentlichung geschrieben, kann das Buch von Haug unter einigen Aspekten als eine Entgegnung auf die Auffas-

sungen von Koch gelesen werden. Haug beschreibt Bezugspunkte zwischen den deutschen Konzepten der Gesundheitsbildung und den amerikanischen Public-Health-Konzepten. Nach seiner Ansicht haftet dem deutschen Begriff der Gesundheitserziehung ein Beigeschmack *„der asymmetrischen Kommunikationssituation zwischen Arzt und Patient an, sowie die Assoziation mit den pädagogischen Konzepten der ‚Unmündigkeit' und der ‚Erziehungsbedürftigkeit', insbesondere der ‚Fremdbestimmung, Führung, Belehrung und Bevormundung'"* (Haug, 1991, S.31). Er unterscheidet Gesundheitsbildung von der Gesundheitserziehung vor allem durch die implizierte Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Haug definiert Bildung im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten unter vier Aspekten. Danach kann Bildung in der Gesundheitsbildung verstanden werden als: *„1) ein lebenslanger Prozeß, der im Sinne eines selbstbestimmten und reflexiven Lernens für alle Alters- und Entwicklungsstufen und in allen Lebensbereichen relevant ist und der sich 2) durch die Momente der Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung auszeichnet, wodurch sie im strengen Sinne zur Selbstbildung und mit dem Ziel der Selbstverwirklichung entfaltet wird. 3) Darüber hinaus zielt Bildung durch ihre Orientierung an der aktiven und verantwortungsvollen Auseinandersetzung des Subjektes mit seinen Lebensverhältnissen letztendlich auf individuelle und gesellschaftliche Mündigkeit, die in den Möglichkeiten der Entfaltung individueller Potentiale im Rahmen eines verantwortungsvollen Handelns, auch im Interesse der Gemeinschaft, ihren Ausdruck finden. 4) Bildung bezieht ‚Kopf, Herz und Hand' als Ganzheit mit ein und versteht sich u.a. auch als Bedingung und Hilfe, um das Leben besser bewältigen zu können"* (a.a.O., S.25f.).

Für Gesundheitsbildung folgert er: *„1) Gesundheitsbildung ist ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener, dynamischer Prozeß, der sich durch Lebensbezug auszeichnet und lebenslang für alle Altersstufen und Gesundheitsniveaus möglich und notwendig ist. 2) Gesundheitsbildung bezieht sich dabei auf den ganzen Menschen als Einheit von Kopf, Herz und Hand in allen seinen Lebensbezügen und zielt ganz im Sinne einer aktiv-partizipativen Selbstbildung auf ein selbstbestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln in Richtung auf ein Mehr an Lebensqualität und eine bessere Lebensbewältigung. 3) Gesundheitsbildung konzentriert sich darüber hinaus insbesondere auch auf die Entfaltung der individuellen gesundheitlichen Potentiale im Sinne von Selbsthilfe und Selbstheilung im Rahmen eines verantwortungsvollen, interaktiven Handelns bei der Mitgestaltung und Umgestaltung der Lebenswelt im Interesse der Ge-*

meinschaft. Letztendlich intendiert die Gesundheitsbildung individuelle Emanzipation und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen" (a.a.O., S.59). Diese Zielsetzung interpretiert er insbesondere aus den im Rahmenplan Gesundheitsbildung (PAS, 1985) genannten Zielen. Haug formuliert ein Anforderungsprofil der Gesundheitsbildung, von dem hier zwei Aspekte eine besondere Beachtung verdienen: Zum einen hebt er hervor, daß Gesundheitsbildung weder *„Bindestrich-Wissenschaft noch verlängerter Arm der kurativen Medizin oder Handlanger der Sozialwissenschaften"* (a.a.O., S.405) sein darf, sondern interdisziplinär, anwendungs- und lebensorientiert sein soll. Er verwahrt sich damit ausdrücklich gegen die Vorstellung eines präventiven Versorgungsauftrages und eine einfache Anwendung der Fachdisziplinen auf die Bildung mit Erwachsenen. D.h., Gesundheitsbildung kann sich nicht darauf beschränken, zu versuchen, den Menschen mit allen zur Verfügung stehenden pädagogischen Mitteln medizinische Erkenntnisse einzutrichtern und sie mittels Belohnung, Bestrafung oder Modellernen dazu zu veranlassen, das Verhalten sich zu eigen zu machen, von dem Gesundheitswissenschaften behaupten, daß es Gesundheit fördere. Zum anderen unterstreicht er die Notwendigkeit einer theoretischen Basis im Kontext des Bildungsverständnisses und der pädagogischen Relevanz der Grundkategorien Gesundheit und Krankheit (a.a.O., S.406). Er fordert damit eine erziehungswissenschaftliche Würdigung der Grundkonzepte der Fachdisziplin und eine rational begründete, theoretisch reflektierte Basis, die Fachwissenschaft und Erziehungswissenschaft, Praxis, Lernbedürfnisse und theoretische Konzepte ineinander zu integrieren vermag.

Diese Eigenständigkeit der Bildung gegenüber der Fachdisziplin ist ein Grundverständnis der Gesundheitsbildung, hinter das keine/r der anderen AutorInnen mehr zurückgeht.

Diese Eigenständigkeit der Bildung wird bei Siebert (1990a) insofern noch erweitert, als er thematisiert, daß Bildung[39], unabhängig vom Thema, zu einer „mentalen Gesundheit" beitragen kann. Er berichtet andernorts von Interviews mit Seniorenstudierenden, die seit der Aufnahme des Studiums sich subjektiv weit gesünder fühlen, seltener zum Arzt gehen und von ihren vorhandenen Einschränkungen weniger Notiz nehmen.

Siebert erörtert didaktische Fragen und solche nach der Professionalität pädagogischer Arbeit in der Gesundheitsbildung (überwiegend bezogen auf das Tätigkeitsfeld hauptberuflicher pädagogischer Mitarbei-

terInnen). Auf der didaktischen Ebene grenzt er Gesundheitsbildung ab

- von der Gesundheitserziehung, die ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Erzieher und dem Zögling voraussetzt, eine asymmetrische Beziehung, während Bildung ein selbstverantwortliches Subjekt voraussetzt, das über den Sinn seines Handelns selbst entscheidet. Man kann jemand anderen erziehen, aber nicht bilden; bilden muß er sich selbst.
- von Krankheitsverhütung und Prävention, die zu technologisch und instrumentell ist. Gesundheitsbildung kann Informationen über Risikofaktoren beinhalten, aber sie muß darüber hinausgehen, sie erfordert eine philosophisch-anthropologische Besinnung.
- von der Verhaltenstherapie, weil Gesundheit nicht trainierbar ist. *„Ohne eine Nachdenken über die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Abhängigkeiten kann ein Verhaltenstraining bestenfalls kurzfristig Symptome kurieren"* (Siebert, 1990a, S.57).

Er verweist auf die Vielseitigkeit des Lernbegriffs, die Gesundheitsbildung erfordert: Lernen als Selbstwahrnehmung (Aufmerksamkeit auf Befindlichkeiten, Körpersignale, Empfindungen), Lernen als funktionaler Wissenserwerb (über Mittel der Gesundheitsförderung), Lernen als Korrektur von Deutungsmustern und Wertmaßstäben (Was ist persönlich wichtig?), Lernen als Erwerb von Handlungskompetenz (Entspannungsverfahren, Kommunikationsstrategien), reflexives Lernen als Identitätsfindung, d.h. z.B. als produktive Verarbeitung von krankheitsbedingten Identitätskrisen.

Siebert erweitert die Verbindung von Bildung und Gesundheit: *„So gesehen ist Gesundheitsbildung mehr, als zu lernen, wie man organische Krankheiten verhütet und heilt. In einem umfassenden Sinne ist Bildung ein Bestandteil unserer Gesundheit, und Unbildung ist eine Form von Krankheit. Bildung reduziert Abhängigkeiten und Unmündigkeit, fördert die Entfaltung unserer Möglichkeiten und die Erweiterung unseres Horizontes und trägt so zur Gesundheit bei, während entfremdete Arbeitsbedingungen, die Monotonie des Alltags, die Verkümmerung geistiger Interessen den Menschen unzufrieden und krank machen. Zwar kann auch Aufklärung die Unzufriedenheit mit den Lebensverhältnissen steigern, aber das ist meist eine produktive Unzufriedenheit, die zur Veränderung drängt"* (a.a.O., S. 55f.).

Als Ziele der Gesundheitsbildung nennt er: die natürlichen Selbstheilungskräfte des Menschen stärken, sich auf die eigenen psychischen

und physischen Kräfte besinnen und Krankheiten bewältigen können, zur Wiederentdeckung verlorengegangener Fähigkeiten und Bedürfnisse beitragen, wie z.B. einen Blick für die Naturschönheit gewinnen, Erlebensfähigkeit der Sinne entfalten, Bewegungsmöglichkeiten erhalten, Gefühle äußern, Kontakte unbefangen knüpfen, Phantasie entwikkeln, Fragen stellen können. Um Gesundheit als Thema von Bildung fassen zu können, ist Sieberts Vielseitigkeit des Lernbegriffs von grundlegender Bedeutung, die Idee der „mentalen Gesundheit" findet sich bei anderen AutorInnen aber nur noch als randständige Bemerkung über die insgesamt gesundheitsfördernde Wirkung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und des Zugangs zu Wissen (Blättner, 1994a). In der Vielseitigkeit des Lernbegriffs stimmt Siebert z. B. mit Venth (1987a, 1987b, 1987c, 1988a, 1988b, 1988c, 1990a, 1990b, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1994a, 1994b) überein, deren Ideen stark mit der Praxis der Gesundheitsbildung (zumindest an Volkshochschulen) verbunden sind. Ihr Ansatz der Gesundheitsbildung, wie er aus der Praxis einerseits und theoretischen Grundlagen der Erwachsenenbildung und aus der Gesundheitsförderung andererseits entwickelt und in der Praxis aufgegriffen wurde, läßt sich in den folgenden Stichworten kurz umreißen:

– Gesundheitsbildung ist subjektorientiert, d.h., Venth stellt die Belange von Menschen, ihre Alltagserfahrungen, ihr subjektives Erleben und Erkennen in den Mittelpunkt der Gesundheitsbildung. Dazu gehört auch die Orientierung am Wissen von Laien gegenüber der Dominanz ärztlicher Experten. Selbstbestimmung über Gesundheit und die Förderung persönlicher Kompetenzen zur Erleichterung dieser Selbstbestimmung stehen im Vordergrund.
– Gesundheitsbildung ist frauenorientiert, insofern es konzeptionelle Bedeutung hat, daß Frauen in der Praxis der Gesundheitsbildung die Nutzerinnen sind. Konzepte haben deswegen Belange von Frauen in einem emanzipativen Sinn zu berücksichtigen. Emanzipation beinhaltet aber nicht eine Orientierung an männlichen Vorbildern, sondern betont die gesellschaftliche Relevanz des Wissens und der Errungenschaften von Frauen im Sinne eines pfleglicheren (moderner formuliert: nachhaltigen) Umgangs mit sich und der Mitwelt, der sozialverträglich ist. Als Beispiel für eine geschlechtsdifferenzierte Sichtweise benennt Venth selbst die Forderung von Frauen zur Sozialverträglichkeit ökologischen Handelns. Sie zitiert auf einer Veranstaltung in Willebadessen (1996) eine Berliner Aktion von

Frauen, die als Protest gegen die einseitig als Zusatzbelastung für Privathaushalte – und damit für die Tätigkeit von Frauen – geplante Hausmüllsortierung eine Anzeigenkampagne in Stil der Selbstanzeige zu Schwangerschaftsabbrüchen gestartet hatten: „Ich gestehe, ich habe gemischt gemüllt."

- Gesundheitsbildung ist gesundheitsorientiert, nicht krankheitsorientiert. Es geht nicht um Verhütung von Krankheiten, die multifaktoriell bedingt sind und nicht medizinisch linear betrachtet werden können. Es geht um den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit als Prozeß der Alltagsbewältigung. Gesundheitsbildung ist nicht präventiv, sondern Teil der Salutogenese, d.h. der Entstehung von Gesundheit.
- Gesundheitsbildung ist lebensweltorientiert in dem Sinne, in dem der Bezug zum Alltag und zur Lebenswelt der Teilnehmenden ein entscheidendes Paradigma ist. Es geht nicht darum, Gesundheitsaspekte im Alltag zu berücksichtigen, sondern den Alltag gesundheitsfördernder zu gestalten: Die Fahrt mit dem Auto zum Jogging-Platz ist das Paradebeispiel dafür, was Gesundheitsbildung, so verstanden, eben nicht meint. Die Wahrnehmung körperlicher Befindlichkeit am Büroarbeitsplatz ist ein mögliches Beispiel gelungener Gesundheitsbildung.
- Gesundheitsbildung beinhaltet soziales Lernen in der Gruppe nicht als Organisationsform, sondern als konzeptionellen Bestandteil. Die Teilnehmenden lernen nicht nur miteinander, sondern voneinander. Die soziale Mitwelt ist so in den Lernprozeß einbezogen.
- Gesundheitsbildung steht nicht im Gegensatz zur Umweltbildung. Durch Lernprozesse über die innere Natur werden auch Lernprozesse über die äußere Natur im Sinne eines pfleglicheren Umgangs ermöglicht. Gerade dieser Aspekt ist Venth besonders wichtig. *„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"* (Venth, 1996, S.102).

Die Vorstellungen von Venth über die Frauen- und Alltagsorientierung und ihre spezifische Sichtweise des Zusammenhangs von innerer und

äußerer Ökologie unter dem Aspekt der Sozialverträglichkeit in der Praxis setzten sich erst nach und nach durch, auch wenn es keine begründeten Gegenmeinungen gibt, Hinter die Stichpunkte Gesundheitsorientierung, Selbstbestimmung und soziales Lernen kann jedoch nicht mehr zurückgegangen werden, so sehr sind sie in der Diskussion Konsens geworden. In den sinnlichen und in den biographischen Bezugspunkten ähneln die Vorstellungen von Venth denen von Holzapfel (1997) und Homfeldt u.a. (1991, 1993).
Holzapfel u.a. (1995, S.3ff.) beschreiben das zunehmende Interesse von Erwachsenen an Angeboten von Gesundheit und Bewegung als motiviert von dem Bedürfnis, Fragen der Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, aber auch als Suche nach körperlichem Ausgleich zu einseitigen Anspannungen in Alltag und Beruf. Der Wunsch nach ritualisierten Grenzerlebnissen verbindet sich mit der Suche nach Sinneserfahrung und leiblicher Unmittelbarkeit und ist somit Ausdruck eines kulturellen Defizites. Sie fordern einerseits die Anerkennung einer nicht nur kognitiven Bildung, die auch mit dem Gestalten von Körperlichkeit, Sinnlichkeit, Empfindungen, Gefühlen und Leidenschaften zu tun hat. Andererseits ist ihrer Auffassung nach von einer Gesundheitsbildung ein reflexives Element zu erwarten, das zum gesellschaftlichen Alltag der Menschen Verbindungen herstellt. Sie halten ein gesellschaftstheoretisches Plädoyer für die Wiederentdeckung sinnlichen Lernens und entwickeln ein bildungspolitisches Manifest des Sports.
In den Überlegungen zur Übertragung des Lebensweisenkonzeptes[40] auf die Erwachsenenbildung formuliert Holzapfel (1997) die These, daß dieses als Orientierung für die Konzepte der Gesundheitsbildung nicht ausreicht. Es ist Bestandteil einer Erwachsenenbildung der siebziger und achtziger Jahre, mit den Prinzipien der Alltags-, Erfahrungs- und Subjektorientierung. Die Schlüsselfrage dieses gesellschaftskritischen Paradigmas der Erwachsenenbildung nach der Demokratisierung der Gesellschaft hat s.E. zwar heute nach wie vor Gültigkeit, muß aber durch zwei weitere Schlüsselfragen ergänzt werden:
– Was heißt Leben? Wie ist die Natur des Menschen neu zu fassen und zu verstehen? Welche Folgen hat der jeweilige Umgang mit unseren Sinnen und unserer Körperlichkeit für unsere Gesundheit?
– Welchen Stellenwert haben Phantasie und Emotionalität im Rahmen von Bildung? Werden sie als Kräfte verstanden, die Rationalität bedrohen oder haben sie eine eigene, bisher unbeachtete Logik?

Aus beiden Schlüsselfragen folgert Holzapfel die Notwendigkeit eines ästhetischen[41], d.h. wahrnehmungsorientierten Paradigmas der Erwachsenenbildung insgesamt, zu dem die Gesundheitsbildung wesentliche Vorarbeiten geleistet hat. Holzapfel geht ausdrücklich von einem systemischen Lebensbegriff aus, den er durch fünf Punkte akzentuiert:

- Leben heißt Gebrauch unserer Sinne. Daraus läßt sich folgern, daß Bildung nicht nur Hören und Sehen, sondern auch Tasten, Riechen, Schmecken und Balancieren zu ihrem Medium machen soll.
- Leben bedeutet ein Fließen und Schwingen zwischen verschiedenen Polaritäten (Spannung/Entspannung, Nähe/Distanz, Einatmen/Ausatmen, Bewegung/Ruhe).
- Theorie und Erkenntnis werden aus dem Beteiligtsein am Leben und nicht aus der Sicht des neutralen Beobachters entwickelt. Holzapfel fordert ein Engagement der Bildung statt Bildung aus der Vogelperspektive.
- Der Mensch ist eine Leib-Seele-Geist-Einheit ohne Hierarchisierung einzelner Aspekte, körperliche und emotionale Aspekte dürfen rationalen nicht untergeordnet sein.
- Der Mensch ist ein Beziehungswesen, ein Ich kann nicht ohne ein Du ausgebildet werden. Bildung muß sich an die Möglichkeiten des sozialen Lernens aktiv erinnern.

Damit zeigt Holzapfel viele Parallelen zum sinnenorientierten, lebensweisenbezogenen Ansatz von Homfeldt u.a. (1991, 1993; Heindl, 1997), aber auch seine systemische Sichtweise wird von anderen parallel beschrieben. Beide Sichtweisen sind für die Praxis nicht mehr verzichtbar.

Die grundlegende Konzeptidee der Gruppe um Homfeldt u.a. (1991, 1993; Heindl, 1997) ist der Zugang zu Gesundheit in seinen unterschiedlichen Aspekten wie Bewegung, Körpererfahrung, Ernährung, Kleidung, Natur über die Wahrnehmung durch die unterschiedlichen Sinne. Sie verbinden dies mit Selbsterfahrungsmomenten und biographischen Reflexionsmöglichkeiten, für die sie eine Vielfalt von Methoden anbieten (Homfeldt u.a., 1993)[42]. Sie vertreten eine Didaktik der Gesundheitsbildung, die ihren Ausgang in der Körperlichkeit nimmt, *„ohne in ihr stecken bleiben zu wollen"* (1991, S.12). Sie verstehen Gesundheitsbildung als *„die persönliche Bemühung, eine eigene, persönlich richtige Lebensweise/Lebensführung aufzubauen. Dabei beschränkt sie sich nicht auf die Korrektur und Entfaltung individueller Handlungsweisen, sondern berücksichtigt soziale, ökonomische und ökologische Aspekte*

menschlichen Handelns" (a.a.O., S.11). Es geht ihnen um die Wahrnehmungs- und Erkenntnismacht, die Menschen über die Fähigkeiten ihres Körpers bekommen. Denn: *„Unser Leben beginnt und endet als leibliche Existenz"* (a.a.O., S.10). Sinnliche Wahrnehmung erscheint dabei als Schlüssel, um lebensgeschichtlich erworbene Gesundheitskompetenzen zu stärken.

Die zentrale Bedeutung der Körperlichkeit in dieser ästhetischen (sinnenorientierten) Herangehensweise entspricht den Lerninteressen der Teilnehmenden (s. o.). Inwieweit hier der Körper aber auch als scheinbar natürliche Erkenntnisquelle mystifiziert wird, sei als offene Frage formuliert (Helfferich, 1992, S.10ff.). Generell sei zu einem sinnenorientierten Ansatz eingewandt, daß er der Praxis eine Fülle von Anregungen geben mag und konkret hilfreich, theoretisch aber umstritten ist, insofern er die mit den Sinnen erfaßte Wirklichkeit für objektive Realität hält und sich nicht der erkenntnistheoretischen Frage stellt, ob diese sinnliche Erfahrung nicht eher Konstrukte der Verarbeitungsprozesse sinnlicher Impulse im Gehirn sind (z.B. Maturana/Varela, 1991). Dies ist kein Einwand gegen einen sinnenorientierten Ansatz, sondern ein Einwand bezüglich des Gegenstandes, über den ein Lernprozeß erfolgt: nicht über eine objektive Wirklichkeit, sondern über die Person, die diese sinnlichen Erlebnisse konstruiert. Die Erkenntnis der Begrenztheit sinnlicher Erkenntnisfähigkeit muß dieser Didaktik keinen Abbruch tun, sondern könnte vielmehr die theoretische Basis neu stabilisieren: Faktisch gearbeitet wird ja tatsächlich mit der konstruierten sinnlichen Wahrnehmung, deren lebensgeschichtliche Entstehung konzeptionell bearbeitet wird, es geht um die subjektive Wirklichkeitsvorstellung und nicht um objektive Realitäten. So verstanden werden sinnenorientierte, biographische Betrachtungsweisen gerade auch für eine konstruktivistische Sichtweise unverzichtbare methodische Elemente.

Nicht sinnlich subjektiv, sondern kommunikativ und politisch ist der Ansatz von Göpel (1994b). Er entwickelte ein Kursmodell „Kurs Gesundheitsförderung" zur Kooperation in der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene, das an niedersächsischen Volkshochschulen exemplarisch erprobt und von Sonntag/Belschner (1994) evaluiert wurde. Es handelt sich um ein Qualifizierungsmodell für Personen, die in Feldern der Gesundheitsförderung arbeiten. Diese sind aus der gleichen Region und sollen so lernen, miteinander zu kooperieren. Lernen und Handeln sind nicht voneinander getrennt. Es geht um berufsbe-

zogene Gesundheitsbildung, nicht um persönliche Lernprozesse. Göpel vertritt einen didaktischen Ansatz (1994b), der sich eng mit der Ottawa-Charta und ihren fünf Handlungsebenen verbindet: Individuum, Gruppe, Gemeinschaft, Institution und Gesellschaft werden als Handlungsfelder methodisch erprobt. Gesundheitsförderung wird nur dann als sinnvoll erachtet, wenn sie auf allen fünf Ebenen gleichzeitig agiert. Ein Qualifizierungsangebot muß dementsprechend Handlungsmöglichkeiten auf allen fünf Ebenen aufzeigen. Der Lernprozeß wird nicht mehr als ein kognitiver von der später darauf folgenden Handlung getrennt, sondern durch den Lernprozeß selbst sollen konkrete Ergebnisse für Kooperation auf kommunaler Ebene erzielt werden. Dies ist eingebettet in eine systemische Sichtweise von Gesundheitsförderung, die nicht nur die Handlungsebenen verbindet, sondern die Unterschiedlichkeit fachspezifischer Wahrnehmungen, die eine systemische Sichtweise von Gesundheit aufhebt, als größtes Kooperationshindernis identifiziert.
Methodisch werden zu den fünf Handlungsebenen verschiedene Variationen von Moderationstechniken eingesetzt: Auf der Ebene Individuum wird z.B. eine Gesundheitswerkstatt (mit Elementen aus der Zukunftswerkstatt) angeboten, es werden Planspiele, Szenarien usw. durchgeführt.
KursleiterInnen haben nicht mehr in der Rolle der lehrenden Person, sondern des/der ModeratorIn (im Team) eines komplexen, handlungsorientierten Prozesses. Mit dem Projekt wird die Frage aufgeworfen, ob Bildung auf das Lernen einzelner beschränkt sein muß oder ob gleichermaßen Lernprozesse von Institutionen oder gar Kommunen organisierbar sein könnten. Über die Evaluation hinaus wurde der Ansatz aber noch nicht zu einem theoretischen Gerüst entwickelt. Anregungen dieser Art finden sich auch überall dort, wo die Paradigmen der Gesundheitsförderung mit dem sog. Setting-Ansatz verbunden werden, d.h., angestrebt wird nicht eine gesundheitsfördernde Veränderung von einzelnen Personen, sondern von Organisationen. Systeme wie Betrieb, Krankenhaus, Gemeinde oder Schule vollziehen einen Lernprozeß, an dessen Ende gesundheitsförderlichere Lebensbedingungen stehen (z.B. Pelikan u.a., 1993; Grossmann, 1993; Grossmann/Scala, 1994). Bei Grossmann/Scala finden sich Hinweise auf Umsetzung in einem Bildungsprojekt, aber Göpel ist bisher der einzige, der versucht hat, diesen Ansatz der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung – verbunden

mit einer systemischen Sichtweise – systematisch in ein Konzept der Erwachsenenbildung umzusetzen.
„In einem analytischen Sinn wurde versucht, an die Theoriebildung zur systemischen Analyse komplexer Sozialsysteme anzuknüpfen, in der eine Schichtung der wahrgenommenen Realität in verschiedenen Ebenen relevanter Bezugsstrukturen zugrunde gelegt wird ... Gesellschaftlich vermittelte widersprüchliche Anforderungen an die Menschen auf den verschiedenen Handlungsebenen lassen sich in diesen Modellen als wesentliche Bestandteile persönlicher Konflikte und subjektiven Leidens rekonstruieren. Eine darauf gegründete systemische Sicht versucht den Prozeßcharakter in historischer, kultureller und biographischer Sicht zu erfassen und Veränderungsmöglichkeiten auf allen Handlungsebenen zu aktivieren, um einen individualisierenden, krankmachenden Problemdruck zu reduzieren" (Göpel, 1994b, S.17).
Das daraus abgeleitete Mehrebenenkonzept *„als ein Menü mit 5 Gängen, das erst durch eine sinnvoll abgestimmte Komposition der Zutaten ein ganzheitliches Wohlbefinden erzeugt"* (ebd.) wirkt gegenüber einer konstruktivistisch-systemischen Sichtweise dennoch zunächst als additive Schichtung.
Bezogen auf die personenorientierte Gesundheitsbildung ist Göpels didaktische Idee der fünf Handlungsebenen nicht in der Praxis realisiert worden, dort steht die Ebene der Individuen eindeutig im Vordergrund. Es wäre interessant, diesen Ansatz hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit – verbunden mit dem Settingansatz – weiter zu verfolgen.[43]
Während Koch (1991) Gesundheitsbildung ausschließlich unter einem präventiven Gesichtspunkt betrachtet und Haug (1991) demgegenüber die Eigenständigkeit einer in der Erwachsenenbildung verankerten Gesundheitsbildung einfordert, versucht Knörzer (1994) sich unter einem konstruktivistisch-erziehungswissenschaftlichem Gedanken der Gesundheitsbildung zu nähern, übersieht aber ihre Verankerung in der Fachdisziplin. Er läßt viele der bildungstheoretischen Überlegungen zu Gesundheit ebenfalls weitgehend außer acht und verliert so die „Anschlußfähigkeit" an bestehende Konzepte, was deswegen bedauerlich ist, weil sich sowohl Göpel als auch Knörzer auf Bateson (1985) beziehen und somit Bezugspunkte möglich gewesen wären. Knörzers Vorgehen ist – trotz seiner unter gesundheitswissenschaftlicher Betrachtung theoriearmen Darstellung – interessant, weil er den Versuch unternimmt, aus einer konstruktivistischen Sichtweise heraus ein Konzept für eine gesundheitspädagogische Fortbildung zu entwickeln. Knörzer

stellt sich damit der Aufgabe, theoriegeleitet professionelle Kompetenz für KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung zu beschreiben.
Die Leitgedanken von Knörzers Modell der Gesundheitsbildung lassen sich wie folgt festhalten: In der Gesundheitsbildung steht nicht mehr das Vermitteln von Inhalten im Vordergrund – denn eine rein kognitive Wissensvermittlung bewirkt noch keine Veränderung von Verhalten und Einstellungen –, sondern die Unterstützung beim Entwickeln der Selbstkompetenz. Selbstkompetenz ist die Fähigkeit, die eigenen Begrenzungen und Rahmungen sensibel wahrzunehmen, Möglichkeiten zu kennen und anwenden zu können, diese Begrenzungen zu erweitern bzw., wo dies nicht möglich ist, sie zu akzeptieren.
Inhaltsvermittlung ist zwar auch notwendig, es muß jedoch immer der Modellcharakter der Inhalte herausgestellt, d.h., es muß deutlich gemacht werden, daß die Inhalte nicht Wirklichkeit wiedergeben, sondern Konstruktionen über mögliche Wirklichkeit, und nach Möglichkeit müssen Hilfen gegeben werden, wie diese Modelle verändert werden können, denn es gibt keinen objektiven und allgemeingültigen Wahrheitsgehalt von Wissen. Hier bezieht Knörzer sich auf Foersters (1985, nach Knörzer 1994, S.12ff.) Unterscheidung zwischen trivialen und nicht-trivialen Systemen und folgert mit Bezug auf Foerster (a.a.O., S.99), daß die Inhalte der Gesundheitsbildung danach ausgewählt werden müßten, ob sie die Anzahl der Möglichkeiten vergrößern. Knörzers Gesundheitsbildungsverständnis ist hier mit Bezug auf Ernst (1992, a.a.O., S.104ff.) und Sommer (1989, a.a.O., S.102ff.) ausgesprochen hedonistisch.
Der Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit und der Fähigkeit zur sensiblen Körpererfahrung kommt nach Knörzer (a.a.O., S.107ff.) zentrale Bedeutung zu, denn er begreift Sprache als das Mittel der strukturellen Kopplung zwischen den unabhängigen Systemen Gesellschaft und Kognition; Emotion als das Mittel der strukturellen Kopplung der unabhängigen Systeme Kognition und Körper.
Die Prämissen des persönlichen Modells von Welt immer wieder zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern sieht Knörzer (a.a.O., S.109f.) als eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheit. Er geht davon aus, daß das Leben aus aufeinander bezogenen Polaritäten wie Spannung und Entspannung besteht. Ein regelmäßiges Pendeln zwischen diesen Polaritäten ist die Voraussetzung für Gesundheit, ein zu langes Verharren auf einem Pol oder zu starkes Ausschlagen in eine Richtung bewirken Krankheit. Eine Erweiterung der Zonen, in denen

ein Ausschlag des Pendels möglich ist, ohne daß es zu Krankheit kommt, benennt er als Ziel von Gesundheitsbildung. Dieses Ziel wird nicht weiter begründet (Wäre es nicht evtl. sinnvoll, dafür zu sorgen, daß der Pendelausschlag nicht so weit erfolgt, falls dies beeinflußbar ist?) oder hinterfragt. Die Grenzen dieser Zone setzt Knörzer mit den Rahmungen, dem „Kontext" von Bateson gleich, was als These zu überprüfen und zu begründen wäre.

Knörzer bezieht sich auf die Lerntypologien von Bateson (1985, a.a.O., S.52ff.), der fünf Lernebenen unterscheidet.[44] Ihm geht es hier um Veränderungen auf der Lernebene III, auf der der selbstbestätigende Charakter der Prämissen zur Disposition gestellt wird und Gewohnheiten bewußt als eine Weise der Weltaufforderung gesehen und genutzt werden. Durch Lernen III wird eine größere Flexibilität gegenüber den Gewohnheiten von Lernen II erreicht. Dies kann bezogen auf Gesundheitsbildung das Paradox meinen, daß Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden manchmal erst dann erreicht wird, wenn liebgewordene Gewohnheiten und Prämissen hinterfragt werden, z.B.: Kann ich mich wirklich am besten entspannen, wenn ich entspannt vor dem Fernseher sitze, was ich zur Entspannung am liebsten tue? Ist es tatsächlich immer am gesündesten, Vollkornprodukte zu essen?

Hält man nicht an Knörzers Interpretation fest, sondern bezieht Batesons Lerntypologien direkt auf Gesundheitsbildung, macht die Veränderung der Prämissen wieder Sinn. Lernen O wäre z.B. sich zur Entspannung vor den Fernseher zu setzen, weil man einmal gelernt hat, daß dies eine Verhaltensweise der Entspannung ist. Lernen I enthielte die Möglichkeit, zur Entspannung zwischen verschiedenen Alternativen zu wählen: zu schlafen, zu lesen, zu baden, tanzen zu gehen. Lernen II wäre die Erweiterung der Alternativen: die Person lernt, sie könnte statt dessen auch Yoga machen oder Autogenes Training, sich massieren lassen oder sich unterhalten. Lernen III würde die Reflexion einschließen, daß es Alternativen gibt, die situationsabhängig für Gesundheit hilfreich sind. Es beinhaltet die Möglichkeit, sich in einer Situation für eine Auswahl von Entspannungsmethoden, in einer anderen Situation für eine Auswahl von Bewegungsarten zur Entspannung, in einer dritten Situation für eine Auswahl von Unterhaltungsprogrammen zur Entspannung zu entscheiden und reflektieren zu können, warum diese Entscheidung zu diesem Zeitpunkt so getroffen wurde, einschließlich der Entscheidung, nicht der Gewohnheit Fernsehen zu folgen. Lernen II entspräche in der Gesundheitsbildung dem

Erlernen einer neuen Methode zur Entspannung und fände alltäglich statt. Lernen III entspräche ein metatheoretisches Entspannungskonzept, das Anspannung weitgehend verhindert und eine Vielfalt situationsangemessener Bewältigungsmuster zur Verfügung stellt, einschließlich fernsehen. Das, was unter Bildung in der Gesundheitsbildung verstanden wird, entspräche dann eher Lernen III.

Für die Qualifikation von GesundheitsbildnerInnen bedeutet dies nach Knörzer (a.a.O., S.110ff.), daß diese u.a. lernen müssen, Lernprozesse bei sich selbst zu initiieren; die Entwicklung ihrer gesundheitlichen Selbstkompetenz ist somit eine zentrale Aufgabe, die als lebenslanger, nie abgeschlossener Prozeß zu betrachten ist. Als Forderung an die methodische Kompetenz stellt er Kenntnis von Methoden, die *„bei den Lernenden dazu beitragen, eigene Welt- und Sinnkonstruktionen zu entwickeln. Dazu gehören insbesondere solche Methoden, die die Kommunikation fördern, solche die Kreativität fördern, aber auch alle körperorientierten Methoden, die das Körperbewußtsein verbessern und die eigene Emotionalität bewußt machen"* (a.a.O., S.111). Diese Formulierungen scheinen nicht folgerichtig zu sein, denn wenn Knörzer einen konstruktivistischen Ansatz verfolgt, ist nicht vorstellbar, daß Menschen keine eigenen Welt- und Sinnkonstruktionen haben, die Entwicklung eigener Konstruktionen kann demnach kein Ziel sein, vielmehr müßte es darum gehen, die eigenen Konstruktionen kontinuierlich neu zu hinterfragen und sich nicht in Gewißheiten zu wiegen.

Zusammenfassend läßt sich bei Knörzer (a.a.O., S.97ff.) ein Ansatz erkennen, sich aus einer konstruktivistischen Sicht von der Richtigkeit und Objektivität von Gesundheitsratschlägen zu verabschieden und die Person der Lernenden in den Vordergrund zu stellen; ein Ansatz, der der Praxis der Gesundheitsbildung nahesteht.

Der Versuch, aus einer konstruktivistischen Sicht professionelle Kompetenz zu beschreiben, gelingt Knörzer aus verschiedenen Gründen nicht zufriedenstellend:

- Eine explizite Betrachtung von Gesundheit aus konstruktivistischer Sicht wurde erst nach der Fertigstellung von Knörzers Arbeit von Simon (1995a) geleistet, Simons frühere Arbeiten sind ihm wahrscheinlich aufgrund ihrer psychiatrischen Ausrichtung entgangen.
- Die Übertragung der konstruktivistischen Erkenntnistheorie auf die Erwachsenenbildung bleibt ohne die Ansätze von Siebert (1994) und Arnold/Siebert (1995) nicht wirklich überzeugend.

– Die überwiegend additive Darstellung konstruktivistischer Konzepte verschiedener Autoren leidet darunter, daß sich der Konstruktivismus selbst nicht als einheitliche Richtung etabliert hat und die Auffassungen z.B. von Luhmann (1994) und Maturana/Varela (1991) nicht übereinstimmen.
– Einige Überlegungen, wie z.B. die Verbindung der Theorie der Charakter- und Muskelpanzerung von Reich mit dem Gedanken der Autopoiese, geraten Knörzer ausgesprochen spekulativ (Knörzer 1994, S.79f.).
– Die Evaluation der Fortbildung wird von Knörzer auf die Selbstkompetenz der KursleiterInnen beschränkt – seine theoretische Begründung dafür ist nicht ausreichend, da Selbstkompetenz zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung ist – und ermöglicht damit keine Aussage über die professionelle Haltung (a.a.O., S.133ff.), zwischen der von ihm beschriebenen konstruktivistischen Sicht einer Gesundheitsbildung und den Anforderungen an KursleiterInnen verliert er Inhalte (a.a.O., S.95ff.), so daß es letztlich nicht gelungen ist, ein Professionsbild zu entwickeln.
– Die theoretische Sichtweise wurde von Knörzer ganz offensichtlich parallel zur praktischen Arbeit in der Evaluation entwickelt, so daß beide Inhalte nebeneinander stehen und nicht ausreichend aufeinander bezogen sind, dies wird auch nicht durch seine Beschreibung eines vierten Fortbildungsdurchganges, der theoretische Elemente des Konstruktivismus zum Ausbildungsgegenstand macht, wieder ausgeglichen (a.a.O., S.177ff.).

In der Zusammenschau dieser Ansätze wird deutlich, daß mit wenigen Ausnahmen ein spezifisches Gesundheitsverständnis jeweils auch mit einem spezifischen Bildungsverständnis verbunden ist. Koch fällt mit ihrem verhaltensorientierten Konzept dabei am weitesten heraus.

Wenn man ein didaktisches Konzept sucht, das mit den bisherigen Überlegungen zur Gesundheitsbildung aus Sichtweise der Erwachsenenbildung einen höchstmöglichen Konsens aufweist, so müßte dies

– dem der Ottawa-Charta zugrunde liegenden Gedanken der Selbstbestimmung und der Entwicklung persönlicher Kompetenzen durch Gesundheitsförderung gerecht werden,
– die Eigenständigkeit der Bildung gegenüber einer rein präventiv orientierten Verhaltensänderung betonen, d.h. Bildung nicht als pädagogische Vermittlung der Ratschläge von ExpertInnen verstehen,

– die Sichtweise von Subjekten in ihrem Lebensalltag berücksichtigen,
– dem Bezug von innerer und äußerer Natur Rechnung tragen,
– soziale Lernprozesse und die Vielschichtigkeit des Lernbegriffs berücksichtigen,
– ein systemisches Menschenbild haben,
– sinnen- und wahrnehmungsorientiert, biographisch und die Gruppe moderierend arbeiten.

Innovativ wäre dieses Konzept, wenn es die systemisch-konstruktivistischen Fundamente aufarbeiten und über die Entwicklung persönlicher Kompetenzen hinaus Lernprozesse auf verschiedenen Handlungsebenen im Sinne des Setting-Ansatzes ermöglichen würde. Die Betrachtung des Setting-Ansatzes unter einer konstruktivistischen Sichtweise wäre interessant, soll aber im Sinne einer thematischen Begrenzung nicht weiter ausgeführt werden. Offen bleibt, inwieweit die genannten Modelle die Möglichkeiten des Lernens innerhalb eines Kurses überschätzen. Es fehlt ein vertieftes Konzept professionellen Handelns in einem schlüssigen, theoretischen Modell.

4. Sinn der Reflexion professionellen Handelns von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung

Zusammenfassend läßt sich die Frage nach dem professionellen Handeln von KursleiterInnen unter mehreren Aspekten begründen:

Ein Zusammenhang zwischen quantitativer Entwicklung und professionellem Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung läßt sich nicht ausschließen. Möglicherweise läßt sich über eine grundlegende Diskussion professionellen Handelns die quantitative Entwicklung beeinflussen. Möglicherweise bewirkt eine künftig abgeflachte quantitative Entwicklung eine qualitative Rückbesinnung. Gesundheitsbildung trägt zur ökonomischen Sicherung der Volkshochschularbeit und der Erwachsenenbildung insgesamt bei. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung ist damit für Erwachsenenbildung von grundlegendem Interesse.

Im Zusammenhang mit Bemühungen um Professionalisierung der Tätigkeit als KursleiterIn in der Gesundheitsbildung ist eine eher fachspezifische und weniger eine erwachsenenbildnerische Entwicklung zu verzeichnen, was nicht im Interesse der Bildungseinrichtungen liegen kann. Professionalität des Handelns von KursleiterInnen in der Ge-

sundheitsbildung ist aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen nicht selbstverständlich. Über eine Professionalisierung scheinen für Gesundheitsbildung spezifische Qualitätsbemühungen am einfachsten realisierbar zu sein. Sie müssen aber berücksichtigen, daß KursleiterInnen ihre Tätigkeit nicht als (Haupt-)Profession verstehen.
Bisherige theoretische Ansätze beziehen sich nicht ausreichend aufeinander und schaffen es nicht umfassend, ein Konzept professionellen Handelns zu begründen. Dennoch lassen sich gemeinsame Thesen und wiederkehrende Aspekte feststellen, die es realistisch erscheinen lassen, ein Modell professionellen Handelns von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung zu entwickeln, das für die Praxis relevant sein kann. Eine Reflexion des augenblicklichen Standes professionellen Handelns in der Gesundheitsbildung verdeutlicht demnach die Notwendigkeit eines theoretisch überzeugenden Konzeptes. Gemäß den o.g. Annahmen, daß professionelles Handeln sich an den Merkmalen Reflexion, Klarheit der Ziele und professionelle Haltung beschreiben läßt, soll im folgenden zunächst versucht werden, sich mit der Entwicklung eines theoretischen Modells der Ziele professionellen Handelns zu befassen. Offengelassen wird dabei die Frage, ob die Überlegungen zu professionellem Handeln für KursleiterInnen aller Arten von Kursen in der Gesundheitsbildung gleich wichtig sind oder ob es hier Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Kursarten geben müßte.

Anmerkungen

1 Vgl. Luhmann, 1994, S.92ff. Andere Systeme sind keine Sinnsysteme. Z.B. entwickeln sich unterschiedliche Tierarten in der Evolution nicht danach, ob etwas Sinn macht, sondern ob Überleben möglich ist.

2 Von anderen Erwachsenenbildungsträgern liegen keine so spezifizierten Fakten vor.

3 Damit ist nicht gesagt, daß Fremdbestimmung erreicht wurde oder erreicht werden kann, sondern daß sie angestrebt wurde.

4 Eine ausführliche Erforschung dieser thesenhaften Skizze einer systemischen Sichtweise von Geschichte wäre sicher lohnend.

5 Kritisch wäre hierzu einzuwenden, daß die Orientierung an Methoden der Bewegung statt an Zielen der Bewegung u.U. den Kern der Aussage nicht trifft.

[6] Allerdings können Umweltorientierung und Fremdbestimmung nicht pauschal gleichgesetzt werden, ebensowenig wie binnenkörperliches Spüren immer Selbstbestimmung beinhalten muß, auch wenn dies naheliegt.

[7] Z.B. Autogenes Training wurde in den zwanziger Jahren entwickelt und hatte seine Blütezeit in den dreißiger Jahren (Kramer/List, 1992, S.81).

[8] Die Vollwerternährung nach Bruker und Kollath oder die Evers-Diät (Büssenschütt/Blättner, 1990).

[9] Bundesweite Daten liegen erst ab 1976 vor. Zum Vergleich Schleswig-Holstein im Jahr 1965: 6,2% der Kurse mit 9,1% der Belegungen.

[10] Alle Zahlen sind auf Grundlage der Volkshochschulstatistik des DIE von 3.9.1996 berechnet.

[11] Daten zur Aufteilung der Themen innerhalb der Gesundheitsbildung liegen erst ab 1987 vor (DIE, 1996).

[12] Bundesweit waren dies 1976 12,3% aller Kurse, 8,4% aller Unterrichtsstunden und 14,2% aller Belegungen. Die damalige Statistik faßt Entspannung und Bewegung noch als ein Stoffgebiet mit 73,5% aller Belegungen in der Gesundheitsbildung im Jahr 1977. In Kurse zum Thema „Gesunde Ernährung" gingen 19,7%, in Kurse über Pflege 8,9%, 11,3% in sonstige Themen der Gesundheitsbildung. Es handelt sich jeweils um zustandegekommene Kurse. Es ist nichts über die Angebote bekannt, die geplant waren, aber aufgrund von Nachfragemangel nicht realisiert werden konnten. Es ist ebenfalls nichts über eine mögliche Nachfrage bekannt, die nicht befriedigt werden konnte. Insofern geben die Zahlen nur eine ungefähre Einschätzung von Teilnahmeinteressen wieder. Zahlen laut DVV-Statistik, DIE 1997.

[13] Die Theorie gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Modell) wurde von Rosenstock (1966) bereits in den fünfziger Jahren entwickelt, als er sich mit der Frage der geringen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen beschäftigte; sie ist ein Modell zur Prognose gesundheitsgerechten Verhaltens.

[14] Es wäre interessant zu untersuchen, ob hier eine weitere mögliche Funktion von Gesundheitsbildung im gesellschaftlichen Kontext verborgen liegt: Die Entdeckung der traditionellen Chinesischen Medizin als Übeverfahren in der westlichen Gesundheitsbildung steht in einem zeitlichen Zusammenhang mit der langsamen Öffnung Chinas für westliche Wirtschaftsinvestitionen. Japanische Verfahren (z.B. Shiatsu oder Kampfsportarten) waren bereits zehn Jahre zuvor Thema, in der Zeit, als japanische Produkte westdeutsche Märkte eröffneten. Die tibetische Medizin – als Medizin einer in China nicht anerkannten und unterdrückten Kultur – tut sich dagegen mit der Anerkennung in der Gesundheitsbildung noch schwer.

[15] DVV-Statistik 1997, DIE

[16] Grundtvigs Volkshochschulidee war mit der Befreiungsbewegung der Bauern in den skandinavischen Ländern, besonders Dänemark und Norwegen, ver-

bunden. Die spätere Verquickung mit völkischen Ideen pervertierte dies ins Gegenteil (Leiermann/ Pöggeler, 1979, S.33ff.).

[17] Zur ausführlichen konzeptionellen Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenkonzept, zum Konzept der Gesundheitserziehung und zur Einordnung der Gesundheitsbildung in die Gesundheitsförderung vgl. Blättner, 1994a.

[18] Ein Überblick über den Diskussionsstand innerhalb der Gesundheitsbildung aus der Praxisperspektive findet sich bei Blättner (1994a).

[19] DVV-Statistik 1997 des DIE

[20] Kontrolliert von der Leitung, dem Beirat der Volkshochschule etc.

[21] In der Literatur finden sich Aussagen zur Kooperation von Kassen und Volkshochschulen bei Bohr (1990), Burfeind (1990), Runge (1990). Abt (1987) setzt sich mit der Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung und bei Krankenkassen auseinander, macht sich über die Kooperation aber nur wenig Gedanken. Diese Kooperation wird demnach im wesentlichen nur aus Sicht der Volkshochschulen beschrieben. Die konzeptionelle Bedeutung dieser pragmatischen Wende wird überwiegend nicht thematisiert.

[22] Beschreibungen dafür finden sich bei Brandenburg u.a. (1990), BzGA (1993), Cloetta u.a. (1992), Demmer (1993a, 1993b), Ferber (1992), Fidler u.a. (1992), Kuhn (1992), Schack (1988) und anderen.

[23] Vgl. hierzu auch Blättner, 1995c, S.64ff.

[24] Qualitätsmanagement beschreibt die gesamtinstitutionelle Bemühung um die Organisation eines Prozesses, dessen Ziel Qualitätsverbesserung ist. Qualitätsmanagement ist prozeßhafter zu verstehen als Qualitätssicherung, die eher dazu tendiert, im Sinne der Qualität Normierungen und Regelungen zu finden. Qualitätsstandards sind zeitlich eher begrenzte Kriterienkataloge, in denen definiert wird, welche Mindestvoraussetzungen gegeben sein müssen, damit ein Produkt (eine Bildungsveranstaltung, ein Bildungsprogramm etc.) der eigenen Qualitätspolitik entspricht. Teil des Qualitätsmanagements wäre es, z.B. Qualitätsstandards kontinuierlich neu zu überprüfen und festzulegen. Qualitätssicherung könnte sich auf die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsstandards beschränken.

[25] Vgl. hier z.B. die Hildesheimer Erklärung des Landesverbandes der Volkshochschulen Niedersachsens 1995 oder den Fragenkatalog zum Thema Qualität des pädagogischen Ausschusses des Landesverbandes 1997.

[26] Jeweils Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE

[27] Aber für wen sind welche Themen relevant? Wer legt das fest, wenn nicht die Person des Lernenden selbst? Und was ist verantwortlich?

[28] Auf die differenzierte Sichtweise von Siebert (1995c, S.13) zur Gleichsetzung von Teilnehmenden und Kunden sei hier nur hingeweisen. Diese Differenzierung entspricht den Erfahrungen der Praxis.

[29] Außer acht gelassen werden hier andere zahlende Kunden, z.B. bei Auftragsmaßnahmen für Betriebe, Krankenhäuser, Krankenkassen. Gemeint sind hier die Teilnehmenden einer Bildungsveranstaltung, die insofern auch Kunden sind, als sie für eine zu erbringende Dienstleistungen (den Kurs) bezahlen.

[30] Sonntag/Blättner (1995) haben u.a. folgende Erklärungen für den hohen Frauenanteil in der Gesundheitsbildung gefunden: Die Beschäftigung mit Gesundheit gehört zum Geschlechtsstereotyp für Frauen. Männer haben ein eher instrumentelles oder durch Nicht-Wahrnehmung geprägtes Verhältnis zu ihrem Körper. Frauen haben entweder ein instrumentelles oder durch Nicht-Wahrnehmung geprägtes, ein ambivalentes Verhältnis oder ein Verhältnis der Selbstidentifikation zu ihrem Körper. Frauen werden ab der Pubertät medikalisiert, Männer nicht. Frauen neigen dazu, ihren Gesundheitszustand als schlechter, Männer neigen dazu, ihn als besser einzuschätzen, als er ist. Gesundheitsbewußtsein, Gesundheitshandeln und gesundheitliche Lebensbedingungen von Frauen und Männern unterscheiden sich in allen Punkten. Gründe sind weiterhin die unterschiedliche Bedeutung von Leiblichkeit für beide Geschlechter, unterschiedliche Sozialisationserfahrungen, Erfahrungen mit der Hierarchie der Geschlechter, unterschiedliche Perspektiven sozialer Unterstützung. Sonntag/Blättner (1995, S.50f.) kommen zu folgendem Schluß: *„Insgesamt muß es nach dem Stand der derzeitigen Forschung als skeptisch eingeschätzt werden, ob Männer unter dem Stichwort Gesundheit überhaupt erreichbar sind, ohne daß ihre Geschlechtsrolle in Frage gestellt ist, ob es ihnen überhaupt möglich ist, sich sorgend mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen."*

[31] 15% unter 24, 34% zwischen 25 und 34, 29% zwischen 35 und 49, 16% zwischen 50 und 64 und 6% über 65. Alle Zahlen berechnet auf Grundlage der DVV-Statistik des DIE vom 3.9.1996.

[32] Vgl. hierzu Arnold, 1995c, S. 58. *„Nicht eine Reduzierung des erwachsenenpädagogischen Problembewußtseins durch Übernahme einer totalen Marktperspektive (Kundenzufriedenheit) ist angezeigt, sondern eine Stärkung des erwachsenenpädagogischen Erfolgsbewußtseins. Dies erfordert eine vertiefte Professionalität derer, die in der Weiterbildungspraxis für die Planung, Entwicklung und Durchführung der Erwachsenenbildung zuständig sind."*

[33] Die von Volkshochschulen auf Bundesebene (DIE u.a., 1994b) formulierten Anforderungen an die Qualifikation von KursleiterInnen machen es zunehmend unwahrscheinlicher, daß in der Gesundheitsbildung KursleiterInnen beschäftigt werden, auf die diese beruflichen Voraussetzungen nicht zutreffen. In der Gegenwart existieren aber auch noch KursleiterInnen, die über Querberufe (z.B. Agraringenieur, Verwaltungsfachkraft etc.) eingestiegen sind.

[34] Im Bildungskontext wird bisher von nebenberuflicher Tätigkeit gesprochen. Dieser Begriff beinhaltet allerdings die Annahme, KursleiterInnen hätten einen Hauptberuf (z.B. Lehrer) und würden neben dem Beruf Kurse geben. Dies läßt sich für viele KursleiterInnen so aber nicht mehr ungebrochen an-

nehmen: Welches ist der Hauptberuf einer Kursleiterin, die zur Hälfte von Kursen in der eigenen Praxis und in der VHS lebt, zur anderen Hälfte von ihren Behandlungen? Welches ist der Hauptberuf einer arbeitslosen Berufsanfängerin, die ihre finanziellen Möglichkeiten durch Kurstätigkeit aufbessert? Welches ist der Hauptberuf eines Gesundheitsförderers, der im Betrieb, bei Krankenkassen und in der Erwachsenenbildung Kurse gibt?

[35] Behrendt (1992), Essing (1988), Friedrich (1989), Göpel (1990a, 1990b, 1992, 1994a, 1994b), Haug (1991), Holzapfel/Polzin/Achilles/Jany (1995), Holzapfel (1997), Homfeldt u.a. (1991, 1993), Knörzer (1994), Koch (1991), Siebert (1990a, 1990b), Sonntag/Belschner (1994), Sperling (1990a, 1990b), Spiegel (1989), Stahr (1991), Venth (1987a, 1987b, 1987c, 1987d, 1988a, 1988b, 1988c, 1990a, 1990b, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1994a, 1994b, 1994c).

[36] Angelehnt an Schäffter (1995a, S.55f.) wird Bildung hier verstanden als ein Vorgang von psychischen Systemen, in dem das, was außerhalb der Grenze des pädagogischen Systems ist, kognitiv gestaltend verinnerlicht, konstruiert wird und ein Inneres über Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung ausdrückbar wird. Bildung verstanden als Bildung in organisierten Rahmen setzt voraus, daß die Konstruktion psychischer Systeme über sich selbst und die Welt als Elemente eines sozialen Systems kommunikativ zugänglich werden. Insofern geht es um einen Vorgang an der Grenze zweier Systeme. Bildung setzt Beobachtung und – verbale oder nonverbale – Kommunikation voraus. Die Verhinderung von (körperlicher) Krankheit oder das Antrainieren vermeintlich gesunder Verhaltensformen sind so gesehen nicht Bestandteil von Bildung. Bestandteil von Bildung könnte es allenfalls sein, Verhaltensformen als Gesundheit erhaltend oder Gesundheit behindernd zu konstruieren. Eine genauere Definition von Bildung erfolgt im Kapitel II.2.

[37] Der empirische Teil dieser Arbeit weist einige methodische Mängel auf (Koch 1991, S.66ff.). Besonders fraglich im Aussagegehalt erscheint es, wenn sie aus ihrer qualitativen Befragung von 41 TeilnehmerInnen aus sieben Kursthemen 68 positive und 22 negative Kursbeurteilungen zählt (a.a.O., S.141). Unklar bleibt, wer da zu was mehrere Angaben gemacht hat und auf welchen einzelnen Kurs oder welche einzelne Begebenheit sich die positiven oder negativen Beurteilungen beziehen.

[38] Pädagogisch begründete Einschränkungen der Offenheit unter Zielgruppengesichtspunkten sind zwar möglich und notwendig, können aber weniger unter gesundheitlichen Gesichtspunkten begründet werden. Eine Ausnahme sind Angebote im Kontext von Selbsthilfe, z.B. „Ernährung bei Diabetes" spricht primär Diabetiker/innen, deren Angehörige und evtl. Personengrupen, die beruflich mit Diabetiker/innen zu tun haben, an. Zum Zielgruppenansatz vgl. z.B. Siebert, 1996a, S.97ff.

[39] Er zitiert zur Begriffsklärung Bildung die Definition des Deutschen Ausschusses für das Erziehungs- und Bildungswesen: *„Gebildet im Sinne der Erwachse-*

nenbildung wird jeder, der in der ständigen Bemühung lebt, sich selbst,die Gesellschaft und die Welt zu verstehen und diesem Verhältnis gemäß zu handeln" (Siebert, 1990a, S.56). Offen bleibt: Woran erkennt man diese Bemühung?

[40] Das Lebensweisenkonzept geht von einer Alltags- und Lebensweltorientierung, einer Subjektorientierung aus. Nicht Wissen, auch nicht isoliertes Verhalten, sondern die Lebensweise, das Handeln im Kontext von Lebensbedingungen ist ausschlaggebend. Es bewertet Alltagswissen und Erfahrungen von einzelnen hoch. Es ist getragen von dem Prinzip der Eigenorientierung und folgt einem demokratischen Verständnis. Es ist Grundlage der Ottawa-Charta (1986) und von dieser auf dieGesundheitsförderung übertragen worden.

[41] Er bezieht sich dabei auf die ursprüngliche Bedeutung von Aisthesis = Wahrnehmung.

[42] Vgl. dazu auch Zacharias 1994.

[43] Ansatzweise versucht wurde dies in einem Modellprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Arbeitsfeldern Büro/Verwaltung und Pflege. Dieses Projekt wurde in den Jahren 1993–96 in Kooperation zwischen der Kaufmännischen Krankenkasse und dem Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens realisiert, konnte aber aus Kostengründen nicht abgeschlossen und evaluiert werden.

[44] Lernen O: Datenaufnahme. Es handelt sich um stereotype Reaktionen ohne eigentliches Lernen. Es ist das Lernen, daß es zwölf Uhr ist, wenn die Kirchenglocke schlägt, die Wiedergabe von sinnlosen Silben, die Wiederholung von Bewegungsmustern, der in der Schule gelernte Wissensstoff, der auswendig wiedergegeben wird. Lernen I: Der Kontext bildet die Grenze der Veränderung. Eine Entwicklung ist nur in diesem Kontext möglich. Innerhalb einer Menge von Alternativen kann eine Auswahl getroffen werden. Die Auswahl ist aber nur auf die Grenzen der Mengen beschränkt, die Menge bleibt konstant. Lernen II: Das Individuum lernt, wie es diesen Kontext verändern kann, d.h. die Menge der Alternativen, zwischen denen es eine Auswahl treffen kann, zu verändern, aber es kann nicht über diesen Kontext hinaus, dies ist erst bei Lernen III möglich, in dem es gelingt, flexibel zwischen Kontexten zu wechseln. Lernen III kann sowohl zu einer Verstärkung als auch zu einer Einschränkung von Lernen II führen. Lernen IV wäre eine Verbindung von Ontogenese und Phylogenese, findet aber nach Meinung von Bateson wahrscheinlich bei keinem ausgewachsenem lebenden Organismus auf der Erde statt.

II. Ziele der Gesundheitsbildung

„Lernen kann wie Rauchen
Ihrer Gesundheit schaden."
Simon, 1996

1. Was ist Gesundheit?

1.1 Gesundheitsverständnis im Alltag

„Es gibt wohl kaum ein Thema, über das so viel und gerne gesprochen wird, wie über Krankheit und Gesundheit. Jeder scheint zu wissen, was damit gemeint ist, und jeder scheint betroffen und interessiert. Will man einem Mitmenschen etwas Nettes sagen, so wünscht man ihm Gesundheit ... Offenbar ist die Unterscheidung von krank und gesund derart eng mit der Conditio humana verbunden, daß es relativ leicht erscheint, einen grundsätzlichen Konsens über ihre Bewertung zu erzielen. Doch er erweist sich als brüchig, wenn die Begriffe krank und gesund mit konkreten Inhalten gefüllt werden. Sind chronische Müdigkeit und Arbeitsunlust Symptome einer Krankheit? Wie ist es um Homosexualität oder andere sexuelle Vorlieben bestellt, Halluzinationen und Visionen, zu hohe oder zu niedrige Laborwerte, Abweichungen vom physiologischen oder anatomisch Üblichen, Verhaltensauffälligkeiten, Sprachstörungen, Liebeskummer, ungewohnte Blutdruckwerte? Ist schlichtes Unglück eine Krankheit? Hier gehen die Beschreibungen und Bewertungen der Beobachter offenbar weit auseinander, und sie variieren zeit- und kulturabhängig" (Simon, 1995a, S.9).

Simon beschreibt ein Grundproblem der Gesundheitsbildung: Eine Anzahl von Menschen versammelt sich, um etwas zu erlernen, das alle gleichermaßen anstreben, über dessen Inhalt sie sich aber nicht einig sind, ja noch nicht mal darüber, ob es etwas Gegenständliches ist oder eine Fähigkeit, die man lernen kann, und was Lernen ist. Die Forschung (Bengel/Belz-Merk, 1990; Faltermaier, 1991, 1993, 1994a, 1994b; Schaefer, 1992; Schulze/Welters, 1991) zu subjektiven Gesundheitskonzepten von Laien läßt sich so zusammenfassen: Laienverständnisse von Gesundheit unterscheiden sich nach den Vorerfahrungen ei-

ner Person mit Krankheit, nach dem Geschlecht der Person, ihrem Alter, nach der ausgeübten Berufstätigkeit und anderen Faktoren des sozialen Status, nach der kulturellen Herkunft, anders gesagt, nach ihrer Lebensgeschichte.

Herzlich (1973, S.10; vgl. auch Faltermaier, 1991, S.51f.) interessierte sich für die Art und Weise, wie Menschen ihre soziale Realität konstruieren und sich in ihr orientieren. Sie befragte Pariser Mittelschichtsbürger und fand heraus, daß Gesundheit und Krankheit im Alltagsverständnis nicht einfach Gegenteile sind. Ein Mensch kann eine Krankheit haben und sich gesund fühlen oder gesund sein und sich krank fühlen. Die meisten Menschen bezeichnen sich nicht eindeutig als krank oder gesund. Herzlich fand drei grundlegende Definitionen von Gesundheit bei Laien:

- Gesundheit als Vakuum; Gesundheit wird hier nicht positiv besetzt, sondern durch die Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheit ist das, was nicht wahrgenommen wird, während Krankheit körperlich erfahren wird.
- Gesundheit als Reservoir; hier ist Gesundheit ein biologisch-organisches Charakteristikum einer Person. Sie läßt sich erleben, ist meßbar, stabil und veränderbar. Sie äußert sich in Robustheit, Stärke, Widerstandspotentialen gegenüber äußeren Einflüssen.
- Gesundheit als Gleichgewicht; Gesundheit ist hier eine erlebbare Erfahrung, die sich in körperlichem und psychischem Wohlbefinden, guter Stimmung und Aktivität, guten Beziehungen zu anderen äußert und selten vollständig existiert.

Nach Faltermaier (1991, S.51ff.) benennen neuere Studien zwei weitere Aspekte:

- Gesundheit als funktionale Fitneß; die Erfüllung von Aufgaben und Rollen des Alltagslebens ist möglich.
- Gesundheit als Kontrolle; das Selbst und der Körper stehen unter der eigenen Kontrolle.

In den unteren sozialen Schichten finden sich eher funktionale und negative Definitionen von Gesundheit, in den mittleren und höheren Schichten eher positive und psychologisch geprägte Verständnisse (Faltermaier, 1994b, S.116). Pierret (1988) fand heraus, daß sich auch verschiedene Berufsgruppen in ihrem Gesundheitsverständnis unterscheiden. Während Bauern und Bäuerinnen und angelernte ArbeiterInnen keine Möglichkeit sehen, für die eigene Gesundheit etwas zu tun, halten FacharbeiterInnen eigene Bemühungen zur Erreichung von

Gesundheit für erfolgversprechend. Angestellte im öffentlichen Dienst sehen das Bemühen um Gesundheit eher als öffentliche Aufgabe, LehrerInnen an höheren Schulen stellen die gesellschaftlichen Ursachen von Gesundheitsproblemen in den Mittelpunkt (Faltermaier, 1994b). Schulze/Welters (1991, S.71) beziehen sich auf eine Münchner Befragung von Potthoff/Schwefel, in der diese neun interkorrelierende Gesundheitskomponenten[1] ermittelt haben, die sie zu den beiden Faktorengruppen Wohlbefinden versus Mißempfinden und Leistungsfähigkeit versus Behinderung zusammenfaßten. Schulze/Welters sind in ihrer auf diesen Gesundheitskomponenten aufbauenden Untersuchung von einer Geschlechterdifferenz in den Gesundheitsdefinitionen ausgegangen. Sie fanden, daß nicht nur Geschlecht, sondern auch Alter zu verschiedenen Beschreibungen führt. Die Gesundheitsdefinitionen jüngerer Frauen waren der Definition jüngerer Männer ähnlicher als die Definition älterer Frauen den Aussagen älterer Männer. Wohlbefinden in Form von guten Nerven und guter Laune dominiert bei jungen und älteren Frauen. Kraft, Ausdauer und Leistungsfähigkeit sind bei jüngeren Frauen wichtig, nicht aber bei älteren Frauen. Ältere Frauen definieren Gesundheit häufig über Abwesenheit von Krankheit, Arztbesuchen und Schmerzen. In der Frage *„Wann genau fühlen sie sich gesund?"* bestand der größte Unterschied zwischen älteren und jüngeren Frauen. Jüngere Frauen nannten deutlich häufiger körperliche Aspekte. Bei älteren und jüngeren Männern sind Kraft, Ausdauer und Leistungsfähigkeit wesentliche Elemente ihrer Gesundheitsdefinition. Im Umgang mit Belastungen suchen ältere Männer wesentlich häufiger als jüngere Männer soziale Lösungen.[2]

In einer Studie über 60- bis 75jährige Männer und Frauen zeigte Lehr (1982), daß Frauen dieser Altersgruppe sich subjektiv weniger gesund einschätzten, als dies aufgrund des Arzturteils zu erwarten gewesen wäre. Männer dieser Altersgruppe schätzen dagegen ihr Befinden subjektiv zu gut ein.

In einer internationalen Vergleichsstudie verdeutlicht Schaefer (1992, S.53ff.), daß Definitionen von Gesundheit kulturell geprägt sind, auch wenn die Gesundheitsdefinitionen quer durch alle Länder sehr breit gestreut waren. Nach Assoziationen zu Gesundheit gefragt, waren bei 14- bis 25jährigen Testpersonen in Deutschland die häufigsten Assoziationen Krankheit, Arzt, Sport, Nahrung, Medizin, Krankenhaus; auf den Philippinen dagegen Körper, stark, geistig, gut.

Die Wahrscheinlichkeit, daß der Gesundheitsbegriff einer Person mit dem einer anderen Person weitgehend übereinstimmt, ist um so geringer, je mehr demographische, soziale und kulturgeschichtliche Unterschiede bestehen. Identisch scheinen Gesundheitsbegriffe solange nicht zu sein, wie die Lebensgeschichte von zwei Personen nicht identisch sind. Daraus ergeben sich für Gesundheitsbildung praktische Fragen und eine theoretische Aufgabe:

– Die praktischen Fragen sind z.B.: Wie sind Kommunikation über ein Thema und Lernprozesse zu einem Thema möglich, wenn im Kurs so viele Definitionen des Themas vorhanden sind, wie Teilnehmende (einschließlich KursleiterIn) anwesend sind? Ist es notwendig, die Unterschiedlichkeiten zum Thema zu machen? Ist es erstrebenswert, daß sich die Definitionen am Ende der Kurses ähnlicher geworden sind als am Anfang, oder ist dies gar nicht möglich? Sprechen Ausschreibungen von Gesundheitskursen nur die an, die bereits eine gewisse Übereinstimmung in ihrem Gesundheitsverständnis mit dem der KursleiterIn haben? Ist es zur Erreichung unterrepräsentierter Bevölkerungsgruppen notwendig, daß die KursleiterIn im Sozialstatus diesen angestrebten Gruppen möglichst entspricht? Müßte es konzeptionell nicht mehr bedacht werden, daß Gesundheitskurse offensichtlich vor allem Frauen ab einem bestimmten Alter ansprechen? Ist es überhaupt möglich, diejenigen mit Gesundheitskursen zu erreichen, die der Meinung sind, daß Gesundheit nicht durch Handeln beeinflußt werden kann?
– Die theoretische Aufgabe besteht darin, daß eine Gesundheitsdefinition gefunden werden muß, die nicht nur einen wissenschaftlichen Konsens soweit herstellen kann, daß sie sich als handlungsleitende Arbeitsdefinition eignet, sondern die darüber hinaus auch noch erklären kann, warum Menschen unter Gesundheit so unterschiedliche Dinge verstehen können und warum dies lebensgeschichtlich erlernt zu werden scheint, und die weiterhin Hilfestellungen gibt, wie trotz dieser unterschiedlichen Ausgangspunkte eine Verständigung möglich ist, die (möglicherweise) zu mehr Gesundheit führen kann.

Lafaille (1994, S.233ff.) sieht ein Auseinanderdriften unterschiedlicher wissenschaftlicher Gesundheitsvorstellungen und Paradigmen zu Gesundheit, aus denen sich jeweils spezifische gesunde Lebensweisen-Programme ableiten lassen, die sich in ihren Intentionen und ihren Ratschlägen immer weiter voneinander unterscheiden. Dies führt – das läßt sich in der Praxis beobachten – dazu, daß Menschen sich entweder ihre individuellen Glaubenssätze heraussuchen, die sie dann mit Vehemenz verteidigen – z.B. „Jeden Tag eine Möhre und drei Walnüsse essen schützt vor Herzinfarkt und Schlaganfall" oder „Mit Yoga bleibe ich gesund bis in das hohe Alter" –, oder aber sich handlungsunfähig und überfordert fühlen und alles so belassen, wie es war. Lafaille fordert die Einführung von Metatheorien, die möglichst viele Teilaspekte integrieren können. Nach seiner Einschätzung gibt es im Prinzip unzählige Möglichkeiten, theoretische Einsichten und Themenbereiche der Gesundheitswissenschaft zu klassifizieren. Er schlägt eine Vier-Felder-Matrix vor, in deren Mitte die Realität steht. Die vier Felder der Matrix ergeben sich aus naturwissenschaftlicher versus geisteswissenschaftlicher Sicht und individuumzentrierter versus gesellschaftlich auf größere Zusammenhänge zentrierter Sicht. Hieraus ergeben sich ein biomedizinisches, ein existentiell/anthropologisches, ein systemisches (von einem naturwissenschaftlichen Ausgangspunkt in größeren Zusammenhängen denkend) und ein kulturlogisches Paradigma (ebd.). Göpel (1994b) vereinfacht diese Matrix (biomedizinisches, psychosomatisches, ökologisches, soziales Paradigma) und schlägt eine systemische Sichtweise als integrierendes Konzept vor.
Becker (1992, S.93ff.) unterscheidet einzelne Modelle von Gesundheit und Krankheit jeweils danach, ob sie primär gesundheitsorientiert oder primär krankheitsorientiert sind. Je nach Herkunft konstatiert er dann das Überwiegen eines biomedizinischen Paradigmas, eines psychosozialen Ansatzes, eines aus der Streßforschung abgeleiteten Modells.
Im biomedizinischen Störungsmodell wird Krankheit als Folge gestörter somatischer Prozesse aufgefaßt, die mit ärztlichen Eingriffen behandelbar ist. Ein Maschinenmodell des Körpers überwiegt. Nichtfunktionierendes kann dann substituiert oder repariert werden. Krankheit und Gesundheit sind eindeutige Gegensätze. Dieses schematische und deshalb leicht umsetzbare Modell ist aufgrund seiner Erfolge in der Be-

handlung vieler Krankheiten weit verbreitet, aber auch zunehmender Kritik ausgesetzt, weil es der Vielschichtigkeit lebendiger Vorgänge nicht entspricht. Seine gesundheitsbezogene Parallele ist die ebenfalls verbreitete und kritisierte Gleichsetzung von Gesundheit mit körperlicher Funktionstüchtigkeit (die Maschine Mensch funktioniert). In einem biomedizinischen Modell ist Lernen letztlich nur für den notwendig, der für die Wartung und Reparatur der „Menschmaschine" zuständig ist: den Experten. Aufgabe der Laien ist es, regelmäßige Wartungsarbeiten zu übernehmen, wie z.B. geeigneten Brennstoff einfüllen (Ernährung), Inganghalten des Getriebes (Herz/Kreislauf) und der Gelenke durch angemessene Bewegung, Reinigung etc. (innere und äußere Hygiene). Der Experte erklärt, welche Wartung die effektivste ist, dafür ist Gesundheitsaufklärung das geeignete Instrument. Das Dilemma dieser Herangehensweise ist, daß Menschen sich in bezug auf ihre Gesundheit auch nach Aufklärung nicht so verhalten, wie vernünftigerweise von ihnen zu erwarten wäre. Deswegen wird nach Bonus- und Malussystemen gesucht, die materielle Anreize zu Aufrechterhaltung vernünftigen Verhaltens nahelegen wollen.[3]

Psychosoziale Modelle sind als Gegenmodelle zum biomedizinischen Modell entwickelt worden. Ihre Gemeinsamkeit besteht in der Betonung psychischer und sozialer Bedingungen für (vorwiegend psychische aber auch körperliche) Krankheit. Sie gehen von einer Kontinuität zwischen normalem und gestörtem Verhalten aus und sehen eine Multikausalität von Störungen. Lernen über Gesundheit hieße hier Erwerb verschiedener psychosozialer Kompetenzen, die zur Gesundheit beitragen sollen, bzw. Verlernen von psychischen Strukturen, die die Gesundheit schädigen.

Biopsychosoziale Modelle fordern die systematische Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren von Krankheit und Prävention und sind Grundlage vieler präventiver Ansätze. Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Die inhaltliche Konkretion der Integration der Ebenen läßt allerdings zu wünschen übrig, außerdem gerät gelegentlich in Vergessenheit, daß dieses Modell zwar Krankheit erklärt, aber nicht Gesundheit herstellt.

Die Gesundheitsdefinition der WHO unterscheidet sich vom biopsychosozialen Krankheitsmodell durch die Formulierung einer eigenen Qualität von Gesundheit und durch die subjektive Kategorie Wohlbefinden. Es ist das gesundheitsbezogene Pendant. Lernen von Gesundheit beinhaltet nach diesem Modell so viele unterschiedliche Faktoren,

wie das Modell zur Entstehung von Gesundheit/Krankheit zuläßt, und wird damit tendenziell beliebig.
Diathese-Streß-Modellen gemeinsam ist die Annahme, daß Krankheiten aus dem Zusammenwirken belastender Bedingungen (Stressoren) und individueller Krankheitsdisposition resultieren. Auch sie beinhalten eine Kontinuität von Krankheit und Gesundheit. Das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979, 1987) beinhaltet aber ein gleichzeitiges Einwirken von pathogenen Faktoren (endogener und exogener Streß) und salutogenen Faktoren (Schutzfaktoren), wie psychosoziale, genetische und konstitutionelle Widerstandsquellen, sowie den – unterschiedlich interpretierten – Kohärenzsinn, den Kern seiner Theorie. Letzterer ist definiert als *„eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, daß die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und daß mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann"* (Antonovsky, 1979; zitiert nach Becker, 1992, S.97; vgl. Antonovsky, 1987). Antonovskys Modell geht von der Frage aus, wie Menschen (trotz schwieriger Bedingungen) gesund bleiben. Lernen von Gesundheit heißt in Diathese-Streß-Modellen Erwerb besserer Bewältigungsstrategien und Erwerb von (erlernbaren) Schutzfaktoren.
Sucht man allen Unterschieden zum Trotz nach gemeinsamen Merkmalen der wissenschaftsorientierten Definition von Gesundheit, lassen sich folgende, jeweils im Konkreten durchaus noch umstrittene Konsensauffassungen festhalten, die in integrativen Modellen berücksichtigt werden müssen:
- Es sind mehrere Dimensionen zu integrieren, die Abwesenheit biologischer Krankheitszeichen reicht als Modell nicht aus.
- Gesundheit und Krankheit werden als zwei Enden eines Kontinuums verstanden, sie schließen sich nicht aus.
- Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein Prozeß. Menschliches Handeln ist dafür nicht unerheblich.
- Gesundheit gibt es nicht an sich, sondern in Relation zu Anforderungen der Umwelt.
- Systemische Sichtweisen biologischer Regelkreisläufe und systemische Sichtweisen einer Mensch-Umwelt-Beziehung setzen sich durch.
- Es hat in der Geschichte politischen Mißbrauch in dem Bemühen um Gesundheit gegeben. Neuere Modelle müssen sich gerade in

Deutschland mit ethischen Fragen auseinandersetzen. Ob Gesundheit herstellbar ist, ist zweifelhaft.

1.3 Ein systemisch-konstruktivistisches Verständnis von Gesundheit als integrierendes Modell

Maturana/Varela (1991, S.50f.) definieren Lebewesen als autopoietische Systeme, d.h.: Lebewesen erzeugen die Elemente, aus denen sie bestehen, selbst. Sie haben einen zellulären Stoffwechsel, der Bestandteile erzeugt, die in das Netz von Transformationen, das sie erzeugte, integriert werden. Alles, was dieses System tut, macht es aus einer inneren Dynamik heraus, strukturdeterminiert und selbstreferentiell, d.h. auf sich selbst rückbezüglich.
Autopoietische Systeme haben eine Umwelt, mit der sie in Interaktion sind. Diese Umgebung ist für die Existenz des Systems lebenswichtig. Veränderungen in der Umwelt können die Autopoiese zerstören, ohne Interaktion (Nahrungsaufnahme, Aufnahme von Sauerstoff etc.) ist das System nicht lebensfähig. Die Umwelt hat eine eigene Dynamik, die von der des Lebewesens operational verschieden ist (Maturana/Varela, 1991, S.105). Autopoietische Systeme und Milieus haben eine Geschichte wechselseitiger Strukturveränderungen, die Voraussetzung für die Existenz der Autopoiese ist.[4] Zur Systemumwelt gehören auch andere Systeme.
Manche der vom System selbst erzeugten Bestandteile bilden eine Membran, die nicht einfach nur die Ausdehnung des Netzwerkes begrenzt, sondern ebenfalls an diesen Transformationen teilnimmt. Diese Membran, als selbsterzeugte Grenze zwischen einem System und seiner Umwelt, ist gleichermaßen Ergebnis und Bedingung der Autopoiese und ermöglicht die Interaktion zwischen System und Umwelt aktiv. Mit der Auflösung der Grenze zwischen System und Umwelt endet das System, es stirbt. Aufgabe der Membran ist es nicht nur, bestimmte Stoffe aus der Umwelt in das System zu integrieren, sondern auch andere auszuschließen. Alles, was innerhalb dieser Membran ist, ist ein Bestandteil des Systems geworden.
Autopoietische Systeme befinden sich ständig in einem strukturellen Wandel (Ontogenese) ohne Verlust ihrer Organisation (Maturana/Varela, 1991, S.84). Scheinbarer Stillstand ist das Ergebnis kontinuierlicher Veränderung. Der strukturelle Wandel ist für das System lebens-

notwendig. Die Ontogenese wird entweder ausgelöst durch aus dem Milieu stammende Interaktionen, oder sie ist Ergebnis der inneren Dynamik.

Autopoietische Organisation und Umwelt schaffen wechselseitig füreinander Perturbationen[5], d.h., die Interaktion löst Strukturveränderungen (Zustandsveränderungen) aus, determiniert sie aber nicht. Vier verschiedene Veränderungsmöglichkeiten existieren in dieser Interaktion:

- Zustandsveränderungen, die eine Einheit ohne Veränderung ihrer Organisation erfahren kann und die ohne externe Auslöser als Ergebnis der kontinuierlichen internen Veränderung erfolgen,
- destruktive Veränderungen, die zum Verlust der Organisation einer Einheit und daher zu ihrer Auflösung führen können,
- Perturbationen, d.h. Interaktionen, die Zustandsveränderungen auslösen,
- destruktive Interaktionen, dies sind Perturbationen, die zu destruktiven Veränderungen führen.

Autopoietische Systeme (bisher befanden wir uns gedanklich auf der Ebene der Einzeller) können sich zu Systemen höherer Ordnung zusammenschließen (Lebewesen höherer Ordnung). Dazu bauen autopoietische Einheiten rückbezügliche Beziehungen auf, die entweder zum Zusammenfallen der Grenzen beider Einheiten, also zur Symbiose führen oder eine strukturelle Kopplung bilden, bei der die beteiligten Zellen ihre individuellen Grenzen bewahren und zugleich einen neuen Zusammenhalt aufbauen, der sich als metazelluläre Einheit beschreiben läßt. Der Mensch (als organisches Wesen) ist wie viele Lebewesen eine solche metazelluläre Einheit oder ein autopoietisches System zweiter Ordnung. Seine Identität ist durch ein Netz von Prozessen und die daraus entstehende Dynamik gekennzeichnet, nicht durch die Vielzahl der Zellen. Das, was sich für autopoietische Einheiten (erster Ordnung) sagen läßt, gilt auch für solche autopoietischen Systeme zweiter Ordnung (a.a.O., S.99f.).

Simon überträgt diese biologischen Vorgänge auf die Beschreibung von Gesundheit und Krankheit.[6] Nach Simon (1995a, S.42) ist Leben *„ein selbstbezüglicher, selbstorganisierter Prozeß, bei dem sich eine Einheit von einer Umwelt abgrenzt."* Das Verhalten, das außerhalb, in der Umwelt, beobachtbar ist, ist in der inneren Struktur begründet, wobei die innere Struktur sich gerade nicht beobachten läßt, sondern nur durch Interaktion beobachtbar wird. Die durch organische Prozesse vollzogene

Unterscheidung ist die zwischen lebend (die Autopoiese aufrechterhaltend) oder nicht lebend. Ihr Ergebnis ist die Aufrechterhaltung der Unterscheidung zwischen autopoietischem System (hier der menschliche Organismus) und Umwelt. Entweder gelingt es dem Organismus, seine innere Struktur aufrechtzuerhalten, seine Operationen fortzuführen, dann lebt er weiter, oder es gelingt ihm nicht, dann ist er tot (Simon, 1995a, S.66).

Der Organismus des Menschen unterscheidet in diesem Sinn nicht zwischen gesund und krank. Die Prozesse, die als körperliche Krankheiten bezeichnet werden, sind strukturdeterminierte Reaktionen des Systems Organismus auf interne Veränderungen oder auf perturbierende Interaktionen mit der Umwelt (Bakterien, Schadstoffe, soziale Ereignisse etc.). Es gibt keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit, denn die Struktur der autopoietischen Einheit ist die gleiche. Um als krank definiert zu werden, bedarf es der Symptome, d.h. beobachtbarer Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die als abweichend vom selbstverständlich erwarteten Zustand eines menschlichen Körpers oder seines Verhaltens unterschieden werden müssen (a.a.O., S.22).

Bezogen auf die Vorgänge um Gesundheit und (körperliche) Krankheit lassen sich die folgenden möglichen Veränderungen im Organismus eines Menschen beschreiben:

- durch interne Vorgänge ausgelöste Zustandsveränderungen, die der Organismus ohne Veränderung seiner Organisation erfahren kann, d.h. Gesundheit mit Symptomen oder ohne Krankheitssymptome,
- durch Perturbation ausgelöste Zustandsveränderungen, die der Organismus ohne Veränderung seiner Organisation erfahren kann, d.h. ebenfalls Gesundheit mit Symptomen oder ohne Krankheitssypmtome,
- destruktive, interne Veränderungen (Krankheit), die zur Auflösung (dem Tod) führen,
- Veränderungen durch destruktive Perturbationen (krankmachende, zerstörende Perturbationen), die zur Auflösung (dem Tod) führen.

Dies bedeutet, daß Krankheit kein materieller oder geistiger Dämon ist, der einen Organismus besetzt hält, sondern eine vom Organismus selbst bestimmte – dennoch leidbringende und unter Umständen tödliche – Art, mit Veränderungen, die aus sich selbst heraus entstanden sein können oder durch äußere Einwirkungen ausgelöst werden, umzugehen.

Menschen als autopoietische Einheiten sind in ihrer inneren Struktur (als Organismus) hinreichend ähnlich, so daß mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (allerdings nicht Gewißheit) gesagt werden kann, welche Perturbationen (auch Interventionen der Medizin sind Perturbationen) wahrscheinlich die innere Struktur zu Zustandsveränderungen welcher Art anregen werden. Diese Ähnlichkeiten macht sich die Medizin zunutze. Sie verkürzt die Zusammenhänge allerdings insofern, als sie die jeweilige Perturbation als Ursache und nicht als Auslöser der Zustandsveränderung betrachtet. Insofern es für den Alltag der Medizin keinen Unterschied macht, ist diese Verkürzung im Sinne einer Handlungsfähigkeit herstellenden Reduzierung von Komplexität verständlich, in Notfallsituationen lebensnotwendig. Um mit Komplexität umgehen zu können, ist es, da eine holistische Sichtweise utopisch ist, auch im Sinne von Simon (1995a, S.98) notwendig, Komplexität zu reduzieren. Die Frage ist nicht, ob Komplexität reduziert werden kann, sondern welche Variablen unbedingt betrachtet werden müssen und welche situationsspezifisch außer acht gelassen werden können.
Bedeutung erhält der Unterschied zwischen Auslöser (Perturbation) und Ursache in all den Grenzfällen, in denen ein Organismus sich anders verhält als erwartet. Dann plötzlich wird es zu einer Frage von Leben oder Tod, zwischen einer von außen kommenden, in den Organismus eindringenden und ihn verändernden Krankheit (durch Dämonen oder Bakterien), die sich austreiben läßt – wie die Medizin in bestimmten historischen Zeiten Krankheit betrachtete –, oder einer vom Organismus selbst (durch Perturbation oder innere Veränderungen) ausgelösten, gleichwohl lebensbedrohlichen Zustandsveränderung zu unterscheiden. Sind die Strukturen des gesunden und des kranken Organismus die gleichen, dann ist jede Bekämpfung „kranker" Strukturen auch eine Bekämpfung gesundmachender Strukturen. Heilkunst wird hier nicht berechenbar funktional, sondern eine echte Kunst kreativer Mischung von Perturbationen oder Nichtstun, die den Organismus zu Zustandsveränderungen animiert, die der Aufrechterhaltung der Autopoiese dienen: Autopoietische Systeme erhalten ihre Stabilität durch ihre Dynamik und bewahren ihre Identität, indem sie sich verändern. Um ihre Abgrenzung gegenüber ihren Umwelten zu erhalten, brauchen sie eine Durchlässigkeit ihrer Grenzen, die Interaktion ermöglicht. Sie sind in der Lage, Strukturen nicht nur aufzubauen, sondern sie auch aufzulösen. Sie sind paradox organisiert. Als autopoietisches System ist der Organismus kontinuierlich mit Zustands-

veränderungen beschäftigt, die der Aufrechterhaltung der Autopoiese dienen, also auch der Selbstheilung. Selbstheilungsmechanismen sind hochkomplexe Reaktionsmuster, die im Einzelfall mehr zum dysfunktionellen Erscheinungsbild beitragen können als die ursprüngliche Störung: Um ihre Integrität zu gewährleisten, müssen autopoietische Systeme über Komponenten verfügen, die widersprüchliche Wirkungen ausüben und durch vielfältige Rückkoppelungen eine Balancierung gewährleisten. Abweichungen von diesem Gleichgewicht sind als relativ zu starke Aktivität von Komponenten beschreibbar, die zu einer spezifischen Überfunktion führt, oder umgekehrt durch relativ zu geringe Aktivität, die zu einer spezifischen Unterfunktion führt (Simon, 1995a, S.73f.). Probleme, die sich daraus ergeben, versucht das System nach seiner inneren Struktur zu kompensieren. Bei einer Unterfunktion werden erregende, aktivierende Interaktionen verstärkt oder hemmende, passivierende Interaktionen verringert. Bei einer Überfunktion werden entgegengesetzt erregende Interaktionen verringert oder hemmende Interaktionen verstärkt. Ihr Ergebnis hat keine isolierte Wirkung, sondern löst wiederum eine Vielzahl vernetzter Reaktionen aus. Ob z.B. bei einer Überfunktion erregende Interaktionen verringert oder hemmende Interaktionen verstärkt werden, hat insofern eine Bedeutung, als das neu erreichte Gleichgewicht auf unterschiedlichem Niveau stattfindet. Das, was als Krankheitssymptome von außen wahrnehmbar ist, können entweder Phänomene der Über- bzw. Unterfunktion selbst sein oder aber Phänomene, die sich aus dem Kompensationsmechanismus ergeben. Interventionen in diesen Prozeß können paradoxe Reaktionen auslösen, die evtl. das Gegenteil des Gewünschten erreichen.

Jedes bekämpfte Symptom kann ein Symptom des Ursprungsphänomens oder der Gegenregulation zur Selbstheilung des Organismus oder der Gegenregulation gegen die mit der Gegenregulation verbundene Zustandsveränderung, die gewisse Prozesse erschwert, oder ein Symptom der Gegenregulation der Gegenregulation der Gegenregulation ... sein. Interventionen haben, bezogen auf den Gesamtorganismus, also keine voraussagbaren, sondern nur wahrscheinliche Folgen. Paradoxe Reaktionen als Gegenreaktion gegen gegensteuernde Interventionen sind möglich: Blutdrucksenkende Mittel können den Blutdruck letztendlich erhöhen, Kaffee kann das Einschlafen erleichtern, Immunstimulanzien können das Immunsystem zum Erliegen bringen oder eben auch nicht.

Eine zu einem Zeitpunkt X gemessene Größe einer bestimmten Funktion (z.B. Blutdruck), die vom erwarteten Wert abweicht, ist an sich kein (sicheres) Zeichen für Krankheit, da sie eben Symptom einer Zustandsveränderung, Symptom der Gegenreaktion, Symptom der Korrektur einer mit Blutdruckerniedrigung verbundenen Selbstheilung etc. sein kann. Für die Entscheidung darüber, ob eine Über- oder Unterfunktion vorliegt, wäre der Faktor Zeit zumindest hinzuzuziehen, aber auch dann ist mit der Messung eines einzelnen Wertes nicht gesagt, ob die Über- oder Unterfunktion Symptom einer krankheitsbedingten Zustandsveränderung oder Symptom der Gegenreaktion ist.
Aufgrund dieser kontinuierlichen Zustandsänderungen und Selbstheilungsmechanismen ist nicht die spontane Selbstheilung ein Phänomen, das erklärt werden muß, denn diese ist im Prinzip zu erwarten, sondern die Aufrechterhaltung eines Krankheitsphänomens. Sie ist Anzeichen dafür, daß eine – leidbringende oder in der Folge tödliche – Zustandsveränderung eingetreten ist, die eine neue dynamische Stabilität hat. Bei chronischer Krankheit ist der Organismus in einer Balance unterschiedlicher Reaktionen kontinuierlich mit der Aufrechterhaltung dieses Zustandes beschäftigt. Interventionen der Medizin können nun Perturbationen sein, die eine neue Zustandsveränderung auslösen oder die letztlich die Aufrechterhaltung des „krankhaften" Zustandes bewirken. Inwieweit in solchen Systemen spezifische Prävention überhaupt möglich oder sinnvoll ist, steht in Frage, da sie immer eine Perturbation von Regelmechanismen beinhaltet, deren Erfolg nicht vorhersehbar ist. Die Möglichkeit, genau das Gegenteil des Gewünschten zu erreichen, ist immer gegeben.[7]
Beckers integratives Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit (1992)[8] läßt sich weitgehend in diese Sichtweise integrieren. Sein Modell sieht ebenfalls ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit vor – auch hier wird nicht davon ausgegangen, daß sich ein kranker Organismus grundsätzlich anders verhält als ein gesunder – und einen dynamischen Aspekt, eine Wechselbeziehung zwischen der Person und ihrer sozialen und natürlichen Mitwelt, anders formuliert: zwischen dem System und seiner Umwelt. *„Der Kerngedanke des folgenden Modells besagt, daß der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der letzten Zeit gelungen ist bzw. aktuell gelingt, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Fällt die Erfolgsbilanz der letzten Zeit positiv aus, ist eher mit Wohlbefinden und Gesundheit, bei negativer Bilanz*

mit Mißbefinden und Krankheit zu rechnen" (Becker, 1992, S.99). Ungünstige Effekte für die Gesundheit können dabei sowohl aus Unterforderung wie aus Überforderung resultieren. Becker folgert daraus: *„Die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung läuft mithin auf eine Hilfe zur Lebensbewältigung hinaus, wobei dies prinzipiell durch die Veränderung von Anforderungen oder die Stärkung von Ressourcen geschehen kann"* (a.a.O., S.100).

Veränderungen in Richtung Gesundheit wären möglich durch Stärkung von Ressourcen oder Senkung von Anforderungen, jeweils extern oder intern. Die externen Anforderungen und externe Ressourcen lassen sich auch als (Lebens-)Bedingungen verstehen, als Strukturen der Umwelt des Systems. Der Begriff Anforderung ist allerdings insofern irreführend, als er eine absichtsvolle Interaktion unterstellt. Anforderungen sind dies aber nur aus der Perspektive des Systems. Letztlich ist das Leben an sich, die Aufrechterhaltung der Autopoiese, eine Anforderung an das System.

Externe Anforderungen können physisch sein: das Sich-Auseinandersetzen mit Bakterien, mit Umweltgiften, mit körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz, Lärm, Schichtarbeit, oder psychosozial als Auseinandersetzung mit sozialen Bedingungen, mit Wohn- oder Arbeitsverhältnissen, Krieg, mit beruflichen oder schulischen Anforderungen etc. Hohe externe Anforderungen werden auch dann an eine Person gestellt, wenn sie damit zurechtkommen muß, z.B. am Arbeitsplatz ständig unterfordert zu sein. Interne Anforderungen können wiederum physisch sein, z.B. bedingt durch Konstitution, genetische oder erworbene Krankheitsdispositionen, oder psychisch, hierzu gehören z.B. die Ziele, die sich eine Person setzt, psychische Bedürfnisse, verinnerlichte Normen.

Die (physischen und psychischen) Ressourcen können sowohl in der Person liegen, z.B. als starkes Immunsystem, gute physische Kondition, als psychische Stärke, habituelles Gesundheitsverhalten und habituelle seelische Gesundheit etc., wie sie auch außerhalb der Person liegen können, z.B. als Zur-Verfügung-Stehen von materiellen Bedingungen, gesunder Umwelt, gesunder und ausreichender Nahrung, Medikamenten, Schutzvorrichtungen, sozialer Unterstützung, günstigen familiären Bedingungen, günstigen Bedingungen am Arbeitsplatz etc.

Beckers Modell läßt es als denkbar zu, daß eine Person über eine neue Konstruktion ihrer Wirklichkeit, der Wahrnehmung von Anforderungen und Ressourcen, zu einer veränderten Balance kommen kann. Eine

Schlüsselfunktion hat bei Becker die seelische Gesundheit, die er als die Fähigkeit definiert, interne und externe Anforderungen zu bewältigen. Sie übt auch Einfluß aus auf die Gestaltung von Anforderungen, auf externe Ressourcen, auf Bewältigungsstrategien und emotionales Verhalten (auch Dlugosch, 1994b, S.103).

Nach Beckers Modell wird aber auch deutlich: Lernprozesse können wie jede Intervention zwar zur Stabilisierung der Balance beitragen, aber sie können eben auch die Aufrechterhaltung der Balance gefährden. Da die persönliche Balance jedes einzelnen Menschen zu einem Zeitpunkt X nicht genau ermittelbar ist, läßt sich nicht genau vorhersehen, ob eine Stabilisierung oder eine Gefährdung des Gleichgewichts angenommen werden muß. Mit anderen Worten: Wahrscheinlich nützt Lernen der Gesundheit, aber es kann ihr auch schaden. Allerdings ist die Balance auch ohne Lernprozesse nicht statisch denkbar, da sich jeder der Faktoren, die die Balance bestimmen, verändern kann.

Beckers Aussage über die beiden möglichen Ansatzpunkte der Prävention (Anforderungen und Ressourcen) läßt sich erweitern: Um Gesundheit für eine Person zu verbessern, ist es möglich,

- Bedingungen so zu verändern (Veränderungen der Systemumwelt), daß sie für diese Person besser bewältigbare (externe) Anforderungen beinhalten; dies kann dazu führen, daß die Person tatsächlich gesünder wird, weil die Balance stimmt, oder aber kränker, weil die verringerten externen Anforderungen zu einer Senkung der persönlichen internen oder externen Ressourcen oder zu einer Erhöhung der internen Anforderungen führen.
- die außenstehenden Ressourcen angemessener zu gestalten (Veränderung der Systemumwelt), um mit diesen der Person zu ermöglichen, die Anforderungen besser bewältigen zu können; dies kann wiederum zur Balance (auf einem insgesamt höheren, damit allerdings evtl. auch streßbeladenerem Niveau), zur Erhöhung interner oder externer Anforderungen oder zur Senkung interner Ressourcen beitragen.
- zu versuchen (über Perturbationen, direktes Eingreifen ist nicht möglich), die in der Person liegenden Ressourcen zu optimieren (die teilweise lernbar, teilweise nicht über Lernprozesse zu beeinflussen sind), um sie in die Lage zu versetzen, die Anforderungen besser bewältigen zu können, was gelingen oder nicht gelingen und im Fall des Gelingens wiederum zur Balance beitragen kann oder zur Erhöhung interner (oder auch externer) Anforderungen oder zur Senkung von externen Ressourcen.

– zu versuchen (über Perturbationen, direktes Eingreifen ist nicht möglich), interne Anforderungen zu senken, mit der Möglichkeit einer besseren Balance oder der gleichzeitigen Senkung interner Ressourcen oder ungünstiger Veränderung externer Ressourcen und Anforderungen.
– zu versuchen, die Person zu ermutigen, selbst Einfluß auf die Gestaltung der externen Anforderungen im Sinne einer angemesseneren Ausformung zu nehmen, wiederum mit der Möglichkeit einer besseren Balance oder der einer weniger guten Balance ...
– zu versuchen, mehrere oder alle Wege gleichzeitig zu gehen, mit offenem Ausgang.
– nichts zu tun, sich in Gelassenheit zu üben und auf die Selbstregulation zu hoffen, mit ebenfalls offenem Ausgang.[9]

Das Balancemodell ist insofern trivial, weil jede Veränderung an einem Punkt auch unabsehbare Veränderungen an anderen Punkten bewirken kann. Jedes Handeln oder Nichthandeln kann grundsätzlich zu Gesundheit oder eben zur Krankheit führen. Jeder Eingriff in das komplexe System des Lebensgefüges in bester Absicht beinhaltet Möglichkeiten des Gelingens oder Scheiterns, die sich nur bedingt voraussagen lassen. Eine Forderung nach Selbstbestimmung über Gesundheit ist damit ethisch geboten. Angesichts der kontinuierlichen Möglichkeit des Scheiterns läßt sich nicht rechtfertigen, daß Interventionen in dieses Gesamtgefüge ohne die Selbstbestimmung der Person, um die es geht, erfolgen. Konstruktivistisch gesehen ist diese Selbstbestimmung aber nicht nur ethisch zu fordern, sondern anders gar nicht möglich, da kein Einfluß von außen inneres Geschehen direkt bestimmen, wohl aber es stören kann. Es sind letztlich immer die Systeme selbst in ihrem komplexen Gefüge, die – tödliche Irrtümer eingeschlossen – bestimmen, mit welchen Zustandsänderungen sie auf Perturbationen reagieren.

Beckers Modell orientiert sich in vielen Punkten an Antonovsky (1979, 1987, 1991)[10], der sich für das Phänomen interessiert hat, daß Menschen trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken gesund bleiben, statt krank zu werden.[11] Er hat damit den Paradigmenwechsel von der Pathogenese (Entstehung und Vermeidung von Krankheit) zu Salutogenese (Entstehung und Erhalt von Gesundheit) eingeleitet, der es erst ermöglicht, Gesundheit unabhängig von ihrem Gegenstück, der Krankheit, zu verstehen. Auch Antonovsky geht von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit („health ease“

= Gesundheit, Wohlbefinden und „dis-ease" = Krankheit, Mißbefinden) aus. Seine Ausgangsfrage lautet: „Was rückt Menschen in Richtung des gesunden Endes des Befindens-Kontinuums?" Für den Platz einer Person auf diesem Kontinuum zum Zeitpunkt X ist ausschlaggebend, wie sie mit den auf sie einwirkenden Stressoren (psychosozialen, physischen und biochemischen) umgeht. Stressoren bewirken einen Spannungszustand, der krankmachende, neutrale oder gesunde Folgen haben kann, je nachdem, wie mit der Spannung umgegangen wird. Es geht um den interaktiven Prozeß zwischen belastenden Faktoren und schützenden Faktoren (Widerstandsquellen) im Kontext der Lebenserfahrung einer Person.

Gesundheit ist also auch davon abhängig, welche generellen Widerstandsquellen die Person zur Verfügung hat. Solche Widerstandsquellen können körperlicher und biochemischer Art, materieller Art, kognitiver Art, emotionaler Art, sozialer Art (zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Unterstützung), kultureller Art und Werte und Haltungen betreffend sein. Das Zur-Verfügung-Stehen der generellen Widerstandsquellen bestimmt dann auch das Ausmaß, in dem eine Person über ganz spezifische Widerstandsquellen verfügt. Diese Widerstandsquellen stimmen mit Beckers Ressourcen überein. Antonovskys Schlüsselkonzept, der Kohärenzsinn (sense of coherence = SOC), zeigt Ähnlichkeiten zu Beckers Konzept der seelischen Gesundheit.[12] Der Kohärenzsinn ist das Vertrauen, das Menschen darin haben, daß sie die Ereignisse verstehen, Anforderungen bewältigen und auf Entwicklungen Einfluß nehmen können.

Das entscheidende Dilemma für die Definition von Gesundheit ist, daß eine objektive Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit nicht zu ziehen ist – insoweit stimmen die Vorstellungen eines Kontinuums z.B. bei Antonovsky mit denen von Simon überein –, sondern es treten lediglich in den strukturbedingten, kontinuierlichen Veränderungen in einem System und durch Interaktion mit der Umwelt Phänomene auf, die sich als dysfunktionell bezeichnen lassen, weil sie eine relative Über- oder Unterfunktion mit dem Risiko der Auflösung der Autopoiese beinhalten. Markierbar, d.h. kennzeichenbar ist damit Krankes, nicht Gesundes – hier liegt ein Unterschied zwischen Simons (somit pathogenem) Gesundheitsverständnis und dem der salutogenen Sichtweise in den Gesundheitswissenschaften z.B. bei Antonovsky.[13]

Ob ein beobachtbares Phänomen eines menschlichen Organismus als krank oder als gesund bezeichnet wird, ist nach Simon Ergebnis einer

sozialen Übereinkunft, nicht Ergebnis biologischer Vorgänge. *„Kein Phänomen an sich ist Symptom. Es wird erst durch Kommunikation dazu"* (Simon, 1995a, S.66). Wenn durch soziale Übereinkunft aber nicht die abweichenden, kranken Phänomene markiert werden, sondern die gesunden Phänomene, bedeutet dies eine starke Einschränkung von Verhaltensmöglichkeiten, erlaubter körperlicher oder psychischer Zustände oder Kommunikationen, weil eine Vielzahl beobachtbarer positiver Merkmale der Unterscheidung vorgewiesen werden müssen, um der Ettikettierung als krank zu entgehen; die Kontrollfunktionen nehmen zu (a.a.O., S.191f.). Nach dieser Definition ist es einleuchtend, daß Simon sich gegen eine positive Definition von Gesundheit wehrt. Gesundheit als der markierte Bereich hätte keine Ähnlichkeit mit Wohlbefinden, sondern mit einem rigiden Regelwerk des Verhaltens und Seins, das gerade in Deutschland Erinnerungen an den historischen Mißbrauch des Begriffs der Volksgesundheit erinnert.

Nach Simon ist Krankheit die soziale Entscheidung, Ursachen für Phänomene, die als Symptome identifiziert sind, d.h. nicht dem erwarteten Zustand oder Verhalten entsprechen, im Organismus zu suchen. Definition von Krankheit setzt voraus:

- Ein Phänomen des Verhaltens oder Zustands eines Körpers wird durch Kommunikation Bestandteil eines sozialen Systems. Es wird von anderen Phänomenen unterschieden.
- Das Phänomen wird als störend oder nicht störend bewertet.
- Innerhalb des sozialen Systems ist das Phänomen nicht erklärbar. Die Ursache wird deshalb im Organismus gesucht.
- Wird die Ursache eines störenden Phänomens im sozialen System gesucht, sind disziplinarische oder erzieherische Folgen zu erwarten, über die letztendlich z.B. das Justizsystem entscheidet. Wird die Ursache eines störenden Phänomens im organischen System gesucht, sind therapeutische Folgen zu erwarten, über die letztendlich das medizinische System entscheidet. Die Suche nach der Ursache im Organismus kann so letztlich auch vor disziplinarischen Maßnahmen schützen.

Eine salutogenetische Sichtweise ist – dies sei zu Simon kritisch angemerkt – auch aus einer systemisch-konstruktivistischen Perspektive heraus aber nicht unbedingt ausgeschlossen, dann nämlich, wenn sie sich nicht den Anspruch stellt, endgültige und umfassende Antworten zu finden und konkrete Lebensvorschriften zu machen. Die salutogenetische Sichtweise bleibt dann auf einer allgemeineren Ebene und be-

faßt sich mit dem alltäglichen und erwarteten Wunder der Aufrechterhaltung der Autopoiese unter Bedingungen, die der Autopoiese nicht immer zuträglich sind. Ob hierbei auch Phänomene entstehen, die sozial u.U. als Krankheit definiert werden könnten, ist sehr zweitrangig. Krankheit ist Bestandteil des Lebens und durch Perturbation dann interventionsbedürftig, wenn die Gefahr der Auflösung der Autopoiese besteht oder Selbstheilungsmechanismen einen krankhaften Dauerzustand aktiv hervorbringen. Salutogenetische Bemühungen sind damit sicherlich keine Bemühungen des Medizinsystems mehr, sondern betreffen allgemeingesellschaftliche Fragen des Zusammenlebens. Erwachsenenbildung kann und darf sich nicht präventiven Fragestellungen unterwerfen. Mit der Definition von Krankheit als markiertem und Gesundheit als nichtmarkiertem Bereich folgt Simon einer zweiwertigen Logik, die der von ihm selbst geforderten Erweiterung in ein Denken des „Sowohl-als-auch" oder „Weder-noch" nicht folgt.

Was bei Becker und Antonovsky nicht beantwortet werden kann, ist die Frage, wie die unterschiedlichen Dimensionen von Anforderungen und Ressourcen, die körperliche, soziale und psychische Ebene zusammenhängen. Simon löst dies, indem er unter Bezug auf Luhmanns (1994) Unterscheidung von Systemen den Menschen nicht einfach als autopoietisch-organische Einheit betrachtet, sondern zwischen organischem, sozialem und psychischem System unterscheidet. Simon, bevorzugt an psychischen Systemen in ihrer Verbindung zum Organismus und zu sozialen Systemen interessiert, betrachtet den Menschen als Ergebnis einer strukturellen Kopplung der selbstreferentiellen Systeme Organismus, psychisches System und soziales System. Für ihn sind damit soziale und psychische Aspekte nicht einfach Dimensionen von Gesundheit. Er sieht den Organismus, die Psyche und das soziale System als operationell geschlossene Systeme, die autonom und strukturdeterminiert funktionieren, aber strukturell gekoppelt sind, d.h., sie stehen in Interaktion miteinander. Alle drei Systeme sind für einander Umwelten, sie entwickeln sich miteinander und lösen wechselseitig Perturbationen aus.[14] *„Psychische Ereignisse können dabei bestätigend oder störend auf organische und/oder soziale Prozesse wirken; organische Ereignisse können bestätigend oder störend auf soziale und/oder psychische Prozesse wirken; und soziale Ereignisse können bestätigend oder störend auf psychische und/oder organische Prozesse wirken"* (Simon, 1995a, S.63).

Die Psyche definiert Simon genau durch das, was sie so schwer faßbar macht, nämlich ihre Unzugänglichkeit von außen: *„Psychische Systeme*

entstehen in der Interaktion und Kommunikation eines lebenden Systems mit sich selbst. Die Medien dieser Kommunikation sind der Organismus und das soziale System. Psychische Strukturen entstehen, so läßt sich zusammenfassen, in einem selbstreferentiellen Prozeß, bei dem das Individuum sich selbst Botschaften und Mitteilungen gibt – über sich selbst und die Welt; und diese Botschaften finden ihren Weg zurück über die Vermittlung körperlicher und sozialer Prozesse" (a.a.O., S.62). Psychische Systeme sind, mit anderen Worten, niemals direkt der Fremdbeobachtung zugänglich, sondern nur jeweils vermittelt über Kommunikation (als Elemente des sozialen Systems) oder über den Organismus. Innerhalb des psychischen Systems differenziert Simon übrigens nicht zwischen Denken und Fühlen, ebenfalls nicht zwischen Bewußtem und Unbewußtem.[15]

Der Organismus ist in seinen inneren Vorgängen der Beobachtung von außen zunächst ebenfalls schwer zugänglich. Direkt beobachtbar ist an einem selbstreferentiellen System niemals das, was innen, d.h. jenseits der Grenze Systemumwelt, stattfindet, sondern nur das, was außen, diesseits der Grenze Systemumwelt, stattfindet oder als Aktivität an der Grenze vom Außenstandpunkt erkennbar ist. Die Medizin ist darum bemüht, durch verschiedene Verfahren von Eingriffen in das autopoietische System (Aufschneiden, Einführen, Abbilden) die Grenze Systemumwelt jeweils zu verändern, um andere Formen der Sichtbarmachung zu ermöglichen, dies ändert aber nichts daran, daß das jeweilige Innen nicht beobachtbar bleibt. Der Unterschied zum psychischen System besteht darin, daß die Grenze des Organismus direkt beobachtbar bleibt, die des psychischen Systems aber nur vermittelt über das soziales System oder den Organismus. So sehr ich ein Gehirn auch aufschneiden, mikroskopieren oder messen mag, die Gedanken und Gefühle des psychischen Systems zeigen sich nicht.

Um diesen Unterschied zu verstehen, ist es wichtig zu wissen, daß Simon wie Luhmann (1994, vgl. auch Simon, 1995a, S.56) das soziale System nicht als Ansammlung und Ordnung von Menschen betrachten. Die Elemente des sozialen Systems sind Kommunikationen, nicht Personen. Das soziale System ist nach Simon (a.a.O., S.58) hier vergleichbar mit einem Spiel, das nicht aus den Spielern (Personen), sondern aus den Spielzügen (Kommunikationen) und Spielregeln besteht. Geäußerte Gedanken und Gefühle sind Bestandteile vom Kommunikation, damit Elemente des sozialen Systems und nicht des psychischen Systems. Es gibt keinen Grund, zwingend anzunehmen, daß

geäußerte Gedanken und Gefühle in zwei unterschiedlichen Kommunikationskontexten nicht unterschiedlich sein können, auch wenn die gleiche Person (Spieler) die Spielzüge ausübt, d.h. Gedanken und Gefühle äußert. Die Gedanken und Gefühle, die zur Beschreibung einer Person (ein schüchterner, empfindlicher Mensch) genutzt werden, sind Merkmale des sozialen Systems und beschreiben seine Struktur, nicht die Person. Wer sich nach Maßstäben des sozialen Systems gesundheitsbewußt verhält, muß dies nicht in seiner Person sein.
Um die Art der Kopplung der Systeme Organismus, Psyche, soziales System zu beschreiben, benutzt Simon (a.a.O., S.50ff.) die von Luhmann eingeführte Unterscheidung zwischen Form und Medium. Formen sind festgekoppelte Elemente, z.B. eine Hand, Medien sind loser gekoppelte Elemente, z.B. Licht zwischen der Hand und unserem Auge, das es dem Auge erst ermöglicht, die Hand zu erkennen. Ob nun die Seele Medium für die Form Körper ist oder umgekehrt, ist nicht generell zu beantworten, sondern hängt davon ab, was sich in der Interaktion der Systeme als härter oder weicher oder gleich stark erweist. Generell können alle drei Ebenen füreinander Medium sein. Diese Sichtweise erklärt die Dimensionalität des Gesundheits-/Krankheitsbegriffes und beantwortet die Frage nach der primären Dimension: Eine primäre Dimension gibt es nicht allgemeingültig, sondern jeweils situationsabhängig.
Wenn sich Organismus, psychisches System und soziales System wechselseitig wie Form und Medium zueinander verhalten können, dann sei dazu aber gesagt, daß das System als Medium nur auf die diesem System eigene Struktur, auf die Form reagieren kann. Psychosomatische Reaktionen sind so beispielsweise Ereignisse, in denen der Organismus als Medium für psychische Belastungen sich verhält, aber auf eine körpereigene Art. Er produziert Symptome, die dann sozial als Krankheit definiert werden. Auch für Heilungsprozesse ist es möglich, aber nicht sicher, daß sich die Psyche, die Heilung will, als Form erweist. Umgekehrt kann sich auch der Körper als Form und die Psyche als Medium, z.B. bei organisch bedingten psychischen Erkrankungen, erweisen. Das Gleiche gilt selbstverständlich für das soziale System.
Kritisch wäre gegenüber der Simonschen Darstellung der Strukturkopplung einzuwenden, daß das ökologische System nicht berücksichtigt wird. Da ihn primär das psychische System interessiert, mag dies verständlich sein, allerdings werden in der ökopsychologischen Betrachtungsweise von Gesundheit (Fischer, 1994, S.88ff.) längst auch

Auswirkungen, z.B. von Angst vor ökologischen Katastrophen, auf die psychische Befindlichkeit diskutiert. Hinsichtlich der Bedingungen für Gesundheit und Krankheit ist diese „Umwelt" von fundamentaler Bedeutung. Sie muß entweder als Milieu von Psyche, sozialem System und Organismus stehen bleiben oder als in sich geschlossenes, aber mit dem sozialen System und dem Organismus strukturgekoppeltes System (Menschen greifen als Umwelt in dieses ökologische System massiv durch Perturbationen ein, sind aber Bestandteil des ökologischen Systems), das wie das soziale System aus unterschiedlichen Systemen bestehen kann. Psychische Systeme z.B. bilden für das ökologische System eine Umwelt. Diese Darstellung hat den Vorteil, daß sie sichtbar macht, daß die „Umwelt" ihrerseits nicht einfach vorfindbare Umgebung ist, sondern ein selbstreferentielles System, das wiederum nicht aus den einzelnen autopoietischen Einheiten (Pflanzen, Tiere, Menschen etc. als Spielern) besteht, sondern aus Spielzügen und Spielregeln (Naturgesetzen), und daß Perturbationen nicht voraussagbare Zustandsveränderungen auslösen.
Weiterungen durch Erfinden neuer Systeme würden den Erkenntnisgewinn verkleinern: Impliziert ist bereits, daß nicht ein soziales System, sondern je nach Betrachtungsebene mehrere Teilsysteme existieren. Die politische Dimension von Gesundheit z.B. ist Bestandteil des sozialen Systems. Die Existenz mehrerer Ebenen kann auch für das ökologische System angenommen werden, zu dem als Spieler auch andere autopoietische Einheiten gehören. Ein spirituelles System (um eine weitere Dimension der Gesundheitsdefinition aufzugreifen) ließe sich nicht vom psychischen System unterscheiden, diese wären füreinander eben nicht Umwelten. Im Organismus als einer metazellulären Einheit befinden sich natürlich auch Zellen als autopoietische Einheiten.
Gegenüber bisheriger systemischer Sichtweise von Gesundheit ist das Neue an Simons konstruktivistisch-systemischer Sicht nicht der Bezug auf die einzelnen Systeme und ihre jeweilige Komplexität (die gibt es in anderen systemischen Modellen auch), sondern daß sie wechselseitig Umwelten füreinander sind und jeweils nach ihren Eigengesetzlichkeiten reagieren, sie sind eben nicht direkt beobachtbar und nicht direkt beeinflußbar, sondern lediglich störbar. Sie verhalten sich zueinander wie Form und Medium, ohne daß vorher bestimmbar ist, was sich als die härtere und was sich als die weichere Wirklichkeit erweisen wird. Dies muß in bezug auf Lernen über Gesundheit der entscheidende Ausgangspunkt sein.

2. *Was ist Lernen?*

2.1 Wahrnehmung und Beobachtung: Wiedergabe oder Konstruktion von Wirklichkeit?

Unter Lernen werden in einem weiten Sinn alle Prozesse verstanden, bei denen Menschen aus ihrer Umwelt Informationen aufnehmen, speichern und später wieder verwenden. Lernen kann bewirken, daß sich das Handeln eines Menschen aufgrund dieser Erfahrungen vorübergehend oder dauerhaft ändert. Es handelt sich um einen Vorgang des Erkennens und Speicherns von Zusammenhängen, der zur Vermehrung von kognitivem und nichtkognitivem Wissen führt (Delius/Todt, 1987, S.11f.).

Dieser Lernbegriff impliziert eine objektiv reale und unseren Erfahrungen zugängliche Welt. Wir nehmen (gegenständlich gedachte) Informationen auf, speichern Abbilder der objektiven Welt und orientieren uns in unserem Handeln (vorübergehend oder dauernd) daran. Aus konstruktivistischer Sicht müssen bereits am Ausgangspunkt, der Abbildung von Wirklichkeit und Aufnahme von Information, Zweifel angemeldet werden.

Wahrnehmung ist aus konstruktivistischer Sicht etwas, das nicht Wirklichkeit wiedergibt, sondern die Konstruktion einer Wirklichkeit im psychischen System, die viabel sein muß. Erkennen läßt sich die Grenze des Möglichen, nicht die Art des Möglichen. Maturana und Varela (1991) haben aus der Selbstreferentialität autopoietischer Systeme eine Erkenntnistheorie abgeleitet, nach der autopoietische Systeme nicht passiv Informationen aufnehmen können, sondern durch Handeln aktiv Wirklichkeit konstruieren. Handeln und Erkennen sind nicht voneinander getrennt. Da autopoietische Systeme gemäß ihrer eigenen Struktur handeln, sind auch Wahrnehmungen Zeichen für die Struktur des Systems, nicht für die wahrgenommene Umwelt. Umwelt kann diese Wahrnehmung nur perturbieren. Gilt dies schon für die „Aufnahme“ von Informationen und erst recht für ihre Weiterverarbeitung innerhalb des Systems. Was gelernt ist, muß Teil des psychischen Systems geworden sein, d.h. von ihm erzeugt werden. Die Art der Zustandsveränderung läßt sich somit auch nicht genau voraussagen. Lernen ist kein passiver Vorgang der Aufnahme von irgend etwas Gegenständlichem – auch wenn die Bilder der Sprache zu einer Verstofflichung des Gelernten verführen: Wissensstoff, Eintrichtern, etwas Gelerntes intus

haben –, nämlich einer Information, sondern ein aktiver Vorgang der Konstruktion von Wirklichkeit. Ergänzend zu Maturana und Varela muß gesagt werden, daß dann, wenn wir von unterschiedlichen Systemen ausgehen, es das psychische System ist, das wahrnimmt und lernt, vermittelt über den Organismus oder über das soziale System.
Schwarzer (1990, 1992, 1996), ein Anhänger eines präventiven Verständnisses von Gesundheitslernen, gibt mit seiner sozial-kognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens Beispiele dafür, daß nicht erst in der Ausführung der Handlung, z.B. „mit dem Rauchen aufhören", sondern bereits in der Intentionsbildung andere als in klassischen Lernmodellen erwartete Prozesse der Wahrnehmung stattfinden. Menschen halten z.B. trotz vorhandener anderer Informationen die Gefährlichkeit des durch Rauchen verursachten Lungenkrebses für weniger hoch, als wissenschaftliche, diesen Personen zugängliche Daten dies „objektiv" besagen, oder sie glauben nicht an den Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs, oder sie halten den Zusammenhang zwar für real und schätzen die Gefahr, durch Rauchen Lungenkrebs zu bekommen, als hoch ein, fühlen sich persönlich aber nicht von dieser Gefahr bedroht, sondern unverwundbar. Statistische, wissenschaftliche Beweise ändern an dieser Wahrnehmung nichts. Menschen können sich darüber hinaus zwar für persönlich bedroht halten, glauben aber nicht an ihre eigene Fähigkeit, mit dem Rauchen aufzuhören, z.B. weil sie sich einer Sucht unterlegen fühlen, der sie nicht widerstehen können. Erst wenn sie auch an diese Fähigkeit glauben und vielleicht auch noch sozial in der Intentionsbildung unterstützt werden, kommt die Absicht, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, zustande, und zwischen dieser Absicht und ihrer Verwirklichung liegen noch einmal lange Wege auch persönlicher Wahrnehmungen und Einschätzungen.
Was Schwarzer als Phänomene der Intentionsbildung beschreibt, ließe sich auch als Konstruktion eigener Wirklichkeit formulieren. In bezug auf Gesundheit haben diese Konstruktionen besondere Bedeutung, weil es sich nicht grundsätzlich ausschließen läßt, daß z.B. eine Wirklichkeitskonstruktion persönlicher Unverwundbarkeit mit dem statistischen Zufall zusammenhängt, daß diese Person trotz Rauchen nicht an Lungenkrebs erkrankt.[16] Die Existenz dieses Zusammenhanges läßt sich ebensowenig ausschließen wie seine Nichtexistenz. Mit anderen Worten: Wir können in bezug auf Gesundheit zumindest nicht ausschließen, daß diese subjektiven Konstruktionen zu anderen „objektiven" Realitäten führen. Ethisch problematisch ist, daß der subjektive

Beweis des Zusammenhangs Rauchen und persönliches Erkrankungsrisiko erst erbracht ist, wenn die Krankheit bei dieser konkreten Person eingetreten ist; und auch dann muß dieser Zusammenhang nicht subjektiv akzeptiert werden.
Nach Maturana/Varela (1991, S.188) ist es aufgrund der Erkenntnisse über die Gesetzmäßigkeiten von Leben naheliegend, *„Lernen als Ausdruck einer Strukturkoppelung zu verstehen, in der die Verträglichkeit zwischen der Arbeitsweise eines Organismus und des Milieus aufrechterhalten wird."* Anders formuliert: Es ist von der (lebensgeschichtlich entstandenen) Struktur des Menschen (genauer: des psychischen Systems) abhängig, ob er sich bezüglich Lungenkrebs für verwundbar oder nicht verwundbar hält. Der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit kann solange aufrechterhalten werden, bis dieses Konstrukt mit der Umwelt (z.B. den erkennbaren Zeichen einer eingetretenen Krankheit) nicht mehr verträglich ist. Die Konstruktion kann nur innerhalb der von der Umwelt gesetzten Grenzen stattfinden, aber alles, was innerhalb dieser Grenzen bleibt, ist möglich.
Die autopoietische Einheit konstruiert aus Perturbationen Informationen nach ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten. So nehmen Menschen über die Nervenzellen ihrer Sinnesorgane unterschiedliche Perturbationen (Lichtwellen, akustische Reize, Druck etc.) wahr, die einheitlich als elektrische Impulse an das Gehirn weitergegeben werden. Dort ist ein Vielfaches der Zellen dafür da, diese Impulse zu „Weltbildern" zu verarbeiten, die nicht zentral in hierarchisch geordneten Zellen, sondern im Gesamtnetz entstehen (Roth, 1992, S.277ff.). Diese persönlichen Weltbilder erscheinen dann als Wirklichkeit. Dies beinhaltet nicht die Aussage, daß es eine objektive Realität nicht gibt, sondern die Aussage, daß eine Erkenntnis von Wirklichkeit unabhängig vom Beobachter nicht möglich ist. Alles Beobachtete ist von jemandem beobachtet, oder *„Alles Gesagte ist von jemandem gesagt"* (Maturana/Varela, 1991, S.32).
Der erste Teil der Definition „Aufnahme von Informationen" erweist sich in dieser Sicht als ausgesprochen komplexer, subjektiv und sozial geprägter Vorgang. Die Annahme, Informationen würden sich unverändert in ein neues Gehirn projizieren lassen, erscheint als geradezu naiv.[17] Die entstandenen inneren Weltbilder sind von außen nicht beobachtbar. Ebensowenig ist konkret beobachtbar, was mit diesen Informationen im weiteren erfolgt. Es ist nicht beobachtbar, unter welchen Bedingungen und wie diese Informationen wiederverwendet werden oder verlorengehen und warum sie zu verändertem Handeln führen

oder nicht. Gesucht wird die Erklärung in organischen Vorgängen, in sozialen Vorgängen (Kommunikation) oder durch theoretische Modelle über psychische Strukturen. Beobachtbar wird unterschiedliches Handeln (einschließlich Kommunikation). Bei einer (dauerhaften) Veränderung des beobachtbaren Handelns (z.B. Worte formulieren) – meistens, aber nicht immer in einem angenommenen Zusammenhang zu Perturbationen – wird Lernen vermutet.
Maturana/Varela (a.a.O., S.189) sprechen von (Er-)Kenntnis, *„wenn wir ein effektives (oder angemessenes) Verhalten in einem bestimmten Kontext beobachten, das heißt in einem Bereich, den wir durch eine (explizite oder implizite) Frage umreißen, die wir als Beobachter haben."* Erkenntnis stellt also ein Beobachter an anderen (durch Interaktion) oder an sich selbst (im psychischen System) fest, diese ist von der Perspektive des Beobachters nicht zu trennen. Arnold/Siebert (1995, S.89) bringen den konstruktivistischen Lernbegriff auf den Punkt: *„Wir entdecken nicht eine vorhandene Welt, sondern wir erfinden Welten und erfinden uns auch selbst ... Lernen heißt nicht, Vorgegebenes abbilden, sondern Eigenes gestalten."* Diese Erfindung von Welten erklärt zugleich, warum jeder unter Gesundheit etwas anderes zu verstehen scheint.
Nach Luhmann (1994, S.158) ist Lernen *„die Bezeichnung dafür, daß man nicht beobachten kann, wie Informationen dadurch weiterreichende Konsequenzen auslösen, daß sie in einem System partielle Strukturveränderungen bewirken, ohne dadurch die Selbstidentifikation des Systems zu unterbrechen."* Mit anderen Worten: Es ist nicht bekannt, was in einem Raucher vorgeht, der in einem vermuteten Zusammenhang mit einem Nichtraucherkurs das Rauchen aufgibt, ohne als Person an Identität zu verlieren. Der Beobachter kann nur das Verhalten dieser Person zu zwei verschiedenen Zeitpunkten miteinander vergleichen: Einmal das Rauchen (Aufsaugen der Inhaltsstoffe), ein anderes Mal das Nicht-Rauchen. Er zieht daraus den Schluß, daß in der Zwischenzeit ein Lernprozeß stattgefunden hat. Lernen ist so gesehen ein Erklärungsprinzip des Beobachters. Andere Erklärungen, die sich auf die Interaktion der Person und seines sozialen Umfeldes beziehen, wären möglich (Simon, 1996).
In bezug auf Gesundheitsbildung ist zusätzlich zu beachten, daß das, was wir als Lernen bezeichnen, keinen Unterschied bezüglich der Wertung des Gelernten macht. Rauchen wird genauso mit Lernprozessen erklärt wie Nicht-mehr-Rauchen, oder allgemeiner formuliert: Verhalten, das als gesundheitsgerecht beschrieben wird, erklärt sich genauso wie Verhalten, das als krankmachend beschrieben wird, mit Lernen.

Dieses Nichtwissen über innere Vorgänge, die mit beobachtbaren Veränderungen einhergehen, bezeichnen wir als Lernen. Wir entscheiden uns, die Ursache für die beobachtete Veränderung im psychischen System zu suchen (und behaupten einen Zusammenhang mit dem Nichtraucherkurs). Die Ursache des Nichtwissens liegt nicht in einem Mangel an Forschung, sondern in der Unzugänglichkeit des nicht beobachtbaren psychischen Systems. Lernen ist damit etwas, was im psychischen System stattfindet – entweder als Zustandsänderung oder durch Perturbation des Organismus oder des sozialen Systems ausgelöst –, aber nur im sozialen System (als Handeln oder Kommunikation) oder durch Selbstbeobachtung, d.h. Kommunikation eines psychischen Systems mit sich selbst, beobachtbar ist.[18]

Für Gesundheitsbildung ist wichtig, daß die Perturbation, die die Zustandsänderung Lernen nicht determiniert, sondern bestenfalls auslöst, durch das soziale System, aber auch durch den Organismus, d.h. fühlend, erfahrend, erfolgen kann. Es gibt keinen Grund, anzunehmen, daß Lernen ausschließlich sprachlich erfolgen muß. In einem Teil der Praxis des Lernens zu unterschiedlichen Themen scheint sich gegenwärtig die Auffassung durchzusetzen, daß Lernen über den Organismus angeregt werden kann (z.B. Kinesiologie, Suggestopädie, Lernen mit allen Sinnen ...).

Im Zentrum eines konstruktivistischen Verständnisses von Erkenntnis steht der Begriff der Beobachtung, denn nach Maturana/Varela (1991) ist die Wirklichkeit immer die Wirklichkeit eines Beobachters oder einer Beobachterin, der oder die sein Wirklichkeitsbild konstruiert. Der – aktive – Vorgang des Beobachtens, der Voraussetzung für jeden Lernprozeß ist, läßt sich dabei mit Simon (1995a, S.13ff.)[19] differenzieren in Unterscheidung und Bezeichnung. Unterscheiden bedeutet, daß ein Phänomen von seinem Kontext, seiner Umwelt unterschieden wird (die Kuh auf der Weide von der Weide oder Krankheitssymptome von gesunden Phänomen), d.h., es wird eine Grenze zwischen einer Innenseite (der Kuh oder den Krankheitssymptomen) und der Außenseite (der Weide oder den gesunden Phänomenen) gezogen. Bezeichnen meint, daß ein zweites Phänomen als Zeichen für dieses erste Phänomen gesetzt wird (das Wort Kuh für das von der Weide unterschiedene Ding, der Name einer Krankheit, z.B. Lungenkrebs, für die verschiedenen Symptome). Bereits die Möglichkeit der Unterscheidung beruht auf Vorerfahrungen beim Beobachter, ist somit nicht objektiv, sondern vom Beobachter abhängig. Die Beobachtung setzt

eine innere „Landkarte“ voraus, an der die Orientierung erfolgt. Der Vorgang der Bezeichnung läßt sich dann noch weiter differenzieren in

– eine (nur theoretisch bewertungsfreie) Datenerhebung von Phänomenen, die zunächst „sinnlos“ ist: die Beschreibung (als braun und weiß im Unterschied zu grün wahrgenommene Farbflecke oder bestimmte Atemgeräusche, Anzahl und Beschaffenheit von Hustenanfällen, Hell-Dunkel-Unterschiede auf dem Röntgenbild etc.),
– die Erklärung, die Ergebnis eines sozialen Einigungsprozesses ist (die soziale Entscheidung, den Begriff Kuh als hinreichend genau zu akzeptieren und das Phänomen Kuh auf Weide im Unterschied zu Kuh im Himmel als wahrscheinlich anzunehmen, oder die Entscheidung, daß die festgehaltenen Daten die Diagnose Lungenkrebs nahelegen), wobei sich die Erklärungen in der Praxis als anwendbar und passend bestätigen müssen.[20]
– die Bewertung des Phänomens (die Kuh auf der Weide als angenehm und vertraut, den Lungenkrebs als bedrohliche Erkrankung).

Nimmt man diese Beschreibung der Beobachtung als Grundlage und bedenkt, daß das psychische System ein selbstreferentielles System ist und Handeln und Erkennen nicht getrennt sind,[21] dann ließe sich Lernen als Zustandsveränderung des psychischen Systems zu seiner Aufrechterhaltung verstehen. Somit kann ein psychisches System im Prinzip nicht nicht lernen, analog zur kommunikationstheoretischen Behauptung, daß eine Person in Gegenwart anderer Personen nicht nicht kommunizieren kann. Alles verändert sich, System und Umwelt. Solange das System in einer sich verändernden Umwelt weiterbesteht, hat es gelernt – auch wenn es lernt, sein Handeln unter neuen Bedingungen nicht zu ändern. Die Selbsterzeugung des psychischen Systems ist ein Kreislauf von beobachten und handeln: Die Umwelt wird beobachtet, die Möglichkeit des Handelns wird beobachtet, die Entscheidung für eine Möglichkeit des Handelns wird getroffen, die perturbierende Wirkung des Handelns wird beobachtet, indem die Umwelt beobachtet wird. Dies kann zur Bestätigung oder zur Neuorganisation von Wirklichkeitskonstruktionen führen. („Mein Husten hat trotz Nicht-Rauchen nicht aufgehört, dann kann ich ja weiter rauchen“ oder „Obwohl ich mit dem Rauchen aufgehört habe, ist mein Husten nicht vorbei, wie gut, daß ich meine Lunge nicht noch mehr schädige.“) Empfinden sei hier als eine besondere Art des Handelns verstanden.

Mit der Wahl der Beobachtungsmethode wird im übrigen auch der Phänomenbereich festgelegt, der beobachtet wird. Insofern sind die

Ergebnisse einer Beobachtung nie unabhängig von der Beobachtungsmethode – dies gilt auch für wissenschaftliche Sichtweisen. In bezug auf Gesundheit erklärt dies z.B., warum unterschiedliche ExpertInnen bei der Betrachtung eines Phänomens zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen: Der europäische Mediziner findet ein medizinisches Phänomen. Der traditionelle chinesische Mediziner findet eine Schwankung im Energiegleichgewicht; der Familientherapeut eine krankmachende Familienkonstellation usw. In partizipativen Modellen betrieblicher Gesundheitsförderung wird die Ursache von Fehlzeiten in fehlender Kommunikation gesucht. Der Arbeitsschutzexperte findet die Ursache in mangelnder Einhaltung der Sicherheitsvorschriften. Alle beobachten Wirklichkeit mit ihren Beobachtungsmethoden, und sie finden jeweils unterschiedliche Wirklichkeiten.

Bei der Suche nach einer neuen Möglichkeit der Begriffsbestimmung von Bildung kann man auf Schäffter (1995a, S.55) zurückgreifen: *„Das, was wir mit dem Begriff Bildung unterscheiden und bezeichnen, läßt sich ... als das integrative Prozeßgefüge eines Sinnsystems rekonstruieren. Der Begriff bezeichnet eine Selbstbewegung, die zwar von einem systemrelativen Außen angeregt und gefördert werden kann, die dann aber als interne Bewegung, als ein autonomer Aneignungsprozeß zwischen (systemrelativem) Innen und Außen verläuft ... Bildung ließe sich in diesem Verständnis als eine besondere Transformation von Sinnstrukturen verstehen, in der ein Äußeres kognitiv gestaltend verinnerlicht und ein Inneres über Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung produktiv ausdrückbar wird. Bildung wäre also als produktiv verarbeitende Prozeßstruktur einer dialektischen Innen-Außen-Relationierung aufzufassen."* Versucht man, diese etwas kompliziert anmutende Definition von Bildung neu zu fassen, sind Prozeß, Sinnsystem (hier: das psychische System), Transformation, Innen-Außen, Außen-Innen und Beobachtung die Schlüsselwörter. Es geht um einen (prozeßhaften) Vorgang an der Grenze des psychischen Systems, in dessen Zentrum die Beobachtung (als Innen-Außen-Beziehung) steht. Die Besonderheit psychischer Systeme ist ihre Fähigkeit zur Beobachtung (zum Unterscheiden und Bezeichnen) der Umwelt und Selbstbeobachtung des Systems, eine aktive Leistung der Konstruktion von viabler Wirklichkeit, die für die Aufrechterhaltung der Selbstreferentialität des psychischen Systems unabdingbare Voraussetzung ist. Für ein psychisches System ist es also nicht möglich, nicht zu lernen, weil es ständig beobachtet, Wirklichkeit konstruiert, auf Viabilität überprüft und neu konstruiert.

Angesichts der Unmöglichkeit des psychischen Systems, nicht zu lernen, könnte nun geschlossen werden, es sei das Beste für einen Lernprozeß, der sowieso stattfindet, ihn nicht zu stören. Diese Annahme läßt sich nicht halten, denn es ist einer Person X nicht möglich, in Anwesenheit der Person Y nicht Teil der Umwelt der Person Y zu sein, durch die Y ständig Perturbationen erhält. Ebensowenig wie Person X das Verhalten der Person Y bestimmen kann, kann sie verhindern, daß sich die Person Y durch die Anwesenheit der Person X verändert. Dies beinhaltet immer die Möglichkeit der Störung, damit aber auch immer die Möglichkeit zu lernen. Voraussetzung für die Unmöglichkeit, nicht zu lernen, ist die Grenzziehung, die Perturbationen mit einbezieht. Ohne Perturbation durch seine Umwelt, d.h. ohne Existenz einer Umwelt (zu der ja auch der Organismus und das ökologische System gehören), hört das psychische System auf zu existieren. Lernen nicht zu beeinflussen ist also nicht möglich. Bereits die Art der Umgebung (mit hohem oder geringem Anregungsgrad durch kahle Wände oder Neugier weckende Gegenstände) hat Einfluß auf Lernen. Das Verhalten, daß sich zu zwei verschiedenen Zeitpunkten beobachten läßt und das mit Lernen erklärt wird, ist Verhalten in einer Interaktion, Ausdruck der Kommunikation der lernenden Person mit anderen Personen. Die Veränderung, die sich beobachten läßt, ist eine Veränderung der Beziehung eines Systems zu seiner Umwelt. Die Ursache der Veränderung wird einseitig mit einer in der Person liegenden Veränderung erklärt (vgl. Simon, 1996).
Jeder Lernprozeß, der eine neue Art des Handelns oder eine veränderte Art der Beobachtung enthält, erweitert die Möglichkeiten des psychischen Systems und trägt somit zu seiner Komplexität bei.

2.2 Lernen von anderen: Erweiterung von Komplexität

Eine konstruktivistische Sichtweise der System-Umwelt-Beziehung könnte dazu verleiten, zu glauben, jedes psychische System müßte mit seinen Lernprozessen wieder von vorne beginnen, da es ihm ja nicht möglich ist, Wissen zu übernehmen. Diese Annahme ist richtig – insofern jedes psychische System seinen Lernprozeß selbst gestalten muß – und nicht richtig – insofern es andere psychische Systeme für seinen Lernprozeß nutzen kann. Luhmann (1994, S.303ff.) leugnet keineswegs den Einfluß von Sozialisation auf psychische Systeme, auch wenn er Sozialisation etwas anders als andere Autoren versteht,[22] aber er stellt

Sozialisation nicht außerhalb der System-Umwelt-Differenz, sondern sie wird seines Erachtens erst durch diese Differenz möglich. Ein System kann erst dadurch von einem anderen System „lernen", daß es sich von ihm unterscheidet. Es muß seine Lernprozesse selbst gestalten, kann aber in dieser Gestaltung durch Differenz die Komplexität anderer Systeme nutzen.

Um dies zu erklären, ist es notwendig, das Phänomen der Interpenetration zu verstehen. Interpenetration ist ein Verhältnis von autopoietischen Systemen, aber es kennzeichnet weder eine Beziehung zwischen getrennten Systemen noch eine Überschneidungsmenge von Systemen. Es ist eine Besonderheit der System-Umwelt-Beziehung insofern, als es in dieser Beziehung eine entscheidende Rolle spielt, daß zu dieser Umwelt ein autopoietisches System gehört (nicht daß die Umwelt eines ist!). Die interpenetrierenden Systeme bleiben für einander Umwelt, machen sich aber wechselseitig Eigenkomplexität zugänglich.

Komplexität meint, daß eine Vielzahl von Elementen, z.B. Handlungen nur selektiv verknüpft werden können, sie bedeutet also Selektionszwang. Mit anderen Worten: Ein System bereichert sich dadurch, daß es die Zahl seiner Möglichkeiten erweitert. Vielfältigkeit von Möglichkeiten zwingt aber dazu, einige auszuwählen (und andere eben nicht zu wählen). Um z.B. Yoga als eine Form der Lebensbewältigung neben vielen anderen Möglichkeiten zu lernen oder zu praktizieren, müssen vorübergehend – für den Augenblick des Lernens oder Praktizierens – die anderen Möglichkeiten ausgeschlossen werden. Wenn eine Person etwas tut, tut sie damit jeweils etwas anderes zugleich nicht. Ihre Komplexität und Wahlmöglichkeit erhält sie dadurch, daß sie etwas anderes tun könnte (lesen, schwimmen, spazierengehen ...). Das Problem von Lernprozessen besteht darin, daß sie andere Möglichkeiten ausschließen, daß die Geschichte des Erlernens eines Verhaltens eine Geschichte der Reduzierung von Möglichkeiten ist. Die moderne Hirnforschung beschreibt z.B., daß bei einem neugeborenen Kind alle Gehirnzellen miteinander vernetzt sind und in der Geschichte des Erlernens von Fähigkeiten andere Verbindungen abgeschnitten werden, so daß sich Verhaltensmuster etablieren. Dies ist solange kein Problem, wie die Reduzierung der Komplexität bekannt bleibt und es möglich ist, auch eine andere Wahl zu treffen, wie Bekanntes in Frage gestellt werden kann und in Erinnerung gerufen wird, daß die Person etwas anderes tun könnte (Simon, 1996).

Die Komplexität, die Systeme einander zur Verfügung stellen, bleibt für das aufnehmende System aber unfaßbare Komplexität, also Unordnung. *„Man kann deshalb auch formulieren, daß die psychischen Systeme die sozialen Systeme mit hinreichender Unordnung versorgen und umgekehrt"* (Luhmann, 1994, S.291). Die Kommunikation ist der Versuch, der Unordnung eine neue Struktur zu geben, aber sie stellt die Unordnung erst her. Wären alle der gleichen Meinung über die Wirklichkeit, wäre es nicht möglich, etwas voneinander zu lernen. Die Wirklichkeitskonstruktion würde nicht komplexer, weil es keine Wahlmöglichkeiten zwischen So-Sein und Anders-Sein gäbe. Wenn alle einer Meinung sind, gibt es schnell nichts mehr zu sagen.

Interpenetration (Austausch von Komplexität durch Markieren von Unterschieden) findet in der Form von Kommunikation (und diese ist Element sozialer Systeme) statt. Umgekehrt setzt das Ingang-Bringen von Kommunikation ein Interpenetrationsverhältnis voraus. Anders formuliert bedeutet dies, daß wechselseitiges Lernen nur da möglich ist, wo auch ein soziales System entsteht. In der Beziehung zwischen Menschen wird die Komplexität eines Menschen für einen anderen von Bedeutung und umgekehrt.

Die Beziehung in Lernsituationen ist in der Regel wenig intim, deutlich weniger intim als z.B. zwischen Menschen, die eine Liebesbeziehung verbindet. Mehr oder weniger Intimität meint, daß mehr oder weniger Bereiche des persönlichen Erlebens und Körperverhaltens eines Menschen für einen anderen relevant werden und daß dies wechselseitig geschieht (a.a.O., S.304). Für die Lernsituation in der Erwachsenenbildung ist aber typisch, daß nur wenige Bereiche des persönlichen Erlebens und Verhaltens für eine andere Person relevant sind, allerdings mehr, als es auf den ersten Blick scheint: Es sind nicht nur Formen des Erlebens und Verhaltens, die mit den unmittelbaren Lerninhalten zu tun haben. Für Lernende und Lehrende ist es nicht unerheblich, ob z.B. wechselseitige Sympathien oder Antipathien vorhanden sind. Die zwischenmenschliche Interpenetration geht über Kommunikation (und damit über die Interaktion) hinaus, weil Intimität auch Nicht-Kommunizierbares und damit auch die Erfahrung der Nicht-Kommunizierbarkeit einschließt. Menschen können füreinander Bedeutungen bekommen, die sie einander verbal und nonverbal nicht mitteilen können, denn die Kommunikation würde der Mitteilung einen Sinn geben, der nicht gemeint war (a.a.O, S.310).

Entscheidend für Interpenetration ist, daß *„die Grenzen des einen Systems in den Operationsbereich des anderen übernommen werden können"* (Luhmann, 1994, S.295), d.h. aber jeweils gerade nicht identisch sind, sondern sich unterscheiden. *„Jedes an Interpenetration beteiligte System realisiert in sich selbst das andere als dessen Differenz von System und Umwelt, ohne selbst entsprechend zu zerfallen. So kann jedes System im Verhältnis zum anderen eigene Komplexitätsüberlegenheit, eigene Beschreibungsweisen, eigene Reduktionen verwirklichen und auf dieser Grundlage eigene Komplexität dem anderen zur Verfügung stellen"* (a.a.O., S.295). Lernen voneinander ist gerade dadurch möglich, daß sich die psychischen Systeme unterscheiden, indem sie die System-Umwelt-Grenze des anderen psychischen Systems erkennen. Mit jeder Beobachtung verändert sich aber das Beobachtete, da diese Operation in beiden Systemen zugleich erfolgt: Wie langweilig und unergiebig eine Lernsituation auch immer scheinen mag, die an dieser Lernsituation beteiligten Systeme haben in der Lernsituation eine Zustandsveränderung vollzogen, dessen Richtung allerdings nicht voraussagbar ist.

Interpenetrierende Systeme können die Komplexität des jeweiligen anderen Systems niemals voll ausnutzen und nie ganz in das eigene System überführen, beispielsweise können KursleiterInnen nicht die gesamte Komplexität der Assoziationen zu Gesundheit bei Teilnehmenden erkennen und übernehmen, oder umgekehrt: Teilnehmende können nicht die Komplexität des Gesundheitsbegriffs von KursleiterInnen erfassen. Die beteiligten Systeme stehen nach Auffassung von Luhmann (a.a.O, S.311) vor Aufgaben der Informationsverarbeitung, die nicht sachgerecht zu lösen sind. Um dennoch die Komplexität des anderen Systems für den Aufbau des eigenen Systems zu nutzen, arbeiten sie mit binärer Schematisierung (richtig/falsch, gesund/krank, angenehm/nicht angenehm usw.). Diese binäre Schematisierung, die nie komplexe Wirklichkeit wiedergeben kann, gerade weil sie sie auf ein Maß reduziert, das Voraussetzung für Zugänglichkeit ist, ist damit zentral für Lernprozesse. Sie ist gleichzeitig eine Erklärung dafür, warum die (für Systeme eigentlich nicht gültige) Unterscheidung zwischen gesund und krank wichtig ist. Sie ist ein Merkmal des sozialen Systems Kommunikation, nicht des Organismus.

Die Integrationsmöglichkeit liegt darin, daß die beteiligten Systeme dasselbe Differenzschema verwenden, um Informationen zu verarbeiten. Die Struktur des Geschehens ist auf beiden Seiten analog. Das ermöglicht zunächst Interpenetration, aber auch, daß auf beiden Sei-

ten mit Information je unterschiedlich umgegangen wird. Der Vorteil von binärer Schematisierung liegt darin, daß man, wenn man selbst das Schema bestimmt, dem anderen die Wahl zwischen beiden Möglichkeiten überlassen kann. Das setzt nicht voraus, daß es Konsens gibt. Indem ein System beobachtet oder handelt, sieht es auch, daß andere Möglichkeiten existieren, die nicht weiter definiert sein müssen. Z.B. ist die Aussage „Diese Farbe ist blau" auch eine Aussage darüber, daß es irgendwelche anderen Farben gibt. Um mit Komplexität umgehen zu können, ist es nicht immer sinnvoll, alle anderen Möglichkeiten konkret in Betracht zu ziehen, es reicht zu wissen, daß es andere Möglichkeiten gibt.
Z.B. könnte eine Kursleiterin vermitteln wollen, eine bestimmte Körperhaltung sei entspannend. Die Teilnehmenden haben damit die Möglichkeit, zu entscheiden, ob sie die Haltung als entspannend oder als nichtentspannend empfinden, ohne gleich näher bestimmen zu müssen, was diese Nicht-Entspannung bedeutet (schmerzhaft, unbequem, Gefühle auslösend etc.): Das Schema ist vorgegeben, die Wahl der Möglichkeit nicht. Zur Verdeutlichung noch einmal konkretisiert: Wenn eine Kursleiterin eine Entspannungsübung ansagt, indem sie suggeriert, die Teilnehmenden könnten ihren Arm jetzt entspannen, gibt sie ein binäres Schema Entspannung/Spannung vor. Den Teilnehmenden gelingt es, den Arm zu entspannen, oder es gelingt ihnen nicht. Eine andere Kursleiterin sagt die gleiche Übung an, indem sie danach fragt, ob es den Teilnehmenden möglich ist, den Arm jetzt zu entspannen. Sie gibt das gleiche binäre Schema vor. Den Teilnehmenden gelingt es ebenfalls, den Arm zu entspannen, oder es gelingt ihnen nicht. Der Unterschied der beiden Kursleiterinnen besteht nicht in der Wahl des Schemas, sondern in der sprachlichen Verdeutlichung der Wahl, die Teilnehmende in beiden Fällen haben.
Für Sozialisation – und Lernprozesse der Gesundheitsbildung sollen hier als kleiner, aber sehr spezifischer Teil der Sozialisation verstanden werden[23] – ist es eine Voraussetzung, daß es *„Differenzschemata gibt, die das psychische System der Umwelt zuordnen und auf sich beziehen kann"* (a.a.O., S.327), z.B. Zuwendung/Abwendung einer Person, Verstehen/Nicht-Verstehen, Erfolg/Mißerfolg, denn solche binären Schematisierungen sind für Interpenetrationen kennzeichnend. Sozialisation ist somit nicht determiniert, sondern differenzgesteuert. Das psychische System reagiert darauf mit Entwicklung eigener Differenzschemata, und auf die kommt es an. Entscheidend ist, daß nicht nur ein einziges

Schema den Differenzprozeß dominiert, Vielfalt bringt Erweiterung von Möglichkeiten.
Lernen über Gesundheit kann sich im Kurs dadurch ereignen, daß Möglichkeiten erweitert werden, indem eine Vielzahl von Schemata genutzt wird. Daraus ergibt sich eine erste Anleitung für KursleiterInnen: Vielfalt von Schemata entsteht im Kurs dadurch, daß alle Beteiligten, nicht nur die KursleiterInen, ihre Schemata einbringen. Die Vorgabe, die Teilnehmenden in das Lerngeschehen einzubeziehen und auch von den Teilnehmenden zu lernen, ist damit nicht nur eine normative Vorgabe, sondern eng mit dem Ziel der Gesundheitsbildung verbunden. Vielfalt/Einseitigkeit ist demnach ein erstes Differenzschema, das helfen kann, die Rolle von KursleiterInnen zu fassen.
Lernen in der Gesundheitsbildung – wie auch in anderen Themenfeldern – ist nur möglich durch das Umgehen mit Differenzschemata. Solche Differenzschemata können z.B. sein: Spannung/Entspannung, Bewegung/Ruhe, Schlaf/Wachsein, Harmonie/Konflikte. Es können Schemata der Einordnung von Veränderungen sein: sinnhaft/sinnlos, Herausforderung/Bedrohung, beeinflußbar/nicht beeinflußbar, Unterstützung zu erwarten/Unterstützung nicht zu erwarten. Es können auch grundlegende Schemata der Bewertung der Veränderung sein: gesund/ungesund, lustvoll/lustlos, angenehm/unangenehm. Dies gilt gleichfalls für die Bewertung des Organismus und seiner Veränderungen als dick/dünn, beweglich/unbeweglich, schnell/langsam.[24] Im Lernprozeß selbst spielen darüber hinaus binäre Schemata eine Rolle, die die Interaktion der Anwesenden beschreiben: angenehm/unangenehm, Zuwendung/Abwendung, Sympathie/Antipathie, Aufmerksamkeit/Unaufmerksamkeit etc.
Diese Differenzschemata haben ihr Entweder-oder, ihr Weder-noch und Sowohl-als-auch. Sie sind für Lernen unumgänglich und ermöglichen Zugänglichkeit von Komplexität, indem sie Komplexität reduzieren.

2.3 Organisiertes Lernen: Eigendynamik eines sozialen Systems, das Nichtwissen produziert

Lernen (Veränderung von Verhalten) findet immer statt. Lernen zweier Systeme voneinander setzt Interaktion voraus, die überall da existiert, wo mindestens zwei Menschen miteinander kommunizieren (gleichgültig ob von Angesicht zu Angesicht, über ein Buch, eine CD oder

das Fernsehen). Organisiertes Lernen setzt die Existenz eines weiteren sozialen Systems voraus, einer Organisation, die ihren eigenen Gesetzlichkeiten folgt. Elemente organisierter Erwachsenenbildung sind nicht die Interaktionen, sondern die Organisationsstrukturen. Interaktion erzeugt nicht Organisation, sondern Interaktion. Im Sinne einer Systemdifferenzierung gehört der einzelne Kurs zur Organisation, er ist ein Teilsystem, aber Interaktion ist kein Teilsystem des Kursverlaufes (als Umwelt aber eben nicht von geringfügiger, sondern von elementarer Bedeutung für die Organisation Erwachsenenbildung).
Nach Luhmann (1994, S.35) hat als Ausgangspunkt jeder systemtheoretischen Analyse die Differenz von System und Umwelt zu dienen. *„Systeme sind nicht nur gelegentlich und adaptiv, sie sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und könnten ohne Umwelt nicht bestehen. Sie konstituieren und sie erhalten sich durch die Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt, und sie benutzen ihre Grenzen zur Regulierung dieser Differenz. Ohne Differenz zur Umwelt gäbe es nicht einmal Selbstreferenz, denn Differenz ist Funktionsprämisse selbstreferentieller Operationen. In diesem Sinne ist Grenzerhaltung (boundary maintenance) Systemerhaltung."* Nimmt man diese existentielle Notwendigkeit einer Differenz zur Umwelt zum Ausgangspunkt einer Betrachtung von (Gesundheits-)Bildung auf der Ebene der Organisation, dann wird deutlich:

– Gesundheitsbildung stellt nicht Gesundheit her. Sie stellt ebensowenig soziale Chancengleichheit in bezug auf Gesundheit (allenfalls auf Lernen) her. Sie läßt sich nicht in ihrem Erfolg daran messen, ob Menschen gesünder werden.
– Sie entscheidet nicht als Eingangsvoraussetzung darüber, ob Menschen gesund oder krank sind.
– Sie definiert ihre Inhalte nicht danach, was in anderen sozialen System für gesund gehalten wird.[25]

Gesundheitsbildung bezieht sich auf Gesundheit als ihren Gegenstand, aber nicht als ihre Leitdifferenz. Die Gesundheitswissenschaften beeinflussen das Aussehen des Spielfeldes und vielleicht den Inhalt der Ereigniskarten, sie bestimmen nicht die Spielregeln und die Spielzüge (vgl. Simon, 1995b). Allerdings ist es für SpielleiterInnen und MitspielerInnen sinnvoll, nicht nur die Spielregeln, sondern auch das Spielfeld zu kennen.
Bezogen auf das System Gesundheitsbildung bedeutet dies, daß es sich auf seine Umwelt, zu der Gesundheitsförderung und Gesundheitswis-

senschaften gehören, bezieht, sich mit ihr im Austausch befindet, aber eben als Umwelt, zu der die Grenze kontinuierlich neu zu ziehen ist. Perturbationen aus dieser Umwelt determinieren Zustandsveränderungen nicht, aber sie lösen Zustandsveränderungen auf eine der Struktur der Gesundheitsbildung eigene Art aus. Wer sich dabei als Medium und was sich als Form erweist, ist nicht vorher festlegbar. Für eine andere Organisation, z.B. Gesundheitskurse im Rahmen der Patient-Arzt-Beziehung oder Kurse bei Krankenkassen, ist diese Umwelt eine andere, weil das soziale System ein anderes ist. Zu versuchen, das soziale System Organisation von Gesundheitsbildung der Logik des sozialen Systems Gesundheitskurse bei Krankenkassen zu unterwerfen, erwiese sich als struktureller Irrtum.

Aufgabe der organisierten (Gesundheits-)Bildung ist es, Organisationsstrukturen zu schaffen, in denen Lernbedürfnisse (in bezug auf gesundheitsrelevante Themen) von Erwachsenen erfüllt werden. Gemäß der Eigendynamik eines sozialen Systems erfüllt sie nicht nur diese Bedürfnisse, sondern stellt sie her, so wie vergleichsweise die Medizin Krankheit nicht heilt, sondern durch soziale Definition zunächst erzeugt. Bildung erzeugt Bildungsbedürfnisse und erfüllt sie, indem sie neue erzeugt. Ihr diese Selbstreferentialität vorzuwerfen ist wenig sinnvoll, denn sie verhält sich nicht anders, als sich ein soziales System verhalten kann. Nicht die Selbstreferentialität ist eine Besonderheit der Bildung – die teilt sie mit allen anderen Systemen –, sondern der Charakter ihrer Elemente, nämlich Ausdruck von Bildungsbedürfnissen zu sein. Bildung ist nicht Gehilfin anderer Systeme. Schäffter (1995a, S.57) weist darauf hin, daß die Erzeugung von Lernbedürfnissen und Nichtwissen nicht etwa eine unerwünschte Nebenwirkung von Lernprozessen ist, sondern grundlegende Voraussetzung für die Ermöglichung von Lernprozessen: *„Lernen im Sinne des Entdeckens von Fremdartigen und Neuem ist nur durch den Aufbau eines Horizontes relativer Unbekanntheit möglich. Pädagogik hat es nicht nur mit der Vermittlung nachgefragten Wissens, sondern gerade mit Zugangsmöglichkeiten zu noch unerschlossenen Lernmöglichkeiten zu tun. In diesem Sinne bemüht sich jede Bildungsarbeit um die Produktion von Nichtwissen, d.h. um den Aufbau von Grenzflächen zu bislang noch nicht erschlossenen System-Umwelten."*

Verbindet man die Idee der Produktion von Nichtwissen mit dem, was weiter oben über Lernen als Ausschluß von Möglichkeiten gesagt wird, ist eine Unterscheidung zwischen Lernen und Bildung und eine neue

Definition von Bildung möglich: Lernen schließt andere Möglichkeiten aus und reduziert Komplexität. Bildung stellt Gewißheiten in Frage, sie erweitert Komplexität, indem sie Erlerntes in Frage stellt und andere Möglichkeiten in Betracht zieht. Da Handeln aber Reduzierung von Komplexität voraussetzt (wir können nur eine begrenzte Zahl von Dingen gleichzeitig tun), kommt Bildung ohne Lernen nicht aus.
Als soziales System kann die Bildungs-Organisation nur dann ihre Existenz aufrechterhalten, wenn sie Nichtwissen und damit Lernbedürfnisse erzeugt. Sie wird in ihrem Erfolg an Teilnahmezahlen und nicht an Wissenszuwachs gemessen. Auch bezogen auf Gesundheit kann sie also nicht nur Gesundheit nicht herstellen, sondern auch Gesundheitswissen nicht herstellen, sie stellt Organisation der Produktion von Nichtwissen her. Lernen ist im Sinne einer Veränderung von Wirklichkeitskonstrukten vermutlich überhaupt nur durch die Produktion von Nichtwissen möglich: Neue Konstruktionen erfolgen erst dann, wenn sich bisherige als nicht viabel erwiesen haben.
Insofern ist es wenig verwunderlich, daß meist diejenigen Personen an Bildungsmaßnahmen teilnehmen, die dies schon früher getan haben, denn durch die Erfüllung ihrer Bildungsbedürfnisse sind neue entstanden. Auch dies läßt sich dem Bildungssystem nicht vorwerfen, es ist nur ein Zeichen dafür, daß es als soziales System gut funktioniert. Allenfalls läßt sich berechtigt die Frage stellen, wie hierdurch auch Bildungsbedürfnisse (Nichtwissen) bei den Personengruppen erzeugt werden können, für die Bildung bisher kein Thema ist (weil sich ihre Konstrukte als für ihren Alltag hinreichend viabel erwiesen haben), oder ob das nicht Aufgabe dieses sozialen Systems sein kann.
Statt gezielt Lernen eines psychischen Systems bestimmen zu wollen, was nicht möglich ist, oder statt den aussichtslosen Versuch zu starten, das psychische System in seinen Lernprozessen nicht zu stören, scheint es vielmehr sinnvoll zu sein, durch Perturbation Nichtwissen (d.h. auch Nicht-Viabilität) zu produzieren, das die Voraussetzung für Neukonstruktionen des psychischen Systems ist. Die Leitdifferenz des Phänomens Lernen/Bildung könnte deshalb evtl. als Differenz zwischen Perturbation und Viabilität angesehen werden, d.h. als Infragestellen von Gewißheiten oder Bestätigung von Wirklichkeitskonstruktionen. Ziel ist, durch die Erweiterung von Komplexität Wissen um die Möglichkeit der Reduzierung und die Möglichkeit der Wahl in der Interaktion entstehen zu lassen. (Was Personen damit machen, ist nicht determinierbar. Möglicherweise bleiben sie bei der alten Wahl oder

treffen eine neue Wahl, oder sie erkennen, daß sie eine andere Wahl treffen könnten, oder ...).
In der Gesundheitsbildung zeigt sich die Komplexität struktureller Kopplung unterschiedlicher Systeme.

- Organisation von Lernen erfolgt in einem sozialen System und setzt Interaktion voraus. Gesundheitsbildung kann also nicht nicht-soziales Lernen sein. Ein Unterschied läßt sich nur dahingehend machen, ob die Interaktion als solche in ihrer Komplexität verstanden oder ignoriert wird, wie die Interaktion gestaltet wird und welche Mitteilungen in der Interaktion kommuniziert werden.
- Wird z.B. Autogenes Training mit sechzig Leuten im Gymnastiksaal geübt, die ordentlich aufgereiht auf die KursleiterIn zentriert liegen und miteinander nicht sprechen dürfen, ist dies ebenso Interaktion, wie wenn Autogenes Training, im kreisförmig angeordneten Kurs durchgeführt, selbstverständlich Reflexion und Gespräche bewirkt. Der Unterschied ist nicht Interaktion/Nicht-Interaktion, sondern die Art der Kommunikation in der Interaktion. Im ersten Fall wird kommuniziert, daß die Ursache von Lernen über Entspannung ausschließlich in der Person als Grenze psychisches System/Organismus zu suchen ist. Im zweiten Fall wird kommuniziert, daß Lernen über Entspannung ein Phänomen der Interaktion ist und damit ein Vorgang an der Grenze von sozialem und psychischem System. Entspannung ist einmal individuelles, einmal soziales Phänomen.
- Bildung befaßt sich mit Gedanken, Wissen und Gefühlen, dem Nachdenken über sich selbst und die Welt, also mit psychischen Systemen. Diese sind für das soziale System Interaktion die Umwelt. Interaktion kann das psychische System zu Zustandsänderungen anregen, in welche Richtung, ist nicht voraussagbar. Das Verhalten (die Kommunikation) in der Interaktion Lernsituation besagt wenig über das Verhalten (die Kommunikation) in anderen sozialen Situationen.
- Der Gegenstand der Gesundheitsbildung ist die Gesundheit des Organismus. Der Organismus ist ein System, das für das psychische System und für das soziale System Umwelt ist. Weder das psychische System (die Person) noch das soziale System (die Interaktion) können auf den Organismus direkt Einfluß nehmen.
- Ob Krankheit oder Gesundheit vorliegt, wird sozial definiert. Die konkrete Interaktion in der Lernsituation kann zu dieser sozialen Definition beitragen. Hier kann in dieser Situation die Grenze von

dem als krank markierten Raum zu dem als gesund definierten Zustand (dem nicht-markierten Raum) überschritten werden, nach Simon (1995a, S.91) ein Vorgang, der für Therapie charakteristisch ist.
- Angestrebte Veränderungen in Richtung auf mehr Gesundheit können Veränderungen des sozialen Systems (aber eines anderen als des sozialen Systems der Interaktion) oder des psychischen Systems, aber auch des ökologischen Systems (bzw. der Folgen der Perturbationen des sozialen Systems in das ökologische System) oder Organismus sein.
- Nur ein Teil dieser Veränderungen sind Veränderungen, die das psychische System selbst betreffen.

Wir haben es also mit unterschiedlichen selbstreferentiellen Systemen zu tun, die in verschiedensten Kombinationen miteinander verbunden sind. Angesichts ihrer selbstreferentiellen Geschlossenheit erscheinen nicht-zufällige Veränderungen oder gar direkte Interventionen dahingehend, daß durch die Interaktion ein psychisches System lernen könnte, sich in anderen sozialen Systemen anders zu verhalten, und zwar mit Bezug auf angestrebte Veränderungen des Organismus, nicht mehr vorstellbar. Die Kehrseite der Geschlossenheit selbstreferentieller Systeme ist aber ihre Offenheit als aktive Offenheit an ihrer Grenze, die die Selbstreferentialität erst ermöglicht, d.h. generelle Lernmöglichkeit.

Was bisher über Lernen und Bildung gesagt wurde, läßt sich jetzt präzisieren:
- Es ist psychischen Systemen nicht möglich, nicht zu lernen, d.h. sich nicht zu verändern, d.h. aber auch, Komplexität zu reduzieren, um Handeln möglich zu machen.[26]
- Bildung wird durch die Produktion von Nichtwissen angeregt, da neue Konstruktionen erst dann erfolgen, wenn sich bisherige als nicht viabel erwiesen haben (Infragestellen von Gewißheiten), und Komplexität erweitert wird, indem andere Entscheidungsmöglichkeiten, andere Formen der Reduzierung von Komplexität denkbar werden. Andere Möglichkeiten denkbar zu machen stört.
- Bildung nimmt nicht die Notwendigkeit, sich in jeder Situation für eine Reduzierung von Komplexität zu entscheiden. Angestrebt wird das Wissen um die Notwendigkeit der Reduzierung. Dies kann zur Veränderung oder zum Beibehalten von Verhalten führen.

– Beobachtbares Lernen hat etwas mit beobachtbarer Zustandsveränderung eines psychischen Systems zu tun, das aber nur dadurch beobachtbar wird, daß es eben nicht mehr Element des psychischen Systems, sondern des sozialen Systems ist. Es geht folglich um Vorgänge an der Grenze eines Systems mit einer Umwelt. Lernen ist ein Erklärungsprinzip für Verhaltensunterschiede zwischen zwei Zeitpunkten.
– Lernprozesse des psychischen Systems werden in der Interaktion durch Perturbationen angeregt, aber nicht determiniert.
– Lernen über Gesundheit ist ein aktiver Prozeß der Konstruktion von Wirklichkeit im Nachdenken über sich selbst (und die Welt) und nicht passive Informationsaufnahme. Bildung in bezug auf Gesundheit ist die Anregung einer Neukonstruktion durch Erweiterung der Möglichkeiten.

Organisierte Bildung über Gesundheit läßt sich beschreiben als Gestalten eines sozialen Systems, in dem Gewißheiten durch Unterschiede zu anderen in Frage gestellt werden, mit der Folge von Zustandsveränderungen psychischer Systeme in der Form des Nachdenkens, Fühlens und Wollens über sich selbst, deren Ergebnis nicht bestimmbar ist.

Bei Betrachtung der Eigenlogik der Organisation Erwachsenenbildung scheint es einer strukturellen Logik zu entsprechen, sich einer konstruktivistischen Sichtweise zu nähern. Siebert (1995a, S.51ff.) ist sich mit Schäffter (1995a) darin einig, daß eine konstruktivistische Betrachtungsweise für die bisherigen Theorien der Erwachsenenbildung in der augenblicklichen historischen Situation anschlußfähig ist. Nach Schäffter können durch eine konstruktivistische Lerntheorie bisher schon gestellte Fragen radikaler formuliert und in ihrem Begriffsapparat differenzierter weiterverfolgt werden.

Es gab bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts einen Paradigmenstreit zwischen alter und neuer Volksbildung. Das Konzept einer Popularisierung von Wissenschaft und einer Verbreitung ihrer Erkenntnisse und der bürgerlichen Kultur wurde abgelöst von einem Paradigma der Erwachsenenbildung vom Menschen aus. Dieses Paradigma wurde im Laufe des Jahrhunderts verfeinert, verfestigt und neu begründet, aber nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt. Nach Siebert (1995a, S.52) ist die Lebenswelt – *„die subjektiv erlebte und gedeutete Welt, gleichsam Hintergrund und Zielscheibe intentionalen Lernens, sie ist die Welt, die von unserer Kognition erzeugt wird und die erfolgreiches Handeln ermöglicht"* – die Schlüsselkategorie dieser neuen Richtung, die in den acht-

ziger Jahren den Deutungsmusteransatz geprägt hat. Eine konstruktivistische Erkenntnis- und Lerntheorie ergänzt und radikalisiert seiner Meinung nach den Deutungsmusteransatz. Daß die Theorie der Erwachsenenbildung das Subjekt in seiner Lebenswelt theoretisch in den Mittelpunkt gestellt hat und sich beispielsweise in den achtziger Jahren mit der Frage der Teilnehmerorientierung/Adressatenorientierung/Animation Erwachsener zum Lernen intensiv auseinandergesetzt bzw. sie zum dominierenden Thema gemacht hat,[27] läßt sich mit einer Besonderheit des sozialen Systems organisierter Erwachsenenbildung erklären: Im Unterschied zu anderen Bildungsbereichen ist Teilnahme in der Erwachsenenbildung eine freiwillige. Erwachsenenbildung muß sich in der Folge um ihre Teilnehmenden bemühen. Dieser strukturelle Unterschied hat die Erwachsenenbildungstheorie als spezifische Bildungstheorie möglicherweise stärker geprägt als die Art des Lernens von Erwachsenen im Vergleich zu dem von Kindern und Jugendlichen. Für die augenblickliche historische Situation ist diese Freiwilligkeit angesichts einer zunehmenden Bedeutung der Weiterqualifizierung für den und im Arbeitsmarkt in Teilen des organisierten Lernens zu relativieren. Es erscheint historisch passend, bisherige theoretische Konstrukte dahingehend nicht in Frage zu stellen, aber weiterzuentwickeln, daß das Subjekt (das psychische System) in seiner Lebenswelt (in Beziehung zu seiner Umwelt) nicht an Bedeutung verliert, sich aber der Fokus der Aufmerksamkeit stärker auf die Interaktion und auf die psychischen Systeme als Teile der Umwelt des sozialen Systems (der Interaktion) und die Ereignisse an der Grenze zwischen System und Umwelt verschiebt. Das Subjekt bleibt dabei im Aufmerksamkeitsfenster, aber nicht als normativer Maßstab, sondern weil dies unvermeidlich ist, da es Subjekte sind, die sich Wissen aktiv aneignen, und nicht Lernobjekte, die Wissen passiv aufnehmen.

Diese Passung, die hier für die Erwachsenenbildungstheorie insgesamt behauptet wird, erscheint in der augenblicklichen historischen Situation für die Gesundheitsbildung ebenfalls gegeben zu sein: War sie bisher in ihrer Betonung von Subjekt und Lebenswelt[28] an der Grenze zwischen Gesundheitsförderung (Gesundheitskurse in anderen sozialen Systemen) und Gesundheitsbildung (Gesundheitskurse in dem sozialen System organisierte Erwachsenenbildung) eher Form als Medium, sieht sie sich jetzt einer Umwelt gegenüber, in der erneut das System Gesundheitsbildung auf medizinische Qualitätsmaßstäbe reduziert wird. Eine konstruktivistisch-systemische Sichtweise böte die

Möglichkeit eines neuen Selbstverständnisses, das eine gut begründbare Grenzziehung zur Umwelt Gesundheitsförderung in anderen sozialen Systemen ermöglichen würde. Für das soziale System Gesundheitsbildung als Organisation ist so eine Beobachtung der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse als Beobachtung einer Umwelt, in der Beobachtung nach internen Strukturen neu konstruiert, sinnstiftend.

2.4 Abgrenzung von Bildung und Therapie

Einige theoretische Modelle, anhand derer weiter unten (Kapitel III) Aussagen über die professionelle Haltung von KursleiterInnen gemacht werden, beziehen sich auf therapeutische Vorgänge. Die Übertragung auf Lernen beinhaltet die Annahme, daß Bildung und Therapie so weit vergleichbar sind, daß es ein für beide Bereiche geltendes Konzept von Intervention (genauer Störung) geben kann. Anläßlich der in der Bildungspraxis vorherrschenden Abgrenzung von Bildung und Therapie bedarf diese Voraussetzung einiger Erläuterungen.
Die Idee einer exakten Grenze zwischen Lernen und Heilen (Bildung und Therapie) steht in Frage: Zunächst sind beide Prozesse Vorgänge, in denen aus dem sozialen System heraus eine Perturbation des psychischen Systems versucht wird. Psychotherapie und Bildung lassen sich zwar voneinander abgrenzen, aber die Grenze ist in erster Linie durch das unterschiedliche Setting[29] bedingt und nicht durch eine grundsätzliche Differenz der dahinterstehenden Annahmen über Möglichkeiten der Zustandsveränderungen von Personen. Ein nicht ausschließlich kognitiver Lernbegriff in der Pädagogik ist qualitativ nicht von einem therapeutischen Lernbegriff zu unterscheiden.
Dafür spricht z.B., daß einige therapeutische Methoden ihre Entsprechung in pädagogischen Methoden haben, so z.B. Gestalttherapie und Gestaltpädagogik, Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in Lernkonzepten, Bedeutung der Gesprächstherapie für die Gesprächsführung in der Bildungsarbeit etc. Dafür spricht auch, daß wesentliche Therapierichtungen entweder selbst ihren Erfolg daran bemessen, daß ein Lernprozeß stattgefunden hat, oder therapeutische Veränderungen als einen Lernprozeß des Klienten definieren,[30] der freilich nicht als rein kognitive Wissensaneignung verstanden wird, sondern als ein Prozeß, der zu relativ stabilen Veränderungen im Verhaltenspotential eines Menschen führt (Zimbardo, 1992; nach Becker 1995, S.404).

Siebert (1996a, S.6f.) versucht die Begriffe Lernen, Training, Beratung, Psychotherapie, Qualifizierung und Bildung voneinander zu unterscheiden. Dabei wird deutlich, wie fließend die Übergänge sind. So sagt er, daß Beratung Lernprozesse auslösen kann, daß aber Lernen kein vorrangiges Ziel der Beratung ist. Bildung versteht er als die Auseinandersetzung des Menschen mit sich und seiner Umwelt, die Überprüfung und Erweiterung von Wirklichkeitskonstrukten mit dem Ziel eines kompetenten und verantwortlichen Handelns. Er gesteht ein, daß Bildung auch therapeutische Wirkungen haben kann, daß aber in einer Bildungssituation individuelle Beratungsbedürfnisse gegenüber dem gemeinschaftlich gewählten Thema zurückstehen müssen. Therapie versteht er als Interventionen zur Minderung psychischer und psychosomatischer Störungen und Leiden. Aber er fügt hinzu, daß die Unterscheidung von gesund und krank immer schwieriger geworden ist.
In der bildungspolitisch notwendigen Abgrenzungsdiskussion wird häufig übersehen, daß der in der Therapie angestrebte Veränderungsprozeß sich ebenso auch außerhalb eines therapeutischen Settings ereignen kann, wie Lernprozesse auch außerhalb von organisierten Lernzusammenhängen stattfinden. Veränderungsprozesse sind kontinuierliche Ereignisse im Leben von Menschen, therapeutisch initiierte Veränderungsprozesse die Ausnahme. Therapeutische Intervention ist erst dann angezeigt, wenn die alltäglichen Veränderungen, das Wachstum der Persönlichkeit und seine Anpassung an sich verändernde Bedingungen nicht oder nur in eine Richtung, die den gesellschaftlichen Konventionen entgegen läuft, stattfinden können, d.h. wenn das psychische System (Person) Phänomene, die als krank gelten, aktiv aufrechterhält. Ebenso sind Lernprozesse bei Menschen alltägliche Ereignisse, die organisierten Lernprozesse eine Ausnahme. Alltägliche Lernprozesse und alltägliche Veränderungsprozesse lassen sich nicht voneinander unterscheiden, unterscheiden läßt sich nur die Spezifik der Ausnahmesituation.
Bildung und Therapie lassen sich einander gegenüberstellen. In der Gegenüberstellung zeigen sich aber die Unterschiede als fließend:
– In bezug auf Dauer (langfristig versus kurzfristig) und Gruppenorientierung (Einzel- oder Gruppentherapie, Einzel- und Gruppenlernen) bestehen graduelle Unterschiede, die für den Einzelfall nicht gelten müssen und eher vom Setting abhängig sind.
– Die Beziehung zwischen TherapeutIn versus DozentIn und KlientIn versus Teilnehmende unterscheidet sich zwar im Grad der Verant-

wortung, aber die Umkehrung, daß quasi therapeutisches Vorgehen dadurch zu Bildung wird, daß die TherapeutIn ihrer Verantwortung nicht nachkommt, ist nicht möglich.

- An welchem Punkt genau Veränderungen in die Tiefe (Therapie) und nicht in die Breite (Bildung) gehen, läßt sich schwer scharf voneinander abgrenzen, es gibt lediglich Anhaltspunkte. Gefühle zu haben macht noch keinen therapeutischen Vorgang aus.
- So wurde z.B. oft davon ausgegangen, daß Therapie auf Kindheitserfahrungen zurückgeht, während Bildung immer von der gegenwärtigen Situation spricht. Inzwischen gibt es aber Therapierichtungen, die sich ausschließlich mit Gegenwart beschäftigen, während der Ansatz des Biographischen Lernens mit der eigenen Lebensgeschichte arbeitet. Während eines Lernprozesses ist es immer auch möglich, daß starke Gefühle ausgelöst werden (z.B. Trauer über die Zerstörung der Natur). Dies gilt umso mehr, je näher der Gegenstand des Lernens die eigene Person berührt.
- Therapeutisch ausgebildete Psychologen arbeiten durchaus auch manchmal in der Erwachsenenbildung als KursleiterInnen.
- Nach Becker (1995, S.366f.) und Simon (1995a) gibt es zwischen psychischen Störungen, Normalität und körperlicher Krankheit fließende Übergänge. Erwachsenenbildung kann keine Diagnose stellen, ob psychisches Leid vorliegt, die Diagnose wäre schon Teil eines therapeutischen Prozesses.
- Erwachsenenbildung kann von sich zwar sagen, daß sie keine aktive Hilfe zur Problembewältigung in psychischen Krisensituationen durch den/die KursleiterIn – z.B. im Sinne von individuellen Ratschlägen – leistet, aber indirekt immer auch zur Problembewältigung beiträgt, wenn sie z.B. berufliche Probleme und damit einhergehende Unzufriedenheit durch Berufsausbildung oder Fortbildung löst.
- Bastine (1992, S.195, zit. nach Becker, 1995, S.389) formuliert als spezielles Behandlungsziel therapeutischer Prozesse u.a. *„die Förderung persönlicher Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen, beispielsweise durch Wissensvermittlung, Übung und Training."* Damit beschreibt er eindeutig eine Bildungsaufgabe.

Geht man von Simons (1995a, S.9ff.) Konstruktion einer Trennung von gesund und krank im sozialen System aus, dann ist ein Therapeut einer, der durch Definition einen Menschen zu einem kranken Menschen erklärt. Diese Definitionsmacht haben KursleiterInnen in der

Erwachsenenbildung nicht; darin besteht ein Unterschied. Während für Therapie gesund/krank eine Leitdifferenz ist, wendet sich Bildung nicht an Gesunde, sondern differenziert zwischen wissend und nichtwissend (dazu schafft sie Nichtwissen, so wie Therapie Krankheit erfindet), aber nicht zwischen gesund und krank. Therapie ließe sich als eine Interaktionsform beschreiben, *„bei welcher einer der Beteiligten den anderen einer Prozedur ... unterzieht, die den Übergang von einem als krank zu einem als gesund bezeichneten Zustand herbeiführen soll"* (a.a.O., S.21). Die unterschiedlichen Rollen als TherapeutIn und PatientIn stehen immer auch mit Macht im Zusammenhang. Beide verfügen über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, deren Komplementarität darin begründet ist, daß die Möglichkeiten des selbstbezüglichen Handelns begrenzt sind. *„Die Macht des Heilers besteht darin, daß er in diesem obskuren Phänomenbereich aufgrund seiner Beobachtungsmethoden und aufgrund seines Expertenwissens, eines Geheimwissens, Einfluß auf imaginäre Interaktionspartner – z.B. die Krankheit – ausüben kann. Das kann der Patient nicht. Ob der Therapeut über diese Beobachtungs- und Einflußmöglichkeiten tatsächlich verfügt, mag dahingestellt sein. Zu seiner traditionellen Rolle gehört, daß ihm diese Macht zugeschrieben wird"* (a.a.O., S.25).

Die Rollen zwischen Lernenden und Lehrenden lassen sich als ebenso komplementär denken, will doch einer der Beteiligten den anderen einer Prozedur unterziehen, die den Übergang von einem als unwissend zu einem als wissend bezeichneten Zustand herbeiführen soll. Zur traditionellen Rolle von Lehrenden gehört, daß ihnen die Definitionsmacht zwischen Wissen und Nicht-Wissen zugeschrieben wird. Auch hier gibt es ein Machtverhältnis. Ob ein Phänomen (z.B. Lese- und Rechtschreibschwäche) als wissend/unwissend oder gesund/krank beschrieben wird, ändert sich kulturspezifisch. Die Unterscheidung zwischen Bildung und Therapie liegt demnach in der Art der Differenz, nicht im Machtverhältnis. Für ein innovatives therapeutisches Konzept ist es hilfreich, die Differenz zwischen gesund und krank als sozial definiert zu erkennen und Definitionsmacht an Patienten/Klienten zurückzugeben. Für ein innovatives pädagogisches Konzept ist es ebenso hilfreich, die Differenz zwischen (gesundheitsbezogen) wissend und nichtwissend als sozial definiert zu erkennen und Definitionsmacht an Teilnehmende zurückzugeben.[31]

Wo immer wir auch im Konkreten die Grenze finden, wird sie von Beobachtern geschaffen sein. Konsequent wäre es, diese Konstruktion

denen zu überlassen, die von der Situation betroffen sind und durch ihre jeweiligen Rollen das Konstrukt herstellen: den Teilnehmenden und den KursleiterInnen bzw. den TherapeutInnen und den KlientInnen und denen, die das Setting gewährleisten, und zwar in der Kommunikation selbst. Einzelne Personen können in unterschiedlichen Situationen einmal TherapeutIn und einmal GesundheitsbildnerIn sein. Die Unterscheidung ist eine kommunikative Festlegung im Rahmen des vorgegebenen Settings über die zugrunde liegende Differenz, nicht aufgrund scheinbar objektiven Verhaltens unterschiedlicher Personen. Probleme entstehen da, wo diese Festlegung nicht als Einigungsprozeß funktioniert (z.B. wenn eine teilnehmende Person an einer Bildungsveranstaltung Therapieerwartungen hat) oder der Einigungsprozeß dem Setting widerspricht (z.B. wenn eine KursleiterIn in der Erwachsenenbildung sich mit den Teilnehmenden einig ist, daß Therapie stattfinden soll, die Einrichtung damit aber nicht einverstanden sein kann). Der Einigungsprozeß folgt erschwerend nicht ausschließlich verbal (der Satz „Therapieerwartungen kann nicht entsprochen werden" kann auch Begehrlichkeiten wecken und das Gegenteil des Gewünschten bewirken, vgl. Siebert, 1996a) und läßt sich nur bedingt von außen beobachten.

Bezieht man Luhmanns Sichtweise von Interpenetration ein, läßt sich das Phänomen noch einmal schärfer fassen:

- Die Interpenetration zwischen TherapeutIn und KlientIn und zwischen KursleiterIn und Teilnehmenden ist als Interpenetration qualitativ nicht zu unterscheiden. Sie unterscheidet sich durch den Grad der Intimität (der in der Therapie höher sein muß als in der Bildungsarbeit) und durch die zugrunde liegende binäre Differenz (gesund/krank versus wissend/nichtwissend). Sprechen wir von der Ebene der Interpenetration sind die Vorgänge insoweit gleich, als sie nicht durch den Grad der Intimität oder die Art der zugrunde liegenden Differenz bestimmt werden.
- Für die Interaktion als soziales System ist die Organisation Erwachsenenbildung oder die Organisation Therapie Umwelt. Sie unterscheiden sich also insofern, als sich die Umwelt der Interaktion unterscheidet (dies wurde zuvor mit dem Setting-Begriff zu fassen versucht).
- Das soziale System der Organisation Erwachsenenbildung muß sich von seiner Umwelt, zu der auch Therapie gehört, abgrenzen, weil dies für seine Aufrechterhaltung notwendig ist, aber eben als seine eigene Umwelt.

Mit Luhmann ist es so möglich, die Differenz zwischen Bildung und Therapie auf der Ebene festzulegen, von der gerade gesprochen wird (Interpenetration, Interaktion, Organisation), und nicht Personen als mysteriöse Dritte hinzuzunehmen, denen erst bestimmte Eigenschaften (z.B. leidend zu sein) zugesprochen werden müssen.

3. Was können Menschen zur Förderung von Gesundheit lernen?

3.1 Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhalten

Einige theoretische Ansätze der Gesundheitspsychologie gehen davon aus, daß Menschen grundsätzlich genügend Wissen haben (können), wie sie sich gesundheitsgerecht verhalten sollten, daß sie sich aber nicht diesem Wissen gemäß verhalten.[32] Diese Theorien versuchen, die Diskrepanz zu erklären, um Interventionsmöglichkeiten zu finden. Sie belegen, daß Personen (psychische Systeme) vielfältige Möglichkeiten haben, ihre Vorstellungen von gesundem Handeln selbst zu gestalten. Unterschieden wird zwischen dem Gesundheitsbewußtsein, d.h. den Einstellungen zu Gesundheit, und dem Gesundheitshandeln oder Gesundheitsverhalten. Die Absicht des psychischen Systems, zur Aufrechterhaltung der Autopoiese des Organismus beizutragen, läßt sich als Gesundheitsbewußtsein definieren, wobei nicht gesagt ist, daß diese Absicht im Ergebnis auch zu Gesundheitshandeln (oder Gesundheitsverhalten)[33] und Gesundheitshandeln auch zu Gesundheit führt. Faltermaier (1994a, S.164) geht davon aus, daß Gesundheitshandeln Gesundheitsbewußtsein voraussetzt. Gesundheitsbewußtsein enthält seiner Ansicht nach folgende Faktoren: die subjektive Bedeutung und den Stellenwert von Gesundheit im Leben eines Menschen genauso wie die Art, wie Gesundheit im sozialen Kontext definiert und abgestimmt wird; den subjektiven Begriff von Gesundheit und von den Bedingungen, die sie beeinflussen, und das subjektive Konzept von Krankheit, ihren Ursachen und ihrer Beziehung zur Gesundheit; die Wahrnehmung des Körpers und seiner Beschwerden, die Art, wie der Körper im Verhältnis zur gesamten Person gesehen wird; die Wahrnehmung von Risiken, Gefährdungen und Belastungen für die Gesundheit in der Umwelt und im eigenen Verhalten ebenso wie die Wahrnehmung von Ressourcen für die Gesundheit in der Umwelt und in der eigenen Person. Personen müssen demnach durch Erfahrungen in ih-

rem Leben zur Ansicht gekommen sein, daß es für sie wünschenswert ist, sich um ihre Gesundheit zu bemühen, und sie müssen zu einer Wirklichkeitskonstruktion gekommen sein, die ihnen konkrete Anstrengungen für Gesundheit als erfolgversprechend erscheinen lassen. Komponenten des Gesundheitshandelns sind nach Faltermaier (a.a.O, S.174):

„– das bewußte Handeln für die eigene Gesundheit,
– der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden,
– der Umgang mit Krankheiten,
– der Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebensumwelt entstehen,
– die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen,
– das soziale Handeln für die Gesundheit oder die soziale Gesundheitsselbsthilfe,
– die Veränderung in der gesundheitlichen Lebensweise".

Weber (1994, S.188ff.) versteht gesundheitsbezogene Kognitionen als Vorläufer gesundheitsprotektiven oder gesundheitsschädigenden Verhaltens, d.h., Kognitionen bestimmen das Verhalten, und Verhalten zieht Folgen für Gesundheit nach sich. Sie teilt gesundheitsbezogene Kognitionen in folgende Faktoren ein:

– Risikowahrnehmung (genauer: Risikoeinschätzung und Risikobewußtsein), die nach Weinstein (1983, 1987) unterdurchschnittlich ist, da Menschen zu unrealistischem Optimismus neigen. Menschen wollen Bedrohung abwehren, vergleichen sich einseitig mit denen, die besonders hohem Risiko ausgesetzt sind, urteilen egozentrisch, haben zu wenig Erfahrung und denken, daß das, was in der Vergangenheit nicht eingetroffen ist, auch in Zukunft nicht eintreffen wird. Psychische Systeme sind erfinderisch hinsichtlich Gründen, warum eine Gefahr nicht zu erwarten ist.
– Symptomwahrnehmung, die mit einer Erklärung verbunden ist, wobei einerseits für Symptome eine passende Störung gesucht wird und andererseits nach einer gefundenen Erklärung auch passende Symptome gesucht werden.
– Einschätzung der Bedrohlichkeit und Optimismus. Optimisten neigen nicht zu gesundheitsbezogenem Verhalten, Optimismus geht aber auch mit höherem subjektivem Wohlbefinden einher, optimistische Kranke erhalten zudem mehr Unterstützung.
– Kontrollüberzeugung, darunter versteht man seit Rotter (1966) die Überzeugung, daß Ereignisfolgen vom eigenen Handeln abhängig

sind (interne Kontrollüberzeugung) oder aber äußeren Einflüssen unterliegen (externale Kontrollüberzeugung). Menschen mit interner Kontrollüberzeugung scheinen sich mehr um ihre Gesundheit zu kümmern.
- Selbstwirksamkeit, d.h., Menschen halten sich für kompetent, ein Verhalten auch realisieren zu können (Bandura, 1977).
- Gesundheit hat einen subjektiven Wert.
- Attributionen und Attributionsstile, d.h., man kann unterscheiden, ob eher interne oder eher externe, zeitlich stabile oder variable Ursachen für Befindlichkeiten herangezogen werden.
- Krankheitsschemata organisieren individuelle Vorstellungen von Krankheit und legen fest, wie sich eine Person verhält.

Weber (1994) liefert wie Schwarzer (1990, 1992, 1996) Beispiele, die die These der Konstruktion von Wirklichkeit in bezug auf Gesundheit und Krankheit illustrieren. Abgesehen von dem eher zufälligen Moment der jeweiligen Stimmung nennt sie im wesentlichen vier Faktoren, die erklären sollen, warum die Konstruktion der Wirklichkeit über Gesundheit nicht der „objektiven" Wirklichkeit entspricht:

Als Abwehr bezeichnet sie das Phänomen, daß die Wahrnehmung von Gesundheitsgefährdungen von dem Bemühen geprägt ist, die Situation psychisch erträglich zu machen. Deshalb werden Risiken minimiert, Symptome geleugnet oder Risikoverhalten rationalisiert. Verständlich ist, daß das psychische System zunächst an seiner eigenen Aufrechterhaltung (und seinem Befinden) und erst in zweiter Linie am seiner Umwelt, zu der der Organismus gehört, interessiert ist.

Nach Festinger (1957, zit. nach Weber 1994) neigen Personen dazu, Dissonanzen zwischen kognitiven Elementen zu vermeiden, d.h. Wahrnehmungen und Verhalten miteinander in Einklang zu bringen. Angenommen wird meist, daß das Verhalten an den Einstellungen und Wahrnehmungen orientiert ist, aber denkbar und wahrscheinlich ist auch der umgekehrte Fall, daß Einstellungen und Wahrnehmungen am Verhalten orientiert werden, d.h., Kognitionen ändern sich, wenn sich das Verhalten ändert.

Weber ist außerdem der Auffassung, daß Personen soziale Konstruktionen übernehmen, erklärt allerdings nicht, wie und unter welchen Voraussetzungen dies erfolgt.

An anderer Stelle weist sie darauf hin, daß Risiken situationsspezifisch abgeschätzt werden und generelle Interventionen zur Veränderung von Kognitionen so ins Leere laufen.

Nach Dlugosch (1994a, S.229) wird Risikoverhalten (z.B. Rauchen) entweder zur Regulation negativer Befindlichkeiten oder in sozialen Situationen und zur Steigerung des Wohlbefindens eingesetzt. Dlugosch (a.a.O, S.226) verweist auf ein Tabelle von Gochman (1988), die Determinanten des Gesundheitsverhaltens in einer erschreckenden Vielzahl auflistet.[34] So gesehen ist Gesundheitsverhalten so unterschiedlich wie die Personen und ihre Lebensgeschichte. Nach Auffassung von Dlugosch haben sich vor allem die demographischen Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung als bedeutsam erwiesen.

Wie kommen Menschen zu Gesundheitsverhalten? Nach den sozialkognitiven Modellen des Gesundheitsverhaltens (Schwenkmezger, 1994, S.55; mit Bezug auf Schwarzer, 1990; Taylor, 1990; Weber, 1994) sind vier Bedingungen ausschlaggebend, die sich immer wieder auf die Wahrnehmung, also die Konstruktion von Wirklichkeit beziehen: Die Gesundheitsbedrohung muß als schwerwiegend wahrgenommen werden, die subjektiv wahrgenommene Auftretenswahrscheinlichkeit einer Erkrankung muß hoch sein, man glaubt, schützend etwas dagegen unternehmen zu können, diese Handlung wird als wirksame Maßnahme zur Abwehr der Erkrankung angesehen.[35] Weinstein (1992, nach Dlugosch, 1994, S.114) zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Modelle des Gesundheitsverhaltens auf. Gemeinsam wird die Überzeugung vertreten, daß die Motivation für die Ausübung von Gesundheitsverhalten durch den Wunsch steigt, antizipierte gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden. Die Handlungsmotivation wird davon beeinflußt, als wie wahrscheinlich Menschen einschätzen, daß diese Krankheit bei ihnen eintreffen könnte und ob sie erwarten, daß eine bestimmte Handlung das Eintreffen oder die Schwere dieser Krankheit beeinflußt. Dieser Nutzen wird gegen zu erwartende Kosten abgewogen. Es wird hier von einem rein kognitiven Verhalten ausgegangen, dessen Ziel Krankheitsprävention ist.

Den aufgrund ihrer hohen Differenziertheit und der Integration von Teilmodellen größten Erklärungsgehalt hat unter diesen Modellen die „sozial-kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie“ von Schwarzer u.a. (1992, S.65ff., auch 1990, 1996). Absicht dieser Theorie und ihrer Vorläufer ist es, die Bedingungen zu erkennen, unter denen eine krankheitsvermeidende Handlung entsteht, und möglichst genau voraussagen zu können, unter welchen Bedingungen eine Intention zu einer solchen Handlung führt. Das sozial-kognitive Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns ist ein komplexes Modell, das zwischen dem mo-

tivationalen Prozeß, d.h. der Intentionsbildung, und einer volitionalen Phase, d.h. der Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns, unterscheidet. Eine Handlung zu wollen und sie zu tun wird damit klar differenziert.
Die Intentionsbildung geht nach Schwarzer u.a. (1992) aus von der wahrgenommenen Bedrohung, die vom wahrgenommenen Schweregrad und der wahrgenommenen Verwundbarkeit abhängt. Kritisch ließe sich hier einwenden, daß Gesundheitshandeln keineswegs durch Bedrohung motiviert sein muß, es läßt sich sogar annehmen, daß positive Erwartungen der stärkere Motor sind. Das Modell müßte sich entsprechend dahingehend übersetzen lassen, daß die Intentionsbildung von dem wahrgenommenen Gewinn (für die Homöostase, für Wohlbefinden), der wahrgenommenen Intensität des Gewinns und der wahrgenommenen Gültigkeit für die eigene Person ausgeht.
Übertragen auf das Beispiel „ausreichend Schlaf" hieße das, eine Person muß für die Intentionsbildung, ausreichend schlafen zu wollen, zunächst davon ausgehen, daß ausreichend Schlaf für Wohlbefinden wichtig ist, dem eine hohe Bedeutung geben und überzeugt sein, daß dies ganz persönlich für ihr eigenes Wohlbefinden gilt. Dies ist für einfache, eindeutige Handlungen, wie z.B. ausreichend Schlaf, eine denkbare Theorie. Für komplexere Handlungen ist diese Theorie hier nur bedingt und mittelbar brauchbar, weil diese nicht immer bewußt gesundheitsorientiert motiviert sind. Es wäre also zu überprüfen, ob komplexe Modelle, wie z.B. der Aufbau eines Netzwerkes sozialer Unterstützung, oder Handlungen, die zur Entwicklung des Kohärenzsinns führen, sich auf einfache, einzelne Handlungen reduzieren lassen oder ob sich das Modell des Gesundheitsverhaltens so erweitern läßt, daß es mit der Komplexität solcher Konzepte in Einklang zu bringen ist.
Nach Schwarzer (1992, S.65ff.) beeinflussen Bedrohung, Schweregrad und wahrgenommene Verwundbarkeit die Intention, führen in erster Linie aber zunächst zu einer Ergebniserwartung (z.B.: Regelmäßiger und ausreichender Schlaf führt zu größerer Entspannung, besserer Leistungsfähigkeit und besserem Wohlbefinden; genauer auf die eigene Person bezogen: Wenn ich ausreichend und regelmäßig schlafen werde, dann werde ich mich wohlfühlen). Eine vorhandene Ergebniserwartung beeinflußt ihrerseits die Intention, in erster Linie steht sie aber in Bezug zu einer Kompetenzerwartung (dazu bin ich in der Lage), die für die Intention (tatsächlich regelmäßig und früh genug ins Bett zu gehen) ausschlaggebend ist. In Ergänzung zu Schwarzer wäre

hier zu sagen, daß die Kompetenzerwartung nicht nur von der Überzeugung der eigenen Fähigkeit abhängt (ich kann auch ausreichend schlafen und liege dann nicht nur grübelnd im Bett), sondern daß hier bereits soziale und situative Faktoren eine Rolle spielen: Eine Person wird nur dann die Kompetenzerwartung haben, ausreichend und regelmäßig schlafen zu können, wenn sie nicht im Schichtdienst arbeitet oder ihre Lebensbedingungen sie zwingen, um 4.30 Uhr aufzustehen,[36] oder Lärm oder Kleinkinder sie im Schlaf stören. Schwarzer sieht solche situativen Barrieren erst im volitionalen Prozeß der Handlungsplanung und Handlungskontrolle auftreten. Demgegenüber wäre aber zu vermuten, daß die Wahrnehmung situativer oder lebensbedingter Barrieren bereits die Kompetenzerwartung beeinflußt, während Barrieren, die nicht erwartet bzw. nicht wahrgenommen eintreffen, zwischen Handlungsplanung und Handlungskontrolle eine weitere Hürde darstellen.

Soziale Erwartungen sind für Schwarzer dann noch einmal ein Spezialfall der Konsequenzerwartungen (Ergebniserwartungen). Hier läßt sich ihm wieder folgen: Die Intention, ausreichend zu schlafen, wird sicherlich auch davon abhängen, ob das soziale Umfeld (z.B. Vorgesetzte, KollegInnen) dies erwartet oder ob erwartet wird, daß andere Aspekte (z.B. der Aufrechterhaltung von Sozialkontakten durch lange Kneipenabende) Vorrang haben. Soziale Erwartungen sind dabei keineswegs unbedingt als gesundheitsmotiviert anzusehen, sie können in sich widersprüchlich sein. Zu vermuten wäre, daß bei widersprüchlichen sozialen Erwartungen entweder denen aus dem engeren Umfeld nachgegangen wird, d.h. von Personen, die besonders hohe emotionale Bedeutung für soziales Wohlbefinden haben, oder denen, die dem eigenen, stärkeren Wunsch entsprechen.

Die Volition wird bei Schwarzer u.a. (1992, S.73ff.) nicht als Willenskraft verstanden, sondern als Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen direkt vor, während und nach einer Handlung, um sie von der Motivation abzugrenzen, die sich auf die Intentionsbildung beschränkt. Sie besteht aus der Handlungsplanung oder dem Vorsatz (ich werde heute um 22.00 Uhr ins Bett gehen, um ausreichend zu schlafen), die nochmals von der Kompetenzerwartung abhängt (dies ist heute auch möglich, und ich werde dann einschlafen können), dann wird die Handlung initiiert. Während dieser aktionalen Phase findet eine ständige Handlungsausführungs-Kontrolle statt (ich sehe z.B. auf die Uhr, plane meine unverzichtbaren Aktivitäten so, daß ich bis 22.00

Uhr damit auch fertig sein kann), anschließend findet eine Handlungsbewertung statt.
Schwarzers sozial-kognitives Gesundheitsverhaltens-Modell der Vermeidung von gesundheitlich riskantem Verhalten scheint mit drei Einschränkungen hilfreich zur Erklärung von Gesundheitshandeln insgesamt zu sein:

- Das Modell wäre auf den Gewinn an Wohlbefinden zu beziehen. Die Intentionsbildung ist dann abhängig vom wahrgenommenen Gewinn für das Wohlbefinden, mit der wahrgenommenen Intensität und der wahrgenommenen Gültigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt.
- Das Modell hat seine Gültigkeit nicht für komplexe Handlungen, sondern nur jeweils für einzelne spezifische Schritte. Es müßte ergänzt werden durch ein Modell für die Umgangsweise mit Komplexität.
- Das soziale Umfeld (Sozialkontakte, aber auch Lebensbedingungen) beeinflußt den Prozeß der Intentionsbildung und der Volition zu jedem Zeitpunkt, nicht die Entscheidungen des psychischen Systems determinierend, aber als seine Umwelt.

Menschen handeln demnach gesundheitsbewußt, wenn sie persönlich davon Wohlbefinden erhoffen, wenn sie der Überzeugung sind, daß sie diese Handlung auch ausüben können, wenn sie glauben, diese Handlung im sozialen Kontext verträglich durchsetzen zu können, und wenn sie bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Handlungsalternativen diesem Handeln zu einem bestimmten Zeitpunkt Priorität zumessen.
Schwarzers Modell läßt sich so zusammenfassen: Das Gesundheitshandeln einer Person ist von ihrer Wahrnehmung (wahrgenommene Bedrohung bzw. wahrgenommener Gewinn, wahrgenommene Intensität, wahrgenommene Gültigkeit für die eigene Person), von ihrer Wirklichkeitskonstruktion bezüglich der Bedingungen des Organismus zur Aufrechterhaltung der Autopoiese abhängig. Das und ob sie z.B. zwischen mehreren Alternativen die für sie selbst zu diesem Zeitpunkt richtige Entscheidung treffen kann, d.h. von der Wirklichkeitskonstruktion über sich selbst und ihrer Stellung in der Welt. Das Gesundheitshandeln einer Person ist von ihrem sozialen Kontext abhängig, davon, wie sie sich mit ihrem Kontext auseinandersetzt, von der Wahrnehmung des sozialen Systems. Wenn sich das psychische System durch das Nachdenken über sich selbst und die Welt selbst erzeugt,

wird das Gesundheitshandeln von der lebensgeschichtlich entstandenen Art dieses Nachdenkens und dem Stellenwert, den es der Gesundheit des Organismus gibt, bestimmt sein.
In Schwarzers Modell fehlen sich widersprechende, ambivalente Intentionen: Z.B. ist die Person der Meinung, daß es dem Organismus gut tun würde, rechtzeitig ins Bett zu gehen, hält es für ihr seelisches Wohlbefinden aber für gut, diesen schönen Kinofilm zu sehen und anschließend noch lange mit einer Freundin zu telefonieren, glaubt weiterhin, für ihr soziales Wohlbefinden wäre der Kneipenabend wichtig, der wiederum dem Organismus durch verrauchte Luft, zu hohen Alkoholkonsum, Schlafmangel schadet. Wie trifft das psychische System eine Entscheidung zwischen diesen widerstrebenden Intentionen? Dies erklärt dieses Modell nicht.
Sind Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten Voraussetzungen für Gesundheit? Weber (1994, S.203f.) hält es für möglich, daß durch falsche und übertriebene Risikoeinschätzung gesundheitsschädigende Wirkungen möglich sind und daß gesundes Verhalten nicht gesundheitsintendiert sein muß.[37] Die meisten AutorInnen sind sich darin einig, daß Gesundheitsbewußtsein ein unbedingt erstrebenswertes Ziel der Gesundheitsförderung ist. Betrachtet man eine Person, die ihrem Körper nicht die geringste Aufmerksamkeit schenkt und eher selbstzerstörerisch mit sich umgeht, scheint es naheliegend, daß mehr Gesundheitsbewußtsein ihrer Gesundheit besser bekommen könnte. Aber wie ist es mit dem Gegenteil, einer Person, die ständig auf ihren Organismus achtet, jede kleinste Veränderung bemerkenswert findet, alle Entscheidungen danach trifft, ob etwas ihrer Wahrnehmung nach gesund ist (alle Irrtümer eingeschlossen), sich vor jeder möglichen Gefahr in acht nimmt und dies, so oft es geht, zum Gegenstand von Interaktion werden läßt? Mit den Alltagsaugen betrachtet, kommt sie uns nicht unbedingt gesund vor, obwohl sie dies doch nach den Aussagen der Gesundheitspsychologie sein müßte. Sie läßt eher Bilder blasser, hagerer und nörgelnder Menschen entstehen. Sie scheint eher dem Beispiel des Erfinders des Joggings als Herzinfarktprophylaxe zu entsprechen, der bei seiner Sportart an dem gestorben ist, wovor er am meisten Angst hatte: dem Herzinfarkt. Simon (1995b, S.171ff.) gibt einen Hinweis darauf, wie dieser Widerspruch zwischen unserem Alltagswissen und der behaupteten Aussage „Mehr Gesundheitsbewußtsein bringt mehr Gesundheit“ zu lösen ist, indem er darauf hinweist, daß gerade das Denken, von dem wir klare Richtig-falsch-Aussagen erwar-

ten (der Satz vom Ausschluß des Dritten), als eine Erweiterung des ambivalenzfreien, aber eben auch zeitgebundenen Fühlens die Ambivalenz einführt. *„Unser Denken eröffnet uns den Zugang zu einer imaginären Welt, in der uns ein Umtauschrecht für unsere Entscheidungen gewährt wird. Wir handeln zur Probe und erleben – ganz unverbindlich, nur zur Ansicht – die dazu passenden Gefühle. Aber diese Möglichkeit macht das Leben komplizierter: Wer die Wahl hat, hat die Qual. Was aus der beschränkten Augenblicks-Perspektive gut war, erscheint nun plötzlich schlecht, stark wird schwach, und aktiv verwandelt sich in passiv. Wer es sich erlaubt zu denken, gerät zwangsläufig in Konflikte. Er verliert die Fähigkeit, ambivalenzfrei zu leben"* (Simon, 1995b, S.172).[38]

Die Erweiterung der zweiwertigen Logik des „Entweder-oder" zum „Wowohl-als-auch" und „Weder-noch" (s.o.) bringt die Lösung: Bezogen auf Gesundheitsbewußtsein scheint nicht das „Entweder" (die Aufmerksamkeit) das erstrebenswerte Ziel, sondern das „Sowohl-als-auch", d.h. Aufmerksamkeit, aber auch Nicht-Beachtung zum jeweilig richtigen Zeitpunkt.

Das psychische System müßte also lernen, gesundheitsbewußt zu denken, aber auch, dies nicht zu tun, sich in der Ambivalenz zwischen Aktivität, motiviert von der Aufrechterhaltung der Autopoiese, und Nicht-Beachtung des Organismus situationsangemessen zu entscheiden. Dies wäre für die Gesundheitsförderung ein neues Paradigma, das Gesundheitsbewußtsein situationsabhängig auch für nicht angemessen halten und das psychische System in Relation zu seiner Umwelt (der Situation) betrachten würde. Simons (1995b, S.175) wählt das Bild des Hochseiltänzers: Wenn er sich nur nach rechts oder links bewegt, fällt er vom Seil. Er kann versuchen, sich nicht zu bewegen, aber so ein Gleichgewicht aufrechtzuerhalten ist ungemein schwierig, weil es von außen kommende Störungen nicht ausgleichen kann. Seine beste Überlebenschance ist die des gleichzeitigen Bewegens nach links und rechts, wobei beide Bewegungen allerdings eine gewisse Grenze nicht überschreiten dürfen. Bezogen auf Gesundheit ist die Schwierigkeit also die, zu entscheiden, wann es sinnvoll ist, zum Arzt zu gehen und seine Ratschläge zu beachten, und wann es sinnvoller ist, nicht zum Arzt zu gehen oder entgegen dem ärztlichen guten Rat zu agieren, wann Risiken vermieden und wann sie eingegangen werden sollten, wann gesundheitspräventiv gedacht und gehandelt werden soll und wann Gelassenheit notwendig ist usw. Dafür kann es keine soziale Instanz geben, dies zu entscheiden bleibt der Person vorbehalten. Selbst-

bestimmung ist also keine normative Möglichkeit, sondern unumgänglich, aber auch mit dem permanenten Risiko behaftet, die Balance zu verlieren. Kein Hochseiltänzer ist davor sicher, vom Seil zu fallen.
Was an all den Modellen des Gesundheitsverhaltens irritierend ist, ist die scheinbare Linearität von Entscheidungen, als wären diese im Alltag tatsächlich ständig rationale Kosten-Nutzen-Abwägungen (auf der Grundlage der eigenen Konstrukte): Wenn ich mich für betroffen halte und glaube, etwas dagegen unternehmen zu können, dann werde ich dies auch tun. Wenn ich nichts tue, müßte mir eigentlich nur jemand sagen, daß ich (entgegen meiner Annahme) betroffen und in der Lage bin, etwas zu tun, dann werde ich mein Verhalten ändern. Das Nichtfunktionieren von Aufklärung ließe sich dann nur wieder damit begründen, daß ich das Gesagte als nicht für mich persönlich zutreffend erkenne, und dies müßte mir dann nur jemand noch einmal eindrücklich sagen oder mit anderen pädagogischen Mitteln erklären, dann .....
Diese Sichtweise erscheint trivial und erweist sich in der Praxis allzu häufig als Denkschleife.
Um zu erklären, warum Entscheidungen getroffen werden, die dem Gesundheitsbewußtsein (hier als Beispiel: ausreichend Schlaf) zuwider laufen, eignet sich Simons Modell des assoziativen Denkens im jeweiligen Kontext besser, das er mit Bezug auf Bleulers (1911, nach Simon 1995b, S.98f.) Tontäfelchenmodell des schizophrenen Denkens als eine Art Hinkelkästchenspiel darstellt. Im dem Beispiel „ausreichend Schlaf“ könnte die Assoziation zu Schlaf einerseits „gesund“ sein, andererseits „Abend“ (abends früh ins Bett gehen). Zu „gesund“ könnte wiederum „Wohlfühlen am nächsten Tag“ assoziiert werden, zu „Abend“ aber „Freunde treffen“ und hierzu wiederum „wohlfühlen“. Als für die Entscheidung ausschlaggebende Assoziation zu „morgen“ könnte der Satz stehen: „Was du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf morgen.“ Damit wäre die Entscheidung für den Abend mit Freunden und gegen den Schlaf getroffen.
Assoziationsketten anderer Personen (oder auch an anderen Tagen) könnten dagegen ganz anders sein (Schönheitsschlaf, begehrt werden, Wohlbefinden sofort, da es schön ist, im Bett zu liegen, endlich entspannen etc.) und deswegen zu anderen Entscheidungen kommen. Es wäre davon auszugehen, daß die Assoziationsketten verschiedener Personen wahrscheinlich unterschiedlich oder zumindest unterschiedlich akzentuiert sind. Assozziationsketten der gleichen Person dürften je nach Situation und Stimmung unterschiedlich sein, haben aber voraus-

sichtlich immer wiederkehrende Muster. Nach dem oben zum Thema Ambivalenzen Gesagten dürfte es eher unerwünscht (im Sinne von nicht für die Aufrechterhaltung der Autopoiese geeignet) sein, wenn sich bestimmte Assoziationsketten so weit verfestigen, daß andere Möglichkeiten nicht mehr in Betracht kommen. Dieses Modell könnte erklären, wie die Aufmerksamkeit fokussiert wird und warum Entscheidungen nicht vorausgesagt, sondern allenfalls vermutet werden können.
Verbindet man die Idee dieses Modells der „Hinkelkästchenassoziation" (d.h., gedachte Sätze werden in einen bestimmten Kontext gestellt, der wiederum andere Assoziationen zuläßt, die wiederum ihren Kontext haben) mit dem bisher Gesagten, dann könnte eine mögliche Perturbation des psychischen Systems darin bestehen, auch andere als bisher oft benutzte Assoziationsketten in der Interaktion einzuführen, die das psychische System dann übernehmen kann oder nicht. Die Perturbation bestünde in einer Erweiterung von Möglichkeiten (der Assoziation) und könnte mögliche Wege aus Denkschleifen heraus zeigen, die genutzt werden können oder eben nicht. Ziel der Gesundheitsbildung wäre damit, die Angemessenheit in der Wahl zwischen Alternativen zu ermöglichen (nicht zu gewährleisten), indem die Möglichkeiten der bisherigen Assoziationen durch andere Erfahrungen erweitert werden.

3.2 Persönlichkeitseigenschaften und Gesundheitskompetenzen

Wiederkehrende Muster in der Wahl zwischen Alternativen des Gesundheitsverhaltens lassen sich als Persönlichkeitseigenschaften beschreiben, als personale Ressourcen. Personale Ressourcen sind feste Persönlichkeitsmerkmale, die mit Gesundheit einhergehen. Sie scheinen auf den ersten Blick unübersichtlich, wenig aufeinander bezogen und fast beliebig. Beutel (1989) zählt in seiner Literaturrecherche folgende personale Ressourcen auf: Zuversicht, internale Kontrollüberzeugungen (subjektive Überzeugung, wichtige Ereignisse im Leben selbst beeinflussen zu können), Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl, stabiles Selbstsystem, unbekümmerte Selbsteinschätzung, interpersonales Vertrauen, commitment (Aktivität im sozialen Kontext), Herausforderung (Veränderungen werden positiv gesehen), Selbstaufmerksamkeit. Zusätzlich spielen soziale Beziehungen für ihn eine wichtige Rolle. Becker (1992) ergänzt die Konzepte Hardiness, Optimismus

und Kohärenzsinn. Hornung (1989) nennt als Gesundheitskompetenzen personale Ressourcen, wie Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Ich-Stärke, die Fähigkeit, hoffen zu können, self-efficacy bzw. Selbstwirksamkeit, interne Kontrollerwartungen und Hardiness. Die methodische und konzeptionelle Differenzierung z.B. zwischen dem Konzept „positives Selbstwertgefühl" und dem Konzept „stabiles Selbstsystem" bleibt unklar.

Gesundheitshandeln von Menschen läßt sich außerdem danach unterscheiden, welche konkreten Bewältigungsaktivitäten und Strategien diese in Belastungssituationen einsetzen. Hierbei wird zwischen der Veränderung des Sachverhaltes und der Bewältigung der mit dem Problem verbundenen Gefühle unterschieden. Badura u.a. (1993a, S.25f.) betonen zusätzlich die Gesundheitsrelevanz von Handlungsspielräumen.

Einige Autoren (Kaplan, 1988, S.45; Weber, 1992, S.23; Waller, 1995, S.28) kritisieren an dieser Aufzählung, daß hier möglicherweise Indikatoren und Prädikatoren für Gesundheit verwechselt wurden (sind Menschen gesund, weil sie viel Selbstvertrauen haben, oder haben sie viel Selbstvertrauen, weil sie gesund sind oder ist Selbstvertrauen einfach ein Maßstab für – seelische – Gesundheit?) und möglicherweise zu sehr in eine Richtung gesucht wurde.[39] Eine genauere Betrachtung dieser Vielzahl scheinbar unabhängiger Ressourcen erweckt tatsächlich den Eindruck, daß sie sich überwiegend zu einer allgemeineren Beschreibung zusammenfassen lassen, die als eine Art Grundvertrauen in sich selbst und die Möglichkeit, das eigene Leben im positiven Sinn beeinflussen zu können, bezeichnen werden könnte. Heraushebbar sind die Konzepte des Optimismus und die Aussagen zu Hardiness und Kohärenzsinn.

Die Theorie des Optimismus (Scheier/Carver, 1987; Schwarzer, 1992, S.15f.; Schwenkmezger, 1994, S.56; Hornung/Gutscher, 1994, S.78; Weber, 1994, S.191) besagt, daß Menschen sich vermehrt anstrengen, wenn sie erwarten, ein erwünschtes Ziel erreichen zu können; umgekehrt geben sie leichter auf und bemühen sich weniger, wenn das Ziel unerreichbar scheint. Einige Untersuchungen (z.B. Seligman, 1991) belegen, daß Optimisten im Durchschnitt gesünder sind und mehr Gesundheitsverhalten praktizieren als Pessimisten, in der Regel wurde dabei allerdings ihre Selbsteinschätzung befragt. Andere Untersuchungen (Weinstein, 1989; nach Schwenkmezger, 1994, S.56; vgl. Schwarzer, 1993) gehen dagegen von einem optimistischen Fehlschluß aus,

d.h., daß das Krankheitsrisiko für die eigene Person als niedriger eingeschätzt wird, als dies objektiv zutrifft. Optimismus meint in erster Linie eine auch Mißerfolge überdauernde zuversichtliche Lebenseinstellung. Schwarzer (1993, nach Hornung/Gutscher, 1994, S.78) differenziert das Konzept in defensiven und funktionalen Optimismus.[40] Das Persönlichkeitskonzept Hardiness (Widerstandsfähigkeit, aber auch Härte oder Kühnheit), von Susanne Kobasa (1979; Schwenkmezger, 1994, S.56; Hornung/Gutscher, 1994, S.78) entwickelt, ist ein erster Versuch der Integration verschiedener Aspekte. Es soll die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber externen Belastungen kennzeichnen und umfaßt folgende Faktoren:

– Kontrolle als Gegensatz zu Machtlosigkeit, der Einfluß, den man auszuüben gedenkt (control[41]), man fühlt sich verantwortlich, ein vielfältiges Repertoire an Streßbewältigungsmöglichkeiten aufzubauen: Hier lassen sich Konzepte wie internale Kontrollüberzeugung, Zuversicht, Selbstwertgefühl, Selbstaufmerksamkeit in etwa zuordnen.
– Ein starkes emotionales Engagement in verschiedenen Lebensbereichen und mit anderen Personen (commitment[42]); solche Personen sind neugierig, sie investieren viel in ihr eigenes Handeln und in ihre sozialen Beziehungen, ihre Bemühungen sind durch Aktivität und Annäherung gekennzeichnet. Voraussetzung dafür ist wahrscheinlich interpersonelles Vertrauen.
– Veränderungen werden primär als positiv erlebte Herausforderungen und nicht als Bedrohung interpretiert (challenge[43]), dahinter steht die Überzeugung, daß Lernen und Veränderung der persönlichen Entwicklung dienlich sind, Stabilität dagegen weniger wichtig ist. Hier ist das Konzept der Herausforderung integriert.

Eine vergleichbare Integrationskraft, dazu eingebettet in ein umfassendes Modell von Gesundheit, kommt dem „Kohärenzsinn“[44] nach Antonovsky zu. Die Leitfrage, wie Menschen trotz belastender Bedingungen gesund bleiben, beantwortet er mit einer Vielzahl unterschiedlicher Widerstandsquellen, von denen der Kohärenzsinn die grundlegende Kompetenz ist. Er ist in der Lage, die vorhandenen Widerstandsquellen zu aktivieren und zu verstärken. *„Kohärenzsinn ist eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Vertrauens darin ausdrückt, daß 1. die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. die Ressourcen verfügbar sind, um den*

durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden und 3. die Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen. Ich habe diese drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) genannt" (Antonovsky, 1991, S.127). Nach Antonovsky geht es nicht um die Stärke der Veränderung, sondern darum, daß sie als bewältigbar, herausfordernd und sinnvoll erscheint.
Ein psychisches System kann demnach dann mit Perturbationen aus der Umwelt im Interesse der Aufrechterhaltung der Autopoiese umgehen, wenn es sie als sinnhaft, handhabbar und herausfordernd bewertet. Da Luhmann (1994) das psychische System als Sinnsystem klassifiziert, überrascht dies nicht. Die Wahrscheinlichkeit ist dazu größer, wenn die Person selbst eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung hat, d.h. ein hohes Maß an Komplexität besitzt.
Rosenbrock (1993a, S.129) verweist auf die Veränderbarkeit des Kohärenzsinns und die damit verbundene Möglichkeit der Förderung persönlicher Kompetenzen.
Klesse u.a. (1992, S.46ff.) entwickeln anhand einer Untersuchung über die gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Frauen ein Konzept des Gesundheitshandelns von Frauen, das auf Antonovskys Kohärenzsinn Bezug nimmt. In Interviews mit insgesamt 65 Frauen, von denen 42 qualitativ ausgewertet wurden, fanden sie fünf Gesundheitsdimensionen und vier Strategien, die Gesundheit zu erhalten. Die fünf Dimensionen sind: Aufmerksamkeitshaltung für die eigene körperliche und seelische Gesundheit und für den Blick in die Zukunft; Erkenntnis und Inanspruchnahme gesellschaftlicher und persönlicher Wahl- und Handlungsmöglichkeiten; die Fähigkeit, Realität und Wünsche in ein ausgewogenes Verhältnis miteinander zu setzen; das Ausmaß an Selbst- und Fremdbestimmtheit im Leben der Frau; Identitätskonzept und Selbstwertgefühl.
Einige der interviewten Frauen bejahten ihre augenblickliche Situation und blickten optimistisch in die Zukunft, hatten sich Handlungsspielräume gesetzt, verstanden sich als handelnde Subjekte und haben eine starke Aufmerksamkeit gegenüber ihrem eigenen Körper entwikkelt. Sie berichteten über wenig Befindlichkeitsstörungen. Ein zweite Gruppe berichtete über starke Befindlichkeitsstörungen und sah wenig Chancen zur Veränderung ihrer gesundheitlichen Situation. Andere widersprachen in ihrer Schilderung von Belastungen und Beschwerden der subjektiven Bewertung ihrer Befindlichkeiten, sie arrangierten sich

mit körperlichen, sich verschlechternden Symptomen, um ihre Energie auf anstehende Probleme zu konzentrieren. Alle interviewten Frauen sahen ihre Chancen im Hinblick auf Gesundheitshandeln abhängig von den sie umgebenden Menschen (Klesse u.a., 1992, S.61ff.).
Im Unterschied zu den Vorstellungen von männlicher Autonomie versuchten die Frauen, eigenständig zu sein und dennoch in Beziehung treten zu können (a.a.O., 1992, S.68ff.). Frauen, denen es nicht gut ging, reicherten ihre belastende Realität mit utopischen Wunschvorstellungen an. Frauen, denen es gut gin, entwickelten Wünsche an Leben und Gesundheit, die der Wirklichkeit nahe kommen und erreichbar scheinen. Vielen der sozial benachteiligten Frauen fiel es schwer, Utopien zu entwickeln, aus denen sie Kraft für selbstbestimmte Veränderungen der Realität schöpfen können, ihre Lebensbedingungen machen sie mutlos (a.a.O., S.66ff.). Als die wichtigste Voraussetzung für Gesundheitshandeln zeigte sich die Möglichkeit, eine eigene Identität auszubilden und Selbstwertgefühl zu entwickeln.
Eysenck/Grossart-Maticek (1991; vgl. auch Schwarzer, 1992, S.115ff.; Schwenkmezger, 1994, S.48ff.) stehen exemplarisch als wichtigste Vertreter für ein Konzept, das nicht nur einzelne Persönlichkeitsmerkmale, sondern eine ganze Persönlichkeit mit bestimmten Krankheitstypen oder eben auch mit Gesundheit in Verbindung bringt. Solche Typologien haben nach Schwenkmezger (1994, S.48) eine lange Tradition.
Populärwissenschaftlich bekannt geworden sind zunächst die Forschungen zum Typ A (für Anger), der Herzinfarktpersönlichkeit (Friedman/Rosenman, 1974; vgl. Schwenkmezger, 1994, S.49). Danach ist ein bestimmtes Verhalten im Umgang mit Gefühlen und Sozialverhalten überzufällig häufig mit der Entstehung von koronaren Herzkrankheiten verbunden: Es handelt sich um eine stark leistungsorientierte und ehrgeizige, eher agressiv-aufbrausende Persönlichkeit, die von Rivalität, Erregbarkeit, Feindseligkeit, Ungeduld und Hast geprägt ist. Sie spricht explosiv, laut und schnell, gestikuliert heftig und antwortet abrupt und häufig. Neuere Untersuchungen lassen allerdings Zweifel an der Eindeutigkeit des Risikos der Typ A Persönlichkeit aufkommen. So scheinen Typ-A-Persönlichkeiten offensichtlich bessere Möglichkeiten der Bewältigung zu haben. Schwenkmezger folgert aus der geringeren Eindeutigkeit neuerer Untersuchungen, daß es sinnvoller sein könnte, statt eines globalen Typ-A-Verhaltens einzelne Konstrukte wie Ärger, Feindseligkeit oder Depressivität zu untersuchen.

Der Typ C (für Cancer) mit erhöhtem Risikofaktor für die Krebsentstehung ist empirisch nicht gleich gut abgesichert (Morris/Greer, 1980; Schwenkmezger, 1994, S.50f.). Er ist eher introvertiert, schluckt seinen Ärger herunter und denkt erst an andere, dann an sich. Er ist kooperativ, ausgleichend, hilfsbereit, freundlich, anspruchslos und geduldig. Gegenüber Autoritäten gibt er nach. Er gerät seltener in Konfrontationen. In Verbindung mit Unterdrückung negativer Gefühle wie Ärger und einer Tendenz zur Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit läßt sich nach Temoshok (1987; nach Schwarzer, 1994, S.50f.) ein Typ-C-Bewältigungsstil von Streßsituationen beschreiben. Für das soziale Zusammenleben erscheint dieser Bewältigungstyp erwünscht, da er Konflikte reduzieren hilft, allerdings scheint dies gesundheitlich und psychisch nicht erwünschte Wirkungen für die betroffene Person zu haben. Organisch scheint es eine immunsupressive Wirkung zu geben, die dann auch die Entstehung von Krebs ermöglicht.[45]

Die Arbeiten von Eysenck/Grossart-Maticek (1991; vgl. auch Schwarzer, 1992; Schwenkmezger, 1994) gehen über diese einfache Typologie hinaus. Sie hatten zunächst vier, später sechs Persönlichkeitstypen unterschieden, die für unterschiedliche Krankheitstypen unterschiedlich anfällig waren, wobei die Stärke der Zuordnung bei einzelnen Krankheitsgruppen variiert und es in jeder Persönlichkeitsgruppe gesunde und kranke Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten gab. .

Unter diesen verschiedenen Typen erwies sich die autonome Persönlichkeit (Typ IV) als die gesündeste.

Eysenck (1991) geht davon aus, daß der Risikofaktor Persönlichkeitstyp in einer synergistischen Wechselwirkung mit anderen Risikofaktoren wie z.B. Rauchen steht. Sein Versuch, die unterschiedlichen Typen in ein theoretisches Gerüst zu bringen, laufen auf ein Modell der Streßbewältigung hinaus. Der Persönlichkeitstyp scheint vor allem das Bewältigungsverhalten von Streßsituationen zu beeinflussen und durch die damit verbundene emotionale Befindlichkeit hormonelle Prozesse auszulösen, die dann die Krankheitsentstehung begünstigen. Zu den Merkmalen der gesunden, autonomen Persönlichkeit gehört:

- Sie kann auch in schwierigen Lebenslagen soziale Anforderungen regulieren.
- Sie macht sich von den Bedürfnissen anderer unabhängig.
- Sie baut aktiv neue Sozialbeziehungen auf.
- Sie ist nicht hilflos, nicht feindselig, nicht ängstlich, nicht antiemotional.

Es fällt auf, daß es hier zum Konzept der Hardiness (Kobasa, 1979), speziell des Commitment, Ähnlichkeiten gibt: Eine Person, die aktiv neue soziale Beziehungen aufbaut, viel in soziale Beziehungen investiert und sich andererseits vor Veränderungen nicht scheut, wird wahrscheinlich von den Bedürfnissen anderer unabhängig entscheiden und auch in schwierigen Lebenslagen soziale Anforderungen regulieren können. Sie ist sicherlich nicht hilflos und ängstlich, vielleicht auch nicht feindselig und zu Gefühlsäußerungen in der Lage. Was bei Kobasa aber noch als eine persönliche Ressource gilt, die helfen kann, gesünder zu bleiben, weil man mit dem Leben besser zurechtkommt, wird bei Eysenck/Grossart-Maticek (1991) zu einer grundlegenden, fast statischen Persönlichkeitsstruktur, die gesunde von kranken Menschen trennt. Was als minimaler Unterschied erscheint, hat möglicherweise große Auswirkungen, weil es Personen, die dieser Persönlichkeitsstruktur nicht entsprechen, zu potentiell Behandlungsbedürftigen macht:

Eysenck/Grossart-Maticek (1991) sind nicht bei der Untersuchung statistischer Zusammenhänge stehengeblieben sind, sondern haben auch versucht, ihr Wissen therapeutisch zu nutzen. In verhaltenstherapeutischen Trainings, die das Ziel der autonomen Persönlichkeit vor Augen hatten und versuchten, die Teilnehmenden in Richtung Typ IV zu beeinflussen, waren die Überlebenschancen von Krebspersönlichkeiten und Koronarpersönlichkeiten zu verbessern. Psychoanalyse bewirkte aber das Gegenteil. Hier verschlechterten sich sogar die Überlebenschancen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Erklärungen für den Mißerfolg der Psychoanalyse ließen sich evtl. darin suchen, daß die Autonomie durch eine derartige Therapeut-Klient-Konstellation nicht gefördert wird. Diese Erklärungen sind aber weitgehend spekulativ (Schwarzer, 1994, S.121).

Aber gerade angesichts der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten, die dieser Ansatz bietet, sei Simons (1995a, S.191) Warnung noch einmal aufgegriffen, daß die Beschreibung eines als gesund markierten Zustandes oder Verhaltensspektrums nur noch einen sehr engen Spielraum für „normales" Verhalten bietet. *„Es wird lebensgefährlich, wenn die Kriterien von Gesundheit positiv definiert werden. Es kann zu totalitären sozialen Maßnahmen führen, die mit Lebendigkeit nicht vereinbar sind ... Wird Gesundheit zum markierten Raum, Zustand oder Inhalt, so muß man als Individuum eine Menge beobachtbarer positiver Merkmale der Unterscheidung vorweisen, um der Etikettierung als krank und einer*

allfälligen Therapie zu entgehen. Der individuelle Freiraum für ‚erlaubte' körperliche und psychische Zustände oder Kommunikationen ist zwangsläufig sehr eng, wenn stets diese Merkmale demonstriert werden müssen."

Überzufällig paßt der Typ der autonomen Persönlichkeit auch in ein Muster gesellschaftlich gerade erwünschter und moderner Verhaltensmuster: die flexible, sozial kompetente Persönlichkeit, die mit jeder Situation zurechtkommt, sich immer zu helfen weiß, keine Angst oder Feindseligkeit kennt. Wer nicht in die Falle einer solchen gesellschaftlichen Normierung geraten will, wird mit solchen Persönlichkeitskonzepten der Stabilität wenig anzufangen wissen.

3.3 Strategien der Streßbewältigung

Antonovskys Salutogenesekonzept ist im Zusammenhang mit der Streßforschung entstanden. Auch Eysencks Erklärung für die Bedeutung von Persönlichkeitstypen steht im Zusammenhang mit einem Modell der Streßbewältigung. Die Streßforschung geht dem Fragenkomplex nach, unter welchen Bedingungen welche Lebensereignisse von Personen als Streß empfunden werden, wie sie sich körperlich auswirken und wie Personen Streßfaktoren angemessen bewältigen können.

Wie entsteht Streß? Nicht Persönlichkeitsstrukturen, sondern Lebensereignisse werden in einem Forschungsansatz als für Gesundheit ausschlaggebend betrachtet. Holmes/Rahe (1967; auch Schwarzer, 1992, S.132f.; Teegen, 1985, 1992a, S.15) haben zur Streßforschung einen Fragebogen kritischer Lebensereignisse entwickelt (Social Readjustment Rating Scale, SRRS). 43 Ereignisse wurden von einer Gruppe von Beurteilern danach eingeschätzt, in welchem Ausmaß sie eine Wiederanpassung erforderlich machen, somit Streßindikatoren darstellen. Diese wurden entsprechend der LCU (Life Chance Unit) in eine Rangfolge gebracht, wobei Heirat willkürlich auf LCU 50 festgelegt wurde, Tod des Ehegatten steht mit einem LCU 100 an der Spitze der Liste.

Je höher der Grad an erreichten LCUs im vorangegangenen Zeitraum ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer schwerwiegenden Erkrankung, und zwar unabhängig davon, ob das Ereignis positiv oder negativ bewertet wurde.

Man geht allerdings nicht davon aus, daß ein einzelnes Ereignis für sich genommen ausschlaggebend ist. Skalenwerte von über 300 Punkten ergeben ein hohes, Werte zwischen 200 und 300 ein mittleres und Werte zwischen 150 und 200 Punkten ein geringes Erkrankungsrisiko.[46] Solche Zusammenhänge haben sich tatsächlich nachweisen lassen, obwohl einige Erkrankungen (z.B. Krebs) lange Entstehungszeiten haben. Kritisch ist zu dieser Skala anzumerken, daß sie lediglich Veränderungen an Belastungen mißt, d.h. offensichtlich davon ausgeht, daß z.B. langfristige schwierige Arbeits- oder Lebensbedingungen nicht von Bedeutung sind, während auch angenehme Veränderungen belastend sind. Hier scheint eine stark bewahrende Auffassung dahinterzustehen.

Der Ansatz, den Grad der Belastung objektiv festlegen zu wollen, ist heftig kritisiert worden, denn Menschen bewältigen unterschiedliche Ereignisse ganz offensichtlich unterschiedlich gut. Festlegungen mit anderen sozialen Gruppen erbrachten tatsächlich etwas korrigierte Skalen. Gegenwärtig werden eher Life-Event-Skalen (LES) benutzt (Sarason/Johnson/Siegel, 1978; vgl. Schwarzer, 1992, S.133), mit denen jedes Ereignis subjektiv nach dem damit verbundenen Grad der Belastung eingeschätzt wird, denn Personen bewerten die Bedeutung sozialer Ereignisse unterschiedlich.

Unabhängig von der subjektiven Bedeutung der Ereignisse können Skalen ähnlicher Art allerdings nur Personen herausfiltern, die möglicherweise gesundheitlich belastet sind, ein erklärendes Modell möglicher Interventionen bieten sie nicht, da Tod von Nahestehenden, Trennung oder Heirat nur bedingt vermeidbare oder beeinflußbare Lebensereignisse sind. Das, was die Life-Event-Skalen nicht messen, ist die Frage, wie Menschen mit Lebensereignissen umgehen. Nach Lazarus sind es nicht die großen Lebensereignisse, die Streß verursachen, sondern die ständigen Alltagsprobleme und täglichen Mißgeschicke, kompensiert durch positive Alltagsereignisse wie gutes Essen, angenehme Gespräche, erfolgreiche Abschlüsse von Arbeiten etc.

Eine insgesamt eher neue und vor allem in Deutschland noch wenig beachtete Richtung der Gesundheitspsychologie (Fischer, 1994; Cramer, 1989, 1992a, 1992b; Hallman/Wandersman, 1992) beschäftigt sich mit den psychosozialen und gesundheitlichen Folgen der Veränderung der (ökologischen) Umwelt. Im wesentlichen geht es darum, die Folgen der Angst vor ökologischen Katastrophen und die psychosozialen Implikationen von ökologischen Verschlechterungen der Lebens-

qualität zu erforschen, denn *„Umweltmerkmale von existentieller Bedeutung werden zu Gesundheitsrisiken"* (Fischer, 1994, S.88). Pauschal ist aktuell häufiges Auftreten von Zukunftsängsten, Vertrauensverlusten und Ohnmachtsgefühlen angesichts der ökologischen Bedrohung festzustellen (Cramer, 1992a). Fischer folgert daraus, daß Gesundheitsverhalten künftig auch Tätigkeiten umfassen müßte, die auf die Erhaltung und Förderung von Umweltbedingungen abzielen. Mit Pawlik (1991) ist Fischer der Meinung, daß die Schwierigkeiten umweltbewußten Verhaltens darin zu sehen sind, daß die Zusammenhänge zwischen Lebensstil und ökologischen Folgen durch die zeitliche Distanz schwer nachvollziehbar sind. Neben der zeitlichen Distanz wäre hier sicherlich auch die Komplexität der Zusammenhänge zu nennen. Cramer (1992a, S.133ff.) stellt die These auf, daß die Wahrnehmung tatsächlicher oder vermuteter Umweltbedrohungen psychosoziale Leiden auslöst, die die Gesundheit beeinträchtigen. Umweltbedrohung löst Streß aus.

Offensichtlich reagieren psychische Systeme auf wahrgenommene ökologische Bedrohung nicht nur mit einer Bewertung des unterschiedenen Phänomens als bedrohlich, als nicht ihrem Einfluß zugänglich, sondern als eine zumindest vorübergehend grundlegende Verunsicherung ihrer Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Nach Hallman/ Wandersman (1992, S.101ff.; vgl. Fischer, 1994, S.94f.) werden Umweltbedrohungen unabhängig von der realen Gefahr langfristig als Streßfaktoren wirken,

- wenn sie als für die eigene Person oder den engen sozialen Kontext gesundheitsbedrohend wahrgenommen werden,
- wenn Unsicherheiten über Schutz und Schädigung bestehen und die Informationen widersprüchlich sind, d.h. wenn die Person die Gefahr nicht als stabil bewerten kann,
- wenn ein Kontrollverlust erlebt wird, die Ereignisse unvorhersehbar und nicht beeinflußbar erscheinen, d.h. wenn die Person keine Handlungsmöglichkeiten wahrnimmt,
- wenn die Verursacher als fahrlässig und ihrer sozialen Umwelt gegenüber als gleichgültig bewertet werden,
- wenn die Verantwortlichen Schwächen bei der Problemlösung zeigen,
- wenn zusätzliche materielle oder ideelle Folgen erwartet werden (z.B. Verfall der Grundstückspreise in der Umgebung eines Kraftwerkes), wenn soziale Ausgrenzungen drohen (z.B. zwischen dem

Teil der Bevölkerung von Harrisburg, über den die radioaktive Wolke hinwegzog, und denjenigen, die entgegen der Windrichtung wohnten), oder wenn generelle Unzufriedenheit mit dem Leben festzustellen ist,
– wenn in einer objektiv nicht kontrollierbaren Situation keine emotionsfokussierende, sondern eine problemfokussierende Bewältigung gewählt wird.

Die Konstruktion der Wirklichkeit ökologischer Veränderungen scheint insgesamt eine wichtige Bedingung für Gesundheit zu sein.

Die Suche nach sozialer Unterstützung (social support) gilt als ein wichtiges Element der Streßbewältigung (Badura, 1983, nach Franz, 1988; Schwarzer/Leppin, 1990, nach Hurrelmann, 1990b; Udris, 1990). Bei Franz (1988, S.46) heißt es: *„Menschen mit guter sozialer Unterstützung können, obwohl sie einer Vielzahl von sozialen und anderen Stressoren ausgesetzt sind, mit ‚sozialen Krankheitserregern' fertig werden und ihre psychische und physische Gesundheit schützen ... Allgemein ausgedrückt bedeutet dies, daß ein Individuum, das über eine ausreichende Zahl sozialer Beziehungen von entsprechender Intensität und Qualität verfügt, gegen Krankheit allgemein sowie gegen negative Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen besser geschützt ist als ein Individuum ohne ausreichende Zahl und Qualität solcher Bindungen."* Die Erklärung für die Bedeutung des Konzeptes sozialer Unterstützung bezieht sich auf einen physiologischen Vorgang. Es wird angenommen, daß die emotionale Zuwendung und das Vertrauen in die Hilfe und Wertschätzung seitens nahestehender Personen eine entspannende und wohltuende Wirkung ausüben, und somit das Immunsystem intaktgehalten wird und die Ausschüttung von Streßhormonen unterbleibt. Sozialer Rückhalt kann sich allerdings positiv und negativ auswirken, je nachdem, wie die Unterstützung von den EmpfängerInnen bewertet wird. Es kann z.B. eine Bedrohung der eigenen Identität oder des Selbstwertgefühls erfolgen. Dies wird dann der Fall sein, wenn eine Person wahrnimmt, nicht genügend eigene Kompetenz zur Bewältigung einer Situation zu haben.

Nach Schmerl/Nestmann (1990, S.9) trägt soziale Unterstützung vielfach zu Gesundheit bei. Das Vorhandensein menschlicher Unterstützungssysteme hat belastungsunspezifisch gesundheitsfördernde und ich-stärkende Wirkung. Soziale Unterstützung puffert belastungsspezifisch die gesundheitlichen Auswirkungen von Streß ab. Dies gilt bereits für die Wahrnehmung einer Belastung als Streß. Soziale Unterstützung

hilft Krankheit leichter zu bewältigen. Soziale Unterstützung verhindert Belastungen, die durch Isolation entstehen, und wirkt so präventiv. Die Wahrnehmung sozialer Unterstützung ist dabei wichtiger als ihr Vorhandensein.

Vier Arten sozialer Unterstützung lassen sich unterscheiden:

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

Eng benachbart mit dem Konzept sozialer Unterstützung ist das Konzept der sozialen Netzwerke. Die Netzwerkforschung unterscheidet zwischen der Größe eines Netzwerkes, dessen Dichte (soziale Nähe untereinander) und der Interaktionshäufigkeit. Weitere Beschreibungsdimensionen sind Dauer und Symmetrie. Damit ist über die Qualität und den unterstützenden Wert für eine Person noch nichts gesagt. Qualität wird über Stabilität, Intimität und Gegenseitigkeit zu beschreiben versucht.

Am Beispiel des Unterschieds zwischen Frauen und Männern in bezug auf soziale Unterstützung und soziale Netzwerke (Schmerl/Nestmann, 1990) läßt sich verdeutlichen, daß sich Personen hinsichtlich Geben und Nehmen von sozialer Unterstützung unterscheiden: Frauen und Männer unterscheiden sich in allen Phasen ihres Lebens hinsichtlich des Bereitstellens und Gebens, Empfangens und Nachsuchens sozialer Unterstützung, hinsichtlich des Ausmaßes und der Qualität sozialer Unterstützung. Frauen berichten über mehr, intimere und stabilere Sozialbeziehungen, Männer über viele oberflächliche Bekanntschaften. Frauen suchen soziale Unterstützung überwiegend bei Freundinnen, Männer suchen soziale Unterstützung überwiegend bei Ehefrauen. Frauen erleben den Streß nahestehender Personen als eigenen Streß. Männer geben mehr instrumentelle Unterstützung (z.B. Auto reparieren), Frauen fördernde und instrumentelle Unterstützung (Hilfe zur Selbsthilfe). Frauen stellen mehr soziale Unterstützung bereit als Männer und mehr als sie selbst bekommen. Daraus entsteht ein Defizit, das dazu führt, daß Frauen mehr professionelle Unterstützung suchen. Armut und zunehmendes Lebensalter verstärken dieses Defizit.

Nach Schwarzer (1992) bestehen auf seiten des/der EmpfängerIn und des/der HelferIn Bedingungen für soziale Unterstützung. Der/die EmpfängerIn muß

- die Situation als zu hohe Anforderung erleben,
- einen mittleren Grad der Belastung von begrenzter Dauer annehmen,
- die Fähigkeit haben, das Problem darzustellen, d.h. angemessen zu kommunizieren,
- sich aktiv um Unterstützung bemühen,
- sich aktiv um Bewältigung bemühen,
- persönliche Ressourcen, wie z.B. Selbstwertgefühl, Kompetenz, Optimismus, Kontrollüberzeugung, zur Verfügung haben,
- das Problem nicht selbst verschuldet haben.

Soziale Unterstützung ereignet sich also nicht einfach. Sie setzt eine bestimmte Form der Konstruktion von Personen voraus – so weit ist sie Bestandteil des psychischen Systems – und muß dann zum Gegenstand der Interaktion werden. Soziale Unterstützung ist nicht mehr eine Art der Auseinandersetzung des psychischen Systems mit seiner Umwelt, sondern ein neues soziales System der Interaktion. Es ist ohne Kommunikation nicht möglich. Dies wird noch einmal deutlich, wenn man sich die notwendigen Merkmale von HelferInnen (Schwarzer, 1992) betrachtet. Sie müssen die Situation anderer als zu hohe Anforderung einschätzen, Mitleid oder Mitgefühl mit diesen empfinden, das Problem als nicht selbst verschuldet, sondern als unausweichlich sehen, Empathie haben, die subjektiven Kosten als nicht zu hoch einschätzen und selbst schwierige Situationen erlebt haben, d.h., die Situation muß im psychischen System der Helfenden Anschlußfähigkeit haben, damit diese MitspielerInnen der Interaktion werden.

Für die Interaktion selbst lassen sich nach Schwarzer (1992) ebenfalls Merkmale beschreiben:

- Das Problem muß als Gegenstand der Interaktion behandelt und beschrieben werden.
- Es wird direkt um Dienstleistungen, Güter, Zuwendung oder Rat gebeten.
- Das Problem wird als ernst, aber nicht als unlösbar kommuniziert.
- Der Aufwand der notwendigen Unterstützung muß überschaubar sein.
- Der Eigenbeitrag zur Lösung wird unterstrichen.

– Es muß ein Einigungsprozeß stattfinden, daß das Problem nicht selbst verschuldet ist.
– Die Beziehung muß eine positive Geschichte haben und mit Dankbarkeit verbunden sein.

Dies bedeutet, daß klar zwischen sozialer Unterstützung als Teil eines sozialen System und der Wahrnehmung von sozialer Unterstützung als Teil des psychischen Systems differenziert werden muß. Bei letzterem – das von Schmerl/Nestmann (1990) als für Gesundheit bedeutender eingeschätzt wird – zeigen sich Verknüpfungspunkte zu den Konzepten der Streßbewältigung und der Hardiness: Eine Person wird aller Wahrscheinlichkeit nach dann eine Veränderung als weniger bedrohlich wahrnehmen, wenn sie damit rechnen kann, soziale Unterstützung zur Verfügung zu haben. Und diese wird sie wahrscheinlich eher dann wahrnehmen, wenn sie leichter soziale Beziehungen knüpft, also Commitment zeigt. Gleichzeitig hat sie mit diesen Voraussetzungen auch bessere Chancen, die soziale Unterstützung tatsächlich zu erhalten. Sprechen wir von der persönlichen Ressource sozialer Unterstützung, geht es um die Konstruktion der Wirklichkeit, denn diese, nicht die Wirklichkeit selbst, scheint aus Sicht der Gesundheitspsychologie für Gesundheit ausschlaggebend zu sein.

Lazarus (1990; auch Lazarus/Folkman, 1984, 1987; Schwarzer, 1992, S.129ff.) ist der bedeutendste Streßforscher. Seiner Definition nach beschränkt sich Streß nicht auf Input-Output-Beziehungen, sondern umschreibt eine Beziehung zwischen einer sich verändernden Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person, d.h. eines psychischen Systems im Austausch mit einer neuen Situation in seiner Umwelt (d.h. transaktional[47]). Es geht um die kognitive Einschätzung einer Person, ob die jeweilige Situation herausfordernd, bedrohlich oder schädigend ist, mit anderen Worten um ihre Wirklichkeitskonstruktion. Zu unterscheiden ist dabei zwischen der primären Einschätzung der Person, in der sie prüft, was auf dem Spiel steht, und der sekundären Einschätzung der Person, bei der sie die Möglichkeiten zur Bewältigung in Augenschein nimmt (Ressourcenwahrnehmung und Selbstmodell). Beide Schritte geschehen allerdings fast zeitgleich. Grundlage von Streß ist zwar die objektive Situation, entscheidend sind aber die Wahrnehmung und Bewertung dieser Situation durch die Person, die Selbstwirksamkeitserwartung (die Überzeugung, spezifische Anforderungen durch eigenes kompetentes Handeln unter Kontrolle zu bekommen; Bandura 1977, 1986, 1990), die Wahrnehmung der

eigenen Verwundbarkeit und der eigenen Ressourcen, der sozialen wie der eigenen Handlungsmöglichkeiten.
Aus der Art und Weise der Einschätzungen resultieren dann unterschiedliche Bewältigungsformen.
Die Person prüft (primär), was auf dem Spiel steht, ob es sich um eine Herausforderung mit Erfolgsmöglichkeiten oder eine Bedrohung mit Schadenswahrscheinlichkeit handelt. Sekundär prüft die Person die Möglichkeiten zur Bewältigung. Je nach Bewertung wird die Person unterschiedliche Formen von Bewältigung anstreben:
– ein problemorientiertes Coping: hier werden Lösungen des Problems angestrebt,
– ein emotionsorientiertes Coping: hier werden Belastungssymptome emotional gelindert.

Beide Bewältigungsformen können je nach Situation mehr oder weniger angemessen sein. Probiert eine Person ein problemorientiertes Coping in einer Situation, in der sie das Problem nicht lösen kann, weil es nicht von ihr beeinflußbar ist, d.h. wenn ihre Wirklichkeitskonstruktion sich als nicht passend erweist, so wird sie ebenso Streß erleben und daran evtl. krank werden wie eine Person, die ein emotionsorientiertes Coping in einer Situation versucht, in der sie das Problem gut selbst aus der Welt schaffen könnte.
Daneben unterscheiden Lazarus/Folkman (1984, 1987; Schwarzer, 1992, S.134) die Bewältigungsarten: Suche nach Information, direktes Handeln, Unterlassung von Handeln, intrapsychisches Coping. So betrachtet, kann der Besuch einer Bildungsveranstaltung als eine Form der Bewältigung verstanden werden.
Um Bewältigungsformen meßbar zu machen, wurde von Lazarus eine Skala mit insgesamt 66 Aussagen entwickelt, die sich zu folgenden acht Bewältigungsmustern zusammenfassen lassen (Lazarus, 1990; Schwarzer, 1992, S.136): Konfrontierendes Coping, Distanzieren, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Übernahme von Verantwortung, Flucht/Vermeidung, Geplante Problemlösung, Positive Neueinschätzung. Diese Skala scheint nicht dem Fehler zu verfallen, einzelne Muster als grundsätzlich besser als andere zu bewerten.
Damit ließe sich Lazarus' Theorie aus einer konstruktivistischen Perspektive umformulieren zu einem generellen möglichen Modell der Arbeitsweise des psychischen Systems, mit Veränderungen umzugehen, denn die Verfahren der Prüfung (Ereigniseinschätzung, Ressourcenein-

schätzung) lassen sich als Beobachtung (Unterscheidung und Bezeichnung) beschreiben:
- Ein psychisches System unterscheidet in seiner Umwelt Phänomene, die auf Veränderung hinweisen.
- Zu diesem Phänomen werden Daten und Fakten gesammelt.
- Es wird versucht, die Phänomene zu erklären.
- Die Phänomene werden bewertet hinsichtlich
  - der Bedeutung für das psychische System (stört/stört nicht),
  - der damit zu erwartenden Gefühle (angenehm/nicht angenehm oder Herausforderung/Bedrohung),
  - der denkbaren Einflußmöglichkeiten (durch die Person beeinflußbar/nicht beeinflußbar).
- Eine eher problembezogene oder eher emotionsbezogene Strategie des Umgangs damit wird gesucht.
- Veränderungen der Umwelt werden weiter beobachtet. Die Strategie wird auf ihre Viabilität geprüft.

Das psychische System durchläuft den selbstreferentiellen Kreislauf von Beobachtung und Handeln (als Bewältigung) permanent. Es kann nicht nicht beobachten, d.h. konstruieren, und es beobachtet durch Handeln. Es kann nicht nicht handeln. Es hat in jedem Teilschritt aber ein komplexes Muster von Möglichkeiten, zu beobachten und zu handeln.

Die Konstruktion der Wirklichkeit beginnt bereits mit der Wahrnehmung der Phänomene. Jeder der (aus analytischen Gründen getrennten) Schritte ist eine Konstruktion. Zu jedem der Schritte ist entsprechend generell auch eine andere Sichtweise möglich. Da wahrgenommener Streß mit unangemessenen Bewältigungsstrategien den Organismus durch eine Reihe von körperlichen Transformationen in der Aufrechterhaltung der Autopoiese beeinträchtigt, können grundsätzlich andere Möglichkeiten der Konstruktion zur Gesundheit beitragen (allerdings unter der Voraussetzung, daß die Lebensbedingungen dies zulassen).

Es ist weiterhin anzunehmen, daß für die Konstruktion von Erklärungs- und Bewältigungsmustern zunächst Muster erprobt werden, die sich ontogenetisch als viabel erwiesen haben. Erst wenn diese Muster nicht mehr als viabel für die konkrete Situation wahrgenommen werden, wird voraussichtlich nach neuen Mustern gesucht, wobei der Versuch einer Veränderung an jedem Schritt denkbar ist.

In Übereinstimmung mit Lazarus, aber auch mit den Theorien der Persönlichkeitsmerkmale, können wir davon ausgehen, daß Personen,

die veränderte Situationen eher als Herausforderung denn als Bedrohung begreifen und die eher dazu neigen, Einflußmöglichkeiten wahrzunehmen und Zuversicht zu haben, weniger mit körperlichen, krankmachenden Streßsymptomen reagieren werden, d.h. wahrscheinlich gesünder sind. Wir können weiterhin davon ausgehen, daß eine Person, die eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten für sich erkennen kann, veränderte Situationen leichter als Herausforderung verstehen kann, während eine Person, deren Spektrum an Möglichkeiten eingeschränkt ist, wahrscheinlich Veränderungen schneller als Bedrohung wahrnimmt.

Aufgrund der Beobachtungsmethoden der Gesundheitspsychologie erscheint es so, als ob weniger die Wirklichkeit selbst (die wir zu erkennen nicht in der Lage sind), sondern eher die Wahrnehmung der Wirklichkeit – hinsichtlich ökologischer, sozialer und persönlicher Bedingungen – Einfluß darauf hat, daß Gesundheit entsteht. Da Lernen und Bildung Phänomene des psychischen Systems sind, scheint diese Ebene der Beobachtung die angemessene zu sein. Geht man davon aus, daß Lernen über Gesundheit möglich ist, muß es sich um Phänomene des psychischen Systems handeln, die gelernt werden können, nämlich die Art der Wahrnehmung der Wirklichkeit. Gesundheitsbildung könnte zum Ziel haben, deutlich zu machen, daß es unterschiedliche Wahrnehmungen dieser Wirklichkeit geben kann. Bewiesen ist damit nicht, daß sich Gesundheit lernen läßt, sondern nur, daß die Beobachtung des psychischen Systems und seiner möglichen Perturbationen des Organismus eine Beschreibung von Bildungsmöglichkeiten zuläßt und gelernt werden kann, daß es auch andere Möglichkeiten der Wahrnehmung von Wirklichkeit geben könnte.

Dies sagt nicht, daß Bildung die erfolgreichste Strategie ist, zu Gesundheit zu gelangen. Mittels anderer Beobachtungsmethoden ließen sich andere Phänomenbereiche definieren (Simon, 1995a), die andere Strategien begründen könnten. Es besagt nur, daß Lernen anderer Sichtweisen eine denkbare Strategie der Ermöglichung, nicht der Bestimmung von Gesundheit ist. In der strukturellen Kopplung von psychischem System, Organismus, sozialem System und ökologischem System ist Lernen als strukturbedingte Veränderung des psychischen Systems eine Möglichkeit der Perturbation des Organismus, mit der Besonderheit, daß in das psychische System nicht direkt interveniert werden kann.

In der Sichtung und konstruktivistischen Wertung zunächst völlig unterschiedlicher Theorieansätze der Gesundheitspsychologie ergibt sich ein roter Faden, der es ermöglicht, ein handlungsleitendes Konzept für Ziele der Gesundheitsbildung zu beschreiben.
Die Leitdifferenz der Autopoiese ist: lebend oder nicht lebend. Gesundheit und Krankheit bezeichnen soziale Übereinkünfte, störende Phänomene des Verhaltens, Aussehens oder Seins von Menschen zu erklären. Wird die Erklärung für störende Phänomene in der Struktur des Organismus gesucht, wird von Krankheit gesprochen. Wird sie im sozialen System gesucht, wird soziale Abweichung kommuniziert. Fällt kein Phänomen als störend auf oder werden störende Phänomene sozial[48] begründet, wird von Gesundheit gesprochen. Der Bereich, in dem Erklärungen für Phänomene gesucht werden, variiert historisch und kulturell.[49] Die Vorgänge im Organismus sind bei Gesundheit oder Krankheit nicht qualitativ zu unterscheiden. Aufgrund quantitativer Unterscheidungen (Überfunktion oder Unterfunktion) wird Dysfunktionalität, mit dem Risiko der Destruktion, aber auch mit der Möglichkeit der Überlebenssicherung, angenommen. Das erklärt den Versuch, Gesundheit durch Abwesenheit von Krankheit zu definieren. Geht man davon aus, daß psychische Systeme nicht Wirklichkeit abbilden können, sondern Wirklichkeit konstruieren, erklärt sich, warum das Verständnis von Gesundheit und die Meinung über die Angemessenheit von Gesundheitshandeln von Laien so unterschiedlich sind wie ihre Lebensgeschichte, und von Wissenschaftlern so unterschiedlich wie ihre Wissenschaftsgeschichte. Dies nimmt der Gesundheitsbildung den Druck, die „richtige" Definition von Gesundheit und Gesundheitshandeln finden zu müssen. Ziel der Gesundheitsbildung kann es nicht sein, Menschen diese Unterschiedlichkeit auszureden und definieren zu wollen, was richtig oder was falsch ist, sondern durch Kommunikation über Unterschiede der Sichtweisen und durch Wahrnehmung körperlicher Vorgänge (Übungen) die Möglichkeiten zu erweitern und Gewißheiten in Frage zu stellen. Welche der Möglichkeiten von Personen gewählt werden, ist Ausdruck ihrer eigenen Struktur und nicht Ausdruck der Qualität der Lehre. Selbstbestimmung über Gesundheit ist nicht vermeidbar. Psychisches System, Organismus, soziales System und ökologisches System wirken in einem komplexen Gefüge struktureller Kopplung aufeinander, wobei sich nicht generell

voraussagen läßt, welches System sich in der Kopplung als härtere oder weichere Realität erweist. Ob zielgerichtete Interventionen, die Gesundheit sichern können, überhaupt möglich sind, ist fraglich.
Folgt man der Auffassung von Simon (1996), daß die Lehrmethoden, die Art des Umgangs von Menschen mit sich selbst, miteinander und mit der Welt, der eigentliche Lehrinhalt sind, dann ist folgerichtig Bildung über Gesundheit Beobachtung des Organismus und seiner Möglichkeiten, sich zu bewegen, zu entspannen, zu atmen, sich zu ernähren statt. Sie ist reflexives Lernen einer Erweiterung der Möglichkeiten des Organismus. Wenn Teilnehmende sich körperorientierte Verfahren der Gesundheitsbildung wünschen, die Raum für Möglichkeiten der Selbstbeobachtung und der Reflexion in der Interaktion lassen, liegen sie damit genau richtig. Wenn Schüler in der Schule das Auf-dem-Stuhl-Sitzen lernen, dann könnten Erwachsene in der Gesundheitsbildung lernen, daß es 67 Arten des Sitzens ohne Stuhl gibt (Milz, 1992, S.89) und daß man außerdem in vielen verschiedenen Arten liegen, stehen, gehen, krabbeln, sich biegen und bücken oder auf dem Kopf stehen kann. Gesundheitgebildet ist eine Person, die kognitiv und körperlich weiß, daß es alle diese Körperhaltungen gibt und daß sie sich in jeder Situation für eine Art von Haltung entscheiden muß; die im Sinne von Batesons Lernen III situationsangemessen eine Wahl zwischen Mengen von Verhaltensalternativen treffen kann, von der sie wahrnimmt, daß diese für ihre Gesundheit förderlich ist. Diese Wahl gilt nicht nur für Körperhaltungen, sondern auch für Lebenshaltungen.
Im Zentrum der Gesundheitsbildung stehen die Person und ihre Konstruktionen von Wirklichkeit, ihre Wahrnehmung von Streß, von Kompetenzen, von sozialer Unterstützung, von Einflußmöglichkeiten etc. in der Auseinandersetzung mit der Umwelt.
Die aus der Streßtheorie abgeleitete These ist, daß ein psychisches System dann nicht destruktiv auf das System Organismus wirkt, wenn es eine angemessene Form findet, mit den kontinuierlichen Perturbationen aus seiner Umwelt umzugehen. Das scheint vor allem dann der Fall zu sein, wenn es die Perturbationen als sinnhaft, handhabbar und herausfordernd bewertet, also wahrscheinlich dann, wenn es über mehr Komplexität, d.h. mehr Wahlmöglichkeiten verfügt.
Lernen als Arbeitsweise des psychischen Systems, mit Veränderungen umzugehen, läßt sich als Beobachtung beschreiben: Ein psychisches System unterscheidet in seiner sozialen, körperlichen, ökologischen

Umwelt Phänomene von einem Kontext. Die Phänomene werden zu erklären versucht, sie werden bewertet hinsichtlich der Bedeutung für das psychische System (stört/stört nicht), der damit zu erwartenden Gefühle (angenehm/nicht angenehm oder Herausforderung/Bedrohung), der denkbaren Einflußmöglichkeiten (durch die Person beeinflußbar/nicht beeinflußbar oder handhabbar/nicht handhabbar), möglicher Ressourcen zur Unterstützung (Unterstützung zu erwarten/nicht zu erwarten). Mit der Erklärung erhält das Phänomen einen Namen. Eine eher problembezogene oder eher emotionsbezogene Strategie des Umgangs damit wird gesucht. Veränderungen der Umwelt werden weiter beobachtet. Die Strategie wird auf ihre Viabilität geprüft.
Die Konstruktion der Wirklichkeit beginnt bereits mit der Wahrnehmung der Phänomene und setzt sich in jedem weiteren Schritt fort.
Das psychische System erzeugt sich selbst durch Beobachten. Seine Art, mit wahrgenommenen Streßfaktoren umzugehen, unterscheidet sich nicht von seiner allgemeinen Art, sich selbst zu konstruieren. Beobachten (Erkennen) und sind Handeln unmittelbar miteinander verbunden.
Es ist weiterhin davon auszugehen, daß für die Konstruktion von Erklärungsmustern und Bewältigungsmustern zunächst Muster erprobt werden, die sich lebensgeschichtlich als passend erwiesen haben, die gelernt sind. Erst wenn diese Muster nicht mehr als passend für die konkrete Situation wahrgenommen werden (können), wird voraussichtlich nach neuen Mustern gesucht. Dies spräche dafür, daß Menschen wahrscheinlich überwiegend dann Angebote der Gesundheitsbildung aufsuchen, wenn sie sich in einer persönlichen Krise befinden, das heißt, eine mangelnde Passung ihrer Wirklichkeitsvorstellungen erleben.
Ein erster Ansatzpunkt der Gesundheitsbildung besteht demnach in der Überprüfung der Viabilität von Wirklichkeitskonstruktionen, dem Bestätigen oder Infrage-Stellen von Gewißheiten:

- Es geht um die Viabilität der Konstruktion von Bildern des Organismus und seiner Bedingungen für die Aufrechterhaltung der Autopoiese. Eine situationsangemessene Form der Aufmerksamkeit für den eigenen Organismus trägt zur Gesundheit bei.
- Es geht um die Viabilität der Konstruktion des Konzeptes von eigener Handlungsfähigkeit (wie glaubt das psychische System seine Absichten im sozialen System transformieren zu können) und Einschätzung von Situationen als bedrohlich oder herausfordernd, sinnhaft/nicht sinnhaft.

– Es geht um neue Erklärungsmöglichkeiten für beobachtete Phänomene.
– Es geht um weitere Möglichkeiten des Nachdenkens über sich selbst und die Welt, eine Erweiterung der Möglichkeiten im psychischen System, aber auch eine Erweiterung der Möglichkeiten des Handelns im körperlichen Sein.

Ob eher emotionsbezogene oder eher problembezogene Bewältigungsstrategien sinnvoll (gesund) sind, hängt von der Passung der zugrundeliegenden Wahrnehmung der Situation als beeinflußbar/nicht beeinflußbar ab. Dies bedeutet, daß es keine generell richtige oder falsche Strategie gibt, sondern nur Strategien, die situationsbezogen (in Bezug zur jeweiligen Umwelt) passend oder weniger passend sind.

Nicht Ambivalenzfreiheit, sondern die Möglichkeit, Ambivalenzen auszuhalten, trägt zu Gesundheit bei, dies gilt auch für gesundheitsbewußtes Verhalten. Eine gute Bewältigungschance ist möglicherweise die des gleichzeitigen Sich-Bewegens nach links und rechts, des emotionsorientierten und gleichzeitig problemorientierten Copings. Die Wahrnehmung von Wahlmöglichkeiten ist eine entscheidende gesundheitliche Voraussetzung. Gesundheitsbildung – und dies ist der zweite Ansatzpunkt – muß entsprechend Erweiterung, nicht Verengung von Möglichkeiten zum Ziel haben. Sie erweitert die Anzahl von Möglichkeiten und damit die Komplexität des psychischen Systems, ist also Bildung im originären Sinn.

Verbinden wir die Idee des Modells der „Hinkelkästchenassoziation" von Simon – d.h., gedachte Sätze werden in einen bestimmten Kontext gestellt, der wiederum andere Assoziationen zuläßt, die wiederum ihren Kontext haben – als die Form, in der Denkprozesse wahrscheinlich stattfinden, mit dem bisher Gesagten, dann könnte eine mögliche Perturbation des psychischen Systems darin bestehen, auch andere als bisher oft benutzte, eingefahrene Assoziationsketten in der Interaktion zu entwickeln, die das psychische System dann übernehmen kann oder nicht. Die Perturbation bestünde demnach in einer Erweiterung von Möglichkeiten (der Assoziation) und könnte mögliche Wege aus Denkschleifen heraus zeigen, die genutzt werden können oder eben nicht.

Der erste Ansatzpunkt, die Überprüfung von Viabilität, und der zweite Ansatzpunkt, die Erweiterung von Möglichkeiten, treffen sich an dieser Stelle. Gesundheitsbildung kann entsprechend nicht mehr, aber eben auch nicht weniger als durch Aufzeigen von verschiedenen Mög-

lichkeiten bisherige feste Muster in Frage zu stellen: Es könnte immer alles auch anders sein, als es zu sein scheint.
Von der Komplexität anderer Systeme läßt sich nur durch Unterscheidungen lernen. Dies ist möglich unter Zuhilfe-Nahme binärer Schemata, die die Wahl zwischen Alternativen läßt. Um Möglichkeiten zu erweitern und Komplexität zu verstärken, ist es notwendig, möglichst viele Differenzschemata zu nutzen. Unterschiedliche Sichtweisen innerhalb einer Gruppe werden damit zu einer wichtigen Möglichkeit zu lernen.
Damit ist noch nichts darüber gesagt, ob die oben beschriebene Bildung in Form organisierter Lernprozesse stattfindet. Im allgemeinen ist davon auszugehen, daß dieses Lernen und Verlernen fester Gewohnheiten alltäglich und damit unorganisiert stattfindet, denn die Anforderungen stellen sich überwiegend ja nicht in spezifischen Situationen sondern alltäglich. Es ist auch nichts darüber gesagt, ob solches Lernen und Verlernen bewußt anhand von Themen der Gesundheit stattfinden muß.
Es läßt sich festhalten, daß sich Gesundheit nicht in dem Sinne lernen läßt, wie man z.B. Englisch lernen kann. Diese Feststellung kann für die Gesundheitsbildung ausgesprochen sinnvoll und befreiend sein, weil sie nicht versuchen muß, ihren Erfolg an medizinischen Maßstäben zu messen, und weil sie nicht Gefahr läuft, Allmachtsphantasien zu entwickeln. Für Gesundheitsbildung, verstanden als Bildung von Kompetenzen, die die Aufrechterhaltung der Autopoiese wahrscheinlicher machen, ist der Maßstab sozialer Definition von Krankheit (störende Phänomene mit organischer Ursache) unerheblich: Gesundheitsbildung ist nicht präventiv, sie muß sich also auch nicht um den gesundheitlichen Zustand derjenigen kümmern, die an ihr teilnehmen wollen, sie sollte sogar umgekehrt voraussetzen, daß dies sozial als krank definierte und auch sozial als gesund definierte Menschen sein können.
Gegenstand der Gesundheitsbildung kann analog zur Aussage über Bildung nur sein,
– auf Phänomene (des Organismus) aufmerksam zu machen, die durch Ausprobieren anderer Möglichkeiten, z.B. des Bewegens, Atmens, Essens, entstehen können,
– ein zweites Phänomen als Zeichen für dieses erste Phänomen vorzuschlagen und unterschiedliche Zeichen zu thematisieren,

– Datenerhebung und Beschreibung des Phänomens zum Gegenstand der Interaktion zu machen, die Unterschiedlichkeit der Beschreibungen zu thematisieren,
– Erklärungen zu suchen, soziale Einigungsprozesse über diese Erklärungen zu inszenieren, wobei sich die Erklärungen in der Praxis als anwendbar und passend bestätigen müssen, die Ursachen der Phänomene auf unterschiedlichen Phänomenebenen zu suchen, verschiedene Möglichkeiten der Erklärung festzuhalten,
– Phänomene zu bewerten und Unterschiedlichkeiten der Bewertung zu ermöglichen.

Zur Beschreibung, wie diese Ziele konkret verwirklicht werden können, ist es hilfreich, sich z.B. an die o.g. (Kapitel I) Ansätze des ästhetischen Lernens (Homfeldt, 1991, 1993) zu erinnern: Es macht Sinn, sich an alltäglichen Vorgängen zu orientieren: am Bewegen und Entspannen, Kleiden, Nähren, Wohnen und Natur-Erleben. Über sinnliches Erleben können Wahrnehmungsmöglichkeiten erfahren und multimedial beschrieben werden. Unterschiedliche Erfahrungen lassen sich im sozialen Kontext der Gruppe vergleichen. Es macht Sinn, die lebensgeschichtliche Entstehung eigener Wahrnehmungen zu verstehen. Andere Möglichkeiten des Handelns und Wahrnehmens sind auszuprobieren.

Damit sind Ziele der Gesundheitsbildung beschrieben, die sich in konkretes Handeln umsetzen lassen, aber es ist nicht geklärt, welche Art von Haltung KursleiterInnen haben oder entwickeln könnten, um diese Ziele zu erreichen.

Anmerkungen

[1] Innere Unruhe und Verstimmung, zufriedene Stimmungslage, unglückliche Stimmungslage, soziale Integration, körperliche Behinderung, Atemnot/Beschwerden im Brustraum, Lebensfreude, Schwäche und Müdigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Unselbständigkeit, vgl. Schulze/Welters, 1991.

[2] Zu geschlechtsspezifischen Auswirkungen im Gesundheitshandeln vgl. Sonntag/Blättner (1995). So neigen Männer dazu, ihren Gesundheitszustand zu überschätzen, während Frauen ihn eher unterschätzen.

[3] Dieses Modell wird ausführlich bei Franzkowiak (1992), Franzkowiak/Wenzel (1985), Horn (1987), Stark (1987, 1989), Trojan (1992) kritisiert.

[4] Evolution ist z.B. nicht zu verstehen als ein Prozeß, in dem sich Lebewesen an die umgebende Welt besser anpassen, sondern als ein strukturelles Driften, das Ergebnis der unterschiedlichen individuellen Interaktionsweisen mit Unregelmäßigkeiten der Umgebung ist, bei gleichzeitiger fortwährender phylogenetischer Selektion, in der einige Lebewesen destruktive Interaktionen erfahren (Maturana/Varela, 1991, S.127). Autopoietisches System und Umwelt können sich dabei miteinander verändern.

[5] In verschiedenen Darstellungen zum Thema Konstruktivismus tauchen immer wieder die Begriffe Störung, Störeinwirkung oder Verstörung auf. Wie in der Übersetzung des Buches von Maturana und Varela soll hier aber bei dem Begriff Perturbation geblieben werden, da Störung im Deutschen negativ verstanden wird, der Begriff Verstörung das Gemeinte wohl eher trifft, aber auf soziale oder psychische Vorgänge bezogen ist.

[6] Simon bezieht sich auf die beiden Neurobiologen Humberto Maturana und Francisca Varela (1991) aber auch auf die konstruktivistische Sichtweise sozialer Systeme bei Luhmann (1994), auf von Foerster (1977, nach Simon 1995a) und Glasersfeld (1981, nach Simon 1995a).

[7] Sinn hat allenfalls eine unspezifische Prävention im Sinne einer Balance von Bedingungen, z.B. angemessenes Gleichgewicht von Spannung und Entspannung, Ruhe und Bewegung, oder Vielfältigkeit des Nahrungsangebotes, sauerstoffreiche Luft, Vermeidung von Schadstoffen etc., damit die Substanzen für innere Prozesse zur Verfügung stehen können, die Gestaltung von Lebensbedingungen, soweit sie beeinflußbar sind, die der Autopoiese Bedingungen schafft, die ihre die Aufrechterhaltung der Autopoiese erleichtern. Dies garantiert aber nicht das Ausbleiben von Krankheit.

[8] Becker selbst geht nicht von einer konstruktivistischen Sichtweise aus!

[9] Vgl. hierzu paradoxe Interventionen bei Simon, 1995a, S.97ff.

[10] (Blättner, 1994a; Klesse/Sonntag u.a., 1992, S.46ff.; Antonovsky 1979, 1987, 1991; Dlugosch, 1994b, S.102f.; Rosenbrock, 1993a, S.129; Waller, 1995, S. 14ff.).

[11] Für Antonovsky geht es um das Wunder, daß Menschen trotz belastender Bedingungen gesund bleiben. Konstruktivistisch geht es um das Phänomen, daß die Selbstheilungsmechanismen einen als krank definierten Zustand hervorbringen können.

[12] Dennoch sieht Becker auch Schwachstellen an Antonovskys Konzept: die ausschließlich körperliche Sichtweise von Gesundheit-Krankheit und die ungenügende Analyse der Beziehungen zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit, die ausschließliche Verwendung negativer Indikatoren wie Schmerzen oder funktionale Beeinträchtigungen für Gesundheit, die erst skizzenhafte Ausarbeitung und bisher nur begrenzte empirische Überprüfung des Modells (Becker, 1992, S.48).

[13] Hier unterscheidet sich Simon ebenfalls deutlich von dem Versuch einer konstruktivistischen Gesundheitsdefinition bei Knörzer (1994, S.82), der formuliert: *„Gesundheit ist die Fähigkeit eines Systems, innerhalb seiner autopoietischen Organisation immer wieder auf Perturbationen seiner Umwelt durch Strukturveränderungen so zu reagieren, daß es wieder zu seiner Homöostase, also zu einem spannungsarmen Gleichgewicht findet."* Knörzer übersieht: Die Homöostase ist kontinuierliche Veränderung; ob sie spannungsfrei ist, ist unwahrscheinlich, Autopoiese ist auf kontinuierliche Veränderung und damit auf Aktion, die Spannnung beinhaltet, angewiesen. Die Veränderung ist lebenswichtiger, ständiger Vorgang und nicht nur durch Perturbationen ausgelöst, ein autopoietisches System ist eben nicht eine träge Masse, die durch Störungen von außen in Schwingung versetzt wird und sich am Gleichgewichtspunkt neu einpendelt. Der Vorgang der Strukturveränderung beinhaltet Krankheitsprozesse, der Verlust der Fähigkeit zur Strukturveränderung wäre die Auflösung und nicht Krankheit.

[14] Wenn Maturana/Varela von einer Strukturkopplung der autopoietischen Einheit Mensch im sozialen System sprechen, verlassen sie damit die Ebene des biologischen Bodens nicht, denn der Mensch ist ohne Verbindung zu anderen Menschen – als Teil seiner Umwelt – im biologischen Sinn tatsächlich nicht lebensfähig, trotz seiner selbstreferentiellen biologischen Struktur. Ob Psyche, Soziales und Körper in diesem Sinn voneinander trennbare autopoietische, aber strukturgekoppelte Einheiten sind, ist auf einer biologischen Ebene zunächst nicht nachvollziehbar. Simon (1995a, S.499) warnt davor, im Gebrauch der Sprache die Phänomenbereiche nicht zu unterscheiden und Begriffe von einem Phänomenbereich auf einen anderen zu übertragen. Bleiben wir dabei, Organismus, soziales System und Psyche als operationell geschlossene Systeme mit struktureller Kopplung zu betrachten, müßte zumindest deutlich bleiben, daß es sich nicht um autopoietische Einheiten im biologischen Sinn handelt. Andererseits ist es biologisch eben tatsächlich schwer zu fassen, was die Psyche des Menschen ist, denn alle Umschreibungen organischer Prozesse der Gehirnaktivität sind zwar organische Voraussetzungen des Denkens und Fühlens, aber nicht das Denken und Fühlen selbst.

[15] *„In der Kommunikation mit seinen Patienten interpretierte Freud deren nichtverstehbare Symptome, indem er sie zurückführte auf für sie selbst (allerdings: auch ihn) nicht-beobachtbare, unbewußte Mechanismen. Er trennte gewissermaßen den Bereich der Psyche in einen Teil, welcher der Selbstbeobachtung zugänglich, und einen, welcher ihr nicht zugänglich ist. Das Unbewußte wurde von ihm wie ein verstehbarer, selbständiger Interaktionspartner mit eigenen Motiven und Zielen betrachtet. Der generierende Mechanismus, den er auf diese Weise konstruierte, sorgt für die Verstehbarkeit von Symptomen. Ihnen wird ein dem Patienten bzw. seiner Selbstbeobachtung verborgener Sinn zugeschrieben"* (Simon, 1995a, S.36).

[16] Solche nicht medizinisch erklärbaren Zusammenhänge zwischen Suggestion oder Vorstellung innerhalb des psychischen Systems und medizinischen Phä-

nomenen nutzen z.B. Simonton u.a. (1982) und Teegen (1992a) für therapeutische Zwecke in der Behandlung von Krebserkrankten.

[17] Sie erinnert an den Nürnberger Trichter: Ein Loch im Kopf ermöglicht die Einführung eines Trichters, durch den das Wissen in das Gehirn gepflanzt werden kann.

[18] Eine interessante, aber an dieser Stelle zu weit führende Frage wäre die, ob Lernen immer ein Vorgang eines psychischen Systems ist oder auch ein Vorgang eines sozialen Systems sein kann. Müßte in diesem Fall die Beschreibung des Lernvorgangs verändert und sollte Lernen als ein Vorgang von Sinnsystemen (psychisches System oder soziales System) definiert werden? Ließen sich auch Vorgänge im organischen System als Lernen bezeichnen? Wo genau ist es sinnvoller, von Veränderung zu sprechen? Vorerst sei Lernen als ein Vorgang des psychischen Systems beschrieben, der beobachtbar werden muß (durch Kommunikation), um zu einem Bestandteil des sozialen Systems zu werden.

[19] Simon entwickelt sein Konzept der Beobachtung im wesentlichen in Anlehnung an Spencer-Brown (1969) unter Einbezug von Maturana (1978), Bateson (1969) und Glasersfeld (1981).

[20] Für die Kuh inmitten einer Ausstellung unterschiedlicher Rinderrassen wäre der Erklärungsgehalt „Kuh" z.B. nicht ausreichend, für die im Himmel fliegende und die Sonne fressende Kuh wäre der Erklärungsgehalt Kuh nur dann ausreichend, wenn es sich um eine Kuh in einem Film über Mythen aus Guadeloupe handeln würde usw..

[21] Beobachten und handeln, aber auch denken ohne die „Umwelt" Organismus ist nicht möglich.

[22] Hierzu Luhmann (1994, S.326): *„Als Sozialisation wollen wir ganz pauschal den Vorgang bezeichnen, der das psychische System und das dadurch kontrollierte Körperverhalten des Menschen durch Interpenetration formt. Der Begriff übergreift damit mehrere Systemreferenzen, er übergreift positiv und negativ zu wertende Effekte, er übergreift erst recht konformes und abweichendes, krankhaftes (zum Beispiel neurotisches) und gesundes Verhalten. Sozialisation ist in diesem Sinne kein erfolgsträchtiges Geschehen (das allenfalls mißglücken kann). Eine Theorie, die den Sozialisationsbegriff auf die Erzeugung von angepaßtem, erwartungskonformen Verhalten festlegt, könnte die Entstehung gegenteiliger Verhaltensmuster nicht erklären, und sie wäre auch hilflos gegenüber Feststellungen wie der, daß gerade Anpassung neurotische Züge tragen kann und daß es Steigerungszusammenhänge von Anpassung und Neurosen gibt."*

[23] Wenn man sich Luhmanns Differenzierung zwischen Sozialisation und Erziehung anschließen will (Luhmann, 1994, S.330), wäre hier ein Unterschied zwischen (Gesundheits-)Bildung und (Gesundheits-)Erziehung zu ziehen. Erziehung ist nach Luhmann intentionalisiertes Handeln. Erziehung ist nur über Kommunikation möglich. Als Kommunikation sozialisiert Erziehung,

aber nicht unbedingt so, wie beabsichtigt. Pädagogisch intentionalisierte Handlungen bewirken eine Sozialisation ganz eigener Art. Wer Menschen zu Nichtrauchern erziehen will, bewirkt, daß sie entweder Nichtraucher werden oder Raucher bleiben. Gesundheitsbildung ist eben nicht intentionaliserte Erziehung: Sie zeigt Möglichkeiten, sie gibt keine vor.

[24] Auch hier geht es nicht um eine Bewertung zwischen guter und schlechter Gesundheitsbildung, sondern um eine Beschreibung ihrer Möglichkeiten.

[25] Für andere Bildungsfelder, z.B. die berufliche Bildung, ließe sich ähnliches formulieren: Sie stellt keine Arbeitsplätze her, sie entscheidet nicht über die Kriterien in der Auswahl eines Arbeitsplatzes, sie kann als Organisation sich nicht davon abhängig machen, ob die Menschen einen Arbeitsplatz haben oder nicht, ihr Erfolg läßt sich auch nicht daran messen, ob nach Maßnahmenabschluß ein Arbeitsplatz gefunden wird. Angesichts der pragmatischen Wende der Erwachsenenbildung ist diese Differenz besonders zu betonen.

[26] Ein völlig andere Frage ist die, welche gesellschaftlichen Ansprüche, was psychische Systeme lernen sollten und was nicht, vorhanden sind.

[27] Vgl. Breloer/Dauber/Tietgens, 1980; Dittmann, 1981, 1986; Behrsing, 1993; Boensch, 1984; Broedel, 1983; Brunner, 1983; Dörry, 1981; Geißler, 1982; Gerstadt, 1983; Gruber, 1984; Haring, 1982; Harney/Krieg/Gahlmann, 1983; Holzapfel, 1990; Kade, 1982; Kempes, 1985; Knoll, 1988; Koopmann, 1988; Lenner, 1988; Lößl, 1985; Mader, 1980, 1981, 1982; Markert, 1981; Mauermann, 1986; Müller, 1986; Naumann, 1980; Packebusch, 1987; Pfeiffer, 1985; Röchner/Haeberlin, 1986; Romberg, 1992; Schimpf, 1980; Schlutz, 1982; Schmiel, 1990; Schmitz, 1981; Schneider, 1980; Siebert, 1980, 1981, 1985; Tietgens, 1980, 1982, 1983, 1984.

[28] Vgl. Venth, 1987a, 1987b, 1988c, 1991b, 1994a, 1994b; Blättner, 1994a; Blättner/Borkel/Venth, 1996.

[29] Zum unterschiedlichen Setting gehören z.B. die unterschiedliche Intensität und Verbindlichkeit, damit verbunden unterschiedliche Tiefe und unterschiedliches Maß an Selbst- und Fremdverantwortung. Zum Setting der Erwachsenenbildung gehören beispielsweise: organisierter Lernrahmen, Freiwilligkeit und Selbstverantwortung, Zugänglichkeit für Lernen in der Gruppe.

[30] Vgl. Perrez, 1990, S.103; Bastine, 1992, S.199; Becker, 1995, S.404

[31] An dieser Stelle erfolgt eine Bewertung. Dienten die Aussagen bisher dazu, die Möglichkeiten der Gesundheitsbildung zu beschreiben, wird hier zwischen guter und schlechter Gesundheitsbildung unterschieden. Gute Gesundheitsbildung gibt die Definitionsmacht an Teilnehmende zurück, indem sie in der binären Trennung von (gesundheitsbezogen) wissend/nichtwissend das Sowohl-als-auch einführt. Teilnehmende sind in bezug auf Gesundheit sowohl wissend als auch nichtwissend.

[32] Angesichts der bisherigen Uneindeutigkeit des Gesundheitsbegriffs steht dies allerdings in Frage. Wenn sich weder Wissenschaft noch Laien auf einen

Gesundheitsbegriff einigen können, ist ebenso uneindeutig, was man tun muß, um gesund zu bleiben oder zu werden. Selbst das risikovermeidende Gesundheitsverhalten scheint ein multidimensionales Konstrukt zu sein. Als wichtige Dimensionen fanden Harris und Guten (1979) in einer Clusteranalyse: *„Gesundheitspraktiken wie genügend Schlaf, Entspannung und gesundes Essen, Sicherheitspraktiken zur Vermeidung von Unfällen oder zur Vorsorge für den Notfall (Erste-Hilfe-Ausrüstung), Vorsorgeuntersuchungen bei Arzt und Zahnarzt, Vermeidung von Gefahren in der Umwelt wie Gebiete mit hoher Kriminalität und Umweltverschmutzung, Vermeidung schädlicher Substanzen (Rauchen, Alkohol)"* (zit. nach Faltermaier, 1994a, S.134). Fest steht aber noch nicht einmal eindeutig, welche Substanzen schädlich sind, erklärt wird nicht, wie man Gebiete mit hoher Kriminalität und Umweltverschmutzung meiden will, wenn man z.B. in Bitterfeld oder New York wohnt, oder wie man trotz Schichtarbeit zu genügend Schlaf kommt.

[33] Der Begriff Gesundheitshandeln meint all das, was Menschen selbst tun, um sich für ihre gesundheitlichen Belange zu engagieren. Um auf die Phase vor einer Erkrankung Bezug zu nehmen, wird der Zusatz *„präventives"* Gesundheitsverhalten benutzt. Insgesamt ist dieser Ansatz auf Krankheiten und das Risikofaktorenkonzept bezogen. Gesundheitsverhalten läßt sich auch unterteilen in Vermeidung von Risikoverhalten und Stärkung von immunogenem Verhalten, d.h. Verhalten, das dem Aufbau von Ressourcen und der Erhaltung protektiver Faktoren dient, also z.B. genügend Schlaf und Entspannung, ausgewogene Ernährung, viel Bewegung etc.

[34] Danach ist Gesundheitsverhalten abhängig von Persönlichkeits-Determinanten (kognitive Determinanten, Persönlichkeitscharakteristika, Lebensstil), familiären Determinaten, sozialen Determinanten (Charakteristika sozialer Gruppen, soziale Netzwerke, soziale Rollen, Krankenrollen-Legitimation, Geschlecht), institutionellen Determinanten (organisatorische Einflüsse auf Gesundheitsverhalten von Patienten, Design physikalischer Umwelten), kulturellen Determinaten (kulturelle Faktoren der Krankenrollen-Erwartungen, transkulturelle Aspekte), Gesundheitsverhalten im Gesundheitsversorgungssystem (Wahrnehmung und Interaktionen, Macht, Autorität, Kontrolle).

[35] Diese Modelle gehen davon aus, daß Gesundheit das Fehlen einer Krankheit ist, und legen ein einfaches Modell möglicher Krankheitsprävention durch einfache Maßnahmen zugrunde. Als grundsätzliche Kritik an Gesundheitsverhaltenskonzepten wäre mit Abel (1992, S.123) zu formulieren: *„Eine Konzentration auf einzelne Verhaltensweisen unterschätzt die Komplexität der Verhaltenseinflüsse auf die Gesundheit."*

[36] Vergleiche hierzu die Untersuchung von Bartholomeyczik (1988). Die von ihr untersuchten Industriearbeiterinnen mit Frühschicht standen durchschnittlich um 4.29 Uhr auf, Krankenschwestern mit Frühschicht um 5.00 Uhr, Arbeiterinnen ohne Schicht um 5.10 Uhr, MTA um 6.28 Uhr. 20% der Arbeiterinnen mit Frühschicht hatten weniger als fünf Stunden Schlaf, weitere 40%

weniger als sechs Stunden. Ein Drittel aller Befragten fühlte sich nie ausgeschlafen.

[37] Wenn man sich am Beispiel der Motivliste von Pudel/Maus (1990, Dlugosch, 1994, S.228) verdeutlicht, welche Gründe zur Auswahl eines bestimmten Nahrungsmittels führen, wird ersichtlich, daß die Sorge um die Gesundheit nur einer von vielen Gründen ist: sensorische Qualität (Geschmack, Aussehen), Hunger/Appetit, ökonomische Bedingungen, kulturelle Einflüsse, traditionelle Einflüsse, habituelle Bedingungen, emotionale Wirkung, soziale Gründe, soziale Statusbedingungen, Angebotslage, Gesundheitsüberlegungen, Fitnessüberlegungen, Schönheitsansprüche, Verträglichkeit, Neugierverhalten, Angst vor Schaden, pädagogische Gründe, Krankheitserfordernisse, magische Zuweisungen, pseudowissenschaftliche Begründungen. Es gibt aber keinen Grund anzunehmen, ein bestimmtes Essen würde nur dann der Gesundheit gut tun, wenn es gesundheitsmotiviert gegessen wird.

[38] Das Erleben scheinbarer Ambivalenzfreiheit ist eines der Symptome von Verrücktheit: Schizophrenie zeigt sich von außen als Gleichzeitigkeit widerstreitender Gefühle, während es aus der Innenperspektive widerspruchsfrei, aber eben extrem schnell wechselnd erscheint. Die Ungleichzeitigkeit widerstreitender Tendenzen ist Symptom des Manisch-depressiv-Seins. Symptomfreie psychische Systeme empfinden die Ambivalenz, treffen aber eine Entscheidung für einen bestimmten Zeitraum.

[39] Folgt man einem konstruktivistisch-systemischen Denken, dann wird deutlich, daß Ursache (persönliche Kompetenzen) und Wirkung (Gesundheit) nicht linear bestimmt sind. Die Wirkung wird gleichzeitig zur Ursache. Beide Phänomene sind rückbezüglich. Unklare Gesundheitsdefinitionen lassen es gleichzeitig möglich erscheinen, daß eine Tautologie beschrieben wurde: Wenn Selbstvertrauen ein Bestandteil von Wohlbefinden ist, das Gesundheit ausmacht, dann ist Gesundheit die Voraussetzung für Gesundheit, die Erklärung für Gesundheit mit der Wirkung Gesundheit. Gesundheit ist Gesundheit ist Gesundheit.

[40] Defensiver Optimismus ist das leichtfertige Nicht-wahrhaben-Wollen von Gesundheitsgefährdungen, funktionaler Optimusmus ist eine leichte Überschätzung von Präventionsmaßnahmen und Handlungsmöglichkeiten. Diese Einteilung ist allerdings klar als eine normative Einteilung des Beobachters, nämlich des Gesundheitsexperten, erkennbar: Je nachdem, ob die optimistische Einstellung seinen Strategien entspricht oder widerspricht, ist sie defensiv oder funktional. Aus der Wahrnehmung der optimistischen Person heraus ist dieser Unterschied nicht zu ziehen.

[41] Macht wäre möglicherweise die treffendere Übersetzung.

[42] Commitment meint wörtlich eigentlich Bindung, Verpflichtung, to commit meint auch anvertrauen, sich festlegen. Es geht hier wohl eher um die Bindungsfähigkeit in sozialen Beziehungen als um soziales Engagement. Eine

moderne Übersetzung wäre vielleicht: die Fähigkeit, sich auf Beziehungen zu anderen Menschen einzulassen.

[43] Wörtlich: Herausforderung, Kampfansage, Aufforderung. Ein typischer Satz könnte evtl. sein: Das wollen wir doch erst mal sehen!

[44] Sence of coherence, eigentlich wörtlich übersetzt „Empfinden für Zusammenhalt/Zusammenhang", gelegentlich, aber selten wird der Begriff Kohärenzgefühl gebraucht, durchgesetzt hat sich die weniger geglückte Übersetzung Kohärenzsinn. Sie ist deswegen weniger glücklich, weil es sich nicht um einen organischen Sinn wie Geruchssinn, Tastsinn etc. handelt, auch nicht allein um ein Gefühl, sondern eher um eine Einstellung, ein Empfinden, eine Konstruktion.

[45] Angemerkt sei an dieser Stelle, daß es bisher offensichtlich als wenig forschungsrelevant eingeschätzt wurde, daß das Typ-A-Verhalten dem traditionell von Männern erwarteten Verhalten entspricht, während das Typ-C-Verhalten ebenso typisch dem von Frauen erwarteten Verhalten zugeordnet wird. Gesund scheinen beide Geschlechtsmuster nicht zu sein.

[46] Solche Skalenwerte sind allerdings schwierig zu erreichen. Für einen Wert über 300 müßte sich z.B. folgende Geschichte ereignen: Nach einer Trennung findet eine Frau einen neuen Partner, den sie heiratet. Die Heirat ist mit finanziellen Veränderungen verbunden. Zum Bau des gemeinsamen Hauses wird eine hohe Hypothek aufgenommen, obwohl die Frau zu arbeiten aufgehört hat. Kurze Zeit später stirbt der Partner bei einem Unfall.

[47] Wörtlich eigentlich hinüberführend, vollendend; sinngemäß bedeutet dies, daß nicht Kognitionen oder äußere Faktoren alleine ausschlaggebend sind, sondern die Kognition eine äußere Situation in den Zustand von Streß transformiert.

[48] Das Phänomen ökologischer Begründung existiert zur Zeit noch nicht. Sonnenallergie, Sonnenbrand oder Hautkrebs als Folge von Veränderungen der UV-Bestrahlung durch Zerstörung der Ozonschicht gelten als Krankheit, d.h. als organisch verursacht, Hautbräunung gilt als sozial verursacht.

[49] Bei sog. psychischen Krankheiten reicht die Erklärung meist nicht aus, Phänomene dem psychischen Bereich zuzuordnen. Sie werden entweder als organisch verursacht (z.B. genetisch) oder als sozial entstanden (z.B. Kindheitserlebnisse) erklärt.

III. Die professionelle Haltung: Leitbild für Handeln

„Wer lehren will, muß infizieren,
er muß andere anstecken,
sonst bleibt seine Lehre nichts
anderes als sterile Aufgeregtheit."
Fritz B. Simon, 1996

1. Die Bedeutung einer „professionellen Haltung" von KursleiterInnen

In den vorangegangenen beiden Kapiteln konnte die Bedeutung einer Reflexion professionellen Handelns von KursleiterInnen beschrieben und anschließend formuliert werden, welche Ziele Gesundheitsbildung sich nach wissenschaftlicher Erkenntnis sinnvoll setzen könnte. Im nächsten Schritt geht es um die Frage, mit welcher Haltung solche Ziele leichter erreicht werden könnten. Was genau meint aber „Haltung", und welche Bedeutung hat eine „professionelle Haltung" für das Lernen von TeilnehmerInnen?
Es wäre weder sinnvoll noch möglich, die Gesamtheit des Handelns von KursleiterInnen zu beschreiben und Fragen zu beantworten wie z.B.: Wie sollen sie die Teilnehmenden miteinander ins Gespräch bringen? Wie sollen sie einen Kurs planen? Wie sollen sie sich vorbereiten? Sollen sie die Teilnehmenden duzen oder siezen? Welche Methoden müssen sie kennen? Sinnvoll wäre ein solches Vorgehen deswegen nicht, weil es KursleiterInnen auf bestimmte Formen des Handelns normativ festlegen würden, fremdbestimmte KursleiterInnen aber wahrscheinlich Selbstbestimmung nicht vermitteln können – falls sie sich überhaupt auf Vorgaben von anderen einlassen würden. Möglich wäre dies nicht, weil es kein logisch ableitbares Konzept gibt, das für jede Situation in jeder Gruppe mit jedem spezifischen Thema und für jede/n KursleiterIn passen könnte.
Folgt man andererseits Simons (1996) Auffassung, daß die Art des Umgangs miteinander, mit sich und der Welt der eigentliche Lehrinhalt ist, kann der Umgang von KursleiterInnen mit den Teilnehmenden nicht gleichgültig sein. KursleiterInnen bringen stärker mit ihrer Haltung gegenüber den Teilnehmenden als mit dem, was sie zum Thema sagen, einen Lehrinhalt in die Interaktion ein, der zwar nicht un-

bedingt die TeilnehmerInnen ändert, aber die Interaktion. Eine Haltung ist generell zunächst etwas, das eine innere Einstellung (Wirklichkeitskonstruktionen des psychischen Systems) und eine Verhaltensweise des Körpers (die gerade Haltung z.B.) meint, die beobachtbar sein müssen. Es sind demnach verbale und nonverbale Kommunikationsformen, die die Haltung bestimmen.
In der Interaktion lernen die TeilnehmerInnen zunächst, Teilnehmende zu sein. Über die Haltung des/der KursleiterIn schließen sie bestimmte Möglichkeiten aus, sich als TeilnehmerIn zu verhalten, andere schließen sie ein, indem sie Differenzschemata einbringen, die angenommen oder verworfen werden können. Dies bestimmt nicht die Art, wie die Teilnehmenden in anderen sozialen Systemen handeln oder wie sie als Person sind, stört die Personen aber vor allem dann, wenn sie andere Erfahrungen machen als die, die sie erwartet haben. Das Ergebnis dieser Störung kann eine Zustandsänderung sein, wobei sich nicht festlegen läßt, in welcher Art.
Diese Störung auszuhalten ist nicht immer einfach, wie Erfahrungen in Fortbildungen zeigen. Die versammelten KursleiterInnen finden es schwierig, für die Zeit der Fortbildung TeilnehmerInnen zu sein. Sie verhalten sich als KursleiterInnen oder zumindest als KoreferentInnen und kämpfen mit den FortbildungsreferentInnen um diese Position. Oder sie werden zu TeilnehmerInnen – d.h., wie sie denken, daß TeilnehmerInnen sein sollen – und hören auf, sich eigene Aktivitäten zuzutrauen oder das Geschehen aktiv mit zu gestalten. Der Verlauf der Fortbildung ist stark davon abhängig, ob KursleiterInnen und FortbildungsreferentInnen diese „Rollenfrage" in der Interaktion miteinander neu bestimmen können. Die stattgefundene Störung ist manchmal dadurch von Dritten beobachtbar, daß Beschwerden über die FortbildungsreferentInnen geäußert werden, daß diese zu autoritär, nicht autoritär genug, an den falschen Stellen autoritär sind, mit anderen Worten: sich nicht so verhalten, wie sie sich nach Meinung der KursleiterInnen als KursleiterIn verhalten müssen. Für die Fortbildungssituation selbst müssen KursleiterInnen eine andere Art des Verhaltens als Beteiligte einer Lehr-Lernsituation lernen. Manchmal sind sie danach andere KursleiterInnen, manchmal nicht.
In der Erwachsenenbildung läßt sich auch beobachten, daß Erwachsene sich in der Bildungssituation so verhalten, wie sie es in der Schule gelernt haben: Sie werden zu SchülerInnen, die je nach eigener Lebensgeschichte fleißig sind, sich oft melden, schwätzen, den Unterricht stö-

ren, sich mit Äußerungen nicht blamieren wollen, die Pause zum wichtigsten Teil des Unterrichts machen, immer zu spät kommen, nicht widersprechen, ein aufmerksames Gesicht machen, während sie in Gedanken ganz woanders sind, alles abschreiben, was an der Tafel steht oder sich gegenseitig Briefchen zustecken. Geht man davon aus, daß Bildung Möglichkeiten erweitern will, dann ist es sinnvoll, den Bildungsprozeß damit zu beginnen, andere Möglichkeiten des Lernens miteinander in die Interaktion einzubringen. Man stört die gelernte Schülerrolle, wenn man sich nicht als LehrerIn verhält. Auf seiten der Teilnehmenden gibt es allerdings offensichtlich „Driftzonen"[1], von denen es abhängt, wieviel Störung ihrer lebensgeschichtlich entstandenen Vorstellung von einer Lehrperson und von Unterricht sie verkraften können, ohne sich über die KursleiterIn beschweren zu müssen, weil sie Unterricht anders gestaltet, als die Teilnehmenden dies gewohnt sind. Andererseits gibt es auch Vorstellungen, daß Lernen in der Erwachsenenbildung „irgendwie anders" sein soll, als es die Teilnehmenden als SchülerInnen erlebt haben. Wahrscheinlich gibt es auch solche „Driftzonen" für das Handeln von KursleiterInnen und von TeilnehmerInnen.

Zu beschreiben wäre eine Metatheorie des Umgangs von KursleiterInnen mit den Teilnehmenden, die ausreichend allgemein ist, um spezifische Variationen zuzulassen und Möglichkeiten des Handelns nicht einzuschränken, sondern neu zu eröffnen, andererseits aber als eine Art Leitbild für Handeln zur Orientierung dienen könnte. Sie kann neue Möglichkeiten nur dadurch aufzeigen, daß sie andere ausgrenzt; auch eine solche Beschreibung muß Komplexität reduzieren. Diese Metaebene der Beschreibung einer Art des Umgangs von KursleiterInnen mit den Teilnehmenden wird im folgenden als „professionelle Haltung" bezeichnet.

Professionelle Haltung ist ein Erklärungsprinzip für im beobachtbaren Verhalten von KursleiterInnen überwiegende Phänomene. Die Aussage, ein Kursleiter oder eine Kursleiterin ist (als Person) streng, kompetent, unterhaltsam, nett, aufmerksam, großzügig usw., bedeutet, daß ihr in der Interaktion beobachtbares Verhalten von den BeobachterInnen als streng, kompetent, unterhaltsam ... wahrgenommen wird. Wie sie als Person ist, bleibt unzugänglich. Die Ursache dieses Verhaltens wird nicht bei den Teilnehmenden (auf unterschiedliche Teilnehmende wird eine KursleiterIn unterschiedlich reagieren), nicht bei den BeobachterInnen und deren Wirklichkeitskonstruktionen und nicht

bei den Bedingungen (unterschiedliche Bedingungen werden unterschiedliches Verhalten bewirken) gesucht, sondern einseitig der Person der KursleiterIn zugeschrieben. Dieser Perspektivenwechsel wird in dem Wissen vollzogen, daß auch diese Sicht eine einseitige, interpretierende Sicht ist, aber eine andere Sicht als diejenige, die die Ursache bei den Teilnehmenden sucht.

Für KursleiterInnen werden gelegentlich Fortbildungen zum Thema „Umgang mit schwierigen TeilnehmerInnen" angeboten. In dieser Themenstellung sind zwei Annahmen enthalten: Die Ursache für Phänomene im Unterrichtsgeschehen wird bei den Teilnehmenden gesucht, die als schwierig beschrieben werden. Es wird angenommen, daß eine bestimmte Art des Handelns von KursleiterInnen diese Schwierigkeit der Teilnehmenden beheben kann. Diese Annahmen werden im folgenden nicht geteilt, sondern durch die Annahme ersetzt, daß die Interaktion im Kursgeschehen nicht steuerbar ist, aber die Haltung der KursleiterIn die Interaktion dadurch verändert, daß sie sie perturbiert, oder dadurch aufrechterhält, daß sie zu der Konstruktion einer gleichbleibenden Welt beiträgt.

„Professionelle Haltung" ist als Erklärungsprinzip so gesehen ein Pendant zum Erklärungsprinzip „Lernen" der Teilnehmenden. In beiden Fällen wird die Komplexität der Interaktion reduziert auf eine einseitige Zuschreibung, d.h. nicht als Phänomen des sozialen Systems, sondern als Phänomen des psychischen Systems der Person erklärt. Insofern gibt „professionelle Haltung" die Komplexität des Geschehens nicht wieder, dient aber zur Orientierung, ohne daß das Wissen verlorengehen darf, daß dies nicht Wirklichkeit abbildet und andere Erklärungsprinzipien möglich wären, daß letztlich Verhalten in der Interaktion gemeint ist und nicht eine Persönlichkeitsstruktur beschrieben werden soll.

Dieses Leitbild einer professionellen Haltung müßte geeignet sein, den Lehrinhalt der Erweiterung von Möglichkeiten zu transportieren, dürfte also nicht belehrendes oder reglementierendes Verhalten beschreiben.

Bei einer Betrachtung der Praxis fällt auf, daß Kursleiterinnen, die ähnliche Ziele wie Selbstbestimmung von Teilnehmenden nennen und oft vergleichbare Situationen als Krisen erleben, unterschiedliche Haltungen (ihre Wahrnehmung über ihre Haltung und die Wahrnehmung des/der BeobachterIn von dem Gesagten) darzustellen scheinen, wenn man sie z.B. nach Erfolgen, Prinzipien und Krisen, Wünschen nach Veränderung, nach Gelegenheiten, bei denen sie selbst lernen, nach

Stärken und Schwächen anderer KursleiterInnen fragt. Ein Beispiel dafür sind unterschiedliche Haltungen von FortbildungsreferentInnen und KursleiterInnen bezüglich der eigenen Autorität und Bedeutung. Die professionelle Haltung kann insofern also nicht einfach nur aus den Zielen abgeleitet werden, sie ist erklärungsbedürftig.
Versucht man, aus einem konstruktivistischen Blickwinkel einige Äußerungen von Kursleiterinnen in Interviews als Haltung zu beschreiben, dann wird z.B. bei der Kursleiterin A deutlich, daß sie als Ziel beschreibt, daß die TeilnehmerInnen sich als Person und Organismus im sozialen System wahrnehmen. Die Teilnehmenden sollen im Ergebnis wissen, was sie wollen, und danach handeln. In der Interaktion kann man von den Möglichkeiten anderer lernen, indem man sie annimmt oder ablehnt, dies gilt ihrer Ansicht nach auch für die Arbeit der Kursleiterin. Unterschiedliche Möglichkeiten nicht zu bewerten findet sie nicht immer einfach. Die Kursleiterin respektiert die Grenzen der Teilnehmenden und achtet darauf, daß die Teilnehmenden Grenzen setzen. Eine Krise kann entstehen, wenn die Kursleiterin selbst sich nicht abgrenzen kann (also nicht zwischen ihrer Person und der Interaktion unterscheiden kann). Gut ist eine Kursleiterin, wenn sie gelassen sein kann und den Grund für Ereignisse in der Interaktion nicht in ihrer Person, sondern in der Interaktion sucht. Die Kursleiterin bestimmt die Interaktion nicht, aber sie gestaltet die Bedingungen der Interaktion.
Die Kursleiterin B z.B. gibt konkret vor, wie die Teilnehmenden werden sollen, und versucht, dieses Ziel zu erreichen, abhängig von der jeweiligen Situation. Widerstand darf nicht entstehen. Die Interaktion wird als Kampf betrachtet: Es wird entschieden, ob die Kursleiterin oder die Teilnehmenden gewinnen. Gut ist eine Kursleiterin, die weiß, was sie will, und dies auch durchsetzt.
Nach der Auffassung von Kursleiterin C z.B. ereignet sich Lernen über sich und die Welt in der Wahrnehmung von sich, anderen und der Welt. Es läßt sich nicht herstellen, sondern nur ermöglichen. Die Kursleiterin soll sich selbst dafür nicht so wichtig nehmen und Gelassenheit entwickeln. Die Grenze ist da, wo die Interaktion selbst in Gefahr gerät. Unterschiedliche Wege und unterschiedliche Verhaltensweisen zu akzeptieren, ist eine zentrale Aufgabe. Wichtig ist für sie, sich selbst in Frage stellen zu können und selbst weiter zu lernen.
Will man versuchen, diese Unterschiede in den Haltungen der Kursleiterinnen durch Unterscheidung und Bezeichnung beobachtbar und

so beschreibbar zu machen, ist es hilfreich, nach Kategorien zu suchen, die in der Theorie zum Verhalten von ErzieherInnen, TherapeutInnen, LehrerInnen oder ähnlichem schon beschrieben sind, und sie hinsichtlich ihrer Nützlichkeit für eine professionelle Haltung mit dem Ziel „Erweiterung der Möglichkeiten" zu überprüfen. Geht man von Luhmanns (1994, S.311) Theorie aus, daß psychische Systeme in der Interpenetration die Komplexität eines anderen Systems nutzen können, indem sie sich von ihm unterscheiden, und dazu binäre Schemata brauchen, die Komplexität reduzieren, wäre es sinnvoll, Differenzschemata zu suchen, die Haltungen beschreiben können. Dies müßte Informationsverarbeitung möglich machen, ohne zu versuchen, KursleiterInnen von vornherein auf eine Seite des Differenzschemas festzulegen.

Zuvor ist aber ein Modell zu entwickeln, das beschreiben kann, wie die Lehrmethode zum Lehrinhalt wird oder wie Handeln von KursleiterInnen und Handeln von TeilnehmerInnen in der Interaktion zusammenhängen. Einige AutorInnen der pädagogischen Psychologie (Tausch/Tausch, 1973; Becker, 1995) gehen davon aus, daß es einen Zusammenhang zwischen dem Verhalten von Erziehern und dem Verhalten der Erzogenen und ihrer Persönlichkeitsstruktur, damit auch ihrer Chance auf Gesundheit, gibt. Sie nehmen an, daß das Handeln einer Person in der Interaktion das Handeln anderer Personen über die Interaktion hinaus bestimmen kann.

Im Unterschied zu den sich ab den siebziger Jahren allmählich durchsetzenden systemischen Modellen ist das Grundmodell der Beeinflussung seelischer Prozesse durch Erziehung bei Tausch/Tausch noch eng an einfachen Reiz-Reaktions-Modellen orientiert. *„Durch das Verhalten des Erziehers werden im unmittelbaren persönlichen Kontakt mit Jugendlichen bei diesen bestimmte Reizungen (Reizkonstellationen) der Sinnesorgane bewirkt. Diese Reizkonstellationen führen zu Änderungen der zentralen physiologischen Erregungsvorgänge im Individuum ... Als Folge derartiger Änderungen von bewußten Erlebnisinhalten sowie von physiologischen (nicht bewußten) Vorgängen treten – überwiegend entsprechend den physiologischen Gesetzmäßigkeiten des Lernens – Veränderungen im gegenwärtigen und zukünftigen Verhalten und Erleben von Individuen ein"* (1973, S.39ff.). Neben der unmittelbaren Änderung des Erlebens und Verhaltens aufgrund der Reizkonstellation des Erzieherverhaltens bestehen Zusammenhänge zu späteren Verhaltensweisen und Einstellungen. Dies wird von Tausch/Tausch damit erklärt, daß häufige Erfah-

rungen bestimmter Art zu Lernvorgängen und dauerhaften Verhaltensänderungen führen. Unter Lernen verstehen sie dabei, daß psychologische Prozesse bei einem neuen Vollzug durch Erfahrungen in der Zwischenzeit geändert werden. *„Lernen kann als die im allgemeinen voraussagbare, über einen gewissen Zeitraum beibehaltene Änderung des Antwortverhaltens von Individuen auf bestimmte Reizbedingungen verstanden werden"* (a.a.O., S.47). Dieser Lernbegriff erscheint heute angesichts konstruktivistischer Sichtweisen als geradezu unterkomplex, geht er doch letztlich von Menschen als trivialen Maschinen aus.[2]
Tausch/Tausch benennen vier Lernvorgänge:

– Das Modell- oder Beobachtungslernen, später Wahrnehmungslernen genannt, ist ein Prozeß, bei dem sich eine Person im Verhalten dem von ihr beobachteten oder sprachlich übermittelten Verhalten einer anderen Person annähert, indem sie neue Verhaltensweisen erwirbt oder eigene Verhaltensweisen mindert oder verstärkt. Konstruktivistisch betrachtet würde dies bedeuten, daß ein System dadurch lernt, daß es seine Umwelt (ein System in seiner Umwelt) beobachtet. Die Konstruktion der Wirklichkeit über das System der Umwelt regt das System dazu an, Verhaltensweisen zu zeigen, die dem von ihm beobachteten Verhalten, d.h. seiner Konstruktion davon, entsprechen oder aber dies nicht tun. Es handelt sich um Lernen aus der Komplexität eines Systems durch Reduktion der Komplexität in der Konstruktion des beobachteten Verhaltens anhand eines binären Schemas. Weiterhin ist zu unterstellen, daß dieses Modellernen wechselseitig erfolgen kann und daß sich nicht festlegen läßt, wer als Modell in Frage kommt: Eltern, Freunde, Superman oder Mister Spok von Raumschiff Enterprise. Beobachtungslernen kann es also auch unter einer konstruktivistischen Perspektive geben, aber es begründet sich anders und führt nicht zu voraussagbarem Verhalten, weil konstruktivistisch betrachtet das beobachtete Verhalten übernommen oder abgelehnt werden kann.
  Die Idee des Modellernens impliziert, daß das Verhalten nachgemacht wird, das beobachtet wurde, also: SchülerInnen lernen sich so zu verhalten wie LehrerInnen, Kinder wie Eltern etc. Möglicherweise verhalten sich SchülerInnen, wenn sie selbst in einer Situation sind, in der sie eine Art LehrerIn darstellen (z.B. als KursleiterIn), so, wie sie das bei LehrerInnen beobachtet haben (oder gerade nicht). In der konkreten Interaktion in der Schule lernen sie aus dem Lehrerverhalten und dem Verhalten anderer SchülerInnen aber

zunächst nur, ihre persönliche Art zu entwickeln, sich als SchülerIn zu verhalten, und zwar durch Beobachtung. Diese Art kann konträr oder parallel zum Lehrerverhalten oder davon unabhängig sein.

– Das Bekräftigungslernen ist die Verstärkung einer Verhaltensweise durch die Begleitung von angenehmen Zuständen, wobei Formen von Bekräftigung, die das Individuum als Ausdruck echter Wertschätzung versteht, besonders günstig sind, die zu verstärkenden Verhaltensweisen aber erst einmal vorhanden sein müssen. Das setzt die Wahrnehmung eines Verhaltens als Bekräftigung und die Konstruktion eines Zusammenhangs zwischen dem Verhalten und der Bekräftigung voraus. Auch hier hat das System die Möglichkeit, das Bekräftigte künftig zu tun oder nicht zu tun. Bekräftigungslernen findet gewollt und nicht gewollt statt. Bezogen auf das Beispiel des Schülerseins wird die individuelle Schülerstrategie konstruktivistisch betrachtet bekräftigt, wenn sie in bezug auf die persönliche Struktur viabel ist, auch z.B. dadurch, daß man der/die „dumme" oder „faule" SchülerIn bleibt, der/die zu sein man gelernt hat. Die Bekräftigung muß nicht immer die Bekräftigung durch eine andere (die erziehende) Person sein. Bekräftigung muß nicht durch Lob oder Geschenke erfolgen, sondern entsteht auch durch den erlebten Genuß, nichts verändern zu müssen. Bekräftigungslernen heißt konstruktivistisch betrachtet, daß eine Person ein bestimmtes Handeln in ihrer Umwelt ausprobiert, für passend befindet und beibehält.
– Die Extinktion (Verlernen) ist eine Verminderung unerwünschten Verhaltens durch Nichtverstärkung. Das setzt die Wahrnehmung eines Verhaltens als Nichtverstärkung und die Konstruktion eines Zusammenhangs zwischen dem Verhalten und der Nichtverstärkung voraus. Auch hier hat das System die Möglichkeit, das Nichtverstärkte künftig zu tun oder nicht zu tun. Auch Verlernen findet gewollt und nicht gewollt statt. Konstruktivistisch betrachtet würde man hier davon ausgehen, daß sich eine Art des Handelns als nicht mehr passend erweist oder durch Benutzung anderer Arten zu handeln in Vergessenheit gerät. Wie bei allen anderen Formen des Lernens wäre es etwas, das sich als Erklärungsprinzip beobachtbarer Unterschiede des Verhaltens zu zwei verschiedenen Zeitpunkten eignen würde, aber es kann nicht – im Unterschied zu den Vorstellungen von Tausch/Tausch – im vorhinein geplant und bestimmt werden.

– Gegenkonditionierungslernen ist ein Angstabbau z.B. durch Wertschätzung in Verbindung mit Ruhe und Entspannung. Hier ist die Vorstellung impliziert, daß Lernen, d.h. Veränderung, alltäglich stattfindet, wenn nicht wichtige Gründe dem entgegenstehen. Allerdings können nicht nur Angst, sondern auch die Neigung, einmal gefundene Wirklichkeitskonstruktionen beizubehalten, wichtige Gründe sein. Die Modelle des Gegenkonditionierungslernens sind in der Praxis oft sehr vereinfachend gedacht. Sie funktionieren konstruktivistisch gedacht nach dem Prinzip des Störens. Wird statt Angst Entspannung erlebt, stört dies die bisherige Konstruktion der angstbesetzten Wirklichkeit. Die Störung löst eine nicht bestimmbare Zustandsveränderung aus.

Dem Modellernen (Bandura/Walters, 1963, nach Tausch/Tausch, 1973, S.50) und dem Bekräftigungslernen (Thorndike, 1932) gestehen Tausch/Tausch besondere Bedeutung zu. Die Lernformen können durch rückbezügliche Affekte verstärkt werden. Über diese Prinzipien lassen sich bei einem Menschenbild vom Erzogenen als trivialer Maschine die Zusammenhänge zwischen dem Verhalten von ErzieherInnen und dem von Erzogenen erklären. Unter einer konstruktivistischen Sichtweise, die von einem psychischen System ausgeht, das nicht trivial ist, ist vieles neu interpretierbar, aber es bleibt auch vieles fragwürdig, so z.B. die Selbstverständlichkeit der Annahme, daß Verhalten in einem sozialen Kontext mit dem Verhalten in einem anderen sozialen Kontext vergleichbar ist, oder die Ausgrenzung der Möglichkeit, daß Erzogene genau das Gegenteil des Intendierten oder etwas völlig anderes tun.

Konstruktivistisch gedacht, finden die vier Arten zu lernen – das Nachmachen, das Ausprobieren und Für-gut-Befinden, das Verwerfen von Unpassendem und das Stören festgefahrenen Verhaltens – immer noch in der Person des Lernenden statt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die lehrende/erziehende Person etwas anderes ist als ein Teil der Umwelt der lernenden Person. Im übrigen sind die vier Arten zu lernen weniger voneinander getrennt, als es den Anschein haben mag: In allen Situationen des Alltags werden verschiedene Arten des Handelns ausprobiert und für passend oder nicht passend befunden. Durch Beobachtung anderer Personen können Arten des Handelns Anregungen für das Ausprobieren eigener Formen des Handelns geben. Hat sich eine Handlung als passend gezeigt, ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, daß sie in anderen Situationen auch genutzt wird, solange sie

sich bei neueren Versuchen nicht als nicht passend zeigt. Fest eingeübte Handlungsstrukturen werden erst nach Störungen aus der Umwelt verändert.
Auch Becker (1995) sieht sein Modell des Erzieherverhaltens als ein Modell der Bedingungen, dem ein Modell der Folgen zuzuordnen ist. Die Ursache aus der Systemumwelt, das Verhalten des Erziehers, führt zu einer Wirkung, zum Verhalten des Erzogenen. Beckers grundlegende These – gegründet vor allem auf Tausch/Tausch (1973) – ist, daß das Erzieherverhalten einem parallelen Folgeverhalten der Edukanden zuzuordnen ist. Wer mit Wertschätzung erzogen wird, wird im Regelfall mit Wertschätzung reagieren. Wer mit fordernder Kontrolle erzogen ist, wird kurz- oder mittelfristig mit Einordnung reagieren. Wer vernachlässigt wird, wird wahrscheinlich opponieren, wer bestätigt wird, wird sich vermutlich entfalten.
Die konstruktivistische Kritik an dieser Sichtweise wurde in bezug auf die Ansätze von Tausch/Tausch oben bereits formuliert: Allenfalls wird hier das Schema in der Interaktion, aber nicht die Wahl der Möglichkeit vorgegeben, eine Determiniertheit des Verhaltens von Erzogenen durch das Verhalten der ErzieherInnen läßt sich aus konstruktivistischer Perspektive nicht halten. Die konstruktivistische Neuformulierung der These müßte heißen: Wenn in die Interaktion ein Verhalten eingebracht wird, das aus der Beobachterperspektive als Wertschätzung wahrgenommen wird, kann mit einem Verhalten reagiert werden, das in der Beobachterposition als Wertschätzung oder Geringschätzung eingeschätzt wird, mit einem Weder-noch oder einem Sowohl-als-auch. Becker (1995, S.308ff.) sieht Persönlichkeitseigenschaften als Folge sozialer Bedingungen (Erzieherverhalten) und selbstbezogenen Verhaltens, wobei letzteres auch in Abhängigkeit von dem Verhalten anderer Personen zu sehen ist. Wenn er den Einfluß sozialer Bedingungen nicht als Determinierung verstehen würde, sondern als Perturbation, die Reaktionen des psychischen Systems damit als nicht voraussagbar, wäre dieser These auch aus konstruktivistischer Perspektive zuzustimmen: Persönlichkeitseigenschaften (als Erklärungsprinzip für beobachtbares Verhalten) entstehen lebensgeschichtlich aufgrund interner Strukturveränderungen, die durch Perturbation aus dem sozialen System (z.B. dem Verhalten des Erziehers) angeregt werden können.
Zur Demonstration des Zusammenhangs von selbstbezogenem Verhalten und dem Verhalten anderer nennt Becker das Beispiel einer vernachlässigten Ehefrau – dessen geschlechtsspezifische Einschränkung

schnell erkannt ist, wenn man wie folgt die Rollen umdreht: Ein Mann A ist seit mehreren Jahren mit einer Frau B verheiratet, die ihre Freizeit einem aufwendigen Hobby widmet (Yoga lernen?). Aus der Tatsache, daß Frau B ihrem Mann A nicht die Aufmerksamkeit schenkt, die dieser erwartet, schließt er, daß er seiner Frau wenig bedeutet, weil er selbst unattraktiv, langweilig und lieblos ist. Seine Selbstzweifel plagen ihn, und mit der Zeit verliert er die Achtung vor sich selbst.
So realistisch dieses Bild, von Becker (a.a.O., S.304) in den klassischen Rollen „Mann vernachlässigt Frau" beschrieben erscheint, so schnell wird es in seiner Umkehrung unglaubwürdig. Es entspricht nicht den Verhaltenserwartungen an Männer.
Wie selbstbezogenes Verhalten mit dem Verhalten anderer der eigenen Person gegenüber zusammenhängt, ist offensichtlich von verschiedenen Faktoren abhängig, deren einer die geschlechtsspezifische Sozialisation sein könnte. Wie Person A auf das Verhalten von Person B bezüglich des selbstbezogenen Verhaltens und der eigenen Persönlichkeitsstruktur reagiert, läßt sich nicht voraussagen. Es ist nur eine Verhaltensvariante, auf Vernachlässigung mit Selbstvernachlässigung zu reagieren, Selbstanleitung – um in Beckers Terminologie zu bleiben – wäre eine andere Verhaltensvariante, Selbstbestätigung, Selbstunterdrückung wären weitere. Person A muß das Verhalten von B nicht auf sich selbst beziehen, sie kann ihr selbstbezogenes Verhalten u.U. gar nicht ändern, sondern statt dessen das Verhalten zur Person B.
Becker (a.a.O., S.308ff.) entwickelt aus dem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ein – seiner Aussage nach vereinfachtes – Modell, das die Komplexität zumindest teilweise widerspiegeln kann. Dieses Modell läßt sich durch einige Veränderungen von Beckers Sicht an eine konstruktivistische Sichtweise anpassen:
Die Persönlichkeit eines Menschen ist ein Erklärungsprinzip für beobachtbares Verhalten anderen, sich selbst und der Welt gegenüber. Es wird erklärt aus dem zurückliegenden Verhalten in zurückliegenden Interaktionen und Begegnungen mit der Systemumwelt. Aktuelles Verhalten wird aus der Persönlichkeit und der aktuellen Situation heraus erklärt. In Abweichung zu Becker ist hier zu ergänzen, daß die Interaktion ohne das Verhalten der beteiligten Personen nicht möglich ist, auch hier also eine Wechselbeziehung besteht. Eine Erklärung (neben anderen) für die Persönlichkeitseigenschaften liegt in dem zurückliegenden Verhalten anderer Personen, wichtiger Bezugspersonen, das kurz- und mittelfristige Folgen (Reaktionen auf Perturbationen) hatte.

Das zurückliegende Verhalten von Bezugspersonen und die jeweilige Reaktion der Person sind dabei als eine lebensgeschichtliche Kette von Verhalten zu verstehen, das recht unterschiedliche Aspekte beinhaltet haben mag. Welches Verhalten welcher Bezugsperson und welche Reaktion sich durchsetzt, kann mit dem Modell nicht erklärt werden. Es ist auch nicht vorhersehbar. Eine weitere Erklärung liegt auch in dem zurückliegenden Verhalten der Person sich selbst gegenüber, das einerseits durch zurückliegendes Verhalten von Bezugspersonen beeinflußt ist, andererseits andere Einflußfaktoren hat, z.B. soziale Normen, aber im Unterschied zu Beckers Darstellung als Struktur der Person verstanden werden muß. Ergänzt werden muß aus einer konstruktivistischen Perspektive heraus, daß auch dann, wenn alle Faktoren aus der Vergangenheit und Gegenwart bekannt wären, Verhalten niemals mit Gewißheit vorausgesagt werden kann, weil lebende Systeme die Möglichkeit haben, immer auch unerwartet und spontan zu reagieren.
Auch nach Beckers Theorie ist es keineswegs so, daß die Persönlichkeit von A direktes Resultat des zurückliegenden Verhaltens wichtiger Bezugspersonen ist. Wenn in dieses Modell integriert wird, daß die Folge jedes Verhaltens einer Person B auf die Person A jeweils das Gegenteil (oder das Weder-noch oder das Sowohl-als-auch) des Beabsichtigten sein kann, gemäß der internen Struktur der Person, dann kann Verhalten der Person B sich als Perturbation verstehen lassen, die in der Person A zu unterschiedlichen Reaktionen und Gegenreaktionen führt. Deutlicher als Beckers Modell beschreibt der Konstruktivismus, daß nicht die Perturbation (das Verhalten anderer Personen) die Zustandsveränderung der Person A determiniert, sondern die Struktur der Person, die wiederum selbstverständlich lebensgeschichtlich entstanden ist. Aber die Person ist auch offen für diese Störungen, d.h., sie bleibt gerade dadurch ein rückbezügliches System, daß sie sich von ihrer Umwelt unterscheidet und damit auf Veränderungen der Umwelt reagiert. Konstruktivistisch betrachtet kann A auf das von B als Perturbation vorgegebene Schema I mit der Verhaltensalternative I oder Nicht-I reagieren oder mit Sowohl-als-auch oder Weder-noch. Mit der Entscheidung für das Verhalten I oder Nicht-I erfolgt Lernen in einem – zumindest situationsspezifischen – Ausschluß der jeweils anderen Möglichkeiten des Verhaltens. Auf das von Person C als Perturbation vorgegebene Schema II reagiert Person A mit II oder Nicht-II (oder dem Sowohl-als-auch oder Weder-noch) usw. C und B ihrerseits haben entsprechende Möglichkeiten zu einer Reaktion. Im Laufe der Lebensge-

schichte werden dabei verschiedene Reaktionen dadurch wahrscheinlicher, daß sie öfters ausgeübt worden sind. Komplexität entsteht durch die Vielfalt benutzter Schemata. A kann z.B. auf das Schema I von B auch mit dem Schema III reagieren. Wäre dies nicht möglich, könnte es in der Kommunikation keine Veränderung, kein Lernen geben; die Kommunikation würde sich im Kreise drehen. Schema III „stört" die Kommunikation und ermöglicht so Veränderung.
In der Interaktion von Person A mit Person B können sich einzelne Schemata als dominierende Themen durchsetzen, z.B. Nähe und Distanz. Die möglichen Interaktionsformen lassen sich, wenn man das Sowohl-als-auch und das Weder-noch ausklammert, als ein Modell der Verzweigungen aufzeigen. In diesen möglichen Strukturen gibt es Wege, die sich in der Interaktion durchsetzen können, z.B.: die kontinuierliche Nähe, die arbeitsteilige Verteilung von Nähe und Distanz auf das Verhalten zweier Personen oder ein Oszillieren von Nähe und Distanz oder von arbeitsteiligen Linien, wobei die Verhaltensformen von A und B nicht festgelegt, aber konträr sind.[3] Manche Verhaltensformen schließen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Nur Distanz zu kommunizieren kann die Aufrechterhaltung der Interaktion gefährden: Wenn sich beide gleichermaßen und immer distanzieren, ist eine Interaktion irgendwann voraussichtlich beendet, es sei denn, die Bedingungen erzwingen erneut zur Nähe (z.B. zwei Kollegen in einem Büro).
Es kann nicht gesagt werden, daß sich das Verhalten der erziehenden Person auf die Persönlichkeit determinierend auswirkt. Die Frage ist also nicht, welche pädagogische Haltung welche Persönlichkeiten hervorbringt, sondern welche professionelle Haltung durch Störung des gelernten Verhaltens eine Erweiterung der Möglichkeiten des Handelns entstehen läßt.
Wenn die „Erzieher" nicht hierarchisch ihre Vorstellungen durchsetzen können und die „Edukanden" reife Persönlichkeiten im Erwachsenenalter sind, bedarf das Modell weiterer korrigierender Überlegungen. Zunächst weist Becker (1995, S.270) selbst darauf hin, daß die Realisierbarkeit des „Erzieherverhaltens" – hier passender: der professionellen Haltung – von den Statusrelationen abhängig ist. In asymmetrischen Beziehungen kann der Statushöhere das Verhalten frei wählen. In symmetrischen Beziehungen hingegen gefährdet Verhalten, das starke Lenkung beabsichtigt, das Statusgleichgewicht. Die Beziehung verliert ihre Symmetrie. Erwachsenenbildung hat eine generelle Tendenz

zu geringeren Statusunterschieden als Erziehung von Kindern. Wenn man noch die Freiwilligkeit der Erwachsenenbildung einbezieht, so läßt sich schwer vorstellen, daß KursleiterInnen, die sich unterdrükkend verhalten, am Ende des Semesters noch Teilnehmende im Seminar haben. So bleibt nur ein in seinen Grenzen noch nicht bestimmtes Spektrum möglichen Verhaltens realistisch. Die zweite Einschränkung liegt im Lebensalter der Teilnehmenden begründet. Erwachsene haben eine lange Geschichte zurückliegenden Verhaltens unterschiedlicher Personen und unterschiedlichen eigenen Verhaltens sich selbst, anderen und der Welt gegenüber und diverse sonstige Einflüsse erfahren.[4] Eingefahrene Verhaltensweisen verändern sich wahrscheinlich weniger leicht, aber auch hier sind spontane Änderungen möglich. Die dritte Einschränkung besteht darin, daß KursleiterIn und TeilnehmerIn in der Erwachsenenbildung nicht alleine sind. Es ist nicht gesagt, daß das Verhalten des/der KursleiterIn für eine/n TeilnehmerIn wichtiger ist und sich intensiver auswirkt als das Verhalten anderer TeilnehmerInnen. Der Zusammenhang zwischen dem Verhalten einer KursleiterIn B und dem Verhalten der teilnehmenden Person A wird also noch weit weniger direkt und voraussagbar sein. Es charakterisiert nicht die Personen, sondern die Interaktionen.

Um mögliche Zusammenhänge besser zu verstehen, ist es deswegen sinnvoll, sich mit der Interaktion selbst näher zu befassen. Lernen zwischen Menschen setzt die Bildung eines sozialen Systems voraus: die Interaktion. Der Prozeß, der die Elemente produziert, aus denen soziale Systeme (Luhmann, 1994, S.192) bestehen, ist Kommunikation. Kommunikation kann nach einem konstruktivistischen Verständnis nicht als die Übertragung einer Information vom Absender auf den (passiven) Empfänger verstanden werden, in der allenfalls Störungen in der Übertragung vorkommen. Kommunikation setzt einen Mitteilenden voraus und eine (aktive) Person, die die Anregung, die die Mitteilung darstellt, gemäß ihrer inneren Struktur aufgreift. Diese ist wie der Mitteilende ein selbstreferentielles System, kein Radio und keine Antenne. Erst durch das Aufgreifen, das eine Reihe von Möglichkeiten der Wahl enthält, kommt Kommunikation zustande.

Nach Luhmann (1994, S.195; er verweist hier auf Shannon/Waever, 1949) ist Information eine Selektion aus einem bekannten oder unbekannten Repertoire von Möglichkeiten. Die Information „die Sonne scheint“ ist zugleich eine Information darüber, daß es auch hätte regnen oder schneien oder bewölkt sein können, d.h., es gibt bei diesem

wie auch bei anderen Themen verschiedenen Auswahl-Möglichkeiten zu kommunizieren. Je nach Kontext der Kommunikation enthält die weitere Auswahl u.U. wesentlich mehr an Mitteilung als die erste, aber Mitteilender und Adressat müssen sich über diesen Kontext nicht einig sein.

Eine Person (Mitteilende/r) muß absichtlich oder unabsichtlich ein Verhalten wählen, das diese Information mitteilt. Zwischen Information und Mitteilung ist zu unterscheiden, denn die Person hat immer die Wahl, was sie von der Information wie mitteilt, sie selektiert also. Kommunikation wäre gar nicht möglich ohne die Möglichkeit, daß sich die Mitteilung von der Information unterscheidet und die mitteilende Person die Möglichkeit hat, sich von der Mitteilung zu unterscheiden. Wenn eine Person einer anderen einen guten Morgen wünscht, kann sie dies meinen oder nicht meinen. Sie hat aber keine Möglichkeit, zu sagen, daß sie das wirklich meint, ohne den Zweifel, ob es auch wirklich so gemeint ist, zu zerstreuen.[5] Jede Mitteilung beinhaltet also die Möglichkeit, daß die mitteilende Person etwas anderes meint.

Eine andere Person (AdressatIn) muß das Verhalten des/der Mitteilenden als Kommunikation auffassen und das Verstehen ihrem eigenen Anschlußverhalten zugrunde legen. Nach Luhmann schließt Verstehen mehr oder weniger weitgehende Mißverständnisse als normal ein, die aber seiner Meinung nach kontrollierbar und korrigierbar sind.[6] Die Möglichkeit der Mißverständnisse ist aber grundsätzlich nicht auszuschließen, da sich die Kommunikation von der Selbstreferentialität des psychischen Systems der mitteilenden Person und dem der/des AdressatenIn unterscheidet.

Kommunikation ist so betrachtet die Synthese von drei Selektionen, von Information, Mitteilung und Verstehen. Die Kommunikation ist abgeschlossen, wenn das Verstehen zustande kommt. Zur Kommunikation gehört nicht die Entscheidung des Adressaten, was er mit der mitgeteilten und verstandenen Information anfängt, ob er die darin enthaltene Reduktion von Sinn ablehnt oder annimmt. Der Adressat erlebt durch die Kommunikation zwar eine Zustandsänderung, aber nur eine, die sich auf Verstehen, nicht auf Übereinstimmung bezieht.

„Man liest: Tabak, Alkohol, Butter, Gefrierfleisch usw. gefährde die Gesundheit, und man ist (als jemand, der das hätte wissen und beachten können) ein anderer – ob man es glaubt oder nicht! Man kann es jetzt nicht mehr ignorieren, sondern nur noch glauben oder nicht glauben“

(Luhmann, 1994, S.203f.). Die Veränderung, die durch Kommunikation erfolgt, ist eine Einschränkung, in dem sie unbestimmte Beliebigkeit des jetzt noch Möglichen ausschließt, aber sie ist gerade dadurch eine Erweiterung, die die Möglichkeit der Ablehnung provoziert.
Kontrolle und Korrektur von Kommunikation erfolgen dadurch, daß jeweils geprüft wird, ob die vorausgegangene Kommunikation verstanden worden ist; dies erfordert immer einen Teil der Aufmerksamkeit. Jede Anschlußkommunikation wird immer auch benutzt, um zu zeigen und zu beobachten, daß sie auf einem Verstehen der vorausgegangenen Kommunikation besteht. Ist dies nicht der Fall, kann über Kommunikation kommuniziert werden (auch wenn dies nur aus einem „Was?" besteht). Man kann zwar aufgrund eigener Erfahrungen so kommunizieren, daß man erwarten kann, verstanden zu werden, aber ob dies der Fall war, läßt sich erst im Anschlußverhalten überprüfen. So wird Kommunikation zum Prozeß, und zwar zu einem selbstreferentiellen Prozeß, der sich selbst erzeugt, wenn auch vielleicht nur für einen kurzen Zeitraum (Luhmann, 1994, S.198).
Eine unerläßliche Voraussetzung für das Zustandekommen von Kommunikation ist, daß der/die AdressatIn als ein System fungiert, das nicht vollständig durch die eigene Vergangenheit determiniert ist, d.h. auf Information reagieren kann, sich durch seine Umwelt perturbieren lassen kann. Wäre eine Person durch ihre Persönlichkeit vollständig bestimmt, dann wäre Kommunikation überhaupt nicht möglich. Dies meint die strukturelle Kopplung zwischen psychischen Systemen und sozialem System. Das soziale System besteht nicht aus Menschen, sondern aus Kommunikation, aber es ist nur möglich, wenn psychische Systeme das Zustandekommen von Kommunikation ermöglichen. Beide Systeme sind auf ihre jeweilige Umwelt angewiesen.
Gibt eine Kursleiterin Teilnehmenden der Gesundheitsbildung die Anweisung, in welcher Art sie ihre Beine und Arme bewegen und worauf sie dabei achten sollen, ist ein soziales System durch die Kommunikation entstanden, wenn (Mißverständnisse eingeschlossen) die Mitteilung darüber von den Teilnehmenden verstanden worden ist, unabhängig davon, ob die Teilnehmenden der Anweisung folgen wollen und aufgrund ihrer Beweglichkeit können oder dies nicht tun. Das mißbilligende Gesicht der Kursleiterin, wenn die Anweisung nicht befolgt ist, ist dabei ebenso Kommunikation wie das Beachten oder Nichtbeachten der Anweisung.

Sprechen (und schweigen) die Teilnehmenden hinterher miteinander über das während der Übung Erlebte (genauer: über das, was sie als Information auswählen) und stellen sie den Bezug zu ihrem Alltag her, so ist auch dies Kommunikation. Sie unterscheidet sich zunächst nicht qualitativ von der erstgenannten, denn für das Zustandekommen von Kommunikation ist ihr Inhalt nicht von Bedeutung.
Der Unterschied besteht in der Metaebene, auf der in einem Fall Kommunikation als wenig bedeutend für den Lernprozeß und im anderen Fall als bedeutend für den Lernprozeß kommuniziert wird. Im ersten Fall besteht die Erweiterung von Möglichkeiten darin, die möglicherweise neue Erfahrung mit der eigenen Körperlichkeit gemacht zu haben und wählen zu können, ob diese Erfahrung angenehm/unangenehm war, wiederholt werden soll oder nicht etc. Im zweiten Fall besteht die Erfahrung (mindestens) zusätzlich darin, zu erkennen, daß es neben der eigenen Erfahrung andere Möglichkeiten der Erfahrung mit der gleichen Bewegung geben kann.
Die Unterscheidung zwischen den mitteilenden und verstehenden psychischen Systemen und der Kommunikation als eigenes selbstreferentielles System, das das Element ist, aus dem soziale Systeme bestehen, hat für die Kursleiterin weitreichende Folgen. Sie (ihre Person) bestimmt nicht die Kommunikation, ebensowenig wie die Teilnehmenden, sie gestaltet sie nur insoweit mit, als sie eine unter verschiedenen Informationen auswählt und ein Verhalten unter verschiedenen Möglichkeiten auswählt, das diese Information mitteilt. Sie entscheidet nicht, was die AdressatInnen (die TeilnehmerInnen) verstehen und welches Anschlußverhalten sie wählen oder was sie mit der Information anfangen. Andererseits können sie die Mitteilung ablehnen oder ihr zustimmen, sie falsch verstehen oder überhören, aber sie sind durch die Mitteilung anders als vorher.
Um die Art des Mitteilens zu beschreiben, werden im folgenden Differenzschemata in der Literatur z.B. der pädagogischen Psychologie gesucht.

2. *Das Differenzschema für Handeln*

2.1 Achtung/Mißachtung: Regelung sozialer Systeme

Das Anliegen von Reinhard und Anne-Marie Tausch war es, die psychologischen Prozesse, Zustände und Verhaltensweisen und ihre Bedingungen und Zusammenhänge darzustellen, die in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung sind. Unter Erziehung verstehen sie *„ein Geschehen zwischen zwei bzw. mehreren Personen mit dem Charakteristikum der Förderung bzw. Änderung des Erlebens und Verhaltens von Menschen"* (Tausch/Tausch, 1973, S.7). In der Wahl der Ziele dieses Geschehens lehnen sie sich eng an Rogers (1951) an und verkörpern ein Stück Zeitgeist der siebziger Jahre, indem sie besonderen Wert auf die Erziehung zu Demokratie legen: Erzielt werden soll die Befähigung zur selbständigen Wahl von Verhaltenszielen, die Übernahme der Verantwortung für eigene Handlungen, die Befähigung, in kritischer Weise zu lernen und angemessen Stellung zu nehmen, sich anderen klar und verständlich mitteilen zu können, die Befähigung zur Problemlösung, zur kooperativen Problembewältigung, die Befähigung, Konflikte unter Gewaltverzicht auszutragen, die Respektierung der Würde Andersdenkender und Selbstachtung. Ihr Ziel ist es, Bedingungen wesentlicher Beeinträchtigungen des eigenen Lebens und des Lebens anderer wahrzunehmen und gerechtere und befriedigendere Bedingungen für andere und sich selbst zu schaffen (Tausch/Tausch, 1973, S.8f.). Die Ziele sind also normativ durchaus eine Einschränkung von Möglichkeiten, die aber gleichzeitig eine selbstbestimmte Wahl aus einem Spektrum von Verhaltensmöglichkeiten anstrebt.

Welches Erzieherverhalten macht diese Ziele wahrscheinlicher? Um dies zu beschreiben, greifen Tausch/Tausch zu binären Schemata. Während sie später (1979) vier Dimensionen von Erzieherverhalten formulieren, gehen sie ursprünglich (1973) noch von zwei Hauptdimensionen aus: von der emotionalen Dimension (Wertschätzung, emotionale Wärme und Zuneigung versus Geringschätzung, emotionale Kälte und Abneigung) und der Lenkungsdimension (starke Lenkung, autoritäre Kontrolle, Restriktion versus minimale Lenkung, Permissivität, Autonomie gewähren, minimale Kontrolle) (a.a.O., S.152). Nach ihrer Ansicht umfassen diese beiden Dimensionen viele der isoliert verwendeten Einzelmerkmale, außerdem nennen sie z.B Einfachheit ver-

sus Kompliziertheit, Gliederung/Ordnung versus Ungegliedertheit/Ungeordnetheit, Kürze/Prägnanz versus Weitschweifigkeit und inhaltliche Richtigkeit versus inhaltliche Fehlerhaftigkeit.
Tausch/Tausch plädieren für einen Erziehungsstil, der die Faktoren: Achtung, Wärme, Rücksichtnahme, einfühlendes, nicht wertendes Verstehen, Echtheit und geringe Dirigierung/Lenkung vereint. In den ersten drei Dimensionen beziehen sie sich auf die in der Theorie der Gesprächsführung von Carl Rogers (1957) beschriebenen therapeutischen Basisvariablen. Die vierte Dimension ist unter dem Gesichtspunkt eines Erziehungsauftrages zur Demokratie hinzugekommen. Während Tausch/Tausch die enge wechselseitige Verbindung ihrer vier Dimensionen betonen, kritisiert Becker genau dies. Seiner Ansicht nach lassen sich die ersten drei Dimensionen zu einer Dimension „Wertschätzung" zusammenfassen (Becker, 1995, S.246), während die dritte Dimension sich auf einer anderen Ebene bewegt, die von Tausch/Tausch nicht deutlich genug abgegrenzt wird. Er kritisiert darüber hinaus, daß die Orientierung an „geringer Dirigierung/Lenkung" so nicht gerechtfertigt ist, da auch bei stärkerer Dirigierung/Lenkung Verhalten erreicht werden kann, das erstrebenswert ist.
Becker (1995, S.244ff.) interessiert sich besonders für die von Tausch/Tausch (1973, S.245) gefundene Symmetrie einiger Bedingungen und ihre Folgen: *„Achtung-Wärme-Rücksichtnahme des Erziehers fördern Achtung-Wärme-Rücksichtnahme des Edukanden, Vertrauen weckt Vertrauen, Echtheit begünstigt Echtheit, geringes Dirigieren-Lenken führt zu einer entsprechenden Haltung des Edukanden usw."* Der Zusammenhang zwischen selbstbezogenem und fremdbezogenem Verhalten wird – weitere Untersuchungen fordernd – von Becker (1995, S.312) hypothetisch angenommen. In bezug auf die Dimension Wertschätzung versus Geringschätzung rechnet er zuverlässig mit positiven Zusammenhängen: *„Wer sich selbst achtet, fühlt sich im allgemeinen wohl und begegnet seinen Mitmenschen mit wohlwollender Zuwendung. Wer hingegen über ein geringes Selbstwertgefühl verfügt, neigt eher zu Fremdkritik und zu Abwertung anderer Menschen."* Da Selbstachtung, Sich-Wohlfühlen und wohlwollende Zuwendung zu den Mitmenschen Voraussetzung für seelisches und soziales Wohlbefinden und damit für Gesundheit sind, wäre es für die Gesundheitsbildung insgesamt interessant, wenn die Haltung der KursleiterInnen dies erzielen könnte. Eine konstruktivistische Kritik muß diese Gewißheit relativieren, nach der Personen in der Interaktion auf Vertrauen mit Vertrauen, auf Achtung mit Achtung

reagieren. Zudem muß ein Mensch, der in einer (von ihm so wahrgenommenen) Atmosphäre des Vertrauens Verhalten zeigt, das von anderen Beobachtern als Vertrauen wahrgenommen wird, noch lange nicht vertrauensvoll sein (d.h. er kann in anderen Situationen ein Verhalten zeigen, das andere BeobachterInnen als Vertrauen wahrnehmen). Nach Luhmann (1994, S.316) ist es gerade der Vorteil binärer Schemata, daß das Einbringen eines Schemas dem anderen System die Wahl zwischen beiden Möglichkeiten läßt. Dies gilt auch für die Interaktion selbst: Wenn es auch dem Alltagsdenken (d.h. einer gebräuchlichen Wirklichkeitskonstruktion) entspricht, daß eine vertrauensvolle Atmosphäre die Äußerung von Vertrauen erleichtert (Mißtrauen aber nicht ausschließt), kann Nähe ebenso wahrscheinlich zu Distanz wie zu Nähe führen.

Tausch/Tausch (1979, nach Becker, 1995) fassen die beiden Hauptdimensionen Wertschätzung versus Geringschätzung und Lenkung versus Autonomie in ein Koordinatensystem, in das das Verhalten einzelner LehrerInnen oder ErzieherInnen eingetragen werden kann. Ein vergleichbares und mit dem Lehrerverhalten in Zusammenhang stehendes Koordinatensystem mit den Achsen negative bzw. positive Gefühlsvorgänge und Freiheit des Handelns (Fremdbestimmung versus Selbstbestimmung) beschreibt Schülerreaktionen. Mit diesem Koordinatensystem versuchen Tausch/Tausch, wie ihre Vorgänger (Schaefer, 1959; Fittkau, 1969) und später Becker (1995), eine professionelle Haltung meßbar zu machen.

Die beiden Hauptdimensionen werden von Tausch/Tausch (1973, S. 202) nicht gleichgewichtig beschrieben. Sie halten die emotionale Dimension für bedeutsamer. Ein hohes Ausmaß emotionaler Wertschätzung ist ein wesentliches Element hilfreicher zwischenmenschlicher Interaktion und führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu konstruktiven Effekten beim Gegenüber (a.a.O., 1973, S.327). Wertschätzung führt zu reziproken Affekten bei den „Erzogenen", baut Angst, Unsicherheiten und seelische Beeinträchtigung durch Gegenkonditionierung ab, verstärkt positive Bekräftigung, gibt ein gutes Modell ab und erhöht die Effekte des Beobachtungslernens, kann die ungünstigen Effekte starker Dirigierung/Lenkung mindern, führt vermutlich zu einer besseren psychologischen Funktionstüchtigkeit der Persönlichkeit. Tausch/Tausch vermuten außerdem, daß Verteidigungs- und Oppositionshaltungen vermindert werden, daß die Selbstachtung und das Selbstvertrauen einer Person gefördert und andere Personen besser akzeptiert

werden, die eigene Person weniger verzerrt wahrgenommen wird und mehr emotionale Sicherheit entsteht. Sie sehen allerdings auch eine Abhängigkeit – in gewissem Maße – der möglichen Wertschätzung von dem emotionalen Verhalten des Gegenübers.
Trotz aller Einschränkungen bezüglich der vermuteten Folgen haben Tausch/Tausch (1973, 1979), Becker (1995) u.a. mit der Kategorie Wertschätzung eine Kategorie grundlegender gesellschaftlicher Bedeutung aufgegriffen, nach Luhmann (1994, S.318f.) die Grundfrage nach der Moral. *„Alle Moral bezieht sich letztlich auf die Frage, ob und unter welchen Bedingungen Menschen einander achten bzw. mißachten. Mit Achtung (estime, esteem) soll eine generalisierende Anerkennung und Wertschätzung gemeint sein, mit der honoriert wird, daß ein anderer den Erwartungen entspricht, die man für eine Fortsetzung der sozialen Beziehungen voraussetzen zu müssen meint. Achtung wird personenbezogen zugeteilt, jeder kann sie für sich gewinnen und verlieren."* Luhmann geht sogar so weit, den Begriff der Moral eines sozialen Systems als die Gesamtheit aller Bedingungen zu definieren, nach denen in einem System über Achtung und Mißachtung entschieden wird.
Achtung/Mißachtung ist damit das binäre Schema, mit dem beide Arten der Interpenetration, nämlich die zwischen Menschen und die zwischen Menschen und sozialen Systemen, zugleich bedient werden, um Komplexität zu reduzieren. Moral, d.h. die Bedingungen für Achtung/Mißachtung, ist das Bindemittel, das soziale Systeme ermöglicht, das aber auch ausgrenzt und Lösung von Konflikten verhindert. Achtung/Mißachtung als Schema der zwischenmenschlichen Interpenetration ist somit unvermeidbar, aber die Bedingungen, unter denen einer Person Achtung entgegengebracht wird, verändern sich im sozialen Kontext. Die Kategorie Achtung/Mißachtung hat aber in jedem Fall auch eine soziale Systeme ermöglichende Funktion. Damit nimmt Luhmann dem Differenzschema Achtung/Mißachtung die scheinbar neutrale Funktion, die sie z.B. bei Tausch/Tausch zu haben scheint. Das Differenzschema Achtung ist immer auch mit der Möglichkeit der Mißachtung verbunden und hat so eine sozial kontrollierende Funktion.
KursleiterInnen können nicht kommunizieren, daß alle gleichermaßen Achtung verdient haben, sondern müssen Achtung mindestens an die Einhaltung der Spielregeln der Interaktion in der Kurssituation binden. Sie können – wenn sie wollen – kommunizieren, daß jedes Gesundheitshandeln Achtung verdient hat, aber sie können, um die Interaktion im Kurs aufrecht zu erhalten, nicht kommunizieren, daß eine

grobe Verletzung der in der Kommunikation eingeführten Spielregeln Achtung verdient. Das Gleiche gilt für Teilnehmende. Ihre Achtung gegenüber dem/der KursleiterIn oder gegenüber anderen TeilnehmerInnen muß an Bedingungen gebunden sein, auf die man sich in der Kommunikation evtl. einigen kann (z.B. keine Herabwürdigung von Teilnehmenden, keine körperlichen oder emotionalen Grenzüberschreitungen, keine Schikane). Auch Toleranz gegenüber anderen Meinungen ist eine solche Spielregel, deren Verletzung Mißachtung hervorruft.

Das Schema Achtung/Mißachtung ist damit für die Haltung von KursleiterInnen nicht vermeidbar, aber auch nicht spezifisch.

Vergleicht man das Schema große/geringe Verhaltenskontrolle damit, so wird deutlich, daß es sich eben nicht um zwei voneinander getrennte, unabhängige Variablen handelt. Kontrolle als Verhalten in der Interaktion ist unter dem Beobachterschema Achtung/Mißachtung keine eigene Kategorie, sondern ein Maß für die Anzahl von Verhaltensmöglichkeiten, die eine Person hat, um Achtung zu erlangen. Dieses Maß und die Art der gemeinten Möglichkeiten haben sich im Laufe dieses Jahrhunderts stark verändert. Immer aber war die Moral das definitorische Verbindungsstück zwischen den durch Kontrolle gesetzten Bedingungen und der erhaltenen Achtung als Generalisierung für die Einhaltung von Bedingungen.

Je größer das Spektrum an erlaubten Verhaltensmöglichkeiten ist, um so größer ist die potentielle Zahl von Personen, denen Achtung entgegengebracht werden kann. Achtung muß aber eben nicht zwangsläufig mit Liebe oder Zuwendung und schon gar nicht mit seelischer Gesundheit verbunden sein (wie dies Becker, 1995, darstellt), es sei denn, seelische Gesundheit wäre nur ein Synonym für normorientiertes, sozial erwünschtes und somit Achtung gebietendes Verhalten.

Im Interesse einer Erweiterung von Möglichkeiten in der Gesundheitsbildung muß es darum gehen, das Spektrum von Verhaltensmöglichkeiten bezüglich Gesundheit, das Achtung ermöglicht, im Rahmen des sozial noch Konsensfähigen zu erweitern. Damit ist Kontrolle/Freiheit keine ausreichende Leitdifferenz für Kursleitungsverhalten.

Wenn es die Art des Umgangs miteinander ist, die den eigentlichen Lehrinhalt ausmacht, dann wäre aus der Perspektive einer konstruktivistisch verstandenen Gesundheitsbildung von der Kursleiterin oder dem Kursleiter folgende Haltung zu zeigen: Spielregel der Interaktion im Kursgeschehen – und damit Achtung gebietendes Verhalten – ist es,

daß eine Vielzahl von unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten, Weltbildern, Bewegungs- oder Ernährungsformen ihre Berechtigung hat. Alle Teilnehmenden haben im Kurs ihren Platz, ihre wichtige Funktion, haben Redezeit und Respekt verdient. Die Achtung, die andere dem eigenen Lösungsweg entgegenbringen, schafft gleichzeitig die Bereitschaft, Veränderungen auch ausprobieren zu können. Die KursleiterInnen sind diejenigen, die dies selbst zeigen, Vorzüge unterschiedlicher geäußerter Wege benennen und auf die Einhaltung der Spielregeln achten, damit auch Mißachtung – für die Nichteinhaltung der Spielregeln – einschließen. Dies wird ihnen voraussichtlich dann leichter fallen, wenn sie Verhaltensformen von Teilnehmenden als lebensgeschichtlich entstanden und nicht als Angriff gegen ihre Überzeugungen verstehen. Es ist die Entscheidung der Teilnehmenden, diese Haltung zu bemerken oder zu ignorieren, zu begrüßen oder abzulehnen usw., aber sie sind danach andere als zuvor.

2.2 Flexibilität/Kontinuität: Überlebensprinzipien

Becker (1995) ist ein Persönlichkeitspsychologe mit klinischen und pädagogischen Interessen, der den Zustand weitgehender Desintegration innerhalb der Psychologie bedauert, und als Versuch einer Integration der verschiedenen Schulen faktorenanalytische Persönlichkeitsforschung mit Systemtheorie in Beziehung bringt. Angesichts einer konstruktivistischen Sichtweise psychischer Systeme erscheint Beckers systemische Sichtweise allerdings als spekulativ und zu mechanistisch, weil er seine Beobachterperspektive nicht reflektiert.[7] Beckers Grundidee in Bezug auf die Entwicklung eines therapeutischen Konzeptes – die er aus einer Betrachtung verschiedener Formen von sozialen Interventionen wie z.B. Erziehung ableitet – ist die, daß unterschiedliche Therapierichtungen für unterschiedliche KlientInnen unterschiedlich gut geeignet sind.[8] Seine Schlußfolgerung ist die Forderung nach einer strukturierten Flexibilität in der Haltung von TherapeutInnen als Ersatz für eine schulenabhängige Vorgehensweise.
Auf der Suche nach Persönlichkeitsfaktoren, die Menschen umfassend beschreiben können, stellt Becker fest, daß das „Big Five"-Modell[9], die Beschreibung von fünf grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit: dem Grad an Lebhaftigkeit, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität und Kultur, nicht den Erwartungen entspricht. Es

gelingt nach Beckers Darstellung (1995, S.25) zwar mit fünf Faktoren im allgemeinen befriedigend, Eigenschaftsbegriffe zu erschließen; aber die Übereinstimmung der fünf Faktoren in verschiedenen Untersuchungen ist nicht ausreichend. Die Operationalisierungen der „Big Five" führen zusätzlich zu redundanten Messungen, so daß es Faktoren höherer Ordnung geben muß, die eine Persönlichkeitsbeschreibung ermöglichen (Becker, 1995, S.1ff.).
Als varianzstark haben sich in den Untersuchungen von Becker, einer Reanalyse von Persönlichkeitsskalen (Becker, 1988) und der Erstellung und Auswertung des Trierer Persönlichkeitsfragebogens dagegen zwei Faktoren erwiesen: das Ausmaß an seelischer Gesundheit und das Ausmaß an Verhaltenskontrolle, die von ihm jeweils als Kontinuum verstanden werden. Menschen verhalten sich danach entsprechend meßbarer Skalenwerte: Seelisch gesund ist ein Mensch, wenn die Einordnung der Summe der Faktoren dieser Dimension in Richtung Gesundheit überwiegt (Becker, 1995) und ein mittleres Maß an Verhaltenskontrolle festzustellen ist.
Was Becker nicht bedenkt, ist, daß das beobachtete Verhalten die Wahrnehmung des Beobachters und nicht des beobachteten Systems ist und somit möglicherweise mehr über ihn selbst als über beobachtete Persönlichkeiten sagt. Nicht das Denken, Handeln und Fühlen des beobachteten psychischen Systems folgt der Einordnung in die Skalenwerte, sondern seine Form der Beobachtung. Im Vorgang des Beobachtens (der Unterscheidung und Bezeichnung, vor allem der Bewertung) werden von Becker die Schemata kontrolliert/nicht kontrolliert und seelisch gesund/krank genutzt.
Seelische Gesundheit kann nach Becker (a.a.O, S.35ff.) im Trierer Persönlichkeitsfragebogen gemessen werden. Eine seelisch gesunde Person hat eine stark ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung von Anforderungen, ein hohes Selbstwertgefühl und eine hohe Lebenszufriedenheit. Ihr Leben erscheint ihr sinnvoll, sie ist relativ frei von Gefühlen der Ohnmacht und der Hilflosigkeit. Sie grübelt wenig, ist sorglos und wenig ängstlich, fühlt sich körperlich wohl und gesund, hat keine Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, sie ist durchsetzungsfähig, selbstsicher, selbstbewußt, entscheidungsschnell, dominant und trifft Entscheidungen gerne alleine, sie löst Probleme selbst und übernimmt Verantwortung für ihr Leben. Sie ist häufig unbeschwert, ruhig und ausgeglichen, interessiert an anderen. Sie kann Liebe geben, sich in andere einfühlen und ist hilfsbereit.

Seelische Gesundheit ist damit ein breites Persönlichkeitskonstrukt, dessen Teilkomponenten unterschiedlich eng, aber dennoch jeweils signifikant zusammenhängen.
Beckers (a.a.O., S.38ff.) zweite Dimension ist die Verhaltenskontrolle. Eine stark verhaltenskontrollierte Person ist besonnen, vorausschauend, vorsichtig, ordnungsliebend, normorientiert, kontrolliert und kann Belohnungen aufschieben. Sie beachtet Normen, hat ein strenges Gewissen, ist diszipliniert, ehrlich, pflichtbewußt, ordnungsliebend, prinzipientreu, konservativ und legt Wert auf gutes Benehmen. Sie ist zuverlässig, pünktlich, sorgfältig, arbeitsbesessen, fleißig und ehrgeizig. Sie plant auf lange Sicht, denkt vor dem Handeln, ist vernünftig und ausdauernd. Sie ist sparsam, weder vergnügungssüchtig noch unersättlich, genießerisch, triebhaft oder maßlos. Sie ist wenig begeisterungsfähig, hat wenig Spaß daran, Verrücktes zu tun, ist selten ausgelassen und leidenschaftlich. Sie hat kaum Sehnsucht nach Abenteuern, lebt nicht über ihre Verhältnisse und ist nicht auf der Suche nach Abwechslung.
Diese zwei Dimensionen, Verhaltenskontrolle und seelische Gesundheit, werden auch bei Becker als X- und Y-Koordinaten in einem Netz beschrieben, in das sich für jede Person die entsprechenden Meßwerte eintragen lassen. Diese beiden Koordinaten kombiniert Becker (a.a.O., S.52) durch Überschneidungen zu einem Circumplexmodell der Persönlichkeit, d.h. einer kreisförmigen Anordnung von Eigenschaftsvariablen.
Durch Beschreibung der Überschneidungen der beiden Faktoren entstehen acht grundlegende Persönlichkeitsmodelle: Menschen mit hoher seelischer Gesundheit, sozial angepaßte Menschen (hohe seelische Gesundheit und starke Verhaltenskontrolle), stark Verhaltenskontrollierte, Gehemmte (geringe seelische Gesundheit und starke Verhaltenskontrolle), gering seelisch Gesunde, Zügellose (geringe seelische Gesundheit und wenig Verhaltenskontrolle), gering Verhaltenskontrollierte, Selbstaktualisierte (geringe Kontrolle und hohe seelische Gesundheit).
Die drei Persönlichkeitsstrukturen soziale Anpassung, hohe seelische Gesundheit und Selbstaktualisierung sind – gemäß sozialer Übereinkunft – den relativ Gesunden zuzuordnen, während die anderen fünf am ehesten für behandlungsbedürftige Personen gelten, wenn sie interne und externe Anforderungen nicht erfüllen können. Offen bleibt in Beckers Modell, wie Ambivalenzen darstellbar sind, wenn z.B. eine

Person manchmal selbstbewußt ist, manchmal auch Probleme hat, sich zu akzeptieren.
Wenn Beckers Modell ein Modell der Persönlichkeit ist, dann muß dies auch für Persönlichkeiten gelten, die eine bestimmte Funktion ausüben, z.B. Erzieher sind. Becker bezieht sein Circumplexmodell explizit auch auf Verhalten von Erziehern, indem er ein Modell des Verhaltens von Bezugspersonen aufstellt und diesem ein Circumplexmodell der (kurzfristigen) Folgen des Erzieherverhaltens zuordnet, das er wiederum in Bezug setzt zu Persönlichkeitsstrukturen und selbstbezogenem Verhalten. Becker geht davon aus, daß sich im Erzieherverhalten mehr oder weniger konstante Eigenarten beobachten lassen, die es ermöglichen, abstrahierend von einem Typ des Erzieherverhaltens, einem Erziehungsstil oder Dimensionen des Erziehungsverhaltens zu sprechen. Auf diesen Grundlagen entwickelt Becker (1995, S.263) hypothetisch sein Circumplexmodell des Erzieherverhaltens, das nicht zufällig eine strukturelle Entsprechung im Persönlichkeitsmodell hat: Die binären Schemata des Erzieherverhaltens sind Fordernde Kontrolle versus Freiheit und Wertschätzung versus Geringschätzung. Die Dimension Wertschätzung versus Geringschätzung entspricht weitgehend der Dimension Achtung-Wärme-Rücksichtnahme versus Mißachtung-Kälte-Härte von Tausch/Tausch (1979, nach Becker, 1995), oder Geringschätzung versus Wertschätzung (nach Tausch/Tausch, 1973). Die Dimension Fordernde Kontrolle versus Freiheit zeigt unverkennbar Ähnlichkeiten mit der Dimension Dirigierung-Lenkung.
Becker (1995, S.270) geht nicht davon aus, daß die Zuordnung des Erzieherverhaltens eindeutig und ausschließlich ist, sondern daß es variiert und daß allenfalls das Verhalten in einem Oktanten überwiegt. Er vermutet, daß die Verhaltensweisen aus den benachbarten Oktanten relativ häufig ebenfalls vorkommen.
Für intrapersonales Verhalten entwickelt Becker (a.a.O., S.392ff.) ebenfalls ein Circumplexmodell, das ein hohes Maß an Gemeinsamkeit mit den bisher genannten Circumplexmodellen aufweist. Seine Eckpunkte sind: Selbstachtung versus Selbstabwertung, geringe versus starke Selbstkontrolle und als Oktanten zwischen den Hauptdimensionen Selbstanleitung versus Selbstvernachlässigung, Selbstbestätigung versus Selbstunterdrückung. Eine Person mit hoher Selbstachtung steht sich selbst wohlwollend und wertschätzend gegenüber, wobei Teilkomponenten des eigenen Selbst durchaus unterschiedlich positiv bewertet werden können. Sie zeigt Verständnis für die eigenen Bedürfnisse und

Gefühle und pflegt eine positive Selbstkommunikation. Personen, die zur Selbstanleitung tendieren, sind besonders stark daran interessiert, sich selbst weiterzuentwickeln. Sie beobachten, analysieren sich selbst, um sich besser zu verstehen. Wahrgenommene eigene Defizite versuchen sie durch Selbstunterrichtung zu überwinden. Sie warnen sich selbst vor Gefahren. Sie nehmen an Selbsterfahrungsgruppen teil oder orientieren sich an beeindruckenden Vorbildern. Personen, die sich selbst bestätigen, betrachten sich mit Wohlgefallen und ermutigen sich, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen. Sie haben gesundes Selbstvertrauen, neigen zur Selbstbehauptung und verzeihen sich ihre Fehler großzügig (a.a.O., S.303ff.).[10]

Die Beschreibung von Personen mit hoher Selbstanleitung erinnert an die vorwiegende Klientel in den Gesundheitskursen der Erwachsenenbildung: Frauen, die auf sich achten, sich beobachten, vor Gefahren warnen, Selbsterfahrung bevorzugen und ständig bemüht sind, ihre Defizite zu verbessern und sich für letzteres neben der eigenen Anleitung auch Fremdanleitung wünschen. Ihr Pendant, diejenigen Männer, aber auch Frauen, die sich selbst vernachlässigen, dürften am schwersten mit Gesundheitsbildung zu erreichen sein. Wenn man Beckers Modell folgt, wäre es nur logisch anzunehmen, daß nur ein bestimmter Ausschnitt im Circumplexmodell Personen beschreibt, die mit Gesundheitsbildung zu erreichen sind. SelbstanleiterInnen dürften am ehesten zu finden sein, weil das Bedürfnis, sich zu beschützen und sich zu fördern, Voraussetzung für eine freiwillige Teilnahme in der Gesundheitsbildung ist. Auch Menschen mit Selbstachtung und Menschen mit Selbstkontrolle dürften relativ häufig an Gesundheitskursen teilnehmen, seltener Menschen mit der Tendenz zu Selbstbestätigung oder Selbstunterdrückung, so gut wie nie Menschen mit geringer Selbstkontrolle oder der Tendenz zu Selbstvernachlässigung oder Selbstabwertung. Sie sind voraussichtlich gesund und den Geschlechtsstereotypen entsprechend vor allem Frauen.[11]

Wer sich haßt oder sich selbst gegenüber gleichgültig ist, wird keinen Grund finden können, etwas für die eigene Gesundheit und damit für sich selbst zu tun, zumindest dann, wenn dies nicht nur Teil einer inneren Ambivalenz ist, sondern das dominierende selbstbezogene Verhalten.

Becker ist davon überzeugt, daß der Schlüssel zu Erklärung der unterschiedlichen Wirkungen verschiedener Therapierichtungen bei unterschiedlichen KlientInnen im Persönlichkeitsmodell liegen muß. Für

die Entscheidung über die Wahl der therapeutischen Methode hält er es für notwendig, von der Persönlichkeit der KlientInnen auszugehen, was aus konstruktivistischer Sicht allerdings etwas voraussetzen würde, was so nicht möglich ist, nämlich in das psychische System hineinzusehen. Es kann also nur darum gehen, daß aus der Perspektive des Beobachters Unterschiede im Verhalten von KlientInnen zu sehen sind, die einseitig als in der Person liegend erklärt werden. Beckers therapeutisches Leitkonzept ist damit Flexibilität: *„Therapeutische Leitidee ist die Flexibilität. Damit ist gemeint, daß der Therapeut sich idealerweise flexibel auf den jeweiligen Klienten einstellt, und zwar in einem schulenübergreifenden Sinn. Dies betrifft seine Rolle gegenüber dem Klienten sowie die Realisierung unterschiedlicher interpersonaler Verhaltensweisen, die im Circumplexmodell der Bedingungen … in acht Oktanten eingeteilt wurden ... Der Therapeut ist mit anderen Worten so gut ausgebildet und so flexibel, daß er bei Bedarf in die Rollen des Lehrmeisters, des Aufklärers, des Freundes oder des Befreiers/Ermöglichers schlüpfen kann"* (a.a.O., S.409).

Flexibilität beschreibt die Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten (das beobachtete Verhalten), sie beinhaltet eine Wahl zwischen verschiedenen Formen der Reaktion auf die Umwelt (die Interaktion mit KlientInnen). Becker selbst benennt kein Gegenteil. Ihr Gegenstück in der Alltagssprache ist wertend betrachtet die Starrheit, der Mangel an Anpassungsfähigkeit, die Unfähigkeit zur Veränderung, weniger wertend formuliert geht es um Kontinuität. In der Systemtheorie läßt sich Kontinuität mit der Aufrechterhaltung einer Struktur des Systems beschreiben, das unabhängig von Veränderungen in der Umwelt das gleiche System bleibt. Es könnte sich um die Struktur der Person des Therapeuten oder der Therapeutin handeln oder um die Struktur der Interaktion. Autopoietische Systeme realisieren Kontinuität durch Veränderung, durch eine flexible Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten der Reaktion auf Veränderungen der Umwelt. (Der/die KlientIn ist für die Interaktion und für die TherapeutInnen Teil der Umwelt.) Sie verwirklichen das logische Sowohl-als-auch dadurch, daß sie Gegensätzlichkeit als Bedingungen zur Aufrechterhaltung der Autopoiese leben. Ohne Flexibilität wäre es einem System nicht möglich, auf die Veränderungen der Umwelt zu reagieren, es wäre nicht überlebensfähig. Ohne Flexibilität wäre ein System ausschließlich durch seine Vergangenheit determiniert, es wäre nicht zu Interaktion in der Lage. Strukturelle Kopplungen wären ausgeschlossen. Fle-

xibilität versus Kontinuität ist damit eine grundlegende Differenz, jenseits von moralischer Wertung. Grundlegend bedeutet hier, daß sie nicht nur für eine Art von autopoietischen Systemen, z.B. Organismen, gelten, sondern für psychische Systeme, soziale Systeme und ökologische Systeme gleichermaßen relevant sind.
Damit ist die Differenz auch für die professionelle Haltung von KursleiterInnen zentral. Flexibilität, d.h. die Wahl zwischen unterschiedlichen Möglichkeiten der Reaktion auf die Interaktion im Kursgeschehen, ist die Voraussetzung für die KursleiterInnen, sie selbst bleiben zu können. Sie können ihr Konzept, ihre Ziele, die Struktur des Unterrichtsgeschehens nur dadurch beibehalten und Interaktion ermöglichen, indem sie Flexibilität entwickeln. Insofern ist Flexibilität eine Selbstverständlichkeit. Sie kann allerdings mehr in das Zentrum der Aufmerksamkeit kommen. In Verbindung mit den Zielen, die für die Gesundheitsbildung formuliert wurden, erhält sie eine andere Wichtigkeit. Eine Kursleiterin, die ihr Programm nicht je nach Interessen der Teilnehmenden ändern kann, wird nur schwer glaubwürdig vermitteln können, daß Gesundheitshandeln eine situationsangemessene Entscheidung zwischen Alternativen von Verhalten ist. Ihr Lehrinhalt ist Flexibilität, ihre Botschaft ist Starrheit. Flexibilität kann z.B. heißen, bei einer Gruppe, die sich stark an Geboten und Verboten orientiert, vieles zu erlauben, bei einer anderen Gruppe, die sich stark an ihrem Recht auf Selbstbestimmung der einzelnen orientiert, Regeln des Miteinanders in der Gruppe einzuführen.
Die Verwirklichung von Beckers Prinzip der Flexibilität ist komplex. Er schlägt als Diagnoseschritt zunächst vor, die Persönlichkeit von KlientInnen mittels Fragebogenerfassung in das Circumplexmodell der Persönlichkeit einzuordnen (a,a,O., S.416ff.). Er liefert dazu auch eine beschreibende Einordnung verschiedener psychischer Leiden in das Circumplexmodell und erörtert an den fünf am häufigsten behandlungsbedürftigen Typen die vorrangigen Therapieziele (a.a.O., S.428ff.). Nach seiner Ansicht lassen sich aber auch Therapierichtungen gemäß ihren Leitprinzipien und der dort vorherrschenden Rolle von Therapeut und Klient im Circumplexmodell des sozialen Verhalten zuordnen. Die Therapierichtungen bewegen sich im Spektrum Fördernde Anleitung, Wertschätzung und Bestätigung (a.a.O., S.404ff.).
Becker (a.a.O, S.420ff.) formuliert daraufhin allgemeine Regeln für Therapie:

– Wenn Menschen unter den Faktoren eines bestimmten Oktanten in ihrem selbstbezogenen Verhalten (z.B. Selbstunterdrückung) leiden, wäre bei ihnen das entgegengesetzte Muster (z.B. Selbstbestätigung) zu fördern. Anders formuliert: Wenn Menschen an der einen Seite der Unterscheidung aus der Sicht des Beobachters leiden, soll der Beobachter die andere Seite der Unterscheidung als Möglichkeit fördern.[12]

  Menschen, die sich sehr stark mit Diäten beschäftigen, immer wieder dick werden (oder dies glauben), obwohl sie Diät halten, wären Beispiele für Selbstunterdrückung: Sie verbieten sich bestimmte Lebensmittelarten oder -mengen, machen sich genaue Eßpläne etc. Das Gegenteil fördern hieße, ihnen zu erlauben, alles zu essen, was sie essen wollen, ihnen Möglichkeiten zu bieten, ihr Sättigungsgefühl wieder zu finden, nach ihren Lieblingsspeisen zu forschen, andere Themen wichtig zu nehmen, sich zu verwöhnen, sich schön finden zu lernen.
– Sowohl aufgrund von Ergebnissen der Therapieforschung als auch aufgrund der Thesen zur seelischen Gesundheit ist die zentrale Variable das Ausmaß der Wertschätzung des Therapeuten/der Therapeutin gegenüber den KlientInnen (vgl. das Schema Achtung/Mißachtung).
– Dieses wird ergänzt durch das Prinzip Autonomie der KlientInnen, das zu fördern oder zu bewahren wäre. Becker läßt hier offen, ob und wie sich diese Autonomie mit seiner Dimension Verhaltenskontrolle/Freiheit verbindet. Er erklärt nicht, wie Autonomie gefördert wird. Nach dem bisher Gesagten ließe sich aber formulieren, daß das Ziel der Integration ist, deutlich zu machen, daß die Wahl zwischen zwei Alternativen und ihren Sowohl-als-auch und Wedernoch möglich ist.
– KlientInnen sind dort abzuholen, wo sie sich befinden, dies bedeutet ein anfänglich komplementäres interpersonelles Verhalten, soweit dies das Spektrum der Wertschätzung nicht verläßt. Das heißt, die Therapeutin als Person A beobachtet – unterscheidet und bezeichnet – Verhalten von Klientin B und bemüht sich um ein Verhalten, das dem Verhalten von B entspricht. Klientin B beobachtet Therapeutin A und versteht deren Verhalten so oder anders. Die Einschränkung auf das Verhaltensspektrum Wertschätzung bedeutet, daß die Therapeutin auf Gehemmtheit und starke Verhaltenskontrolle mit fördernder Kontrolle reagiert, auf geringe Verhaltenskon-

trolle und Zügellosigkeit mit Freiheit, auf geringe seelische Gesundheit mit einem mittleren Maß an Kontrolle und Wertschätzung.[13] Dies bedeutet, daß bei einer Fixierung auf eine Verhaltensalternative dies zunächst akzeptiert wird.

– In einem fortgeschritteneren Stadium wäre das komplementäre Verhalten durch ein antikomplementäres oder akomplementäres Verhalten abzulösen, wobei der Grad der Komplementarität von dem Klienten/der Klientin und dem damit verbundenen Grad der Anforderung bzw. Überforderung abhängig ist: Die Verhaltensalternativen werden eingeführt.
– Das Ausmaß der Strukturierung ist ebenfalls vom Zeitfaktor abhängig, wobei anfangs der Klient mehr strukturieren sollte, um Vertrauen zu gewinnen, während später der Therapeut stärker strukturiert, um zielgerichteter Veränderung zu erreichen.[14] Unklar bleibt hier, wie sich dies mit dem Prinzip der Autonomie verbinden läßt.
– Über den Faktor Zeit verändert sich auch das Ausmaß an Notwendigkeit für Verstehen und Verändern, während anfangs Prozesse des Verstehens notwendiger sind, ermöglicht gewachsene Einsicht die Verhaltensänderung. Dies läßt sich auf Gesundheitsbildung gut übertragen: Während zu Beginn des Kurses Verfahren des Verstehens lebensgeschichtlicher Entwicklungen von Sichtweisen etc. im Vordergrund stehen, muß es im Laufe des Kurses dann stärker darum gehen, neue Erfahrungen zu machen und andere Möglichkeiten auszuprobieren.

Erfahrungen zeigen allerdings, daß ein Grundkurs z.B. zum Thema Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nicht über die Prozesse des Verstehens hinauskommt und erst der Aufbaukurs sich stärker an Möglichkeiten der Veränderung orientiert. Dies entspricht auch Bekkers Vorstellungen. Andererseits widerspricht dies den Erkenntnissen über Motivation: Erwachsene – dies gilt um so mehr, je persönlicher sie betroffen sind und je stärker sie unter der Ausgangssituation leiden – müssen ein Maß an konkreten realisierbaren Veränderungsmöglichkeiten erkennen, um verstehen zu wollen.

Becker schränkt das Prinzip der Flexibilität auf ein Spektrum von Verhaltensmöglichkeiten der TherapeutInnen ein. Die Wahl innerhalb des Spektrums soll abhängig gemacht werden von dem Verhalten des Klienten (wie A das Verhalten von B beobachtet), von der Belastbarkeit des Klienten (in der Beobachtung von A) und dem Zeitverlauf der Therapie – anfangs weitmöglichst komplementär, im Verlauf akomple-

mentär oder antikomplementär – und geprägt von der Entwicklung. Beckers Flexibilitätskonzept ist sehr strukturiert. Er meint nicht Beliebigkeit oder Spontaneität, sondern gezielte Wahl.
Seine Zielformulierungen sind Wertschätzung und Autonomie. Das Persönlichkeitsspektrum soll weitmöglichst in Richtung Selbstaktualisierung entwickelt werden.
Flexibilität als pädagogisches Prinzip, soweit es das Spektrum der Wertschätzung nicht verläßt, scheint angesichts der Forderung nach Teilnehmerorientierung in der Erwachsenenbildung zunächst überzeugend. Bildungsarbeit verfügt aber nicht über die Möglichkeiten eines diagnostischen Erschließens von Persönlichkeitsstrukturen[15] und beschäftigt sich nicht primär mit Einzelpersonen, findet also immer ein mehr oder weniger breit gestreutes Spektrum von Verhaltensmustern bei den Teilnehmenden vor. Kriterien der Zielgruppenbestimmung können zwar geeignet sein, die Breite des Spektrums einzugrenzen, sie können sie aber nicht aufheben. Dies kann übrigens auch eine Begründung dafür sein, warum unterschiedliche DozentInnen gelegentlich unterschiedliche Gruppen von Teilnehmenden ansprechen.[16]
Flexibilität in der Erwachsenenbildung kann also nur mit Einschränkungen an den Persönlichkeitsstrukturen der Teilnehmenden ausgerichtet werden.
Statt dessen wird sich die Flexibilität nach folgenden Kriterien richten müssen:
– dem Lernprozeß im Entwicklungsverlauf entsprechend dem Zeitschema bei Becker;
– dem Thema bzw. Inhalt, denn in kognitiven Lernvorgängen wird Verhaltenskontrolle eine größere Rolle spielen müssen als bei Themen der Persönlichkeitsentwicklung;
– dem Lernsetting, denn abschlußorientierte Maßnahmen werden ebenfalls vermutlich ein größeres Maß an Verhaltenskontrolle benötigen als Maßnahmen allgemeiner Bildung;
– den Lernvoraussetzungen und Lerngewohnheiten der Teilnehmenden.

Beckers Forderung, wenn Menschen unter den Faktoren eines bestimmten Oktanten in ihrem selbstbezogenen Verhalten (z.B. Selbstunterdrückung) leiden, wäre bei ihnen das entgegengesetzte Muster (z.B. Selbstbestätigung) zu fördern, trifft auf die Erwachsenenbildung nur sehr bedingt zu, wenn man bedenkt, daß die Teilnehmenden von Bildungsmaßnahmen nicht primär als Leidende, sondern primär als Ler-

nende am Lernprozeß teilnehmen. Es trifft insofern aber zu, als die Erweiterung von Möglichkeiten als Ziel von Bildung im Sinne der Erhöhung von Komplexität gefordert ist, und dazu gehört, die andere Seite einer möglichen Wahl als Möglichkeit zu sehen.
Nicht nur nach den Konzepten von Becker, sondern auch nach den Vorgaben der Erwachsenenbildung sind KlientInnen und Teilnehmende dort abzuholen, wo sie sich befinden. Dies bedeutet nach Becker das anfänglich komplementäre interpersonelle Verhalten, soweit dies das Spektrum der Wertschätzung nicht verläßt und Geringschätzung vermeidet. Ausgehend von der Hauptzielgruppe der sozial Angepaßten würde dies bedeuten, Bildungsmaßnahmen mit fördernder Anleitung zu beginnen. Wahrscheinlich ist dies auch aufgrund der vermuteten Lerngewohnheiten ein sinnvolles Vorgehen.
In einem fortgeschritteneren Stadium des Lernprozesses wäre das komplementäre Verhalten durch ein antikomplementäres oder akomplementäres Verhalten abzulösen, wobei der Grad der Komplementarität von dem damit verbundenen Grad der Anforderung bzw. Überforderung abhängig ist. Bezogen auf unsere vermutete Hauptzielgruppe bedeutet dies, daß sich die pädagogische Grundhaltung im Laufe eines Kurses von der fördernden Anleitung bis zur Mitte zwischen Wertschätzung und Bestätigung verändern könnte. Dieses Vorgehen entspräche möglicherweise auch der Idee der „Driftzonen" von Lernen, nach der nicht jede Perturbation zumutbar ist.
Nach Becker ist das Ausmaß der Strukturierung ebenfalls vom Zeitfaktor abhängig, wobei anfangs der Klient mehr strukturieren sollte, um Vertrauen zu gewinnen, während später der Therapeut stärker strukturiert, um zielgerichteter Veränderung zu erreichen. Für Erwachsenenbildung wäre zwar die Abhängigkeit des Grades der Strukturierung von der Zeit zu bejahen, aber die Zielrichtung wäre hier genau umgekehrt. In Lernprozessen erwarten Erwachsene, daß der/die KursleiterIn die Struktur vorgibt. Da diese die Teilnehmenden dort abholen, wo sie stehen, wäre es anfangs entsprechend die Aufgabe der KursleiterInnen, klar zu strukturieren. Gerade Struktur schafft hier Vertrauen und Sicherheit. Da größere Autonomie angestrebt wird, könnte im Laufe des Kurses den Teilnehmenden allmählich mehr Autonomie in der Strukturierung gegeben werden.
Das Verlockende an dem Schema Flexibilität/Kontinuität ist, daß die unterschiedlichen Modelle der Erwachsenenbildung zumindest innerhalb eines gewissen Spektrums Sinn behalten würden und nicht als

unvereinbare und nicht aufeinander bezogene Richtungen sich wechselseitig voneinander abgrenzen müßten. Zu bezweifeln ist aber, ob Flexibilität/Kontinuität ein ausreichend spezifisches Schema für die Haltung von KursleiterInnen ist.

2.3 Ermöglichen/Gestalten: Umgang mit selbstreferentiellen Systemen

Jedes der Schemata, die die KursleiterInnen nutzen können, dient nicht dazu, das gleiche Verhalten bei anderen zu bewirken, sondern stellt die Wahl zwischen Möglichkeiten. Daraus ergibt sich die Frage, ob ein theoretisches Fundament gefunden werden kann, das genau dies berücksichtigt. Zwei Modelle, das Konzept des Empowerment und die Didaktik des Ermöglichens, scheinen diesen Kriterien zu entsprechen.
Empowerment wird häufig mit Ermächtigung oder Befähigung übersetzt. Nach Auffassung von Stark (1996, S.16f.) gibt aber keine dieser Übersetzungen den komplexen Sinn des Begriffes wieder. Er versteht Empowerment als einen Prozeß im Rahmen kleiner Gemeinschaften, der wechselseitige Achtung und Fürsorge, kritische Reflexion und Bewußtwerdung, eine Form der Teilhabe für die Personen oder Gruppen, die einen unzureichenden Zugang zu wichtigen sozialen Ressourcen haben, beinhaltet. *„Empowerment geht davon aus, daß viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten"* (Rappaport, 1985, S.270f.). Empowerment meint, daß es das Ziel professioneller Tätigkeit sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen. Menschen werden auch in einer Situation des Mangels weniger unter dem Gesichtspunkt ihrer Defizite als ihrer Kompetenzen betrachtet. Nach Stark (1993, S.41) spricht Empowerment die Möglichkeiten und Hilfen an, die es Menschen ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, und sie bei der Beschaffung von Ressourcen zu unterstützen.
Empowerment-Prozesse müssen nicht nur auf individueller Ebene stattfinden, sondern sie verzahnen die individuelle und die strukturelle Ebene. Sie sind ein Phänomen psychischer und sozialer Systeme. Menschen werden in ihrem sozialen Kontext betrachtet.
Dieses Konzept wurde für psychosoziale Arbeit im Kontext der Gemeindepsychologie von Rappaport (1985) entwickelt. Es wird in den letzten Jahren in der Gesundheitsförderung und der Selbsthilfebewe-

gung diskutiert, da es sich gut mit dem Gedanken der Selbstbestimmung über Gesundheit verbinden läßt.[17] Trojan vertritt sogar die Ansicht, daß Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta mit Empowerment gleichzusetzen ist.[18] Es geht ihm um die Stärkung des Selbstwertgefühls von betroffenen Menschen, die Förderung der Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit einzelner, die Förderung des Zusammenschlusses von Personen zur besseren Durchsetzung gemeinsamer Interessen und die Aktivierung der BürgerInnen zu mehr Mitwirkung in Politik und Gesellschaft. Die Verbindung zur Gesundheitsförderung ist insofern sehr naheliegend, als sich Verbindungen zum Kohärenzsinn ziehen lassen, der das Vertrauen von Menschen, individuelle und kollektive Ziele zu erreichen, zu seinem Gegenstand macht. Empowerment ist in gewissen Sinn der Weg, der zu Erreichung des Kohärenzsinns vorgeschlagen wird.[19]

Im Zentrum des Konzeptes Empowerment steht in der Beobachtung von Menschen das Differenzschema Mangel/Fähigkeiten. Gegenüber der einen Seite der Differenz, nämlich Mangel oder Defizite, die in der psychosozialen Arbeit im allgemeinen im Vordergrund stehen, wird die andere Seite, die der Fähigkeiten und Kompetenzen, in den Vordergrund gestellt, aber als die andere Seite, die eben auch vorhanden ist und die Möglichkeit beinhaltet, die Situation des Mangels zu überwinden. Empowerment sieht das Sowohl-als-auch, wenn Stark formuliert: *„Empowerment-Prozesse erzählen Geschichten von Menschen und ihren Zusammenschlüssen, denen es gelungen ist, ihre eigenen Ressourcen und Stärken zu erkennen und diese in soziale Handlungen umzusetzen. Empowerment ist also als ein Prozeß zu betrachten, in dem Menschen, Organisationen oder Gemeinschaften ihren ökologischen und sozialen Lebensraum gestalten und so mit einschränkenden Bedingungen und problematischen Situationen kreativ und ihren Bedürfnisses gemäß umgehen lernen. Der Blickwinkel richtet sich hier gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und -gestaltung – auch unter den eingeschränkten Bedingungen des Mangels oder vor dem Hintergrund vielfältiger persönlicher und sozialer Defizite"* (Rappaport, 1985, S.269).

Stark führt im Differenzschema Mangel/Fähigkeiten das Sowohl-als-auch ein, indem er den Blickwinkel in der Situation des Mangels auf die Fähigkeiten verschiebt. Er kann sich hier auf Rappaport berufen, der im Differenzschema Bedürfnisse/Rechte das gleiche tut: *„Mit dem Konzept Empowerment können wir nicht länger Menschen einfach als*

Kinder in Not oder als Bürger mit Rechten sehen, sondern müssen sie vielmehr als vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben, anerkennen. Wir müssen uns mit dem Widerspruch auseinandersetzen, daß selbst Menschen mit wenig Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger soziale Kontrolle über ihr eigenes Leben brauchen" (ebd.).

Diese Einführung des Sowohl-als-auch hat in der Erwachsenenbildung im Konzept der Teilnehmerorientierung[20] ihre Entsprechung, denn dort wurden Teilnehmende an Lernprozessen als gleichzeitig Wissende und Nicht-Wissende betrachtet, die selbst entscheiden, was sie wie lernen wollen. Eine Abwendung von einem defizitorientierten hin zu einem ressourcenorientierten Konzept läßt sich speziell auch in der Zielgruppenarbeit, z.B. der Bildungsarbeit mit Älteren, mit Frauen, mit Migrantinnen beobachten. So wird Älterwerden in der Erwachsenenbildung als Gewinn und Verlust von Fähigkeiten gleichzeitig gesehen. Dieses Differenzschema und die Überwindung der Differenz sind für Erwachsenenbildung demnach nichts grundsätzlich Neues

Neu ist allerdings am Konzept des Empowerment, so wie Rappaport dies versteht, daß er Widersprüchlichkeiten und Paradoxien ausdrücklich zu seinem Programm macht, Sensibilität für Widersprüchlichkeiten ebenso wie divergente statt konvergente Lösungen fordert. Eindeutig richtige Lösungen oder Herangehensweisen existieren in sozialen Systemen nicht. *„Soziale Systeme sind ihrem Wesen nach paradox"* (a.a.O., S.258). Sie ermöglichen mehrere oder gleichwertige und praktikable Sichtweisen, die sich gegenseitig widersprechen und einschränken. Die meisten zentralen Fragen bestehen aus dem Gegensatz von zwei oder mehreren moralisch gleichwertigen Prinzipien. Rappaport fordert ausdrücklich die Suche nach Widersprüchlichkeiten als Bestandteil professioneller Arbeit. Die logische Folge daraus ist die Anerkennung unterschiedlichster Lösungswege, die Möglichkeit unterschiedlicher Wirklichkeiten, das Aushalten von Ambivalenzen und die Notwendigkeit einer Erweiterung von Möglichkeiten. Hier nähert sich Rappaport einer konstruktivistischen Sichtweise an.

Auch Stark betont, daß eine der Grundannahmen von Empowerment darauf beruht, daß soziale Probleme ihrem Wesen nach paradox und widersprüchlich sind und deshalb keine eindeutigen Lösungen erwartet werden können. Statt dessen wird es für ein und dieselbe Problemlage verschiedene, sich teilweise widersprechende Lösungen geben. *„Professionelles Handeln im Sinne von Empowerment muß sich daher der*

Herausforderung stellen, mit divergenten Situationen umzugehen und die Fähigkeiten der Menschen in diesen Kontexten, ihre Sache mit ihren Prioritäten und Handlungsmustern selbst in die Hand zu nehmen, zu entdekken und weiterzuentwickeln. Demzufolge läßt sich Empowerment nicht als eine Methode (psycho-)sozialer Arbeit vorschlagen, sondern als Grundhaltung oder professionelle Identität, die sich auf Versorgungsstrukturen, Institutionstypen und konkrete professionelle Tätigkeit in diesem Bereich auswirken kann" (Stark, 1996, S.117).

Menschen darin zu unterstützen, Lösungen für ihre Probleme selbst zu finden, ohne die Lösung des Problems vorzugeben, damit eine Vielzahl von Lösungsmöglichkeiten für ein Problem als möglich zu erachten und zuzulassen, erweist sich dabei nicht nur als eine vertiefte Wiederholung der Forderung nach einer Erweiterung von Möglichkeiten[21] als Ziel der Gesundheitsbildung, sondern auch als eine denkbare Konkretisierung des Differenzschemas von Flexibilität/Kontinuität für eine professionelle Haltung von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung. Das Sowohl-als-auch der Kontinuität/Flexibilität besteht darin, daß die Kontinuität der professionellen Haltung, Menschen, die sich selbst als in einer Situation des Mangels empfinden (gesundheitliche Probleme haben, eine Frage nicht lösen können), unter dem Blickwinkel von Ressourcen zu betrachten, die Möglichkeit gibt, flexibel mit unterschiedlichsten Lösungsstrategien umzugehen. Dies ist grundsätzlich auch in der Gesundheitsbildung zu realisieren, weil es keinerlei diagnostische Schritte voraussetzt. Die Wahl der Möglichkeit ist nicht von ExpertInnen abhängig, sondern wird von den Betroffenen bestimmt.

Ein zweites Differenzschema des Empowerment-Konzeptes, das der Logik des Sowohl-als-auch folgt, ist das von Individuen/Gruppen. Charles Kieffer (1984, nach Stark, 1996, S.217) beschäftigte sich mit dem Ablauf von Empowerment-Prozessen bei Einzelpersonen, wobei der soziale Kontext, die Gruppe, das soziale Klima, MentorInnen einen wichtige Rolle spielen. Stark (ebd.) hält Empowerment-Prozesse auf drei Ebenen für möglich: der individuellen, der Gruppenebene und der strukturellen Ebene. Das Entscheidende ist aber, daß Empowerment-Prozesse von einzelnen durch ihr Engagement innerhalb von Gruppen, d.h. im sozialen System, erst möglich werden. *„Empowerment geschieht jedoch nicht als rein individueller Prozeß, sondern hängt immer eng zusammen mit verschiedenen Formen sozialer Unterstützung"* (ebd.). Empowerment-Prozesse lassen sich nicht auf eine Ebene reduzieren. Stark

entwickelt in Bezug auf Yeo (1993, nach Stark, 1996, S.75) ein Modell gesellschaftstheoretischer Grundlagen für Empowerment-Prozesse, in dem sich ein individuenzentrierter Ansatz mit einem „systemorientierten" Ansatz (er meint hier wahrscheinlich Gemeinschaft oder soziale Systeme) verbindet. Die „Politik der Differenz" (des Unterschiedes zwischen einzelnen, ihrer individuellen Besonderheit) mit ihrer Wertebasis individueller Freiheit und Verantwortung verbindet er mit deren Gegenteil, der Politik der Kohärenz und ihrer Wertebasis von Gemeinschaft und sozialem Kontext. Beide Orientierungen für sich genommen führen nach Ansicht von Stark zu diktatorischen Gesellschaftsformen, nur ihre Verbindung – das Sowohl-als-auch – ermöglicht Demokratie.

Die Bezogenheit von einzelnen und Gruppe kann synergetische Prozesse und gegenseitige Unterstützung hervorbringen. Dies ist für den Kontext der Erwachsenenbildung deshalb von Relevanz, weil es der Gruppe im Vergleich zum Lernen einzelner oder zum therapeutischen Prozeß eine besondere Bedeutung gibt, die in der Gesundheitsbildung als Rahmen bereits vorhanden ist.

Kieffer[22] hat sich nicht nur mit den Auswirkungen von Empowerment-Prozessen beschäftigt, sondern auch mit dem Prozeßverlauf selbst. Die Transformation von einem Gefühl der Machtlosigkeit zu einem Gefühl partizipatorischer Kompetenzen entwickelt sich danach in vier Schritten, die nicht unbedingt linear nacheinander verlaufen müssen, sondern auch Schleifen beschreiben können: Mobilisierung, Engagement und Förderung, Integration und Routine sowie Überzeugung.

In der Phase der Mobilisierung wird in einem oft einschneidenden und schmerzhaften Prozeß ein Bruch oder eine Bedrohung einer als zentral erfahrenen Alltagsidentität erlebt. Meist kommen zwei Faktoren zusammen: In ein Gefühl von Integriertheit trotz politischer Machtlosigkeit bricht eine Veränderung von Lebenszusammenhängen ein, die als emotionaler Schock, als grundlegendes Infragestellen alltäglicher Routinen erlebt wird. Der Veränderung im Empowerment-Prozeß geht eine Störung voraus, die von der Person als bedrohlich eingeordnet wird. Bisherige Wirklichkeitskonstruktionen sind nicht mehr viabel. In dieser Phase erfolgen oft Umbewertungsprozesse (Neukonstruktionen) von Wirklichkeit: Bisherige Glaubenssätze werden in Frage gestellt, eigene Möglichkeiten erkundet. Dieser Ausgangspunkt ist oft auch Ausgangspunkt für Lernprozesse im Rahmen von Erwachsenenbildung.

Nach dieser ersten Phase ebben spontane Aktivitäten ab. Es gibt offensichtlich die Möglichkeit, zur (veränderten) Normalität zurückzukehren oder den Empowerment-Prozeß weiter zu durchlaufen. Drei Faktoren scheinen die Wahl der Möglichkeit entscheidend zu beeinflussen: Zentral ist die Rolle eines unterstützenden Mentors. Er fördert die Entdeckung verborgener Fähigkeiten und Kompetenzen, ermutigt zu selbständigem sozialen und politischen Handeln und unterstützt explorative Erfahrungen in bislang unbekannten Handlungsfeldern. Damit ist eine mögliche Funktion von KursleiterInnen beschrieben. Ähnliche Funktion kann aber auch die gemeinsame Erfahrung in einer Gruppe Gleichbetroffener oder Gleichgesinnter haben, die ein förderndes soziales Klima herstellt und zur Ausbildung grundlegender Fähigkeiten dient. Beide Faktoren müssen sich nicht widersprechen, sondern können sich sinnvoll ergänzen. Gegenseitiger Austausch und die Funktion des „mentorship" können die Erkenntnis fördern, daß die Themen der Gruppe und die Motivationen der einzelnen in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge eingebettet sind, wobei hier emotionale Prozesse, die aus eigenen Erfahrungen resultieren, wichtiger als kognitive Prozesse zu sein scheinen. Die Beobachtung der Möglichkeit des Handelns ergibt, daß bisher häufig getroffene Wahlen nicht mehr ausreichen; neue Möglichkeiten werden gedacht und ausprobiert. In der Entscheidung für eine Möglichkeit des Handelns ist die Interpenetration, d.h. das Zugänglichmachen der Komplexität von MentorInnen und Gleichbetroffenen wichtig, um neue Wahlmöglichkeiten in neuen Differenzschemata zu erfahren. Diese determinieren die Wahl nicht. Das folgende Handeln wirkt auf die Systemumwelt, führt zu neuen Beobachtungen der Systemumwelt und neuen Wirklichkeitskonstruktionen.

Nach den ersten tastenden Versuchen erfahren neu erworbene Fähigkeiten und Engagement nach einiger Zeit eine Stabilisierung und werden teilweise zu Routine. Die entwickelten Kompetenzen werden in den Alltag integriert. Die Personen müssen jetzt damit fertig werden, daß sie sich weiterentwickelt und verändert haben, und dies in ihren engen sozialen Kontext integrieren. Neben dem Gewinn dieses Prozesses wird oft auch eine Trauer darüber empfunden, daß diese Entwicklung auch eine Wegentwicklung von vertrauten Menschen beinhalten kann.

In der vierten Phase ist eine gewisse Sicherheit in der Anwendung der neuen Kompetenzen erreicht, die auch auf andere Lebensbereiche an-

gewandt wird. Allerdings ist der Vorgang des Empowerment nie ganz abgeschlossen, die Integration der neu erworbenen Kompetenzen in den eigenen Alltag und das Selbstbild ist eine Leistung, die immer wieder neu erbracht werden muß.
Treibende Kräfte in diesem Prozeß sind offensichtlich das Erleben von Dissonanz zwischen eigenen Wünschen und der aktuellen Situation, eine Gleichzeitigkeit von praktischer Erfahrung und ihrer Reflexion und das Aushalten und Aufgreifen von Konflikten.
Fragt man aber nun, wie das „Wie" der Anregung des Mentors vor sich gehen kann, stößt man auf ein neues Differenzschema von Gestalten und Ermöglichen oder von direkten und indirekten Strategien: *„Die Schwierigkeit, einen Empowermentblickwinkel in die professionelle Arbeit zu integrieren, besteht vor allem darin, daß Empowermentprozesse zwar angestoßen werden können, der eigentliche Prozeß jedoch weitgehend ohne Zutun der beruflichen HelferInnen abläuft. Eine Haltung des Empowerment läßt sich daher nicht mit direkten Interventionen vergleichen, wie sie im psychosozialen Bereich eher üblich sind (Beratung, Betreuung, Therapie, Anleitung von Gruppen). Empowerment als professionelle Haltung bedeutet, Möglichkeiten für die Entwicklung von Kompetenzen bereitzustellen, Situationen gestaltbar machen und damit offene Prozesse anzustoßen. Eine professionelle Haltung des Empowerment impliziert indirekte Strategien psychosozialen Handelns"* (Stark, 1996, S.163f.)
Mit anderen Worten: Empowerment-Prozesse lassen sich nicht planen und gestalten, aber ermöglichen und anstoßen. Sie erfordern professionelle Begleitung, verbieten aber professionelles Management. Sie sind Interventionen mit der Einsicht, daß man in Systeme nicht intervenieren kann. Empowerment ist eine professionelle Haltung, die die Aufmerksamkeit auf die Förderung von Möglichkeiten des Handelns anderer, nicht des Behandelns von anderen legt.
MentorInnen können für die Entdeckung von Empowerment-Prozessen sensibel werden und sie gezielt durch die Bereitstellung von instrumentellen Hilfen oder durch sozialpolitische Einflußnahme fördern. Empowerment-Prozesse können professionell gefördert werden durch die Entwicklung der Interaktion in Betroffenengruppen und durch eine professionelle Haltung, die die Aufmerksamkeit auf vorhandene oder verborgene Ressourcen und Kompetenzen lenkt. Die Aufgabe von MentorInnen besteht darin, unterschiedliche Zugänge zu Problemen zu suchen und Vielfalt auch von sich widersprechenden Bewältigungsmustern zu fördern. *„Eindimensionale und vermeintlich eindeutige, klare*

Problembearbeitungen vernachlässigen oft andere Seiten der jeweiligen Situation und behindern die Verknüpfung von Arbeitsansätzen auf unterschiedlichen Ebenen und damit die mögliche Erweiterung von Ressourcen" (a.a.O., S.161).

MentorInnen weisen auf Türen hin, die bisher noch nicht gesehen wurden. Sie versuchen keine Vermittlung von Wissen, sondern schaffen einen Kontext, der für die Lösungssuche hilfreich ist. Sie sind Erzähler von Geschichten, die von Möglichkeiten handeln (a.a.O., S.180). Sie gestalten Bildungsprozesse, indem sie Erfahrungen ermöglichen. Dies können sie letztlich nur dadurch, daß sie eine Vielfalt von Differenzschemata anbieten oder genauer: daß sie ermöglichen, daß in Gruppen unterschiedlicher Menschen verschiedene Differenzschemata zur Sprache kommen.[23]

Unabhängig vom Konzept des Empowerment kommen Arnold/Siebert (1995) in ihrer Beschreibung einer konstruktivistischen Didaktik der Erwachsenenbildung[24] zur gleichen Leitdifferenz, wenn sie von Ermöglichungsdidaktik sprechen. Der genuine Kern der Erwachsenenbildungswissenschaft ist nach ihrer Ansicht (a.a.O., S.134), daß sie nach der Aneignung von Wissen, Deutungen und Erfahrungen in Lernprozessen fragt, *„in denen Erwachsene sich vor dem Hintergrund ihrer biographischen und lebensweltlichen Erfahrungen um eine Transformation bisheriger Deutungsmuster und Konzeptionen bemühen, wohl wissend, daß diese Prozesse durch professionelles Handeln ermöglicht und gefördert, kaum aber technokratisch erzeugt werden können."*

In ihrem praktischen Ergebnis erscheinen die Theorien von Arnold/Siebert in Rahmen von Erwachsenenbildungsforschung zunächst wenig überraschend und innovativ zu sein, gibt es doch keine spezifische Methodik einer konstruktivistischen Erwachsenenbildung. Es scheint sich eher um eine präzisere Begründung bekannter Auffassungen zu handeln. Die konstruktivistische Perspektive der Erwachsenenbildung unterstützt nach Meinung von Arnold/Siebert, lebensweltbezogenes Denken hinsichtlich rationalistischer Rückstände und professioneller Ansprüchlichkeiten genauer zu analysieren, nicht spektakulär Neues zu bringen. *„Für Erwachsenenbildung ist die konstruktivistische Perspektive nicht völlig neu. Erwachsene sind selbständige und eigenwillige Lerner, die ihre eigene Lerngeschichte und vielfältige Erfahrungen, gezielte Verwendungsinteressen und stabile Deutungsmuster in ein Seminar einbringen. Erwachsenenbildung sollte teilnehmerorientiert sein, d.h. auf didaktische Partizipation und Verständigung ausgerichtet sein"* (a.a.O., S.127).

Im zweiten Blick grenzen sich Arnold/Siebert von zwei Seiten der augenblicklichen Erwachsenenbildungsdiskussion ab:

– Von einem gerade derzeit auch in der Qualitätsdiskussion modernen technizistischen Verständnis von Erwachsenenbildung, das die Auffassung vertritt, Lernerfolge von Erwachsenen wären durch genauere Planung und besseres Controlling steuerbar, grenzen sie sich insofern ab, als sie mit der in der Theorie des Konstruktivismus begründbaren Unvorhersagbarkeit und Unplanbarkeit kognitiver Prozesse argumentieren.
– Von dem seit den siebziger Jahren gültigen Postulat der Teilnehmerorientierung in der Erwachsenenbildung, das den Eindruck vermittelt, als wäre die Orientierung an den Teilnehmenden eine freiwillige bildungspolitische Entscheidung der Erwachsenenbildung, grenzen sie sich insofern ab, als sie in Teilnehmerorientierung eine schlichte Notwendigkeit sehen. Aus konstruktivistischer Sicht ist es nicht möglich, Wissen durch die lehrende Person an die lernende Person zu vermitteln, sondern Lernen ist nur insoweit möglich, als die lernende Person an bisherigen Konstruktionen anknüpfen, eine Rekonstruktion ihrer jeweiligen Sichtweise selbst erzeugen kann. Zudem weist Siebert (1996a, S.85) darauf hin, daß Zielgruppen und Teilnehmende jeweils selbst eine Konstruktion von Lehrenden sind, die Menschen so behandeln, wie sie sie betrachten.

Ein Großteil bisheriger Theorien der Erwachsenenbildung basiert auf rationalistischen Annahmen. Diese Theorien gehen davon aus, daß es eine Gewißheit über Wirklichkeit geben kann und daß es – über den Umweg des didaktischen Mittels, an den Erfahrungen der Erwachsenen anzuknüpfen – möglich ist, das richtige Bild über die reale Wirklichkeit in Lernprozessen zu vermitteln. Es wurde bereits ausgeführt, daß der Konstruktivismus demgegenüber die These aufstellt, daß es autopoietischen Einheiten[25] nicht möglich ist, objektive, d.h. vom Beobachter unabhängige Realität zu erkennen. Jede Wirklichkeit ist immer die Wirklichkeit des Beobachters dieser Wirklichkeit, er kann sie so wahrnehmen, wie seine innere Struktur ihm dies ermöglicht. Insofern konstruiert sich jede autopoietische Einheit ihre Wirklichkeit selbst; sie ist aber auch zur Beobachtung zweiter Ordnung in der Lage, d.h. zum Nachdenken darüber, daß ihre Erkenntnis keine objektive Wirklichkeitswiedergabe ist, und zum Vergleich eigener Konstrukte mit denen anderer, zur Überprüfung von Viabilität (ebd.).

Unsere jeweilige Wirklichkeitskonstruktion hat sich dabei ontogenetisch – durch Lernprozesse und Lebenswege – entwickelt, und dies beinhaltet innerhalb eines sozialen Systems, in dem Menschen leben. Sie ist sozial ausgehandelt. Lernen in Gruppen hat gegenüber dem Lernen einzelner den Vorteil, diesen Prozeß sozialer Aushandlung erfahrbar zu machen.

Arnold/Siebert (1995, S.165) folgern daraus, *„daß eine deutungsmusterbezogene Erwachsenenbildung es mit Wirklichkeiten ‚zweiter Ordnung' zu tun hat, mit ‚Als-ob-Fiktionen' (Watzlawick) deren ‚Realitätsnähe', ‚Richtigkeit' und ‚Aufgeklärtheit' weniger entscheidend ist als ihre Funktionalität, und daß das Erwachsenenlernen stärker von den formalen Aspekten der lebensweltinternen Viabilität von Deutungen her untersucht und professionell gestaltet werden muß."* Ihre Absicht ist es, deutlich zu machen, daß Erwachsenenbildung immer mit fremden Deutungsmustern – entstanden aus fremden Lebenswelten – zu tun hat und daß es nach erkenntnistheoretischer Prüfung nicht möglich ist, die fremden Deutungsmuster aufzuklären.

Die Grundaussage einer konstruktivistischen Erwachsenenbildung, daß Erwachsene nicht lernen können, indem sie Wissen anderer übernehmen, sondern nur dadurch, daß sie neue Weltsichten konstruieren, in dem sie bisherigen Konstrukten neue Lernerfahrungen hinzufügen, die für ihr Tun besser viabel sind, bedeutet andere Anforderungen an die professionelle Haltung der Lehrperson, als dies die alten Vorstellungen einer Pädagogik des „Nürnberger Trichters" beinhaltet haben: Die Lehrperson überträgt nicht mehr das Wissen, das von Forschern erzeugt wurde, in den Kopf der Schüler, die wiederum ihre Köpfe für das neue Wissen öffnen müssen, sondern sie ermöglicht Prozesse der selbsttätigen und selbständigen Wissensaneignung. Sie schafft die Bedingungen für die Selbstorganisation der Lernenden: *„Dabei zeichnet sich eine Art Steinbruch-Modell des Lehrens ab: Der Lehrende präsentiert bzw. moderiert ein offizielles Thema, welches von den Lernenden als Steinbruch genutzt wird, d.h., sie entnehmen ihm gewissermaßen die Bausteine bzw. Sinn(-bestand)teile, die sie zur Bearbeitung ihrer eigenen Lernthemen, d.h. – um im Bild zu bleiben – zum Bau bzw. Wiederaufbau ihres eigenen Sinnhauses, benötigen"* (a.a.O., S.151; vgl. auch S.128 und Arnold, 1993a).

Damit ziehen Arnold/Siebert auch einen – vorläufigen – Schlußstrich unter die Debatte um das optimale Maß an Teilnehmerorientierung. Es geht demnach weder darum, durch geschickte Mittel Lernprozesse

zu erzeugen, noch darum, die organisierte Erwachsenenbildung in Selbstlernzentren oder selbstorganisierten Lernformen abzuschaffen. Vielmehr ist davon auszugehen, daß Erwachsene gemäß ihrer inneren Struktur – die z.B. auch durch Bildungserfahrungen geprägt ist – im Alltag in unterschiedlichem Maß und auf unterschiedliche Art selbsttätig lernen. Unter bestimmten Umständen, die z.B. mit Erfahrungen nicht ausreichender Viabilität zu tun haben können, akzeptieren Erwachsene das Angebot eines organisierten Lernrahmens. Dieser bemüht sich um günstige Bedingungen für selbsttätiges Lernen (das eine Bestätigung oder Rekonstruktion bisheriger Wirklichkeitsbilder sein kann).

Arnold/Siebert folgern daraus, daß die gesamte pädagogische Situation vielfältig und anregend gestaltet sein soll, daß die Teilnehmenden je nach der individuellen Lage wichtige und aufschlußreiche Erfahrungen machen können, denn *„Lernen ist ein schöpferisches, kreatives Handeln"* (a.a.O., S.129). Dies beinhaltet nicht ein generelles Ablehnen bestimmter, z.B. frontal orientierter Lernmethoden, denn zum Anregen gehört auch die Konfrontation mit neuem Wissen, anderen Perspektiven und fremden Ansichten, die einerseits von anderen Teilnehmenden, andererseits von der Lehrperson und ihrem – z.B. wissenschaftlichen – Erfahrungsschatz kommen können.

Dieses Wissen dient dann jedoch nicht als vermittelte Wahrheit, sondern als Material für die Suchbewegung, die Lernen ausmacht. Weniger die scheinbar gesicherten Daten und Fakten sind dafür interessant als die Reflexion der Wahrnehmungen, Deutungen und Kognitionen. *„Der Weg entsteht durch den Prozeß des Gehens, wobei wir ständig an Hindernisse stoßen, innehalten und Umwege machen müssen"* (ebd.).

Dieses Ermöglichen von Lernen dadurch, daß die Lehrperson Lernbedingungen gestaltet, ist eine klassische Perspektive der Erwachsenenbildung, die nach der realistischen Wende und in den aktuellen Bemühungen um Qualität in Vergessenheit zu geraten droht. Sie steht – gerade an Volkshochschulen – in einer Tradition, in der Laien zu Lehrern werden können und die Rollen zwischen Lernenden und Lehrenden nicht scharf getrennt sind. Diese Ermöglichungsdidaktik wird von Arnold/Siebert so beschrieben: *„Einer professionellen, d.h. um ihre Konstruktivität wissenden Erwachsenenbildung kann es nämlich nicht um die Beschulung, Belehrung oder Abrichtung von Erwachsenen gehen, vielmehr muß sie selbsttätige Aneignung von Wissen und Deutung sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten initiieren, in Gang setzen und fördern. Ihre Interven-*

tionsformen sind weniger direkt als indirekt. Erwachsenenpädagogische Professionelle vermitteln nicht, sondern erschließen und regen zur Selbsterschließung an. Dabei müssen sie gleichzeitig in der Lage sein, diese Aneignungsprozesse so zu arrangieren und zu begleiten, daß die lernenden Erwachsenen gleichzeitig ihre übergreifenden methodischen und sozialen Kompetenzen weiterentwickeln können. Die Förderung der Identitätsentwicklung und der methodischen Kompetenzen derer, die in der Erwachsenenbildung tätig sind, ist dabei selbst ein zentraler Bestandteil einer erwachsenenpädagogischen Professionalität" (a.a.O., S.136).

Ermöglichungsdidaktik hat eine Wurzel in der Kommunikationstheorie von Schulz von Thun (1989) und geht skizzenhaft beschrieben von folgenden Thesen aus:

– Verständigung ist generell nicht möglich. Es kommt darauf an, einen konstruktiven Umgang mit dem Normalfall Mißverständnis anzustreben. Die Erwartung an hundertprozentige Verständigung ist trivial und unterkomplex.
– Erwachsenenbildung ist generell interkulturell insofern, als sie immer mit einer Vielfalt von lebensweltlich entstandenen Wirklichkeitskonstrukten konfrontiert ist.
– Da Kommunikation grundsätzlich auf den vier Ebenen Sachinhalt, Selbstkundgabe, Beziehungsklärung und Appell stattfindet und Menschen somit meistens etwas anderes verstehen als diejenigen, die die Botschaft formuliert haben, wird reflexives Lernen benötigt, das die Möglichkeit schafft, die Strukturen und Risiken von Verständigung zu erkennen (a.a.O., S.137ff.).

Ermöglichungsdidaktik ermutigt dazu, in konkreten Situationen Wissen aus der eigenen Erfahrung heraus zu konstruieren, Identität und eigene Denkmuster nicht umzustülpen, aber aus der Distanz von eigenen Deutungen in Konfrontation mit anderen Deutungen zu lernen, durch Distanz- und Differenzerfahrungen Suchbewegungen zu initiieren, nicht zweifelhaften Gewißheiten zu erliegen, auch Risiken einzugehen, anders als vorgeplant zu agieren. *„Der Erwachsenenbildner interveniert dabei durch Herstellung von Perspektivenvielfalt und Perspektivenverfremdung, d.h. durch Vorschlag übersehener, provozierender, weiterführender und in-Frage-stellender anderer Sichtweisen"* (a.a.O., S.147). Ermöglichungsdidaktik ermutigt dazu, ontogenetische (lebensgeschichtlich, biographisch entstandene) Deutungen durch diskursiven Vergleich mit anderen Deutungen zu neuen viablen Deutungen zu entwikkeln.

Wenn sich das selbstreferentielle System der individuellen Lerngründe aus eigenen früheren Erfahrungen speist, dann – so folgern Arnold/Siebert (1995, S.149ff.) – ist es im ersten Schritt für die Ermöglichungsdidaktik notwendig, mehr über dieses selbstreferentielle System von Lernen in Erfahrung zu bringen, Lernbegründungen des Subjekts zu rekonstruieren und biographisch nach Lernangeboten, Reaktionsformen und Interventionsformen aus der Lehrperspektive zu forschen. Das Thema, zu dem gelernt werden soll, läßt sich entsprechend biographisch aufbereiten. Dies gilt für Gesundheit, die im engen Zusammenhang mit der eigenen Biographie steht, in besonderem Maße. Eines von mehreren Mitteln einer solchen biographischen Aufbereitung, das zugleich eine Möglichkeit ist, die Schwierigkeit der Verständigung innerhalb des Lernrahmens der Gruppe zu verdeutlichen, kann es z.B. sein, individuelle Mind-maps zum jeweiligen Thema zu erstellen.
Ein zweiter Schritt einer Ermöglichungsdidaktik kann eine Zielgruppenarbeit sein, die bei Arnold/Siebert (1995, S.159f.) definiert ist als von ähnlichen Lernzielen und Verwendungssituationen der Teilnehmenden ausgehend – also nicht durch soziale Konstrukte Menschen zu Zielgruppen zu bündeln – und die Bereitschaft der Teilnehmenden voraussetzt, ihre Wirklichkeitskonstrukte mit anderen zu thematisieren und zu reflektieren.
Das Lernen in der Gruppe beschreiben sie als „synreferentiell“: Es wird möglich, weil die Selbstreferentialität des kognitiven Systems durch gemeinsame Zustände und Erwartungen eines Sozialsystems ergänzt wird. Mit anderen Worten: Innerhalb sozialer Systeme – und eine Lerngruppe ist ein solches soziales System – werden Wirklichkeitskonstruktionen ausgehandelt. Innerhalb eines sozialen Systems sind Menschen als autopoietische Einheiten strukturgekoppelt. Synreferentialität entspricht dem Begriff der Koevaluation bei Varela.
Die Synreferentialität einer Gruppe ergibt sich aufgrund eines gemeinsamen Relevanzkriteriums, d.h., der Lerninhalt muß für alle bedeutsam sein, damit sie voneinander lernen. Die Arbeitsfähigkeit einer Gruppe kann nach der Passung von Erwartungshaltungen (als zirkulärer Prozeß) bearbeitet werden.
Lernfördernd in der Synreferentialität ist dabei nicht das Einverständnis, sondern die Differenz, die Kontroverse. Innerhalb einer Zielgruppe ist es damit gerade die Heterogenität, nicht die Homogenität, die Lernerfolge ermöglicht. Lernen nimmt seinen Ausgang nicht in der Suche nach einem Konsens, sondern in der Aufklärung von relevanter

Differenz. *„Ein lerntheoretischer Schlüsselbegriff ist nicht Konsens, sondern Differenz. Vereinfacht gesagt: Konsens ist redundant, nicht lernintensiv; wenn alle dasselbe denken und sagen, wird nichts dazugelernt. Die Wahrnehmung von Differenzen, von unterschiedlichen Erfahrungen, Kenntnissen und Deutungen in einer Gruppe kann erhellend und produktiv sein"* (Siebert, 1996a, S.124). Ob Synreferentialität hergestellt werden kann, ist dabei oft eine Frage des Settings, der Lernatmosphäre, nicht des Curriculums.

Hier formulieren Arnold/Siebert Anforderungen an die professionelle Haltung der ErwachsenenbildnerInnen: *„Damit eine koevaluative Stimmung entsteht, in der Individuen trotz ihrer operationellen Geschlossenheit voneinander lernen, muß eine möglichst herrschaftsfreie Kommunikation entstehen. Diese erfordert gegenseitige Wertschätzung, wechselseitige Interesse, Aufmerksamkeit für Andersdenkende, Takt im Umgang und Unaufdringlichkeit. Synreferentialität erfordert auch Selbstorganisation der Gruppe. Eine didaktische Übersteuerung kann die Dynamik der Gruppe eher blockieren. Gefragt ist eine evolutionäre Gelassenheit der PädagogInnen, eine Ermöglichungsdidaktik, die etwas anderes beinhaltet als einen laissez-faire-Stil"* (Arnold/Siebert, 1995, S.161; mit Bezug auf Arnold, 1993, S.51ff.).

Dies bedeutet für die professionelle Haltung von KursleiterInnen:

- Sie müssen gegenüber anderen Personen (den Teilnehmenden) und deren Deutungen und Wirklichkeitskonstruktionen Wertschätzung zeigen. *„Menschen denken in Geschichten, und Handlungssequenzen werden in die Logik tradierter Mythen eingebunden. Menschen konstruieren ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wie ein Drehbuch, ein Skript, das aktuellen Ereignissen ihre Bedeutung verleiht"* (Simon, 1995a, S.144). Gute KursleiterInnen sind deswegen gute ZuhörerInnen für die Geschichten anderer und gute GeschichtenerzählerInnen, die Handlungen in neue Kontexte einbinden können.
- Sie müssen in der Lage sein, ihre eigenen Wirklichkeitskonstruktionen und deren lebensgeschichtliche Entwicklung zu reflektieren, d.h. auch sich selbst als lernende Person zu begreifen.
- Sie müssen Lernsettings gestalten, die Synreferentialität entstehen lassen können und herrschaftsfrei sind. Sie müssen auf Leitung im Sinne von Führung verzichten. Sie gestalten, indem sie zulassen und ermöglichen.
- Sie müssen gerade Differenzen zum Thema machen und diskursive Prozesse moderieren. Sie suchen in der Situation des Mangels nach

den Ressourcen, probieren Alternativen aus und suchen unterschiedliche Möglichkeiten für das Ende einer begonnenen Geschichte. Sie lenken den Blick auf Widersprüche und Ambivalenzen.

2.4 Neutralität/Parteilichkeit: Konstruktivistisch-systemische Therapieprinzipien

Im letzten Abschnitt ist es möglich gewesen, das Differenzschema Ermöglichen/Gestalten, in Verbindung mit dem Schema Mangel/Fähigkeiten, als Konkretisierung der Differenz Flexibilität/Kontinuität für KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung zu beschreiben. Die Frage des „Wie" wurde aber nicht ausreichend beantwortet.
Mit Bezug auf Simons (1995a, S.151ff.) therapeutische Interventionsmöglichkeiten soll im folgenden deswegen ein weiteres Schema entwikkelt werden, das möglicherweise dazu verhelfen kann, präziser und dennoch hinreichend allgemein eine Möglichkeit des Handelns von KursleiterInnen zu beschreiben, das zu den vorangegangenen Schemata nicht im Widerspruch steht.[26] Es hat zudem den Vorteil, eine mögliche Weiterentwicklung des Prinzips der Teilnehmerorientierung der Erwachsenenbildung und des Prinzips der Selbstbestimmung oder des Empowerment der Gesundheitsförderung zu sein: das Schema von Neutralität und Parteilichkeit.
Simon (a.a.O., S.127ff.) geht zunächst davon aus, daß es notwendig ist, Komplexität genügend zu reduzieren, um handlungsfähig zu werden, ohne aber auf der anderen Seite so zu simplifizieren, daß relevante Faktoren ausgeblendet werden. Die Frage ist deshalb nicht, ob Vereinfachungen möglich sind, sondern welche Vereinfachungen Handlungsfähigkeit erlauben, ohne entscheidende Fehler zu machen. Die Erklärung für die Entstehung von Symptomen ist nichts, was für den (therapeutischen) Prozeß notwendig ist, da aus den generierenden Mechanismen nicht immer therapeutische Konsequenzen abzuleiten sind. Es ist deshalb ausschließlich notwendig, Mechanismen zu kennen, die es möglich machen, daß eine Symptombeseitigung entsteht. Abgeleitet aus der Theorie der Autopoiese haben Systeme die Fähigkeit, sich selbst zu heilen. Erklärungsbedürftig ist also nur, was daran hindert, diesen Heilungsprozeß wirken zu lassen.
Bezogen auf Gesundheitsbildung heißt dies zunächst, daß davon ausgegangen wird, daß eine subjektiv erlebte Situation des Mangels zur

Teilnahme an Gesundheitsbildung motiviert (andere Gründe erklären nicht, warum die gewünschten Veränderungen nicht ohne Zutun von Gesundheitsbildung erfolgen).[27] Dieser Mangel kann z.B. das Erleben der eigenen Wirklichkeitskonstruktionen als nicht (mehr) passend sein, evtl. ausgelöst durch emotional stark belastende Situationen, wie z.B. Lebenskrisen, oder ein erlebter Mangel an Wissen, möglicherweise durch Teilnahme an anderen Bildungsveranstaltungen entstanden, oder ein erlebter Mangel an Gesundheit, Beweglichkeit, an sozialer Zufriedenheit und Nähe etc. Entlastend ist der Gedanke, daß es nicht wichtig ist, zu wissen, wie dieser erlebte Mangel entstanden ist, vielleicht noch nicht einmal genau, worin der Mangel besteht. Dies ist erleichternd, weil Gesundheitsbildung nicht über diagnostische Möglichkeiten verfügt. Sie kann lediglich zu Seminarbeginn danach fragen, welche Art Mangel zur Teilnahme motiviert hat, und hoffen, eine Antwort zu erhalten, die der jeweiligen Wirklichkeitskonstruktion nahekommt. Möglicherweise ist es aber noch nicht einmal notwendig, daß die Teilnehmenden diesen Mangel sich selbst gegenüber genau beschreiben können. Zumindest ist es nicht notwendig zu wissen, ob die Wirklichkeitskonstruktionen der Teilnehmenden über ihre Lebensgeschichte, über sich selbst, über ihre Umwelt einer „objektiven" Wirklichkeit nahe kommen. Es reicht zu wissen, welche Wirklichkeitskonstruktionen Teilnehmende haben, oder genauer: nur zu wissen, daß die Teilnehmenden ihre eigenen Wirklichkeitskonstruktionen kennen.

Dies bedeutet, daß Gesundheitsbildung nicht den Anspruch hat, alle möglichen Teilnehmenden zu erreichen, sondern nur die, die Mangel erleben und glauben, diesen Mangel durch Gesundheitsbildung beheben zu können. Umgekehrt kann Gesundheitsbildung diejenigen Personengruppen nicht erreichen, die keinen Mangel erleben.[28]

Da alle beobachtbaren Phänomene selbstreferentieller Systeme Ergebnisse von Prozessen sind, gilt dies auch für Phänomene des erlebten Mangels. Diese sind also aktiv hergestellt und nicht passiv widerfahren. Erklärungsbedürftig ist jetzt, warum die Teilnehmenden das Erleben dieses Mangels haben, welche Mechanismen sie daran hindern, das Erleben von Mangel zu beheben. Der Grund kann abstrakt gesprochen nur darin zu finden sein, daß ihre bisherigen Schemata sich als zur Lösung des Problems (Behebung des Mangels) nicht ausreichend erwiesen haben, sie also lebensgeschichtlich bezogen auf die aktuelle Situation etwas „Falsches" gelernt haben, oder aber, Teilnahme an Gesundheitsbildung die Behebung darstellt bzw. dies so wahrgenommen

wird, oder an der Behebung hindert, zur Aufrechterhaltung des Erlebens von Mangel beiträgt – wenn eine Veränderung dieses Erlebens gar nicht angestrebt wird. Dies bedeutet, daß

- entweder weitere Schemata zur Erweiterung der Komplexität notwendig sind,
- oder zur Lösung des Problems bzw. zur Veränderung der Betrachtungsweise des Problems die jeweils andere Seite des Schemas bzw. das Sowohl-als-auch oder Weder-noch eingebracht werden müssen,
- oder mit Gesundheitsbildung keine Veränderung angestrebt wird (sie dient zur Aufrechterhaltung der Situation) und jede Vorgehensweise möglich ist, die dies nicht in Frage stellt.

Gesundheitsbildung hat es hier leichter als Therapie, die ja zur Aufrechterhaltung des sozialen Systems auch gegen den Wunsch der Betroffenen oder ihrer Familienangehörigen aus Gründen, die im sozialen System liegen, versuchen muß, Veränderung im Sinne von Symptomfreiheit zu erreichen (ohne sie herstellen zu können).

Zwischen den Zielen von Teilnehmenden (Beheben oder Beibehalten des Erlebens von Mangel) und den von KursleiterInnen (Ermöglichen von Komplexität durch Erweiterung von Möglichkeiten) kann in der Gesundheitsbildung so unterschieden werden, ohne daß der/die KursleiterIn die jeweiligen Ziele der Teilnehmenden genau kennen muß und ohne daß diese Ziele zueinander in Widerspruch geraten müssen.[29]

Für Teilnehmende der Gesundheitsbildung, die sich zu einer Form von Gesundheitshandeln entscheiden wollen, gilt das, was für alle Arten des Handelns gilt: *„Jeder Beobachter, der gezwungen ist zu handeln, steht vor der Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen"* (Simon, 1995a, S.147), zumindest die zwischen Tun oder Nicht-Tun. Wäre es so, daß diese Entscheidungen einfach zu treffen sind (ich entscheide, zu rauchen oder es nicht zu tun; ich entscheide, mich regelmäßig zu bewegen oder meiner Bequemlichkeit nachzugeben; ich entscheide, mich zu entspannen oder angespannt zu bleiben), gäbe es keinen Grund für die Teilnahme an einem Kurs. Die Situation des Mangels läßt sich verallgemeinernd demnach so präzisieren, daß es um einen (potentiellen) Konflikt zwischen mindestens zwei evtl. noch nicht präzisierbaren Möglichkeiten der Entscheidung geht (Ist es in den Wechseljahren sinnvoller für mich, Östrogene einzunehmen, oder soll ich besser meine Ernährung umstellen; ist es gesünder, vegetarisch zu leben, oder möchte ich doch lieber Fleisch essen?). Die Frage, die sich angesichts

der Diskussion über Teilnehmerorientierung/Selbstbestimmung/Empowerment stellt, ist die danach, wer die Entscheidungen trifft: KursleiterInnen oder Teilnehmende?
Abweichend vom Prinzip der Teilnehmerorientierung[30] wird hier die Auffassung vertreten, daß die Entscheidung über das, was die Kursleiterin im Kurs macht, nicht bei den Teilnehmenden liegen kann: Als Person kann die Kursleiterin jeweils nur für sich selbst entscheiden, was sie tut oder nicht tut, so wie die Teilnehmenden ebenfalls nur für sich entscheiden können, was sie tun oder nicht tun. Teilnehmerorientierung nimmt der Kursleiterin keine Entscheidung ab, aber sie enthält vermittelt in der Interaktion eine Botschaft (z.B. Ihre Meinung ist mir wichtig), die verstanden oder nicht verstanden werden kann (Ist er/sie nicht vorbereitet oder weiß sie/er nicht, was er/sie tun will?). Übereinstimmend mit dem Prinzip der Selbstbestimmung können Teilnehmende die Entscheidung, was sie tun oder nicht tun, aber ebenfalls nur selbst treffen (Ich komme wieder oder bleibe weg. Ich beteilige mich an der Diskussion oder höre mir alles an. Ich spreche über meine Empfindungen oder lasse das sein.). Das Empowerment-Konzept bietet eine Lösungsstrategie, die darin besteht, die Lösungen für Probleme von den Teilnehmenden selbst finden zu lassen, indem sie in der Situation des Mangels die Seite der Fähigkeiten und Kompetenzen in das Aufmerksamkeitsfenster rückt und zu einer Vielfalt widersprüchlicher Lösungen anregt. Die Entscheidung, für ihren künftigen Weg tragen Teilnehmende also selbst. Bisher wurde noch nicht ausgeführt, wer die Verantwortung dafür trägt, daß eine Entscheidung von den Teilnehmenden getroffen wird (und wenn es die ist, sich nicht zu entscheiden).
Da KursleiterInnen keine therapeutische Funktion haben, steht für sie nicht die Notwendigkeit überlebenswichtiger Entscheidungen in Notfallsituationen an, die sie über die Teilnehmenden treffen müßten. Dennoch machen Erwartungen der Teilnehmenden die KursleiterInnen nur zu oft zu Personen, die entscheiden sollen, was falsch und was richtig ist. „Das ist ja ganz gut und schön, was Sie sagen, aber soll ich nun Östrogene einnehmen oder nicht?“[31]
Aus dem bisher Gesagten läßt sich bereits schlußfolgern, daß es keine objektiven Entscheidungen gibt, unabhängig vom Beobachter, zumal dann nicht, wenn es um Konstruktionen psychischer Systeme geht. In der Praxis zeigt sich zudem, daß psychische Systeme mit getroffenen Entscheidungen unterschiedlich umgehen: Sie können einem Ratschlag

folgen oder das nicht tun, und sie können aus der gehörten Mitteilung eine andere Information konstruieren (woraus ein Weder-noch oder ein Sowohl-als-auch entstehen kann). Manche KursleiterInnen haben Situationen erlebt, in denen sie den Eindruck haben, daß sie um Rat gefragt wurden, um eine bereits getroffene Entscheidung zu bestätigen, oder auch, um sich entgegen dem Ratschlag zu verhalten.[32] Dies ist kein Zeichen für Mißachtung, sondern ein Beleg für die Viabilität der These, daß psychische Systeme Wirklichkeit konstruieren.

Folgt man Simons therapeutischen Vorstellungen für die Gesundheitsbildung, dann übernimmt der Kursleiter die Verantwortung für den Prozeß der Entscheidungsfindung bei Teilnehmenden, nicht für das inhaltliche Ergebnis. Es fällt nicht in seine Verantwortung, der einen oder anderen Seite der Unterscheidung zum Sieg zu verhelfen. *„Er vertritt keine inhaltlichen Präferenzen, und er akzeptiert die Entscheidung des Systems, gegebenenfalls auch die Entscheidung, keine Entscheidung zu treffen. Diese technische Haltung soll im Gegensatz zur Parteilichkeit als Neutralität bezeichnet werden"* (Simon, 1995a, S.151f.). Kurz gesagt, besteht seine Aufgabe darin, eine Vielzahl von Lösungsmöglichkeiten – durch Nutzen der in der Gruppe vorhandenen Ressourcen – aufzuzeigen und die Verantwortung für die Möglichkeit einer Entscheidung zu übernehmen, aber nicht zwischen Lösungsvarianten zu entscheiden. Im Vergleich zu präventiven Strategien ist dies eine erstaunliche Aussage.

Die Haltung der Neutralität begründet sich aber nicht nur in der Konfliktsituation von Teilnehmenden mit sich selbst, sondern ist Ergebnis einer Betrachtung der Interaktion in der Gruppe. Kurssituationen sind nicht nur Interaktionssituationen zwischen KursleiterIn und TeilnehmerIn, sondern auch zwischen TeilnehmerInnen. Jede Parteilichkeit in dieser Interaktion bedeutet Achtung einzelner Personen und Mißachtung anderer Personen in der Gruppe. Dies wird dann deutlicher, wenn Bildung in bereits bestehende Systeme interveniert, wie z.B. im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung, aber es gilt auch für jedes neu entstehende soziale System und damit für jeden Kurs.

Simon (a.a.O., S.135) hält nochmals fest, daß es bezüglich therapeutischer Interventionen nicht so wichtig ist, welche Inhalte berührt sind. Er erläutert dies als Erzähler der Geschichte einer therapeutisch erfolgreichen Intervention, die letztlich nur in der Aussage bestand, der Patient solle das tun, was ihm in seiner letzten Krisensituation so gut geholfen hat, ohne daß der Therapeut wußte, was dies war. Dies deu-

tet bereits eine erste Möglichkeit methodischen Vorgehens für die Gesundheitsbildung an, nämlich zur Lösung eines Problems die Frage zu stellen, welche Lösungen die Teilnehmenden selbst in früheren, vielleicht ähnlichen Situationen gewählt haben. Dies erinnert an die eigenen Kompetenzen der Teilnehmenden, ermöglicht eine Erweiterung von Möglichkeiten dadurch, daß die Gruppe über unterschiedliche Lösungsstrategien in der Vergangenheit verfügt haben wird, daher auch neue Lösungen miteinander erprobt werden können, und wahrt eine Haltung der Neutralität durch den/die KursleiterIn, die sich nicht festlegen müssen, welche Lösung die beste ist. Die Gefahr besteht hier aber darin, alten Mustern verhaftet zu bleiben, ohne neue Möglichkeiten auszuprobieren. Diese Vorgehensweise ist damit zwar nicht falsch, aber alleine nicht ausreichend. Es ist zur Veränderung von nicht mehr passenden Mustern notwendig, einen Impuls zu setzen, der neutral ist. Eine noch nicht ausreichende, aber bereits erweiternde Möglichkeit ist die des Fragenstellens. Damit werden Gewißheiten in Zweifel gezogen, andere Wahrheiten für möglich gehalten, Selbstverständliches erklärungsbedürftig und so die Voraussetzungen für Erkenntnis geschaffen. Es wird damit nicht Position bezogen, sondern lediglich der Impuls vermittelt, daß es auch anders sein könnte.
Simon (a.a.O., S.152ff.) geht davon aus, daß einem Symptom jeweils ein Konflikt zugrunde liegt oder daß ein Konflikt durch das Symptom entsteht. Dies kann auch für die Situation des Erlebens von Mangel gesagt werden. Simon unterscheidet starke Konflikte zwischen zwei markierten Pro- und Kontra-Möglichkeiten und schwache Konflikte zwischen markierten und nichtmarkierten, also als nicht differenzierte Potentialität wahrgenommene Möglichkeiten (Nicht-pro, Nichtkontra). Konfliktsituationen lassen sich entsprechend abschwächen und bewirken evtl. eine neue Situation, wenn die Aufmerksamkeit vom Pro und Kontra zur dritten Möglichkeit des Nichtpro, Nichtkontra gelenkt wird. Dies entspricht der Haltung der Neutralität, weil sie keine Position in Richtung Pro oder Kontra bezieht.
TherapeutInnen (und GesundheitsbildnerInnen) können zwischen zwei unterschiedlichen neutralen Positionen wählen, dem Weder-noch oder dem Sowohl-als-auch. Im ersten Fall beziehen sie keine Stellung, im zweiten Fall sind ihr Verhalten und ihre Äußerungen vieldeutig, widersprüchlich, paradox oder zwischen beiden Seiten oszillierend. Die Achse des Weder-noch und des Sowohl-als-auch ist die der Neutralität, die Achse zwischen Entweder und Oder die der Parteilichkeit.

Ein Individuum, das zwei sich psychologisch widersprechende Wünsche hat (joggen gehen, um etwas für die Gesundheit zu tun, oder faul auf dem Sofa vor dem Fernseher liegen, um der eigenen Bequemlichkeit nachzugehen), kann zur Lösung des Konfliktes durch folgende Strategien kommen:

– Eine Seite des Konfliktes abwerten und sich für die andere Seite entscheiden. (Es kommt sowieso nichts Nettes im Fernsehen, dann kann ich auch joggen gehen. Oder aber: Joggen ist eigentlich gar nicht so gesund, dann kann ich es mir auch hier bequem machen.) Dies ist dann genaugenommen eben kein Konflikt mehr, weil eine Entscheidung getroffen wurde.
– Eine Entscheidung zwischen beiden Alternativen vermeiden (so lange unentschieden nichts tun, bis es für beides schon zu spät ist, oder einfach etwas Drittes tun).
– Den Konflikt in einem Sowohl-als-auch auflösen, indem die Dimension Zeit eingeführt und ein unterschiedlich schnelles Oszillieren zwischen beiden Möglichkeiten geschaffen wird (erst joggen, dann es sich vor dem Fernseher bequem machen; jeden zweiten Tag joggen, den anderen Abend fernsehen; im Sommer joggen, im Winter fernsehen).

Dieses Muster läßt sich dann vervollständigen, wenn unterschiedliche Personen daran beteiligt sind. Sie können entweder jeweils gegenteilige Positionen einnehmen, die festliegen oder wechseln können, oder sich für eine Seite entscheiden, indem sie die andere Seite ausblenden, oder sich abwechselnd im gleichen oder gegensätzlichen Rhythmus entscheiden. Im Gruppengeschehen können sich diese Muster vervielfältigen. Dies ist für Gesundheitsbildung insofern wichtig zu wissen, weil die Übernahme dieser unterschiedlichen Rollen ein Teil des Gruppenprozesses oder der Interaktion zwischen Teilnehmenden und KursleiterInnen sein kann. Unreflektiert kann der Grund dafür, daß Veränderung ausbleibt, darin bestehen, daß diese Strukturen nicht durchschaut werden:

Die Kursleiterin stellt fest, daß es ungesund ist, zuckerhaltige Produkte zu essen. Die Teilnehmenden stimmen dem zu, aber sie ändern nichts, weil die andere Seite des Konfliktes unbenannt bleibt. Die Kursleiterin thematisiert die Gründe, die eine vollwertige Ernährung schwierig machen. Die Teilnehmenden stimmen dem zu, bestärken sich in den Schwierigkeiten und ändern nichts. Zwischen Teilnehmenden entsteht ein heftiger Konflikt darüber, ob Butter oder Margarine gesünder ist.

Andere Teilnehmende schwanken zwischen beiden Meinungen hin und her. Es kommt zu keiner Lösung. Die Kursleiterin soll entscheiden, was richtig ist. Ihre Entscheidung wird von einigen akzeptiert (die diese Meinung vorher schon hatten), von anderen nicht. Die Kursleiterin formuliert, daß es für Gesundheit letztlich nicht wichtig ist, ob man sich mit oder ohne Fleisch ernährt. Die Teilnehmenden widersprechen heftig und halten die Kursleiterin für inkompetent. Die Kursleiterin schwenkt um und erzählt, daß Fleisch essen aber aus ökologischen Gründen nicht zu verantworten ist. Die Teilnehmenden schwenken ebenfalls um und halten diese These für nicht bewiesen, sondern für einen Ausdruck politischer Ideologie ...

Die Lösungsmöglichkeit besteht letztlich nur in der neutralen Position, die keinem der Konfliktmuster widerspricht. Sie ermöglicht Anschlußfähigkeit, d.h., sie paßt sich den logischen Mustern so weit an, daß Kommunikation möglich wird, und praktiziert andererseits soviel Abweichung, daß diese Muster gestört werden.[33]

Für therapeutische Prozesse schlägt Simon (1995a, S.168ff.) ein differenziertes Vorgehen vor. Er charakterisiert psychosomatische Muster des Verhaltens als Konflikt zwischen Entweder und Weder-noch. Die Therapie des psychosomatischen Musters ist dann die Einführung des Sowohl-als-auch. Manisch-depressive Muster charakterisiert er als ein langsames Oszillieren zwischen dem Entweder- und dem Weder-noch-Konflikt und dem Oder- und Weder-noch-Konflikt. Ihr therapeutisches Muster ist die Einführung des Sowohl-als-auch. Das schizophrene Muster ist dadurch charakterisiert, daß es entweder das Weder-noch oder das Sowohl-als-auch wählt. Hier besteht die Therapie in der Einführung des Entweder zum Zeitpunkt Eins und dem Oder zum Zeitpunkt Zwei. Der Therapeut legt sich insofern nicht fest, als er zwischen beiden Positionen wechselt.

Dieses differenzierte Vorgehen ist auf die Gesundheitsbildung, die keine Diagnosen macht, nicht übertragbar. Deutlich wird aber, daß das Muster des Sowohl-als-auch eine häufige Lösungsstrategie ist. Deutlich wird ebenfalls, daß die Differenz zwischen Neutralität und Parteilichkeit auch im Sowohl-als-auch des Oszillierens zwischen beiden Positionen der Parteilichkeit aufgehoben werden kann. Nimmt man das oben Gesagte und die Möglichkeit des Weder-noch hinzu, ergibt sich eine Flexibilität, die themen- und gruppenabhängig zwischen folgenden Mustern wählen kann:

– Im Konflikt zwischen zwei Möglichkeiten wird das Schema des Sowohl-als-auch als die eine Seite der Neutralität eingeführt.
– Zur Erweiterung von Möglichkeiten wird die andere Seite der Neutralität, das Weder-noch, insofern eingenommen, als dadurch andere Schemata zur Beurteilung eines Konfliktes als Möglichkeit eingebracht werden.
– Um Gewißheiten in Frage zu stellen, ist das Oszillieren zwischen zwei Seiten der Parteilichkeit sinnvoll.

Wohlgemerkt beziehen sich diese Möglichkeiten nicht nur auf kognitive, sondern auch auf körperliche Prozesse, sonst würden sie in der Gesundheitsbildung, die vor allem mit körperorientierten Methoden arbeitet, ihren Sinn verlieren.

Am Beispiel der Streßbewältigung kann dies noch einmal präzisiert werden: Soziales System, ökologisches System, Organismus, psychisches System handeln jeweils nach ihrer eigenen Logik, ihren eigenen Bedingungen zur Aufrechterhaltung des Systems. Die Anforderungen an die Aufrechterhaltung der Autopoiese des Organismus erfordern z.B. das Einhalten von Rhythmen wie Spannung und Entspannung. Das soziale System fordert zu seiner Aufrechterhaltung persönliche Leistung, Übernahme von Verantwortung, Beziehungsarbeit in der Interaktion. Aus der Perspektive einer Person kann dies einen Konflikt darstellen. Es kann sein, daß in der Wahrnehmung des psychischen Systems, seiner Beobachtung der Welt und des Organismus, zwischen der Anforderung nach Entspannung und der nach Übernahme von Verantwortung ein Konflikt entsteht. Konflikte sind nicht nur zwischen diesen beiden Systemen, sondern an jeder Stelle der strukturellen Kopplung möglich. Die Wahrnehmung eines solchen Konfliktes kann in dem psychischen System das Erleben von Streß bewirken. Grundsätzlich gibt es vier Möglichkeiten des Umgangs damit, die jeweils zu Krankheit oder Gesundheit führen können:

– Die Person kann auf die Anforderungen ihres Körpers bzw. dessen, was sie als Anforderungen des Körpers wahrnimmt, hören. Sie wertet die eine Seite des Konfliktes damit ab. Sie hört auf, Streß zu erleben. Es ist aber möglich, daß sie damit im sozialen System unter Druck gerät, die Aufrechterhaltung ihr wichtiger sozialer Systeme (z.B. Familie) kann gefährdet sein. In diesem Fall kann Krankheit z.B. ein Schutzmechanismus sein, der der Person erlaubt, den Anforderungen ihres Körpers nachzugeben, während der soziale Druck nachläßt, weil das Verhalten der Person sozial legitimiert ist.

– Die Person kann auf die Anforderungen des sozialen Systems bzw. dessen, was sie als solches wahrnimmt, hören. Sie wertet die andere Seite des Konfliktes damit ab und hört evtl. auf, Streß zu erleben. Es ist aber möglich, daß sie damit die Aufrechterhaltung der Autopoiese des Organismus gefährdet und krank wird.
– Die Person kann versuchen, ihre Wahrnehmungen zu beeinflussen. Sie kann die an sie gestellten Anforderungen neu interpretieren. Solange ihre Neukonstruktionen viabel sind, ist der Konflikt aus der Welt geschafft. Das Verhalten, das sie zeigt, entspricht entweder der Abwertung der einen oder der anderen Seite. Die Person kann aber auch versuchen, durch stoffliche und nichtstoffliche Drogen ihre körperlichen Reaktionen oder die sozialen Reaktionen oder beide nicht mehr wahrzunehmen. Sucht ist eine möglich Folge einer nicht angemessenen Bewältigungsform.
– Die Person kann zwischen den Anforderungen des einen Systems, bzw. ihrer Wahrnehmung davon, und denen des anderen Systems in unterschiedlichen Geschwindigkeiten oszillieren. Z.B.: „Solange ich noch kann, will ich etwas leisten. Ausruhen kann ich mich, wenn ich in Rente bin." „Zum Ausruhen sind Urlaub und Wochenende da, unter der Woche muß ich fit sein." „Acht Stunden Arbeit sind genug, jetzt will ich mich entspannen." „Wenn ich alle zwei Stunden eine Pause mache, bin ich danach optimal leistungsfähig." usw. Die Geschwindigkeit des Oszillierens kann mit körperlichen Rhythmen übereinstimmen oder dies nicht tun. Tut sie es nicht, ist Krankheit die mögliche Folge. Das Oszillieren selbst kann aber auch als krankmachendes Sich-nicht-entscheiden-Können wahrgenommen werden.

Eine immer für alle Personen objektiv richtige Lösungsstrategie gibt es nicht. Die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsbildung spricht zunächst dafür, daß im Konflikt ein Mangel erlebt wird. Dies sagt aber noch nichts darüber aus, welche Hoffnungen, Wünsche, Erwartungen damit verbunden sind: Es kann sein,

– daß die Person eine Stärkung ihrer Aufmerksamkeit auf den Körper erleben möchte, eine Legitimation ihres Handelns im sozialen Kontext der Kommunikation in der Gruppe sucht,
– daß die Person anstrebt, ihren Organismus z.B. durch Bodybuilding, Konditionstraining, Gewichtsreduktion dem, was sie als soziale Anforderung wahrnimmt, besser anzupassen,

– daß sie hofft, z.B. durch Meditation ihre Wahrnehmungen verändern zu können,
– daß Kompensationen gesucht werden: Ausgleichsgymnastik zu einem bewegungslosen Alltag, Entspannungstraining nach der alltäglichen Anspannung, Aufmerksamkeit auf den Organismus im Ausgleich zu einer körperlosen Alltagswahrnehmung,
– daß die Person nach geeigneteren Möglichkeiten der Oszillation sucht,
– daß sie auf eine Entscheidung im Konflikt hofft, oder aber hofft, daß es keine Entscheidung gibt.

In bezug auf die Möglichkeiten der Interaktion ist zunächst zu bedenken, daß keine andere Person ein grundsätzlich anderes Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten hat und schon gar nicht die richtige Lösung für die fremde Person kennt. Wer immer versucht, in festgefahrene und krankmachende Muster des Handelns zu intervenieren, hat selbst die gleichen vier Möglichkeiten zur Verfügung. Die neue Qualität entsteht nur durch die Interaktion, denn die Möglichkeiten des Handelns können von beiden Personen gleich gewählt oder verschieden sein.

– Es kann die gleiche oder die gegenteilige Entscheidung für eine Seite des Konfliktes getroffen sein.
– Ein Oszillieren kann einem Oszillieren im gleichen oder anderen Rhythmus gegenüberstehen oder einer Entscheidung für eine Seite des Konfliktes.
– Unterschiedliche oder ähnliche Wahrnehmungen über einen Konflikt können einander gegenüberstehen.

Die Kommunikation im Kurs wird wahrscheinlich um so harmonischer sein, je ähnlicher die Auffassungen einander sind, vorausgesetzt, daß kein Veränderungsmotiv da ist. Bildung wird wahrscheinlicher, wenn die Auffassungen unterschiedlich sind. Das Konzept der Flexibilität erfordert von der Kursleitung eine Variation ihrer Position je nach Auffassung der Teilnehmenden. In einer harmonischen Gruppe kann es sinnvoll sein, gelegentlich klar eine andere Position zu vertreten, je nach Zeitpunkt des Lernprozesses. In einer durch Differenzen bestimmten Gruppe kann es sinnvoll sein, das Oszillieren als Konzept einzubringen. Das Konzept des Ermöglichen erfordert, unterschiedlichen Positionen Raum zu geben. Das Konzept der Neutralität erfordert das Sowohl-als-auch (das Oszillieren) und das Weder-noch (die veränderte Wahrnehmung) als Haltung der Kursleitung, schließt aber die Notwendigkeit einer gelegentlichen Parteilichkeit dann ein, wenn Po-

sitionen festgefahren sind, oder die Gruppe dies vorübergehend erfordert, aber nicht in der Absicht, die neu eingenommene Position auch durchzusetzen.

3. Die Haltung der Gelassenheit

Auch in der Betrachtung von verschiedenen Möglichkeiten, aus einer konstruktivistisch-systemischen Perspektive professionelle Haltungen zu beschreiben, ergibt sich ein roter Faden, der es ermöglicht, eine Haltung zu definieren, die mit den in Kapitel II formulierten Zielen der Gesundheitsbildung in enger Verbindung steht.
Der Unterschied zwischen dem Verständnis von Laien von Gesundheit und angemessenem Gesundheitshandeln erklärt sich aus konstruktivistischer Sicht mit der lebensgeschichtlichen Konstruktion von Wirklichkeit. Die Differenz Gesundheit/Krankheit zeigte sich als eine im sozialen System durch Kommunikation entstandene Erklärung für im Organismus verursachte beobachtbare Phänomene. Ziel der Gesundheitsbildung kann es in der Folge nicht sein, eine Definition von angemessenem Handeln durch die Lehrperson an die Teilnehmenden vermitteln zu lassen, was aufgrund aller Aussagen über Lernen und Bildung als Prozesse aktiver Wirklichkeitskonstruktion auch nicht möglich wäre. Ziel ist es, sich andere Sichtweisen, Erfahrungen und Möglichkeiten (verbal und nonverbal) kommunikativ zu erschließen, Gewißheiten in Frage zu stellen, d.h. zunächst Nichtwissen zu produzieren. Ziel ist es, situationsangemessen eine Wahl zwischen Mengen von Verhaltensalternativen treffen zu können, was voraussetzt, daß durch Kommunikation diese Verhaltensalternativen zugänglich werden. Das Lernen in der Gruppe hat gegenüber dem Lernen von einzelnen eine neue Qualität. Die Schlußfolgerung einer konstruktivistischen Theorie über Erkennen und Lernen ist gerade nicht das Lernen in Selbstlernzentren, sondern das Lernen durch Kommunikation. Aufgabe der KursleiterInnen ist es, Differenz kommunikativ zugänglich zu machen.
Hierzu müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt und Rahmenbedingungen geschaffen sein, deren Organisation Aufgabe der KursleiterInnen ist: Der Lerninhalt muß für alle bedeutsam sein. Die KursleiterInnen brauchen Flexibilität, um Inhalte zu finden, die diesen Kriterien entsprechen. Flexibilität, d.h. die Wahl zwischen unterschiedli-

chen Möglichkeiten der Reaktion auf die Interaktion im Kursgeschehen, ist die Voraussetzung für die KursleiterInnen, sie selbst bleiben zu können. Sie können ihr Konzept, ihre Ziele, die Struktur des Unterrichtsgeschehens nur beibehalten und Interaktion ermöglichen, indem sie Flexibilität entwickeln. Durch geeignete Ausschreibungstexte versuchen sie, eine Homogenität bezüglich des Lehrinhalts, aber nicht bezüglich der Meinungen über den Lehrinhalt zu erreichen. Bedeutung erhält er dadurch für die Teilnehmenden, daß diese irgendeine Form von Mangel erleben: Mangel an Beweglichkeit, Mangel an Kommunikation, Mangel an Sinn, Mangel an Schönheit, Mangel an Selbstbeherrschung, Mangel an Wohlbefinden, an Harmonie und innerer Ruhe, oder ein Zuviel an nicht gewollten Zuständen empfinden: Schmerzen, Konflikte, Pfunde um die Hüfte, Spannungen. Es sind oft Konflikte zwischen zwei verschiedenen Interessen, Konflikte in der strukturellen Kopplung, die Lernen über Gesundheit zum Thema werden lassen. Der Versuch liegt nahe, den Mangel durch Füllen und das Zuviel durch Wegnehmen beheben zu wollen. Beides kann nicht funktionieren, da es eine Intervention in ein selbstreferentielles System voraussetzen würde; Bildung will die Möglichkeiten nicht einschränken, sondern erweitern, und Intervention würde eine Abhängigkeit zwischen der füllenden (bzw. wegnehmenden) Person und den Teilnehmenden, deren Mangel behoben werden soll, entstehen lassen. Durch den Versuch, Mangel zu beheben, würde erst Mangel geschaffen. Im Konfliktfall ist das analoge Bedürfnis, eine Seite des Konflikts als Lösung vorzugeben. Eindimensionale, klare Problembearbeitungen vernachlässigen aber andere Seiten der jeweiligen Situation und behindern die Verknüpfung von unterschiedlichen Ebenen und damit die Erweiterung von Ressourcen.

KursleiterInnen weisen auf Türen hin, die bisher noch nicht gesehen wurden. Sie versuchen weniger, eine Vermittlung von Wissen, sondern eher einen Kontext zu schaffen, der für die Lösungssuche hilfreich ist. Sie sind Erzähler von Geschichten, die von Möglichkeiten handeln. Dies können sie letztlich nur, indem sie eine Vielfalt von Differenzschemata anbieten oder indem sie ermöglichen, daß in Gruppen unterschiedlicher Menschen verschiedene Differenzschemata zur Sprache kommen. KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung beziehen nicht Stellung, ihr Verhalten und ihre Äußerungen sind vieldeutig, widersprüchlich, paradox oder zwischen Positionen oszillierend.

Eine Lernen ermöglichende Störung, die KursleiterInnen inszenieren können, entsteht

- durch einen Wechsel der Sichtweisen: eine Verlagerung des Blicks von einem Erleben des Mangels auf Kompetenzen,
- durch das Eröffnen der Sowohl-als-auch- oder Weder-noch-Perspektive im Konfliktfall, das Oszillieren und die veränderte Wahrnehmung, die auch beinhalten kann, einem Thema die Relevanz zu nehmen,
- durch Aufzeigen von Alternativen und Mengen von Alternativen, zwischen denen gewählt werden kann, im körperlichen Erleben, im Handeln und Denken.

Diese Störung kann durch Moderation des Gruppengesprächs entstehen oder als fehlende, zu ergänzende Sichtweisen von den KursleiterInnen in die Kommunikation eingebracht, durch Anleitung von Übungen als Erfahrung ermöglicht werden. Die KursleiterInnen müssen gerade Differenzen zum Thema machen und diskursive Prozesse moderieren.

Ob Synreferentialität hergestellt werden kann, ist oft eine Frage des Settings und der Lernatmosphäre. Notwendig ist eine herrschaftsfreie Kommunikation. Die KursleiterInnen setzen dafür die Spielregeln. Toleranz und Wertschätzung gegenüber anderen Meinungen ist eine solche Spielregel. Spielregel der Interaktion im Kursgeschehen – und damit Achtung gebietendes Verhalten – ist es, daß eine Vielzahl von unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten, Weltbildern, Bewegungs- oder Ernährungsformen ihrer Berechtigung hat. Die KursleiterInnen kommunizieren, daß jedes Gesundheitshandeln Achtung verdient hat. Dies wird voraussichtlich dann leichter fallen, wenn sie Verhaltensformen von Teilnehmenden als lebensgeschichtlich entstanden und nicht als Angriff gegen eigene Überzeugungen verstehen. Die Differenzen auszuhalten kann auch für die Gruppe dadurch leichter werden, daß die lebensgeschichtliche Entstehung der jeweiligen Sichtweise deutlich wird. Lebensgeschichtliche Entstehung heißt aber nicht, die Schuld an der Entstehung von Problemen im Zweifelsfall bei der Mutter zu suchen. KursleiterInnen müssen in der Lage sein, ihre eigenen Wirklichkeitskonstruktionen und deren lebensgeschichtliche Entwicklung zu reflektieren, d.h. auch sich selbst als lernende Person zu begreifen. Sich selbst und die eigene Meinung weniger wichtig zu nehmen, wäre dafür möglicherweise von Vorteil. Dies entbindet sie nicht von der Verantwortung für das Arrangement des Lernsettings.

Synreferentialität erfordert auch Selbstorganisation der Gruppe. Eine didaktische Übersteuerung kann die Dynamik der Gruppe eher blokkieren. Gefragt ist eine evolutionäre Gelassenheit der KursleiterInnen. Sie müssen auf Leitung im Sinne von Führung verzichten. Sie gestalten, in dem sie zulassen und ermöglichen. In ihrer Auffassung wahren sie Neutralität. Sie übernehmen die Verantwortung dafür, daß sich die Teilnehmenden individuell entscheiden können, nicht aber die Verantwortung für die Art der Entscheidung.
Diese professionelle Haltung wird im folgenden unter dem Begriff „Haltung der Gelassenheit" zusammengefaßt: Sie erfordert Zulassen-Können unterschiedlicher Sichtweisen, ruhige Gelassenheit bezüglich eigener Wichtigkeit und Autorität, Gelassenheit bezüglich des Lernergebnisses und der in der Kurssituation entstehenden Fragen, aber Verantwortung für das Lernsetting. KursleiterInnen übernehmen die Verantwortung nicht für die Lösungswege, sondern dafür, daß Lösungen gesucht werden können, auch in einem Feld, das bisherige Erfahrungen erweitert. Die Haltung der Gelassenheit ist eine Gegenposition zur Haltung der Belehrung. Durch zielgerichtetes Handeln wird das Erreichen des Ziels der KursleiterInnen unwahrscheinlicher, sie werden erfolgreicher, wenn sie weniger wollen und das Wenige gelassener angehen (Simon, 1995a, S.181).
Für die Haltung von KursleiterInnen in der Aufgabe, einen Kurs der Gesundheitsbildung durchzuführen, gilt dabei das, was für Bewältigung insgesamt gilt: Es geht nicht um Ambivalenzfreiheit, sondern um die Möglichkeit, Ambivalenzen auszuhalten. Eine gute Bewältigungschance ist möglicherweise die des gleichzeitigen Sich-Bewegens nach links und rechts, des gleichzeitigen Gestaltens und Zulassens. Auch für die KursleiterInnen muß gelten, daß es um Erweiterungen, nicht um Verengung von Möglichkeiten geht, um die eigene Komplexität der Möglichkeiten zu erweitern.
Gelassenheit paßt gleichzeitig sehr spezifisch zur Gesundheitsbildung: Sie ist das Ziel, das z.B. Yoga anstrebt. Elemente einer solchen Haltung der Gelassenheit finden sich in den Aussagen von Kursleiterinnen z.B. so: *„... wenn sie dann ganz gelassen und ruhig sein kann und nicht versucht, den Grund bei sich zu suchen oder selbst Einfluß darauf nehmen zu wollen, sondern das wieder an die Gruppe zurückgibt." „Lernprozesse passieren automatisch." „... mehr geschehen lassen können und abwarten, was passiert, noch gelassener werden." „Über die Jahre habe ich mich in meiner Arbeit immer weniger wichtig genommen"*.

Inwieweit sich Teilaspekte dieser Haltung beispielhaft in der Praxis finden lassen, ist Thema des vierten Kapitels.

Anmerkungen

1 Eine Driftzone läßt sich am Beispiel eines Regentropfens beschreiben, der auf ein Fenster fällt. Der Weg, den dieser Tropfen nimmt, ist von physikalischen Gesetzmäßigkeiten bestimmt. Aus diesen Gesetzen läßt sich der genaue Weg aber nicht berechnen. Es bleibt ein Spektrum möglicher Wege. Mit jedem Millimeter, den der Tropfen weiterfließt, verändert sich dieses Spektrum, manche Wege sind aus der neuen Position heraus nicht mehr möglich. Siebert hält es für denkbar, daß Lernen sich auch innerhalb solcher Driftzonen ereignet. Was außerhalb dieser Zone liegt, ist für die Person nicht zumutbar, widerspricht den Gesetzmäßigkeiten psychischer Strukturen.

2 Zur Kritik daran vgl. Siebert, 1996a, S.16ff. mit Bezug auf Varela, 1990. Er kritisiert das Repräsentationsmodell, das impliziert, daß Lehre objektive Wirklichkeit wiedergibt und organisiertes Lernen eine Widerspiegelung und Verinnerlichung des Gelehrten darstellt. Diese Verinnerlichung erfolgt über behavioristische Reaktionsmechanismen. Dieses Modell stellt der Konstruktivismus grundsätzlich in Frage, weil er bezweifelt, daß es ein von Beobachter unabhängiges Erkennen gibt und daß Lernen Gelehrtes widerspiegelt. *„Der Grundgedanke besteht also darin, daß kognitive Fähigkeiten untrennbar mit einer Lebensgeschichte verflochten sind, wie ein Weg, der als solcher nicht existiert, sondern durch den Prozeß des Gehens erst entsteht. Daraus folgt, daß meine Auffassung der Kognition nicht darin besteht, daß diese mithilfe der Repräsentationen Probleme löst, sondern daß sie vielmehr in kreativer Weise eine Welt hervorbringt, für die die einzig geforderte Bedingung die ist, daß sie erfolgreiche Handlungen ermöglicht"* (Varela, 1990, S.110f., zit. nach Siebert, 1996a, S.17).

3 Vgl. Simon 1995a, S.165. Er unterscheidet folgende Organisationsformen von Konflikten: 1. Es gibt eine klare Arbeitsteilung. 2. Es gibt keine verbindliche Festlegung, welche Person welche Rolle ausübt. 3. Die eine Seite des Konflikts wird geleugnet. 4. Es kommt nach einer gewissen Zeit zum Umschlag ins Gegenteil.

4 Siebert, 1996a, S.26 weist auf die lernpsychologischen Ergebnisse hin, nach denen individuelle Unterschiede mit zunehmendem Alter immer größer werden.

5 „Ich liebe dich. Ich liebe dich wirklich. Bitte glaube mir, daß ich es wirklich so meine, daß ich dich liebe." Je mehr die Echtheit der Information behauptet wird, um so mehr Zweifel werden gestreut. „Wenn Du mich wirklich lieben würdest, müßtest Du nicht dauernd betonen, daß Du mich wirklich liebst."

[6] Luhmann (1994, S.196) geht hier wesentlich weiter als die Kommunikationstheorien von Watzlawick u.a. (1990) oder Schulz von Thun (1989), auch wenn diese Theorien viele Aussagen von Luhmann fundieren können.

[7] Der Mensch wird primär als Informationsverarbeitungszentrum mit neun verschiedenen Systemen der Psyche aufgefaßt. Verhalten ist durch die Vergangenheit, die Gegenwart, die Kontextinformation und die antizipierte Zukunft determiniert. Das Verhalten einer Person A läßt sich von einer Person B nur insoweit verstehen und begrenzt vorhersagen, wie die Person B die von A verwendeten Schemata an seine eigenen Schemata anschließen kann. Becker, 1995, S.163ff.

[8] Er stellt fest, daß die Forschung einerseits den Trend hat, sich immer weiter zu differenzieren und zentripetal auseinanderzufallen, dabei Gefahr läuft, den Menschen in seiner Gesamtheit aus dem Blick zu verlieren. Andererseits ist in wichtigen therapeutischen Richtungen in den letzen Jahren ein Trend zu Überwindung ihrer Gegensätzlichkeiten und eine Entwicklung aufeinander zu als ergänzende therapeutische Sichtweise zu verzeichnen.

[9] Eysenck, 1991; Ostendorf, 1990; Goldberg, 1992; Borkenau, 1988; John, 1990; Costa u.a. 1991; nach Becker, 1995, S.4ff.

[10] Unter einer geschlechtspezifischen Brille betrachtet scheint es – mit Brüchen bei stärker Selbstkontrolle als scheinbar männliche Verhaltensweise – auch im Verhältnis mit sich selbst so zu sein, daß das Spektrum von Selbstachtung über starke Selbstkontrolle zu Selbstabwertung zu frauenspezifischen Geschlechtsstereotypen paßt, während das Spektrum von Selbstbestätigung zu Selbstvernachlässigung eher zu den männlichen Geschlechtsstereotypen paßt.

[11] Es wäre interessant zu erforschen, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren wie Bildung, Einkommen etc. zu einzelnen Oktanten gibt und welche Schlüsse sich daraus ziehen lassen, denn die Beschreibung von Selbstanleitung scheint Parallelen zu einem relativ hohen Bildungsniveau zu haben.

[12] Die Frage ist, wie er das macht. Er kann nur sein eigenes Verhalten bestimmen, nicht das seines Klienten.

[13] Auch hier bleibt die Interpenetration beim vorgegebenen Schema: Bei der Vorgabe des Schemas durch den Klienten trifft der Therapeut die Entscheidung, anfänglich die gleiche Seite und später die andere Seite der beiden Möglichkeiten zu wählen. Dieses Oszillieren zwischen beiden Möglichkeiten über einen gewissen Zeitraum ermöglicht Veränderung insofern, als es Ambivalenz einführt.

[14] Hier sei noch einmal an die Begrenztheit von Intentionalität in der Perturbation autopoietischer Systeme erinnert.

[15] Aus der konstruktivistischen Perspektive weist Siebert (1996a, S.27f.) darauf hin, daß Diagnose dann, wenn sie in der Erwachsenenbildung möglich wäre, weniger über die Teilnehmenden als über die DiagnostikerInnen aussagen

würde. *„Eine andere Pointe des Konstruktivismus ist:* Auch der Teilnehmer ist ein Konstrukt des Seminarleiters. *Pädagog/innen behandeln Lernende so, wie sie sie konstruieren. Diesen Konstrukten liegen bestimmte Leitdifferenzen zugrunde, die zugleich die Wahrnehmung steuern. Solche Leitdifferenzen sind z.B. Alter, Geschlecht, Beruf, auch die Kleidung. Wer als Seminarleiter die Teilnehmer vor allem nach* einer *Leitdifferenz, z.B. Alter, konstruiert, unterstellt damit zugleich angeblich typische Denkstile und Defizite. Zur reflexiven Didaktik gehört deshalb vor allem die Überprüfung unserer Konstrukte von den erwachsenen Lernern"* (Hervorhebungen von Siebert).

[16] Nebenbei bemerkt scheint die Tatsache der Bandbreite von Unterschiedlichkeit in den Diskussionen über Teilnehmerorientierung bisher zu wenig berücksichtigt, den Teilnehmerorientierung ist, soweit stärkere Binnendifferenzierungen nicht zu realisieren sind, immer auch eine Frage von Mehrheitswünschen und Minderheitenschutz.

[17] Vgl. Blättner, 1994a; Stark, 1991, 1993, 1996; Stark/Bobzien, 1988; Bobzien/Stark, 1991; Bobzien, 1993; Trojan, 1993; Sonntag, 1993b.

[18] *„Gesundheitsförderung ist dabei als eine Strategie zur umfassenden Veränderung sowohl soziostruktureller als auch subjektiver Momente zu verstehen. In der praktischen Umsetzung erfüllt sie die Kennzeichen des Empowerment von Beteiligten, ihre eigenen Motive und Interessen individuell wie kollektiv zu bestimmen und durchzusetzen"* (Trojan, 1993, S.59; vgl. auch Franzkowiak/Wenzel, 1985, S.240). Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich unter dem Gesichtspunkt des Empowerment als Gegenteil dar, in dem in einem Fall die Betroffenen im anderen Fall die Experten die Definitionsmacht haben. Vgl. dazu Blättner, 1994a; Rappaport 1985, S.272; Stark, 1991, S.216

[19] Blättner, 1994a; Bobzien /Stark, 1991; Stark, 1996, S.114f; hier verweist Stark auch auf Hoff/Hohner, 1983; Kieffer, 1984; Revicki/May, 1985.

[20] Zu kritischen Würdigung des Konzeptes der Teilnehmerorientierung siehe Siebert, 1996a, S.103ff.

[21] *„Das Konzept Empowerment dagegen beschreibt die Erweiterung der Möglichkeiten, der sozialen Optionen von einzelnen und Gruppen" (*Stark, 1996, S. 156).

[22] Kieffer, 1982, 1984; nach Stark, 1996, S.119ff.; vgl. auch Stark/Bobzien, 1988; Bobzien/Stark, 1991; Stark, 1993; Blättner, 1994a.

[23] An einem Punkt ist den Ausführungen von Stark zu widersprechen: Man kann sich beim Lesen der Vielfalt seiner Beispiele des Eindrucks nicht erwehren, daß Stark gelungene Empowerment-Prozesse als Prozesse versteht, die mit einem politischen Engagement enden. Es wäre aber ein Mißverständnis, solche Lernprozesse an diesem Ziel auszurichten, schließlich ist politische Aktivität nur eine von vielen möglichen Lösungsstrategien.

[24] Auch Arnold 1992, 1993a, 1993b und Siebert 1994, 1996a. Zu ihren theoretischen Bezugspunkten gehören u.a. Harney, 1990; Harney/Strittmayer, 1994; Luhmann, 1985, 1987, 1990, 1992; Luhmann/Schorr, 1979, 1982,

1986, 1988; Luhmann u.a., 1990; Maturana/Varela, 1987; Maturana, 1982, 1985, 1994; Varela, 1990; Piaget, 1974, 1983; Schäfftter, 1985, 1987, 1992, 1993, 1994; Schmidt, 1987, 1992; Tietgens, 1981, 1989, 1986, 1983, 1992, 1994; von Foerster, 1993; von Glasersfeld, 1990, 1992, 1985, 1987; Watzlawick 1983, 1991, 1988, 1990, 1991, 1992.

[25] Für die Erkenntnisfähigkeit von Maschinen gilt dies noch eingeschränkter. Auch der perfekteste Computer kann nur eine gegenüber dem Menschen möglicherweise weit größere Datenmenge aufnehmen; ohne die Interpretation eines Beobachters, des Menschen, der den Computer programmiert hat, bleibt diese Datenmenge aber sinnlos. Solche Art von Maschinen erweitern nur die Möglichkeit der Datensammlung für Menschen, nicht die Erkenntnismöglichkeiten.

[26] Das Differenzschema Ermöglichen/Gestalten wird durch die Formulierung des therapeutischen Paradox sogar explizit aufgegriffen: *„Durch sein zielgerichtetes Handeln wird das Erreichen seines Ziels unwahrscheinlicher" (*Simon, 1995a, S.181). Simon beschreibt, daß es manchmal notwendig ist, die Geschwindigkeit von Veränderung zu bremsen, um einen Kontext zu schaffen, der es ermöglicht, daß das Klientensystem weniger bremsen muß.

[27] Damit ist eine Verbindung zum Konzept des Empowerment gezogen.

[28] Unter ökologischen Gesichtspunkten kann es sinnvoll sein, das Prinzip unbegrenzten Wachstums in Frage zu stellen. Für das soziale System Bildung müßte es sich erst erweisen, inwieweit der Verzicht auf unbegrenztes Wachstum, auf den Anspruch, alle erreichen zu wollen, produktiv oder nicht-produktiv ist.

[29] Hier unterscheidet sich Therapie mit ihrem Auftrag aus dem sozialen System von der Gesundheitsbildung. Vgl. dazu Simon, 1995a, S.131

[30] Siebert, 1996a, S.103ff weist darauf hin, daß dieses Konzept nicht so einheitlich ist, wie die Diskussion in der Praxis dies glauben machen mag.

[31] *„Die Erklärung dafür dürfte darin liegen, daß viele Menschen gerade unter der scheinbar unbegrenzten Zahl von Möglichkeiten leiden und Orientierung und Sinn suchen"* (Simon, 1995a, S.133).

[32] Vgl. Simon, 1995a, S.150: *„Der Therapeut soll nicht Veränderung induzieren, sondern Veränderung verhindern."*

[33] Um Mißverständnisse zu vermeiden: Eine neutrale Position einnehmen heißt nicht, nur noch die Teilnehmenden miteinander über das diskutieren zu lassen, was sie vorher auch schon wußten. Neutralität kann Akzente setzen, wissenschaftliche Wirklichkeitskonstruktionen zu Hilfe nehmen, Standpunkte vertreten, aber eben die der Neutralität. Ob dies in Form von Diskussion, Gruppenarbeit oder Referat geschieht, ist letztlich eine methodische Frage, keine der professionellen Haltung, auch wenn ein Überwiegen diskursiver Methoden die methodische Umsetzung erleichtern kann.

IV. Spurensuche in der Praxis

„Lehrende wirken nicht nur durch das,
was sie sagen, sondern auch durch das,
was sie ‚verkörpern'."
Siebert, 1996a, S.253

1. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in Texten zur Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

Können die theoretischen Beschreibungen professionellen Handelns hilfreich sein, zu einer anderen Reflexion von Praxis zu kommen? Welche Spuren eines Verständnisses von professionellem Handeln in der Gesundheitsbildung im Sinne einer „Haltung der Gelassenheit" finden sich exemplarisch in unterschiedlichen Beschreibungen der Praxis und Beschreibungen von Anforderungen an die Praxis?
Die unter diesen Fragen im folgenden vorgestellten Beispiele erheben nicht den Anspruch, die Praxis der Gesundheitsbildung wiedergeben zu können, sondern sie erzählen Geschichten von Möglichkeiten des Handelns in Sinne einer professionellen Haltung der Gelassenheit. Dahinter steht die Idee, daß die theoretische Reflexion nicht einseitig dazu dienen kann, Praxis besser zu machen, sondern eine theoretische Beschreibung eines Modells sein soll, das in der Praxis bereits mindestens teilweise verwirklicht ist. Die Wirklichkeit der Praxis muß zulassen, daß eine theoretische Konstruktion des Handelns erfolgen kann, die viabel ist. Die Theorie eines Handelns kann sich nur innerhalb der „Driftzone" des tatsächlichen Handelns bewegen. Sie muß zumindest anschlußfähig sein.
Wenn es sinnvoll ist, die professionelle Haltung von KursleiterInnen anhand der Schemata Achtung/Mißachtung, Flexibilität/Kontinuität, Gestalten/Ermöglichen, Neutralität/Parteilichkeit oder Gelassenheit/Belehrung zu beschreiben, dann muß es auch möglich sein, Beschreibungen der professionellen Haltung von KursleiterInnen als die eine oder andere Seite dieser Schemata zu bezeichnen (in der Zustimmung oder Ablehnung). Wenn es für die Formulierung von Zielen der Gesundheitsbildung wesentlich ist, zu unterscheiden, ob Möglichkeiten eingeschränkt oder erweitert werden sollen, und wenn Mangel oder

Kompetenzen wesentliche Differenzen sind, dann müssen diese in Aussagen zu Zielen der Gesundheitsbildung in der Praxis wiederzufinden sein.

Die Texte, die der Beschreibung einer solchen Praxis zugrunde liegen, werden methodisch angelehnt an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (1991)[1] wiedergegeben: Nach der Festlegung der Fragestellung und des Materials aufgrund seines Entstehungszusammenhangs wurden zur Auswahl der Textstellen die Kategorien „Ziele" und „Haltung" festgelegt. Die Textstellen wurden auf die Abstraktionsebene „Gesundheit" generalisiert, die sich dadurch ergebenden Wiederholungen und Dopplungen reduziert, grammatikalische Unterschiede und lange Aussagen zu einfachen Sätzen paraphrasiert und fokussiert und in ihrem Kontext interpretiert. Die Interpretation erfolgt anhand der oben vorgegebenen Differenzschemata. Die Ergebnisse sind aber eine mögliche Sichtweise aus der Perspektive der Beobachterin, kein Spiegel der Wirklichkeit.

In der Qualitätsdiskussion der Gesundheitsbildung spielen drei Texte eine besondere Rolle, die zur Grundlage der folgenden Sichtungen ausgewählt wurden: der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (PAS, 1985), das Kurskonzept „Sich annehmen – abnehmen" (PAS; 1993) und die „Empfehlungen zur Qualifikation von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (DIE u.a., 1994b). Alle Texte wurden in einem Aushandlungs- und Diskussionsprozeß von MitarbeiterInnen von Volkshochschulen im Gebiet der alten Bundesländer – der letztgenannte Text auch unter Beteiligung neuer Bundesländer – erarbeitet. Deshalb ist zu vermuten, daß sie weitgehend dem konzeptionellen Diskussionsstand der Gesundheitsbildung überwiegend aus der Perspektive von Planenden bzw. konzeptionell Arbeitenden der jeweiligen Zeit entsprechen. Zur Ergänzung dieser Texte wurden weitere Papiere hinzugezogen, die sich meist direkt auf den Ursprungstext beziehen, z.B. Materialien zu zugehörigen Fortbildungen. Die Texte unterscheiden sich vor allem durch die Funktion und die Entstehungszeit. Sie beziehen sich aufeinander und geben ähnliche Vorstellungen von Gesundheitsbildung wieder.

1.1 Der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen"

Der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (PAS, 1985) wurde in den Jahren 1983 und 1984, also vor der Ottawa-Charta, mit finanzieller Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), von pädagogischen MitarbeiterInnen der Landesverbände der Volkshochschulen bzw. einzelner Volkshochschulen und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV erarbeitet. Er sollte einen konzeptionellen Rahmen für die Planung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen darstellen, deren erhebliches Wachstum in den vorangegangenen Jahren aufgefallen war. Die einzelnen Teilthemen (Entspannung, Ernährung, soziale Kompetenz etc.) wurden teilweise von verschiedenen AutorInnen beschrieben. Es ist davon auszugehen, daß sich möglicherweise auch unterschiedliche Einschätzungen in verschiedenen Textteilen wiederfinden. Die Funktion des „Rahmenplans Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" war in erster Linie die, hauptberuflichen pädagogischen MitarbeiterInnen an Volkshochschulen und deren LeiterInnen konzeptionelle Anregungen für die Planung zu geben, erst in zweiter Linie sollte er dazu dienen, KursleiterInnen über die konzeptionelle Basis der Gesundheitsbildung zu beraten. Als solcher wurde er u.a. Gegenstand von Fortbildungen für KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung (Anders/Birk, 1987). Er ist Grundlage aller späteren konzeptionellen Veröffentlichungen der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen und dient als eine Art Leitbild. Eine Beschreibung der Rolle von KursleiterInnen war nicht das Ziel.

Der Rahmenplan fand innerhalb der Erwachsenenbildung starke Beachtung und weite Verbreitung und gilt auch in der Gegenwart noch immer als eine konzeptionelle Basis für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Er diente darüber hinaus auch der Darstellung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen gegenüber anderen Trägern. Er war lange Zeit die einzige Gesamtdarstellung der Gesundheitsbildung überhaupt. Heute wird er in Gesprächen pädagogischer MitarbeiterInnen immer wieder als veraltet und überarbeitungsbedürftig tituliert, ohne daß allerdings spezifische Abweichungen auf den Punkt gebracht werden können oder ein vergleichbarer Ersatz geschaffen wurde.

Insgesamt fand er seine konzeptionelle Richtung weniger durch Ausgrenzung von Angeboten als durch die Öffnung der Themenvielfalt.

„Er hat in vieler Hinsicht etwas geöffnet, nicht nur eine Palette von Möglichkeiten gezeigt, sondern auch eine Palette von Verunsicherungen provoziert." Nach Ansicht von Venth (1990a, S.49) beinhaltet der Rahmenplan einen Bildungsbegriff, *„der von den vorhandenen produktiven und kreativen Potentialen beim Menschen ausgeht."* Kritik am Rahmenplan aus den eigenen Reihen findet sich im Sinne eines noch zu wenig umfassenden Verständnisses von Gesundheit bei Dreher (1988, S.13), die die Auffassung vertritt, daß das dort formulierte Verständnis hinter einem von ihr präferierten „gemeindepsychologischen Gesundheitsverständnis" insofern zurückbleibt, als es die Sinnsuche, die geistige oder spirituelle Dimension zu wenig zum Gegenstand macht.

Zieht man alle Texte des Rahmenplans zu einem allgemeinen Text zur Gesundheitsbildung – abstrahiert von den Teilthemen – zusammen, generalisiert, reduziert und paraphrasiert man die Textstellen, in denen es um Ziele und Handeln von KursleiterInnen geht, so ergibt sich ein schlüssiger, nur wenig widersprüchlicher Text, mit folgendem Inhalt:

Die konzeptionelle Basis der Gesundheitsbildung im Rahmenplan geht von den Wünschen und Ängsten von Menschen in ihrem Alltagsleben aus. Gesundheitsbildung will Alltagsbelastungen ein Angebot gegenüberstellen, das Wohlbefinden ermöglicht. Sie ist Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Lerninhalte sollen in den Alltag und die konkreten Lebensbedingungen unter Berücksichtigung der sozialen und individuellen Interessenlagen hineinwirken, Gesundheitsbildung will wissenschaftliche Erkenntnisse und Alltagswissen verbinden. Sie will gesellschaftliche Strukturen transparent machen und über Rechte und Mitwirkungsmöglichkeiten aufklären. Das Beurteilen von Handlungsmöglichkeiten soll erleichtert werden, die Teilnehmer sollen mit Handwerkszeug ausgestattet werden und Handlungsstrategien gewinnen. Menschen sollen durch Bildung an Planung, Vorgehen und Auswertung gemeindenaher Entscheidungen beteiligt werden.

Basis des Lernprozesses sind eigene Erfahrungen und vorhandenes Wissen, aus denen gemeinsam in der Gruppe Kompetenzen entwickelt werden. Eigene Wahrnehmungen werden als exemplarische Gegenstände des Lerngeschehens in der Gruppe verstanden.

Der Kursleiter soll die Gruppe mehr begleiten als leiten, er strukturiert und sorgt über die Wahl seiner Methoden und gemeinsame inhaltliche Planung dafür, daß die Teilnehmer aktive Mitgestalter des Kursgeschehens werden. Sein Wissen dient als Ergänzung auf Nachfrage.

Er soll Selbstverantwortung stärken. Er hat den Teilnehmern gegenüber Verantwortung, soll Schwierigkeiten erkennen können und auf externe Unterstützung verweisen. Das Medizinsystem muß durch Selbsthilfe und Laienkompetenz ergänzt werden. Laienkompetenz ist wichtiger als medizinische Orientierung. Selbstbehandlung geschieht oftmals ohne ausreichende Kompetenz. Es darf nicht zu fremder oder eigener Heilbehandlung kommen.

In dieser Reduzierung, die den Gesamtleistungen des Rahmenplans nicht gerecht werden kann, weil sie sich nur für spezifische Ausschnitte interessiert, die nicht expliziter, sondern allenfalls implizierter Gegenstand des Textes sind, findet sich zunächst das Differenzschema Mangel/Kompetenzen in einer Beschreibung wieder, die sehr an das Empowerment-Konzept erinnert: Es wird davon ausgegangen, daß ein Erleben von Mangel – unerfüllte Wünsche, Ängste, Alltagsbelastungen usw. – zur Teilnahme an der Gesundheitsbildung motiviert. Dieser Mangel wird nicht durch Expertenwissen, sondern durch einen Blick auf die Kompetenzen und Ressourcen aufgehoben. Eigene Erfahrungen und Wissen der Gruppe werden als Kompetenzen betrachtet und als Hilfe zur Selbsthilfe genutzt. Um dies realisieren zu können, wird hier implizit vorausgesetzt, daß die Teilnehmenden und ihre Kompetenzen Achtung brauchen.

Geht es um die Ziele, ist eine Erweiterung der Möglichkeiten des Handelns gefragt, denn Handlungsmöglichkeiten sollen beurteilt, Handwerkszeug soll erworben und Handlungsstrategien gewonnen werden, die zur Beteiligung an Entscheidungen nötig sind. Es wäre allerdings ein Mißverständnis, davon auszugehen, diese Erweiterung von Möglichkeiten sei nicht auch normativ, sie würde nicht auch Möglichkeiten ausschließen wollen, denn in einigen Punkten verbindet sich das Lerngeschehen deutlich mit einem politischen Auftrag zur Gestaltung gesellschaftlicher Bedingungen in einem demokratischen Selbstverständnis. Gesundheitsbildung erweitert hier Möglichkeiten, indem sie andere, die Nichtbeteiligung, Nichtentscheidung in bezug auf Gesundheit und gesundheitliche Bedingungen auch ausschließen will.

Der Kursleiter – im Unterschied zu späteren Texten wird im Rahmenplan noch ausschließlich die männliche Form benutzt – ist ein Ermöglicher, kein Gestalter; er gestaltet durch Strukturgebung, durch Einführung von Methoden, durch Übernahme der Verantwortung für die Gemeinsamkeit inhaltlicher Planung, die Lernprozesse und aktive Mitgestaltung der Teilnehmenden ermöglichen soll, aber nicht durch

inhaltliche Planungen oder Vorgaben. Sein Wissen steht nicht im Vordergrund, sondern wird nur auf Nachfrage ergänzt, er gibt keine Lösungen vor, bemüht sich allerdings nicht explizit um eine Position der Neutralität. Er setzt, mit anderen Worten, die Spielregeln. Dazu muß er das Schema Achtung/Mißachtung als Differenzschema nutzen. Gemeinsame inhaltliche Planung und aktive Mitgestaltung der Teilnehmenden setzt Flexibilität voraus.
Die meisten der zur Beschreibung einer „Haltung der Gelassenheit" benutzten Differenzschemata sind in diesem Text demnach – eher implizit als explizit – vorhanden, sie sind – entsprechend der anderen Funktion des Textes – aber auch wenig konkret.
Im Text findet sich ein weiteres Differenzschema, das an unterschiedlichen Textstellen noch scheinbar widersprüchlich genutzt wird: die Differenz von Selbstverantwortung und Verantwortung anderer. Einerseits soll der Kursleiter Selbstverantwortung stärken, andererseits hat er den TeilnehmerInnen gegenüber Verantwortung. Er soll auf externe Unterstützung (Verantwortung) verweisen. Laienkompetenz ist wichtiger als medizinische Orientierung, aber Selbstbehandlung ist auf Fremdkompetenz angewiesen. Ein Rückbezug zum Ursprung der Textstellen erklärt den Kontext dieser scheinbaren Widersprüche: Während die Selbstverantwortung überwiegender Grundtenor – und auch das Neue im Rahmenplan – ist, wird bei psychosozialen Kursen die Verantwortung der KursleiterInnen gefordert. Während Hilfe zur Selbsthilfe Grundtenor ist und vor allem in den politisch orientierten Textteilen gefordert wird, ist in den medizinnäheren Textteilen die Warnung vor inkompetenter Selbsthilfe angebracht. Dieser Widerspruch ließe sich mit einem damals noch nicht ausgereiften Diskussionsprozeß erklären. Gruppenprozesse im psychosozialen Kontext so zu gestalten, daß Teilnehmende die Verantwortung für die Art und Tiefe ihrer seelischen Erlebnisse selbst übernehmen können, erfordert spezifische Kompetenzen, die nicht von Anfang an vorausgesetzt werden können. Eine andere mögliche Erklärung liegt aber in der Einführung des Differenzschemas selbst: Wenn – und das ist eine wesentliche Intention des Rahmenplans – Selbstbestimmung als die eine Seite der Differenz neu eingeführt wird, ist es gleichzeitig unumgänglich, Grenzen dieser Differenz aufzuzeigen. Wenn Teilnehmende selbst verantwortlich sind für ihr Tun, dann müssen auch KursleiterInnen selbst Verantwortung für ihr Tun innerhalb der Interaktion – und zwar als KursleiterInnen – übernehmen. Sie verantworten nicht das Handeln der Teilnehmen-

den, aber ihr eigenes. So löst sich dieser Widerspruch auf. Aus konstruktivistischer Sicht bleibt allerdings nach wie vor fragwürdig, wie die eigene Heilbehandlung ausgeschlossen werden kann, ist es doch immer der Organismus und nicht die Intervention von außen, die heilt. Diese Aussage behält ihren Sinn nur im Bezug zur Diskussion über die Abgrenzung von Bildung und Therapie (vgl. Kap. II.2.4): Zugrunde liegt im sozialen System Bildung die Differenz wissend/nichtwissend, nicht die Differenz gesund/krank.

Bestärkt sich diese Aussage in den Texten, die sich explizit auf den Rahmenplan beziehen? Anders/Birk (1987) berichten von einer Fortbildung zu Inhalten und Umsetzung des Rahmenplans, von der Einsicht, daß dieser letztlich nur durch die KursleiterInnen umzusetzen ist. Sie thematisieren, daß die eigene Gesundheitsauffassung bewußt und unbewußt in das Kursgeschehen einfließt. Der Widerspruch zwischen Selbstverantwortung der Teilnehmenden und Verantwortung der KursleiterInnen wird auch in ihrem Text sichtbar, denn einerseits – heißt es dort sinngemäß – erscheint es den KursleiterInnen nicht leicht, Laien Entscheidungen zwischen verschiedenen Wegen zu überlassen, andererseits haben KursleiterInnen weitergehende Ansprüche an die Vermittlung gesellschaftlicher Einflußfaktoren, die bei Teilnehmenden wenig Interesse finden.

Der Anspruch an Ermutigung zu gesellschaftlicher Mitgestaltung wird hier unversehens zu einer neuen Norm, die sich mit dem Recht auf Selbstverantwortung nicht verträgt, denn Teilnehmende sollen motiviert werden, sich mit Themen zu beschäftigen, die nicht in ihrem Interesse liegen. Dies gipfelt in der Frage, ob KursleiterInnen berechtigt sind, Teilnehmende vom Kurs auszuschließen, wenn sie nach Meinung der KursleiterInnen nicht der Anforderung entsprechen, gesund zu sein. Unversehens ist es hier doch die der Bildung ferne Differenz gesund/krank, die zur entscheidenden Differenz erhoben wird, ohne daß sie jemals im Bildungskontext realisierbar wäre. In der Erklärung dieser Aussage muß allerdings bedacht werden, daß der Diskussionsprozeß zu diesem Zeitpunkt gerade erst begonnen hatte. Es war bereits ein bildungsnäheres Verständnis, die andere Seite der Differenz gesund/krank zu betonen, also Gesunde unterrichten zu wollen und nicht Kranke heilen zu wollen, erst der zweite Schritt konnte die Unangemessenheit des Differenzschemas deutlich machen. Der erste Schritt hat ermöglicht, andere KursleiterInnen als ÄrztInnen zu gewinnen, aber er konnte sich von ärztlichen Diagnosen nicht unabhängig machen.

In ihrem Referat über die Auswirkungen des Rahmenplans berichtet Venth (1990a, S.51ff.), daß eine VHS-Kollegin in der Diskussion über den Rahmenplan die Frage gestellt hat, ob es nicht das Wesen der Erwachsenenbildung sei, daß Menschen zu eigenen Definitionen gelangen können, und ob nicht gerade dies gesundheitsförderlich ist. Venth geht in diesem Beitrag auf die Aufgabe von KursleiterInnen nicht ein. Ihr Hinweis darauf, daß in dem Selbstdefinitionsrecht politisierendes Potential liegt, weil Fremdbestimmung von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen nachhaltig verteidigt wird, verweist auf die Bedeutung der Differenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung für den Rahmenplan. Nach Venths Auffassung arbeiten und lernen in der Gesundheitsbildung Menschen, die mit Autoritäten furchtloser umgehen und der Umstandslosigkeit bei der Lebensbewältigung mißtrauen. Mit ihrer Aussage, daß Gesundheitsbildung einen Schutzraum für subjektive Aneignungsprozesse und soziale Verständigung bietet, nimmt sie eine Auffassung vorweg, die sich in dem Konzept „Sich annehmen – abnehmen" später deutlicher wiederfinden wird. Subjektive Erfahrungen und Wahrnehmungen sind nicht mehr nur exemplarisch für den heimlich vorskizzierten Lernerfolg über gesellschaftliche Prozesse, sondern das Ergebnis des Lernprozesses bleibt offen, weil Raum für Entwicklung gelassen wird und TeilnehmerInnen ihre Lernschritte selbst wählen. Es geht um eine professionelle Haltung des Ermöglichens, nicht des Gestaltens. Zwischen Venths Interpretation des Rahmenplans und der von Anders/Birk (1987) liegt in diesem Punkt eine qualitative Entwicklung in Richtung „Erweiterung von Möglichkeiten", weil nicht nur der oder die Teilnehmende der KursleiterIn gegenübersteht, sondern subjektive Aneignung der Gruppe unterschiedlicher Subjekte (mit unterschiedlichen sozialen Lebensbedingungen) einem anderen Subjekt (dem/der KursleiterIn), und weil die Richtung der Entwicklung nicht normativ vorgegeben wird. Die im Konzept des Empowerment genutzte Differenz zwischen einzelnem und Gruppe als für Lernen von psychischen Systemen im sozialen System entscheidende Differenz ist im Rahmenplan und seiner Interpretation bei Venth angesprochen.

Das Selbstverständnispapier „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (DIE u.a., 1994a) versteht sich als eine Kurzfassung der Konzepte des Rahmenplans, geeignet für die Darstellung insbesondere gegenüber KooperationspartnerInnen. Gesundheitsbildung wird hier verstanden als ein Forum für gesundheitsbezogene Interessen von Bürge-

rInnen. Subjektive Erfahrungen und Lerninteressen fördern durch den sozialen Zusammenhang der Gruppe das Bewußtsein für die Mitwelt. Damit ist die Differenz von Subjekt und Gruppe als für Lernprozesse fruchtbare Differenz nochmals neu benannt. Auf KursleiterInnen wird in diesem Papier nicht eingegangen, dennoch wird die Verbindung zwischen dem Ziel der Selbstbestimmung über Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensbedingungen mit wesentlichen Elementen der Erwachsenenbildung gezogen: dem sozialen Lernen, der Partizipation und der eigenen Entscheidung zu Bildungsteilnahme.

1.2 Das Konzept „Sich annehmen – abnehmen"

Das Konzept „Sich annehmen – abnehmen" ist ein Kursleitermanual zur Durchführung eines Abnehmkurses (PAS, 1993). Es wurde 1991, zeitlich deutlich nach der Verbreitung des Rahmenplans Gesundheitsbildung und nach der Verbreitung der Ottawa-Charta, von dem Arbeitskreis der LandesreferentInnen für Gesundheitsbildung in Auftrag gegeben. Für seine Entstehung war die Unzufriedenheit mit den inhaltlichen Vorstellungen anderer Konzepte unter den KursleiterInnen und FachbereichsleiterInnen wesentlich. Kritik an der Ausrichtung des Konzeptes, gemessen an neueren wissenschaftlichen Grundlagen zum Thema Ernährung und Gewicht, wurde hier konstruktiv aufgegriffen. Absicht war, ein exemplarisches Konzept zu entwickeln, das die Ansätze des Rahmenplanes konkret bezogen auf einen Kurs verwirklichen kann. Es war spezifisch für Volkshochschulen konzipiert. Autorinnen waren ausschließlich Frauen, die fast alle als Kursleiterinnen und teilweise gleichzeitig als Fortbildungsreferentinnen in der Gesundheitsbildung tätig waren. Kursleiterinnen schrieben dieses Konzept für Kursleiterinnen, beraten vom Arbeitskreis der LandesreferentInnen. Erhältlich ist dieses Konzept nur für Kursleiterinnen, die an den entsprechenden Einführungsfortbildungen zu dem Konzept teilnehmen, und für hauptberufliche Mitarbeiterinnen von Volkshochschulen zur Information. Verbreitungsquelle sind also überwiegend die zugehörigen Fortbildungen, die in den meisten Bundesländern mehr oder weniger regelmäßig durchgeführt werden. Die quantitative Verbreitung ist demnach geringer als beim Rahmenplan – angesprochen ist letztlich nur ein kleinerer Teil der KursleiterInnen aus der Themenvielfalt der Gesundheitsbildung –, seine Bedeutung ist dennoch erheblich, da dieses Konzept

immer wieder als Beispiel für eine exemplarische Konkretisierung der Ideen des Rahmenplans Gesundheitsbildung anhand eines Kursinhalts diskutiert wird. Bekannt gemacht wurden die konzeptionellen Ideen von „Sich annehmen – abnehmen" daneben auch über einen Erfahrungsbericht, der im „VHS Kurs- und Lehrgangsdienst" veröffentlicht wurde (Gawor/Kettler/Knäbchen, 1993).
Verfährt man auch hier wieder mit den Textstellen reduzierend, generalisierend, paraphrasierend und fokussierend, entsteht ein geschlossener Text, der erwartungsgemäß konkreter ist, wenn es um das professionelle Handeln von KursleiterInnen geht:
Ausgangspunkt des Konzeptes ist eine Orientierung an den Teilnehmenden, die Menschen und ihre Probleme in den Mittelpunkt stellt. Gesundheitsbildung will Möglichkeiten anbieten, einen anderen Umgang mit der eigenen Person und gesellschaftlichen Vorgaben zu lernen und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Lebensumfeld erkennen zu können. Sie will ermutigen, will Selbstbestimmung, Kritikfähigkeit und eigene Urteilsbildung ermöglichen, will individuelle Gesundheitspotentiale wie Selbstwahrnehmung, Fähigkeit zu sich gut zu sein, Selbstsicherheit und Kompetenz, Selbstbehauptung, Selbstvertrauen und Selbstannahme stärken. Probleme und Schwächen sollen akzeptiert werden.
Entscheidungen werden nicht abgenommen, Verbote nicht ausgesprochen und keine Maßstäbe von außen gesetzt. Veränderungsmöglichkeiten sollen erfahren, neue Verhaltensweisen probiert und Möglichkeiten entwickelt werden, persönliche Ziele zu verfolgen.
Die soziale Unterstützung und Gemeinsamkeit in der Gruppe wird der Vereinsamung entgegengesetzt. Eigene Lösungsmöglichkeiten für unterschiedliche Probleme werden gemeinsam in der Gruppe gesucht. Es geht um die Stärkung sozialer Kompetenz, es geht auch um die Fähigkeit, Grenzen zu setzen.
Die TeilnehmerInnen erhalten Arbeitsaufträge, sie reflektieren für sich ihre Ziele, sie beobachten ihre Erfahrungen und sollen über sinnliche Erfahrung zu ihren Gefühlen Zugang bekommen, sie stellen sich Situationen aus ihrem Alltag vor, sie machen sich bewußt, was sie für sich erreicht haben. Sie sollen sich mit gesellschaftlichen Fragen beschäftigen und herausfinden, wie sie persönlich davon betroffen sind. Aufgabe der Gruppe ist dann, sich gegenseitig zu befragen, sich auszutauschen, wenn sie möchten, sich gegenseitig ernstzunehmen und individuelle Entscheidungen zu akzeptieren, gegenseitig positive Eigenschaften zu beschreiben.

Die KursleiterIn verzichtet auf konventionelles Leiten. Sie macht die Teilnehmenden mit den Ideen des Konzeptes vertraut, sie schlägt Themen vor und stellt Aufgaben, sie gibt die Gesprächsregeln vor. Sie kann Fakten bestimmten Kriterien zuordnen, sie hat die Aufgabe, durch entsprechende Angebote Zusammenhänge erfahrbar zu machen. Sie erhält Rückmeldung durch die Teilnehmenden. Die Kursleiterin selbst soll weiterlernen und sich so begreifen, daß sie den TeilnehmerInnen nur ein kleines Stück Weg voraus ist. Die Kursleiterin bietet an, die TeilnehmerInnen spüren in sich hinein, suchen weiter oder haben das Richtige gefunden.
Wie der Rahmenplan geht auch das Konzept „Sich annehmen – abnehmen" von einer Situation des erlebten Mangels aus, denn es stellt Menschen und ihre Probleme in den Mittelpunkt. Es werden Potentiale und Kompetenzen gesehen und gestärkt. Somit folgt dieses Konzept ebenfalls dem Ansatz des Empowerment durch die Differenz Mangel/Kompetenzen.
Die gleichzeitige Akzeptanz von Problemen und Schwächen verweist auf die Differenz von Achtung/Mißachtung, die für den Umgang miteinander eine Leitdifferenz ist. Gegenseitige Befragungen und Austausch sind von dieser Differenz geprägt, in der individuelle Unterschiede akzeptiert werden. Die Kursleiterin gibt die Gesprächsregeln dafür vor, führt die Differenz Achtung (vor anderen Meinungen und Sichtweisen) und Mißachtung (für die Nichteinhaltung der Gesprächsregeln) damit ein. Die Teilnehmenden werden als kompetent beschrieben, die Kursleiterin ist nicht generell auf einer anderen Ebene, sondern nur ein Stück voraus. Sie ermuntert den eigenen Fähigkeiten und Wahrnehmungen zu trauen, sie anerkennt Unterschiede und gibt keine Richtung vor, sondern Möglichkeiten.
Die Differenz einzelne/Gruppe findet sich als soziale Unterstützung durch Gemeinsamkeit in der Gruppe, als Mittel gegen Vereinsamung. Lösungen werden gemeinsam gesucht, aber die einzelne Person geht im Gemeinsamen nicht auf, sondern lernt auch Grenzen zu setzen.
Die Ziele sind klar benannt als „Erweiterung der Möglichkeiten des Umgangs mit sich, mit anderen und mit der Welt". Möglichkeiten werden ausprobiert und angenommen oder verworfen. Dies gelingt mit einer Haltung der Neutralität, denn Maßstäbe werden nicht von außen gesetzt, es gibt keine Gebote und Verbote für das Handeln der Personen, sondern ausschließlich Regeln der Interaktion. Die Kursleiterin gestaltet nicht, sondern ermöglicht, schlägt Themen und Metho-

den vor. Sie gibt keine Lösungen vor, sondern bietet Möglichkeiten an, die akzeptiert oder verworfen werden können. In der Beschreibung der Haltung der KursleiterIn taucht eine neue Differenz auf: die KursleiterIn als Lernende statt als Lehrende. Auch diese Differenz (be-)lehrend/(weiter-)lernend verweist auf die Haltung der Gelassenheit im Kontrast zu einer Haltung der Belehrung.
Die weniger normative Ausrichtung der Beschreibungen des Handelns im Konzept „Sich annehmen – abnehmen" liest sich aus Sicht der Kursleiterinnen entlastend, aber auch bescheidener sich selbst gegenüber. Sie erklärt sich einerseits aus dem Entstehungskontext – es waren Kursleiterinnen, die ihre eigene Rolle hier beschrieben haben –, andererseits aus einer Ausdifferenzierung des Konzeptes von Kursleitung, das für eine Kurskonzeptentwicklung notwendig ist, aber für eine Planungskonzeption wie den Rahmenplan nicht notwendig war. „Sich annehmen – abnehmen" gilt als Beispiel für die konzeptionelle Umsetzung des Rahmenplanes.
Inwieweit die Haltung der Gelassenheit für KursleiterInnen als Haltung normativ sein kann oder muß, ist konzeptionell noch umstritten. Gelassenheit bedeutet nicht, daß an Kursleiterinnen keine Ansprüche gestellt werden.
Ein Text von Gawor/Kettler/Knäbchen (1993, S.87) benennt „Sich annehmen – abnehmen" als ein *„Beispiel für künftige integrative Konzepte aus Frauensicht."* Interessant ist an dem Text in diesem Zusammenhang, daß in knapp zwei Seiten auf die Einweisungsfortbildungen für KursleiterInnen eingegangen wird. Auf die gleiche Weise inhaltsanalysiert liest sich dies so:
Gesundheitsbildung orientiert sich an den Wünschen und Fragen der Teilnehmerinnen. Kursleiterinnen brauchen dafür eine hohe Akzeptanz gegenüber den Teilnehmerinnen. Es ist nicht immer leicht, sich auf Informationsvermittlung und Gruppenmoderation zu beschränken und auf die Stärken der Teilnehmerinnen zu vertrauen. Die Kursleiterinnen sollen den Teilnehmerinnen ein eigenes Tempo der Veränderung zubilligen und sie nicht bevormunden. Wir erwarten von der Kursleiterin, daß sie fundiertes Wissen mitbringt, sich selbst als ständig lernend begreift und sich persönlich weiterentwickeln will. Sie muß nicht perfekt sein, sie soll sich so sehen, daß sie den Teilnehmerinnen auf dem Weg nur ein kleines Stück voraus ist. Sie soll ihre eigene Haltung reflektieren und die Motivation hinterfragen, diesen Kurs anzubieten. Gesundheitsbildung schließt traditionelles Leiten

aus. Es ist einfacher, dies in der Theorie zu entwickeln, als es zu vermitteln.
Das beschriebene Bild der Kursleiterin weicht erwartungsgemäß nicht vom Ursprungstext ab – die Autorinnen sind ein Teil des gesamten Autorinnenteams –, aber hier wird deutlich benannt, daß diese professionelle Haltung für KursleiterInnen ein Umdenken erfordert, nicht immer leicht ist, Ansprüche an die eigene Persönlichkeit stellt. Die Kursleiterin wird Lehrende (Begleitende) und Lernende gleichermaßen. Die Kursleiterin soll sich weiterentwickeln, sie braucht nicht perfekt zu sein, sie ist nur einen Schritt weiter ihren Weg gegangen als die TeilnehmerInnen. Diese professionelle Haltung ist nicht einfach da, sie kann gelernt werden. Der Text benennt wie dies zu lernen ist: Die Kursleiterinnen lernen dies handelnd durch den Wechsel zwischen Selbsterfahrung im Erleben einzelner Kurselemente und eigenem Handeln als Kursleiterin.
Von ihnen wird entsprechend gefordert, daß sie die Schritte, Übungen, Wege, die sie TeilnehmerInnen anbieten, vorher selbst gehen. Sie erfahren sich nicht nur als Kursleitende, sondern auch als Teilnehmende. Sie können ihre eigene Person nicht außen vor lassen, und doch spielt ihre Person im Kursgeschehen eine weit weniger wichtige Rolle als in einer Haltung der Belehrung.
Ist dieses Erlernen der veränderten professionellen Haltung im zugehörigen Fortbildungskonzept genauer beschrieben? Zunächst ergibt sich aus der Übersicht, daß neben einigen grundlegenden Informationen fast die gesamte Fortbildung aus der oben beschriebenen Mischung besteht, Kurselemente selbst zu erleben und als KursleiterIn Kurselemente mit der Gruppe selbst zu gestalten. Diese „Unterrichtsproben" werden anschließend ausgewertet. Zwei Unterrichtseinheiten sind darüber hinaus ausschließlich der professionellen Rolle von KursleiterInnen gewidmet. Eine Parabel dient hierfür als eines der Mittel zur Auseinandersetzung. In einer anderen Übung werden verschiedene Sätze vorgegeben, die eine denkbare professionelle Haltung von KursleiterInnen wiedergeben. Die KursleiterInnen haben die Aufgabe, diese Aussagen nach dem Schema „stimme ich völlig zu/stimme ich teilweise zu/lehne ich ab" für sich zu ordnen. Aussagen, denen sie völlig zustimmen, werden dann unter eine Wandzeitung geklebt, so daß ein Meinungstrend der Gruppe sichtbar wird. Dieser wird dann gemeinsam ausgewertet. Die Aussagen sind überwiegend nicht so drastisch formuliert, daß sich ein klares Ja oder Nein sofort finden würde. So bleiben

viele Aussagen tatsächliche Alternativen, die auch wieder verworfen werden können oder je nach Persönlichkeit der KursleiterIn unterschiedliche Gültigkeit haben.
Der Kontrast zwischen den unterschiedlichen Aussagen macht die Schwierigkeit der professionellen Haltung deutlich. Einerseits hat die KursleiterIn eine eigene Meinung im Kopf, in deren Richtung sie will, andererseits geht es darum, nicht mit dem eigenen Verständnis einzugreifen, sondern den einzelnen in der Gruppendiskussion die eigenen Wege finden zu lassen. Dies erfordert einerseits, auf den Gruppenprozeß zu vertrauen, andererseits auch andere Lösungen als die eigene zulassen zu können und diese kontinuierlich auch in Frage zu stellen. Gleichzeitig ist die Meinung der KursleiterIn in der Differenz zu Meinungen der TeilnehmerInnen möglicherweise der Impuls, der genügend stört und so Bildung ermöglicht.

1.3 Empfehlungen zur Qualifikation von KursleiterInnen

Der Entstehung der „Empfehlungen zur Qualifikation von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" (DIE u.a., 1994b) waren vielfältige Auseinandersetzungen mit den Kooperationspartnern der Gesundheitsbildung über Anforderungen an die Ausbildung von KursleiterInnen vorausgegangen. Immer wieder kam es zu Streitpunkten über die pädagogische Verantwortung (Sollen Volkshochschulen den Krankenkassen die Qualifikation ihrer KursleiterInnen nachweisen?), gestritten wurde über die Rolle von akademischen Ausbildungen, von fachspezifischen Abschlüssen bei Berufsverbänden, von pädagogischen Erfahrungen und über die Bedeutung eines wissenschaftlichen Nachweises der Wirksamkeit von Kursinhalten und Methoden. Die Bedeutung des Papiers für die Praxis ist erheblich. Es ist allen Volkshochschulen bekannt und wird vielfältig als Entscheidungsgrundlage bei Einstellungsgesprächen, als konzeptionelle Grundlage für Fortbildungen und als Diskussionsgrundlage mit KursleiterInnen benutzt.
Findet sich die Vorstellung von der professionellen Rolle der KursleiterIn auch in einem strategischen Papier zu Qualifikation von KursleiterInnen wieder? Dort heißt es zusammengefaßt:
Gesundheitsbildung will die Handlungschancen von Menschen und ihre Selbstbestimmungsfähigkeiten in gesundheitlichen Belangen ver-

bessern. Die Qualifikation von KursleiterInnen muß dem entsprechen. KursleiterInnen müssen die Kompetenz der TeilnehmerInnen achten und unterstützen und ihnen Mut zur Selbstbestimmung machen. Sie regen dazu an, Expertenwissen kritisch zu nutzen. Sie sollen Sensibilität für unterschiedliche Lerninteressen entwickeln. Sie müssen den sozialen Kontext der Gruppe gestalten können. Sie dürfen keine Lösungen vorgeben und müssen persönliche Grenzen der TeilnehmerInnen wahren. Sie brauchen dazu persönliche, aber reflektierte Erfahrungen in ihrem Themenfeld und Praxiserfahrungen und theoretische Kenntnisse im Lehren und Lernen mit Erwachsenen. KursleiterInnen müssen sich intensiv mit ihrer Rolle auseinandersetzen und viele Methoden kennen.
Die Auseinandersetzung mit der eigenen professionellen Haltung wird hier explizit als Anforderung benannt. Neu ist die Betonung, daß theoretische und praktische Kenntnisse einander ergänzen müssen.
Es wird eine Verpflichtung der Erwachsenenbildung thematisiert, KursleiterInnen in dem Finden ihrer professionellen Haltung zu unterstützen: durch Erfahrungsaustausch, Beratung, Supervision und Fortbildung. Damit würden sich an dieser Stelle Fragen nach strukturellen Bedingungen für die Verwirklichung einer professionellen Haltung von KursleiterInnen anschließen.

2. Geschichten, die KursleiterInnen erzählen

Angeregt durch die Auffassung von Stark (1996, S.17), daß Empowerment-Prozesse „Geschichten" der Stärke in einer Situation des Mangels erzählen, entstand die Idee, in Fortbildungen für KursleiterInnen Geschichten als eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit dem professionellen Handeln als KursleiterIn zu nutzen. In der Fortbildung „Sich annehmen – abnehmen" wird seit 1991 eine Parabel (Kopp, 1978, S.16; zit. nach Horn-Wagner 1992, S.81; nach Arnold/Siebert 1995, S.145) benutzt, um die Rolle von KursleiterInnen zu diskutieren: *„Es war einmal ein Mann, der sich verirrte und in das Land der Narren kam. Auf seinem Wege sah er die Leute, die voller Schrecken von einem Feld flohen, wo sie Weizen ernten wollten. Im Feld ist ein Ungeheuer! erzählten sie ihm. Er blickt hinüber und sah, daß es eine Wassermelone war. Er erbot sich, das Ungeheuer zu töten, schnitt die Frucht von ihrem Stiel und machte sich sogleich daran, sie zu verspeisen. Jetzt bekamen*

die Leute vor ihm noch größere Angst, als sie vor der Melone gehabt hatten. Sie schrien: Als nächstes wird er uns töten, wenn wir ihn nicht schnellstens loswerden! und jagten ihn davon. Wieder verirrte sich eines Tages ein Mann in das Land der Narren, und auch er begegnete Leuten, die sich vor einem vermeintlichen Ungeheuer fürchteten. Aber statt ihnen eine Hilfe anzubieten, stimmte er ihnen zu, daß es wohl sehr gefährlich sei, stahl sich vorsichtig mit ihnen von dannen und gewann so ihr Vertrauen. Er lebte lange Zeit bei ihnen, bis er sie schließlich Schritt für Schritt jene einfachen Tatsachen lehren konnte, die sie befähigten, nicht nur ihre Angst vor Wassermelonen zu verlieren, sondern sie sogar selbst anzubauen."

Bezogen auf die Rolle der KursleiterInnen läßt sich die Botschaft der Geschichte vielleicht so zusammenfassen: Präsentiere keine Lösungen, sonst verletzt du Gefühle und Wirklichkeitskonstruktionen und wirst selbst der Gegner. Menschen sind unbelehrbar, sie können nur lernen, was in ihren Wirklichkeitsvorstellungen anschlußfähig ist. Nimm Gefühle ernst und gewinne Vertrauen, so kannst du Fähigkeiten stärken. Trotz inhaltlicher Übereinstimmung der moralischen Aussage der Parabel mit der beschriebenen professionellen Haltung (Belehrung ist aussichtslos) ist hier zu fragen, ob methodisch damit nicht im Widerspruch zu eigenen Aussagen selbst belehrend vorgegangen wird: Die Geschichte scheint die richtige Lösung ja zu wissen, es gibt keine Wahl zwischen verschiedenen, möglicherweise gleichberechtigten Alternativen.

Würden die eigenen Prinzipien ernst genommen, müßte schon nach dem ersten Teil der Parabel unterbrochen und nach alternativen Lösungswegen jeder einzelnen Kursleiterin gefragt werden. Um diesen Bruch zu überwinden, wurde in einer Fortbildung für KursleiterInnen zum Thema „Meine Rolle als KursleiterIn" von den FortbildungsteilnehmerInnen Geschichten geschrieben, anhand derer sie deutlich machen und miteinander diskutieren konnten, welche professionelle Haltung sie selbst als KursleiterInnen haben. Ausgangspunkt war die Parabel in einer veränderten und auf den ersten Teil gekürzten Fassung; sie läßt das Ende offen und macht aus den Narren weniger wertend „Warmländer". Die FortbildungsteilnehmerInnen erhielten entsprechend jeweils folgenden Geschichtenanfang:

„Wie die Warmländer lernten, Wassermelonen anzubauen

Bei seinem Besuch in Warmland begegnete ein Weltreisender einer Gruppe von Menschen, die auf der Flucht waren. Auf seine Frage hin erklärten die Warmländer dem Weltreisenden, daß auf ihrem Kornfeld ein grünes

Ungeheuer wohnte, dem sie aus dem Weg gehen wollten. Der Weltreisende schlich sich an das Feld heran, um das Ungeheuer zu sehen, und fand eine große, reife Wassermelone. Er erntete die Melone, lief zu den Warmländern zurück und erklärte ihnen, daß ihr Ungeheuer eine Melone sei, schnitt sie auf und begann sie zu essen. Da schrien die Warmländer auf vor Angst und liefen, so schnell sie konnten, davon, denn ein Mensch, der ein Ungeheuer besiegt und es verspeist, muß selbst ein viel größeres Ungeheuer sein.

Ein Jahr später bekommen die Warmländer erneut Besuch von einem Weltreisenden, als sie wieder auf der Flucht waren, weil ein neues Melonen-Ungeheuer auf ihrem Kornfeld gewachsen war ...“

Die Fortbildungsteilnehmenden (KursleiterInnen aus der Gesundheitsbildung mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund) erhielten den Auftrag, in Gruppen von jeweils drei bis vier Personen die Geschichte zu Ende zu schreiben. Aussagen über die professionellen Haltungen der KursleiterInnen lassen die Geschichtsschlüsse jedoch nur bedingt zu. Die Geschichten sind kein Beweis, aber ein Anhaltspunkt für mögliche Konkretisierungen der Haltungen von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung, wie sie exemplarisch gefunden werden können. Die These ist, daß dies Beispiele für eine potentiell unbegrenzte Zahl von Möglichkeiten sind, wie eine solche Geschichte zu Ende erzählt werden kann. Folgende vier Geschichten wurden erzählt.[2]

„Sinnliche Erfahrung

Mit Vorsicht und Respekt näherte sich dieser zweite Weltreisende dem Ungeheuer an. Durch wiederholte Versuche beweist und zeigt er den Warmländern die Ungefährlichkeit und Harmlosigkeit des Ungeheuers. Diese Beobachtungen machten die Warmländer neugierig, so daß einige Mutige von ihnen dem zweiten Weltreisenden zögernd folgen. Es werden immer mehr. Durch Geschick und Taktik bringt der zweite Weltreisende die Warmländer zu ersten Berührungen mit dem Ungeheuer. Sie reichen die Kugel untereinander herum. Sie spüren ihre Kühle, ihre glatte Schale, ihr Gewicht, ihre Farbe und den dezenten, kaum wahrnehmbaren Geruch. Die Kinder fangen an, mit der Melone zu spielen und werfen sie einander zu. Dabei fällt die Melone zu Boden und zerplatzt spritzend. Allen stockt der Atem. Die Kinder untersuchen neugierig mit ihren tastenden Fingern die Melonenstücke. Dabei stecken sie die Finger in den Mund und entdecken den süßen, fruchtigen Geschmack. In rasender Schnelle wird die Melone verzehrt. Der Weltreisende nimmt wissend die Kerne und ... Damit fand er seine Lebensaufgabe in Warmland. Er nahm sich eine

schöne Frau. Zur Hochzeit schenkten ihm die Warmländer die schönsten, besten und größten Melonen der ersten Ernte."

Dieses Konzept einer Haltung von KursleiterInnen geht offensichtlich davon aus, daß Neugierde und sinnliche Erfahrungen Anreize zur Neukonstruktion von Wirklichkeitsvorstellungen sind. Der/die KursleiterIn tut so, als ob sie die Wirklichkeitsvorstellungen teilt, um innerhalb der „Driftzone" andere Lernerfahrungen möglich zu machen.

„Der verständnisvolle Experte

Am Abend, als die Warmländer ihr Nachtlager aufgeschlagen hatten, setzte sich der Weltreisende zu ihnen ans Lagerfeuer. Er hörte ihnen zu, wie sie die Geschichte ihrer Flucht und von dem weltreisenden Ungeheuer, das ein Ungeheuer aufessen kann, erzählten. Nachdem er die Geschichte verstanden hatte, sagte er ihnen, daß er ein Melonen-Fachmann sei. Er erzählte ihnen einige lustige und informative Melonengeschichten, aus denen hervorging, daß Melonen keine Ungeheuer sind. Einige hörten sehr skeptisch zu und blieben ungläubig. Andere wurden in ihrer Neugier gestärkt, und es entwickelte sich eine angeregte Diskussion über Melonen. Durch das viele Reden waren ihre Münder ganz ausgetrocknet, und alle hatten furchtbar Durst. Der Weltreisende schlug vor, die durstlöschende Eigenschaft der Melone auszunutzen. Zusammen mit den Mutigsten ging er zurück zur Melone. Im sicheren Abstand folgten einige weitere Leute und beobachteten, was vor sich ging. Der Weltreisende übergab sein Messer der mutigsten Warmländerin, die die Melone damit erntete und zerteilte. Die Stücke wurden verteilt, und ganz vorsichtig begannen die Warmländer zu essen. Die beobachtende Gruppe bemerkte, daß ihren Freunden nichts Ungeheuerliches passierte, einige kamen näher und probierten auch. Dabei wurden die ungeheuerlichen Kerne entdeckt, und der Weltreisende erklärte den Warmländern noch den Melonenanbau. Von da an kam er jedes Jahr und half bei der Melonenernte."

Das zweite Konzept arbeitet mit Irritationen der Wirklichkeitsvorstellungen auf sicherem Boden. Es nutzt aktuelle Probleme (Durst) aus, um sich als wissenden Experten zu präsentieren.

„Die Neugier gewinnen lassen

Auf seine Frage hin erklärten die Warmländer dem Weltreisenden, daß auf ihrem Kornfeld ein grünes Ungeheuer wohnte, dem sie aus dem Weg gehen wollten. Der Weltreisende schlich sich an das Feld heran, um das Ungeheuer zu sehen, und fand eine große, reife Wassermelone. Ein paar neugierige Kinder folgten ihm im gebührenden Abstand. Der Weltreisende erntet die Melone und läßt die Kinder dies beobachten. Er erklärt, daß man die

Melone essen kann und daß sie gut schmeckt. Ein paar Tage später schneidet er die Melone auf und ißt ein Stück und läßt die Neugierigen probieren. Alle essen und sind begeistert. Als die Melone verspeist war, waren alle traurig, daß keine mehr da war, weil sie doch gut schmeckte. Der Weltreisende tröstet die Warmländer und zeigt ihnen, daß sie die Kerne einpflanzen können. Dann wachsen nächstes Jahr viele Melonen. Fortan setzen sie jedes Jahr ihre Kerne und warten mit Spannung auf die Ernte und lachen so manches Mal über ihre Angst vor dem Melonenungeheuer, daß sie nun so liebgewonnen haben."

Das dritte Konzept arbeitet ähnlich wie das erste mit der Neugier der Kinder, also den Personen, die durch Lernerfahrungen noch nicht in ihren Wirklichkeitsvorstellungen gefestigt sind. Die, die noch nicht so viel gelernt haben, können durch Beobachtung neue Erfahrungen machen. Im nachhinein ist für die Warmländer ihre eigene Wirklichkeitskonstruktion nicht mehr nachzuvollziehen, so wie wir heute nicht mehr glauben können, daß unsere Vorfahren die Erde für eine Scheibe gehalten haben.

„Der Zauberer

Der Weltreisende ging zunächst auf die Angst der Warmländer vor dem Ungeheuer ein. Dann erzählte er ihnen, daß er zufällig ein Spezialist für diese Art von Ungeheuern sei. Er wüßte nämlich, daß Melonenungeheuer in Vollmondnächten völlig wehrlos wären. So ging er mit einigen Warmländern in einer Vollmondnacht los und sie zerteilten das Melonenungeheuer mit einem Küchenmesser. Dabei spritzte der süße Saft heraus und einigen von ihnen bis in den Mund. So lernten sie, daß man Melonen essen kann und daß sie sehr lecker schmecken. Aus den Kernen wuchsen neue Melonen, und bis heute ernten die Warmländer die Melonen bei Vollmond."

Das vierte Konzept schließlich bleibt bei den bisherigen Wirklichkeitskonstruktionen der Warmländer, schafft aber im Rahmen eines Rituals die bedingte Möglichkeit der Überwindung durch eine anschlußfähige Zusatzinformation. Der Lernprozeß wird möglich, weil konsequent bei den ursprünglichen Wirklichkeitsvorstellungen stehen geblieben wird. Während die ersten drei Konzepte letztlich doch dem Weg der Verneinung folgen, ist das vierte Konzept dasjenige, das den Weg des Sowohl-als-auch wählt.

In der Praxis würden sich wahrscheinlich nicht nur Beispiele für KursleiterInnen finden lassen, die nach diesen vier Modellen arbeiten, sondern es würden sich wohl auch Beispiele für Lernprozesse bei Teilneh-

menden finden lassen, die sich entsprechend den vier Geschichten beschreiben lassen.
So unterschiedlich diese Geschichten im einzelnen auch sind, zeigen sie dennoch übereinstimmende Strategien: Die KursleiterInnen versuchen durch Achtung der Teilnehmenden deren Vertrauen zu gewinnen. Aus dieser Position heraus zeigen sie durch Erklärungen, durch die Möglichkeit der Beobachtung und durch eigenes, sinnliches Erleben, daß auch andere Sichtweisen möglich sind. Die Beispiele für sinnliches Lernen sind eine schöne Darstellung eines ästhetischen Ansatzes in der Pädagogik, aber noch keine Beispiele für eine Haltung der Gelassenheit. Eine Position der Neutralität wäre nicht möglich gewesen, weil die Lösung (Melonenanbau) vorgegeben war. Einige Geschichten arbeiten mit der Neugier der Kinder, die sich als lernfähiger erweisen, weil sie noch keine lange Lerngeschichte haben. Diese Position erstaunt in einer Gruppe von ErwachsenenbildnerInnen, die ihren eigenen Teilnehmenden offensichtlich weniger zutrauen als Kindern. Nur in einer der Geschichten wird die Deutung der Melonen als Ungeheuer zunächst akzeptiert, um dann mit einem Trick überwunden zu werden. Immer ist der Fremdling derjenige, der es letztlich besser weiß. In zwei Geschichten wird nach den Erfahrungen mit der Melone gefragt, keine Gruppe hält diese Erfahrungen für bedenkenswert.
Aus einer Haltung der Gelassenheit heraus wären auch andere Lösungsstrategien denkbar gewesen, z.B.: Die Warmländer erhalten eine Möglichkeit, ausführlich von ihren Erfahrungen mit der Melone zu berichten und gemeinsam zu diskutieren, welche Alternativen es zur Flucht geben könnte. Diese Geschichte läßt sich allerdings nicht so gut bis zu Ende schreiben, weil nicht klar ist, welche Vorschläge von den Warmländern gemacht werden. Lösungen könnten z.B. sein, mit dem Ungeheuer eine Fläche als seinen Raum zu vereinbaren (das spätere Melonenfeld) und daneben ungestört wohnen zu können; oder sich gemeinschaftlich auszurüsten und sich dem Ungeheuer mutig zu nähern und gegen es zu kämpfen.
Eine andere Geschichte, die das Sowohl-als-auch integriert, wird von einer Pädagogin erzählt:
„Sind wir nicht alle auch Ungeheuer?
Der Weltreisende läßt sich die Erfahrungen mit dem Ungeheuer erzählen und hört auch die Geschichte des ersten Fremden, der sich durch Vernichtung und Verspeisung des Melonenungeheuers als noch größeres Ungeheuer erwies. Er erweckte in den Warmländern die Idee, sie selbst könnten

solche Ungeheuer werden, wenn auch sie Teile des Melonenungeheuers verspeisen würden. Diese Idee half, die Angst zu überwinden, ohne die eigenen Bilder und Lerngeschichten aufgeben zu müssen, denn wären wir nicht alle gerne kleinere oder größere Ungeheuer? In einem alljährlichen Ritual werden deswegen von allen WarmländerInnen Melonen gegessen, die ihnen Kraft und Stärke verleihen. Melonen werden zu Ritualzwecken seitdem traditionell angebaut. Über die Jahrhunderte des Rituals hinweg geriet irgendwann in Vergessenheit, wie die Idee entstanden war, daß Wassermelonen Kraft verleihen. Sie werden längst als Heilmittel gegen Erschöpfungszustände exportiert. Moderne wissenschaftliche Methoden haben erst kürzlich einen Wirkstoff nachgewiesen, ein bisher noch unbekanntes Vitamin, das Endorphinausschüttungen im Gehirn auslöst, das die Kampfbereitschaft von Menschen bewirken soll und Kraftreserven durch Adrenalinausschüttung mobilisiert."

Daß solche Geschichten der Unmöglichkeit von Belehrungen nicht nur Phantasie, sondern auch Wirklichkeit im Alltag der Gesundheitsförderung sind, zeigt eine andere Geschichte aus der Prävention, die in Veranstaltungen über Lernen erzählt wird: Zur Bekämpfung der Malaria wurden in den Ländern, in denen diese Krankheit verbreitet ist, große Aufklärungskampagnen gestartet. Da ein großer Teil der betroffenen Menschen Analphabeten sind, wurde mit Abbildungen gearbeitet, die z.B. die Tsetse-Fliege vergrößert zeigen. Dazu wurde erklärt, wie die Fliege zum Krankheitsüberträger wird, und wie wichtig es ist, sich mit Moskitonetzen und Kleidung gegen die Fliege zu schützen. Die solchermaßen belehrten Menschen zeigten sich stark beeindruckt. Sie hatten gelernt, ihre eigenen Probleme mit der Tsetse-Fliege weniger wichtig zu nehmen und die quälenden Stiche und folgenden Krankheiten besser zu ertragen, gibt es doch dort, wo die Menschen herkamen, die ihnen dies alles erklärt haben, viel größere und gefährlichere Fliegen. Davon hatten sie ja schließlich Bilder gesehen: von kopfgroßen Fliegen mit richtigen Rüsseln.

3. An der Grenze der Erwachsenenbildung: Gesundheitszirkel im Betrieb

Gesundheitszirkel[3] wurden in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre als ein Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt, die durch andere Verfahren, insbesondere der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung, ergänzt werden. Sie sind ein Instrument im Setting-

Ansatz der Gesundheitsförderung und wurden vorwiegend von zwei großen Krankenkassen vorangetrieben, von anderen Krankenkassen aber auch aufgegriffen. Ihre Funktion besteht vor allem in der Partizipation der MitarbeiterInnen an der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne einer besseren Selbstbestimmung über Gesundheit. Gesundheitszirkel dienen damit nicht in erster Linie der Qualifikation (weder beruflich noch persönlich) und sind so gesehen nicht im strengen Sinn Maßnahmen der Erwachsenenbildung. Je nach Modell läßt sich die Grenze zur Erwachsenenbildung aber nicht exakt ziehen, weil nicht nur methodisch ähnlich gearbeitet wird, sondern auch Lernergebnisse für Personen und das soziale System zu beobachten sind. Von Interesse sind sie für die Gesundheitsbildung zudem, weil dies bisher der einzige Ansatz ist, dem es gelungen ist, überwiegend Männer aus unteren Einkommensklassen für Gesundheitsthemen zu interessieren, und weil es einer der wenigen Versuche ist, systemische Sichtweisen mit Gesundheitsförderung im bildungsnahen Kontext durchzuführen. Gemeinsam ist allen Gesundheitszirkeln, daß sich MitarbeiterInnen eines Betriebes oder einer Abteilung unter Moderation zusammensetzen, um gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zu analysieren und Lösungsstrategien zu erarbeiten. Bähr (1993, S.48f.) faßt die Modelle, die Partizipation in der Gesundheitsprävention ermöglichen sollen, zusammen als unterschiedliche Kleingruppenkonzepte – wie Workshops, Werkstattzirkel, Werkstattkreise, Qualitätszirkel und Lernstatt –, die in den Modellen von Gesundheitszirkeln, Sicherheitszirkeln und Arbeitsschutzzirkeln weiterentwickelt wurden. Ihre Gemeinsamkeit sieht er darin, daß betroffene MitarbeiterInnen freiwillig und regelmäßig zusammenkommen, um gemeinsam Probleme zu lösen. Ziele sind:

- Identifikation und Analyse individueller und gruppenbezogener gesundheitsbelastender Einstellungen und Verhaltensweisen,
- Erarbeiten von Vorschlägen zu ihrer Verbesserung,
- Förderung und Verbesserung von Bewältigungsformen von Streß und Unzufriedenheiten,
- Erkennen und Verändern von gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen im Betrieb,
- Stärkung des Verantwortungsbewußtseins der MitarbeiterInnen für die Gestaltung der eigenen Lebens- und Arbeitssituation (Bähr, 1993, S.60).

Bei genauerem Hinsehen erweist sich das Konzept der Gesundheitszirkel dann aber durchaus differenzierter: Zwei Modelle, das Berliner[4] und das Düsseldorfer Modell[5], standen bei leicht variierenden Ansätzen Pate. Dem Düsseldorfer Modell verwandt ist das Modell der Gesundheitsförderungskreise (Brandenburg, 1993a, S.80ff.), dem Berliner Modell ist verwandt das Modell des Gesundheitscoaching (Lieneke/ Westermayer, 1993, S.87), das zugleich am stärksten Zielen der Erwachsenenbildung nahekommt.

Das Berliner Modell stellt aus einer dem Konstruktivismus nahen Perspektive[6] den Mangel an gelungener betriebsinterner Kommunikation in den Vordergrund der Gesundheitsbemühungen, weil das Wissen über gesundheitliche Probleme in den Arbeitsbedingungen bei den MitarbeiterInnen in der Regel vorhanden ist, aber nicht in ausreichendem Maß betriebsintern gehört wird. *„Gesundheitszirkel sind zunächst einmal nichts anderes als ein Versuch, die unterschiedlichen Träger des betrieblichen Erfahrungswissens miteinander in ein Gespräch zu bringen über Gesundheit im Betrieb: in ein Gespräch, das so gestaltet ist, daß es real etwas bewegt hinsichtlich der Gesundheit in diesem Betrieb"* (Friczewski, 1993c, S.14). Die zu verändernden Gesichtspunkte liegen dabei sowohl in physiologischen Bedingungen (Lärm, Luft, Körperhaltung etc.) als auch in psychosozialen Bedingungen (Verantwortung, Anerkennung etc.). Aus Sicht des Berliner Modells ist es sinnlos, einzelne ergonomische Mängel und physiologische Bedingungen zu verändern, *„wenn der kollektiv betriebliche Kontext der Sprachlosigkeit, der die Mängel überhaupt erst zu einem Dauerzustand hat werden lassen, sich nicht gleichzeitig mit transformiert"* (a.a.O., S.16). Durch das Gespräch im Gesundheitszirkel selbst wird dabei faktisch bereits etwas an den psychosozialen Bedingungen geändert, denn MitarbeiterInnen erfahren hier, daß ihre Meinung wichtig ist, daß sie gehört werden. Diese Erfahrung ist allerdings nicht widerstandslos möglich, da sie, ebenso wie überhaupt ein Denken, das psychosoziale Gesundheitsbedingungen kennt, zunächst quer zu allen Denkstrukturen und Erfahrungen im betrieblichen Zusammenhang liegt.

Friczewski beschreibt anschaulich und nachvollziehbar, wie solche Sprachlosigkeit entsteht: Neue Arbeitsplätze werden unter Achtung einiger ergonomischer Gesichtspunkte eingerichtet, der Arbeitsmittelplaner kommt aber nicht auf die Idee, die MitarbeiterInnen danach zu befragen, welche Bedingungen sie an ihrem Arbeitsplatz brauchen und wie sie damit zurechtkommen. Einige mutige MitarbeiterInnen ver-

mitteln dem Meister, daß die Arbeitsplatzanlage ergonomische Mängel (unbequeme Arbeitshaltung) hat. Der Meister hört kaum hin, sagt es evtl. dem Arbeitsmittelplaner weiter oder auch nicht. Dieser hat, wenn er die Klage hört, gerade etwas anderes zu tun. Keiner von beiden kommt auf die Idee, den MitarbeiterInnen mitzuteilen, daß und warum die Veränderung noch etwas dauert. Die MitarbeiterInnen fragen nicht weiter nach, weil sie nicht unangenehm auffallen wollen und denken, daß sowieso niemand auf ihre Vorschläge achtet. Da der Arbeitsmittelplaner nichts weiter davon hört, schließt er, es sei nicht so wichtig gewesen. Die MitarbeiterInnen gewöhnen sich an die schlechten Bedingungen und werden allmählich daran krank.
Um hier Veränderungen möglich zu machen, ist eine Perturbation notwendig, die bewirkt, daß die MitarbeiterInnen gehört werden, wenn sie ihre Erfahrungen mitteilen wollen.
Das Vorgehen erfolgt in zwei Phasen:

– In der Basisphase werden Abteilungsangehörige in einem Einführungsseminar mit den Zielen und Grundgedanken des Projektes vertraut gemacht. Ein vergleichbares Basisseminar findet für Vorgesetzte und Betriebsräte statt. Zentrales Instrument dieser Basisphase ist ein MitarbeiterInnen-Gesundheitszirkel, in dem zehn bis fünfzehn MitarbeiterInnen sich zehn Wochen lang einmal in der Woche etwa eineinhalb Stunden, ohne Vorgesetzte, aber von einem externen Moderator begleitet, treffen, um ihre Arbeitssituation auf gesundheitliche Aspekte zu untersuchen. *„Es wird möglich zu sehen, wie sehr man selber schon aufgegeben hatte, überhaupt noch etwas ändern zu wollen. Statt wie bisher still vor sich hin zu schimpfen, faßt man wieder Mut und spricht im Betrieb Dinge an, die man eigentlich längst aufgegeben hat“* (Friczewski, 1993c, S.21). Nach einer anfänglichen Phase des wechselseitig Vor-sich-hin-Jammerns wird ein qualifizierter Problemkatalog erarbeitet, der bereits einige Lösungsansätze oder Lösungsvorschläge enthält, die nicht vom Moderator, sondern von den Teilnehmenden kommen. Die Jammerphase beschreiben Friczewski u.a. (1993a, S.76) so: *„Man fühlt sich als Opfer der Verhältnisse und benutzt den Zirkel als Gelegenheit, endlich einmal all das loszuwerden, was sich an Groll und Verletzungen aufgestaut hat. Für fast alle Teilnehmer ist es dabei überraschend festzustellen, daß es anderen eigentlich genauso geht wie einem selber. Das hilft dabei, Dinge offen beim Namen zu nennen.“* Interessant ist die Erfahrung, daß ZirkelteilnehmerInnen im Vergleich zu Nicht-ZirkelteilnehmerInnen fast

alle Aspekte ihrer Arbeitsbedingungen signifikant als belastender erleben, dies aber nicht zu weniger Lust auf die Arbeit, sondern zu höherem Verantwortungsgefühl führt, d.h., Wahrnehmung von Streß bedingt in der Folge nicht in jedem Fall Streß, wenn eine Möglichkeit der persönlichen Veränderung gesehen werden kann.
- In der Umsetzungsphase wird ein hierarchisch gemischter Gesundheitszirkel gebildet, in dem drei bis vier MitarbeiterInnen aus dem ersten Mitarbeiterzirkel die Gelegenheit haben, den Vertretern ihrer Abteilung, die ebenfalls im Zirkel mitarbeiten, die Ergebnisse ihrer Arbeit vorzutragen. Ziel ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozeß durch veränderte Kommunikationsstrukturen. In diesem Kontext wird es dann auch erst möglich, Gesundheitskursen wie z.B. Rückenschule, Bewegungsangebote etc. zu Akzeptanz zu verhelfen.

Das Düsseldorfer Modell war ursprünglich eher im Zusammenhang des Arbeitsschutzes (3 Arbeitssicherheitsgesetz) und nicht so sehr der Gesundheitsförderung (20 SGB V) entstanden. Historisch stand am Ausgangspunkt ein Gesundheitsbericht (der allerdings auch zum Berliner Modell nicht im Widerspruch stehen muß), doch betont Slesina (1993, S.26) daß ein solches stufenweises Vorgehen nicht zwingend ist. Das Düsseldorfer Modell unterscheidet sich vom Berliner Modell in zwei Punkten grundsätzlich:
- Der Schwerpunkt besteht nicht in der Kommunikation.
- Gesundheitszirkel sind grundsätzlich hierarchisch heterogen.

Beides hängt insofern zusammen, als es in der Tat nicht notwendig ist, in zwei verschiedenen Zirkeln die gleichen Themen zu bearbeiten, wenn nicht primär die Überwindung der Sprachlosigkeit das Ziel ist. Slesina (a.a.O., S.27f.) charakterisiert die Gesundheitszirkel des Düsseldorfer Modells durch folgende Punkte:
- Sie sind verhältnisorientiert, weil sie Arbeitsbedingungen in Richtung Gesundheit beeinflussen wollen.
- Sie repräsentierten in heterogenen Gruppen alle, die für den Gesundheitsschutz im Betrieb Verantwortung tragen, einschließlich der Betroffenen selbst. Beteiligt sind ein Betriebsrat, der Betriebsleiter, ein Meister, der Betriebsarzt, eine Sicherheitsfachkraft oder ein Ergonom und drei bis fünf Beschäftige (mit der gleichen Anzahl an Vertretern) und ein Moderator. Die Beschäftigten wählen ihre VertreterInnen in den Zirkel.

– Im Zentrum des Gesundheitszirkels steht das Erfahrungswissen der Beschäftigten.
– Der Zirkel ist thematisch offen, soweit es um Arbeitsbedingungen geht.
– Der Zirkel hat eine problemanalysierende und eine für die Lösung ideengenerierende Aufgabe.
– Für die Zusammenarbeit gibt es feste Regeln, zu denen eine strikte Trennung von Sachthemen und Beziehungsproblemen gehört.
– Angestrebt wird ein Konsens über notwendige und realisierbare Änderungen.
– Die Sitzungen werden von einem Moderator oder einer Moderatorin geleitet.

Das Düsseldorfer Modell ist damit noch stärker ein Modell der Partizipation und noch weniger ein Modell des Lernens von Erwachsenen, benutzt aber die Metaplan-Technik, die auch als Methode der Erwachsenenbildung verwendet wird.

Varianten der Modelle unterscheiden sich argumentativ dadurch, ob interne oder externe ModeratorInnen oder ModeratorInnenteams genutzt werden, in der genauen Zusammensetzung der Zirkel, in der Notwendigkeit von Steuerungszirkeln.

Die Gesundheitsförderungskreise des Volkswagen-Werkes zielen ebenfalls darauf ab, das Erfahrungs- und Veränderungswissen der MitarbeiterInnen zu nutzen und dieses Wissen mit den Kenntnissen der betrieblichen Experten zusammenzuführen. Gesundheitsförderungskreise, sie bestehen aus maximal fünfzehn TeilnehmerInnen, von denen maximal sechs MitarbeiterInnen und maximal zwei Meister sind, sollen nach Brandenburg (1993a, S.81) nicht die Dominanz der Experten durch die Betroffenen ersetzen, es geht ihm nicht um ein Entweder-Oder, sondern um ein Sowohl-als-auch. Er bezieht sich ausdrücklich auf das transaktionale Streßkonzept nach Lazarus (Lazarus, 1966; nach Brandenburg, 1993a, S.82) und geht davon aus, daß Gesundheitsförderungskreise zu einer Erhöhung der Handlungskompetenz führen. Insofern sind sie organisierte Lernprozesse.

Das Gesundheitscoaching-Konzept geht von Zirkeln mit TeilnehmerInnen aus einer Hierarchieebene aus, was es ermöglicht, daß sich die Teilnehmenden „öffnen" können, um ihre Sprachlosigkeit zu überwinden. Neben den Zirkeln gibt es einen Kontaktausschuß, der hierarchieübergreifend besetzt ist. Das Coaching-Konzept hat einen individuumzentrierten Teil, der „konzentrierte Gelassenheit" und „kreative sozia-

le Handlungskompetenz“ zur Streßbewältigung fördern will (Lieneke/ Westermayer, 1993, S.91). Im Verlauf der Zirkel, die in fünf Phasen strukturiert sind, werden die Teilnehmenden zunächst mit Methoden zum Erwerb der genannten Haltungen vertraut gemacht. Es geht um Möglichkeiten der Streßbewältigung auch mit Hilfe von Entspannungstechniken, Rollenspielen etc. In diesem Konzept wird entsprechend recht eng mit Methoden der Erwachsenenbildung gearbeitet, strukturelle Differenzen zu einem Konzept der Bildungsarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung[7] sind nicht mehr vorhanden.
Die professionelle Haltung, die für ModeratorInnen von Gesundheitszirkeln beschrieben wird, läßt sich gemäß der auch für die Texte aus dem Volkshochschulkontext genutzten Methode des Generalisierens, Paraphrasierens, Reduzierens und Fokussierens so zusammenfassen:[8]

- Die Regeln der Zusammenarbeit in den Gesundheitszirkeln werden von ModeratorInnen erläutert und verbindlich vereinbart. Es ist sehr wichtig, die Anforderungen zu definieren, um ihnen und der Gruppe Sicherheit zu geben.
- Die Gruppe löst ihr Problem selbst, die ModeratorInnen unterstützen bei der Lösung. Sie bewahren Neutralität, auch außerhalb der Zirkel. Immer wieder werden sie als ExpertInnen gesehen, die das Problem übernehmen und lösen sollen. Gleichzeitig wird von der Gruppe Expertenrat in Frage gestellt, gut gemeinte Ratschläge werden schnell abgeblockt. Fachwissen ist notwendig, wenn es darum geht, sprachungewohnte MitarbeiterInnen verbal zu unterstützen. Reines Moderationswissen reicht nicht aus.
- Die ModeratorInnen führen in die Kommunikation ein und erläutern sie theoretisch und praktisch. Gemeinsam mit den Teilnehmenden muß kognitiv erarbeitet werden, daß auch Gefühle zu Gesundheitsbedingungen gehören. Sie helfen durch Inputs, daß die Gruppe Mechanismen und gruppendynamische Prozesse versteht und gestaltet. Sie leiten mit Vertrauens- und Erklärungsarbeit so, daß ein angstreduzierter Raum entsteht.
- Die Funktion der ModeratorInnen besteht darin, vorhandene, aber nicht ausreichend genutzte Fähigkeiten von MitarbeiterInnen zu trainieren und die dafür notwendigen Bedingungen aufzuzeigen und zu entwickeln. Ihre Aufgabe ist es, Bewältigungsressourcen zu stärken. Die ModeratorInnen haben die Möglichkeit, Lernprozesse auszulösen und verändertes Verhalten zu beobachten. Eine sehr wichtige Aufgabe ist es, die Teilnehmenden in Kontakt mit ihrer eigenen

Sprachlosigkeit und Resignation zu bringen. Sie müssen sie ermutigen, die Themen offen und direkt anzusprechen. Dies geschieht in der Regel außerhalb des Zirkels, in Einzelgesprächen, die bewußt gesucht werden, in schwierigen Fällen aber auch im Zirkel. Aufgrund des entstandenen Vertrauensverhältnisses ist so eine noch offenere Rückmeldung über Veränderungen möglich.
- ModeratorInnen unterliegen der Schweigepflicht gegenüber Außenstehenden. Sie achten auf die Information und Kommunikation zu den Entscheidungsträgern. Der Abschlußbericht wird von ihnen erstellt.
- Einige TeilnehmerInnen können zu ModeratorInnen ausgebildet werden, wenn sie aufgrund ihrer Funktion Neutralität wahren können.

Ein Vergleich dieser veranschaulichenden Beschreibung mit den theoretisch zuvor entworfenen Modellen zeigt schon sprachlich Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Differenzschemata Mangel/Fähigkeiten, Neutralität/Parteilichkeit und Ermöglichen/Gestalten, wobei der Gestaltungsaspekt hinsichtlich der Vertrauensbildung und der gruppendynamischen Aspekte besonders betont wird, allerdings nicht in allen Texten und Modellen gleichermaßen. Auch die Differenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung taucht in einer aus Texten der Gesundheitsbildung schon bekannten Beschreibung neu auf. Das Differenzschema Achtung/Mißachtung ist über die Einführung der Gruppenregeln einerseits und die Achtung vor den Gefühlen, Aussagen, Lösungen der Personen andererseits genauso dargestellt, wie dies in den Texten der Gesundheitsbildung und in den theoretischen Modellen bereits erfolgt ist. Die Neutralität gegenüber verschiedenen Lösungen bekommt im Kontext der systemischen Arbeit im Betrieb eine besondere Relevanz und wird hier stärker betont. Die Differenz von Mangel (auf uns und unsere Probleme wird nicht gehört) und Kompetenz (wir sind die Experten für unsere Arbeitsplätze) wird deutlich.

Ein Unterschied gegenüber den Modellen der Erwachsenenbildung zeigt sich aufgrund des organisatorischen Rahmens hinsichtlich der Protokollführung und Information zu den Entscheidungsträgern. Nicht sicher ist hier, ob das Moderationsteam diese Informationspflicht tatsächlich selbst wahrnehmen soll oder nur dafür Sorge trägt, daß dieser Kommunikationszusammenhang nicht vergessen wird. Im Sinne einer Kommunikationsverbesserung wäre der zweite Weg sicherlich vorzuziehen. Möglicherweise bestehen hier zwischen den Modellen auch Unterschiede.

Ein deutlicher Funktionsunterschied zur Erwachsenenbildung besteht hinsichtlich der Gespräche zwischen den Sitzungen. Hier ist es eindeutig nicht Aufgabe der ModeratorInnen, KursleiterInnen oder DozentInnen, Einzelgespräche zu suchen. Diese strikte Trennung läßt sich allerdings in der Praxis in Modellen aufsuchender Bildungsarbeit nicht realisieren. Möglicherweise besteht an dieser Stelle zwischen aufsuchender Bildungsarbeit und betrieblicher Gesundheitsförderung eine Parallele, die die Grenzen zwischen Erwachsenenbildung und sozialpädagogischer Betreuungsarbeit verschwimmen läßt und Anlaß zum Nachdenken über eine Reorganisation von Erwachsenenbildung in ihrer institutionalisierten Form sein könnte.
Interessant ist eine Art Belastungstest von ModeratorInnen durch Teilnehmende, der in einem Modellprojekt beschrieben wurde (Rieleit, 1993, S.199). ModeratorInnen eines Gesundheitszirkels (nach dem Berliner Modell) berichten von einer offensichtlich ambivalenten Haltung, die Teilnehmende zum Ausdruck brachten. Die ModeratorInnen wurden einem Test hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit unterzogen, indem nur unter Vorbehalt mitgearbeitet wurde, Kritik an Arbeitsbedingungen in Form von Witzen und Bildern geäußert wurden. Am zweiten Tag erklärte der Sprecher der Gruppe dann, daß man sich entschieden habe, das Team nicht auflaufen zu lassen, sondern ernsthaft mitzuarbeiten. Der Test war bestanden. Interessant ist an diesem Beispiel, das sich so oder anders in der Erwachsenenbildung möglicherweise ebenfalls finden ließe, das scheinbare Paradox, daß der Beweis, entgegen der lebensgeschichtlich entstandenen Konstrukte der Teilnehmenden dadurch erbracht werden mußte, daß offensichtlich witzige und komische, also nicht ernst gemeinte Bilder als ernst akzeptiert wurden. Bevor überhaupt Lernen möglich wurde, mußte Lernen im Umgang miteinander, in der Haltung der ModeratorInnen gegenüber den Teilnehmenden stattfinden. Dies führt zurück zur Behauptung von Simon (1995c), daß die Art des Umgangs miteinander der eigentliche Lehrinhalt ist. Für das Berliner Modell betrieblicher Gesundheitsförderung, das Kommunikation zum zentralen Inhalt betrieblicher Gesundheitsförderung erklärt, trifft dies in besonderem Maß zu.
Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die professionelle Haltung der ModeratorInnen von Gesundheitszirkeln dem theoretisch entwikkelten Konzept der Haltung von KursleiterInnen entspricht. Das benötigte Fachwissen (hier über betriebliche Zusammenhänge) unterscheidet sich, die Haltung der Gelassenheit unterscheidet sich nicht. Er-

wachsenenbildung und systemisches Arbeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung können hier voneinander lernen.

4. Spuren in der Bildungspraxis

Gäbe es in der Bildungspraxis nichts mehr zu verbessern oder, neutraler formuliert, zu verändern, wäre es wenig sinnvoll, sich theoretisch mit dieser Praxis zu beschäftigen. Andererseits kann eine Theorie nur dann in der Praxis auf fruchtbaren Boden treffen, wenn sie anschlußfähig ist, wenn das Handeln, das sie beschreibt, in der Driftzone möglichen Handelns liegt. Die Spurensuche hat gezeigt, daß zwar nicht unbedingt alle Aspekte, die in der Haltung der Gelassenheit mit dem Ziel, Möglichkeiten zu erweitern, zusammengefaßt sind, in Praxismodellen verwirklicht sind, aber daß bisherige Beschreibungen von verwirklichter oder erwünschter Praxis genügend Berührungspunkte zu den theoretischen Beschreibungen ergeben, daß eine Anschlußfähigkeit der theoretischen Modelle in der Praxis angenommen werden kann.
Behauptet wird, daß moderne Gesundheitsbildung ohne den beschriebenen Umgang mit den Differenzen Achtung/Mißachtung, Mangel/Kompetenzen, Gestalten/Ermöglichen, Flexibilität/Kontinuität und der aus der Praxisperspektive neu hinzu gekommenen Differenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung nicht mehr auskommen kann und daß sie die Differenz gesund/krank als für das Lernen nicht relevante Differenz weitgehend aufgegeben hat. In der Differenz Selbstbestimmung/Fremdbestimmung hat sie eine klare Position eingenommen.
Behauptet wird weiter, daß die Differenz Neutralität/Parteilichkeit in dem Maße an Bedeutung gewinnt, wie sich systemische Sichtweisen von Lernen, systemische Arbeitsweisen im Lernen durchzusetzen beginnen. Wenn das Neue an Gesundheitsförderung der Setting-Ansatz ist, dann wäre perspektivisch das Neue an einer Haltung der Gelassenheit im professionellen Handeln von KursleiterInnen die Differenz Neutralität/Parteilichkeit. Dieser These empirisch nachzugehen wäre lohnenswert. Eine konkretere Übertragung dieser Differenz vom therapeutischen Kontext in die Bildungsarbeit stünde an.
Wenn so das Ziel einer Professionalisierung von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung beschrieben sein könnte, ist damit allerdings noch nicht beschrieben, welche Wege die Vermittlung dieser Professionalität sinnvoll gehen könnte.

Anmerkungen

[1] Mayring entwickelt ein Verfahren zur standardisierten qualitativen Analyse von Texten, mit einer sehr aufwendigen Arbeitsweise, deren konsequente Anwendung nicht im Verhältnis zu den angestrebten Ergebnissen stehen würde. Die wesentlichen Auswertungsschritte wurden aber wie beschrieben beibehalten.

[2] Die Geschichten sind unverändert wiedergegeben, hinzugefügt wurde der jeweilige Titel.

[3] Bähr, 1993; Bieling u.a., 1993; Blättner, 1994a; Brandenburg, 1990, 1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b; Demmer, 1993a, 1993b; von Ferber/von Ferber, 1991; Flathmann et. al, 1993; Friczewski, 1988, 1993a, 1993b, 1993c; Friczewski u.a., 1990a, 1990b, 1993a, 1993b; Klauk/Ridder, 1993; Kliczink, 1993; Kopp, 1993; Lieneke/Westermayer, 1993; Peine, 1993; Rosenbrock, 1993a; Schröer, 1992; Schröer/Sochert, 1990; Slesina, 1987, 1990, 1992, 1993; Slesina u.a., 1990; Sochert/Beuels, 1988; Westermayer/Bähr, 1993; Westermayer/Liebing, 1992.

[4] Flathmann u.a., 1993, S. 157ff.; Friczewski, 1988; Friczewski, 1993b, S.123ff.; Friczewski, 1993c, S.14ff.; Friczewski u.a., 1990a, 1990b, 1990c; Friczewski u.a., 1993a, S.72ff.; Friczewski u.a., 1993, S.157ff.

[5] Bähr, 1993, S. 46ff.; Klauk/Ridder, 1993, S.128; Müller, 1993, S.144; Peine, 1993, S.134; Schröer, 1992; Schröer/Sochert, 1990; Schröer/Sochert, 1993, S.62ff.; Slesina, 1987, 1990, 1992; Slesina, 1993, S.25ff.; Slesina u.a., 1990.

[6] Friczewski bezieht sich auf von Foerster, wenn er kritisiert, daß in der tayloristischen Produktionsorganisation ein Organisationsmodell einer trivialen Maschine konstruiert wird, in der ein bestimmter input (Anweisung) einen vorhersehbaren Output hervorbringen soll (Friczewski, 1993c, S.19).

[7] Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e.V. und Kaufmännische Krankenkasse KKH 1993–1996

[8] Diese Zusammenfassung erfolgte nach der Veröffentlichung von Westermayr/Bähr (1993). Dazu wurden für alle hierin veröffentlichten Texte Moderation/Aufgabe von ModeratorInnen als zu suchende Kategorie festgelegt. Die o.g. Veröffentlichung wurde deshalb ausgewählt, weil sie die grundlegendste und ausführlichste Darstellung ist, die sich explizit auf Gesundheitszirkel bezieht und die verschiedenen Modelle vergleicht.

V. Ausblick: Professionelles Handeln im System einer Organisation

„Es gibt einen Mangel an konzeptuellem Denken in den Bildungseinrichtungen. Es gibt ein Machen und Tun, Ausführen und Organisieren, aber es wird zu wenig darüber nachgedacht: Wie will ich eigentlich meine Bildungsansätze, wie sehen die aus, wie will ich sie verstehen und wie kann ich mir die Realisierungsansätze vorstellen … Die Crux ist, daß keiner das von ihnen abverlangt. Das ist jedem Träger egal, Hauptsache der Laden funktioniert und bringt Zahlen und Einnahmen, die gewünscht sind. Im Grunde ist es ein Übersoll, das ich erfülle, möglicherweise aus persönlichen Interessen, nicht aus professionellen."
Interviewpartnerin, 1994

Aus einer systemischen Perspektive heraus sind im bisher Gesagten zwei wesentliche Aspekte außer acht gelassen oder nur gelegentlich angedeutet worden, zu denen sich ein weiteres Nachdenken lohnen würde:
Der erste Fragenkomplex betrifft die konsequentere Nutzung sozialer Systeme für den Lernprozeß: Ist es für eine organisierte Erwachsenenbildung sinnvoll, an der Idee des Lernens von Personen festzuhalten, oder wie ließen sich systemische Arbeitsweisen innerhalb organisierter Erwachsenenbildung realisieren? Welche Auswirkungen hätte dies wiederum für das System der Organisation? Welche ethischen Grenzen, z.B. bezüglich des Versuchs einer Intervention in Familien, ergeben sich daraus? Modelle z.B. der betrieblichen Gesundheitsförderung sprechen dafür, daß die Organisation von Lernprozessen sozialer Systeme eine Entwicklung der Zukunft sein könnte. Systemische Sichtweisen – zu denen der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung gehört – machen deutlich, daß Lernen, ob organisiert oder nicht organisiert, innerhalb von sozialen Systemen über die Art des Umgangs miteinander

stattfindet. Unter einer konstruktivistischen Perspektive verstärkt sich diese Tendenz dadurch, daß gerade die Funktion der Gruppe für das Lernen eine neue qualitative Bedeutung bekommt.
Andererseits bedeutet es für die Systeme organisierter Erwachsenenbildung ein erhebliches Umlernen als Organisation, um dies verwirklichen zu können. Insofern wurde dieser Aspekt auch deswegen außer acht gelassen, weil Veränderungen nur innerhalb von Driftzonen möglich sind, die Driftzone der organisierten Erwachsenenbildung hier aber zur Zeit möglicherweise noch nicht weit genug geht. Einsicht in sinnvolle Schritte zur Veränderung nach inhaltlichen Gesichtspunkten und strukturelle Hindernisse in Form von Finanzierungsstrukturen und Arbeitsformen stehen noch in einem zu großen Spannungsfeld.
Ein Beispiel: Für die niedersächsische Erwachsenenbildung, soweit sie vom Land gefördert ist, ist diese Perspektive mit der Novellierung des Erwachsenenbildungsgesetzes seit 1.1.1997 in weitere Ferne gerückt. Betriebsinterne und betriebsorientierte Fortbildungen werden nicht mehr auf den Arbeitsumfang angerechnet und sind damit nicht mehr Grundlage für den Stellenschlüssel. Die Verwirklichung eines Setting-Ansatzes, einer systemischen Sichtweise von Lernprozessen, hätte in der betrieblichen Gesundheitsförderung als betriebsorientierte Bildungsarbeit aber die größten Chancen gehabt. Einrichtungen der Erwachsenenbildung, die, um ihre Personalstellen zu sichern, Sorge tragen müssen, einen großen anrechenbaren Arbeitsumfang zu haben, können sich den Luxus innovativer, arbeitsintensiver Projekte, die nicht angerechnet werden, aber nicht leisten. Damit ist das, was aus gesundheitswissenschaftlicher und aus konstruktivistisch-systemischer Sicht notwendig wäre, aus organisatorischen und finanziellen Gründen unmöglich geworden. Geht man davon aus, daß viele innovative Ansätze der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen in den vergangenen Jahren aus strukturellen Gründen von Niedersachsen mitgetragen wurden und die betriebliche Nähe von Volkshochschulen in Niedersachsen ausgeprägter war als in einigen anderen Bundesländern, bedeutet dies für die Innovationsfähigkeit in Richtung Setting-Ansatz bundesweit eine Schwächung.
Ein zweiter Fragenkomplex ist: In welchem Verhältnis steht das Handeln von KursleiterInnen zu dem sozialen System der Organisation der Erwachsenenbildung? Welche Wechselwirkungen bestehen? Was bedeutet das für das Handeln von FachbereichsleiterInnen? Welche Betreuung bzw. Begleitung von KursleiterInnen wäre notwendig oder

sinnvoll? Wie läßt sich diese innerhalb des Arbeitskontextes von FachbereichsleiterInnen auch in Zeiten von Sparmaßnahmen verwirklichen? Wie läßt sich innerhalb des Systems der organisierten Erwachsenenbildung die Haltung der Gelassenheit an KursleiterInnen vermitteln? Ist die Idee der Vermittlung nicht ein Widerspruch zu dem über das Lernen Gesagten?

Es ließe sich annehmen, eine veränderte professionelle Haltung der KursleiterInnen zur Gesundheit ließe sich dadurch umsetzen, daß FachbereichsleiterInnen sich entscheiden, dies für den richtigen Weg zu halten, dann mit ihren KursleiterInnen darüber sprechen, ihnen eine solche Arbeitsweise auferlegen und daß die KursleiterInnen schließlich die Entscheidung der planenden Ebene aufgreifen und umsetzen. Diese Vorstellung entspräche einer hierarchisch gedachten Struktur, nach der die planende Ebene curricular entscheidet, was vermittelt werden soll, und ein Methodenrepertoire vorgibt, die ausführende Ebene dies methodisch umsetzt und die Teilnehmenden passive oder aktive Objekte des Lerngeschehens sind. Für eine Haltung der Belehrung macht eine solche hierarchische Struktur Sinn: Wissenschaftsnahe Fachexperten erarbeiten curriculare Inhalte. Pädagogische Experten setzen diese Inhalte in Methoden um. Die planende Ebene erhält Material und Anweisungen zur Gestaltung. Die durchführende Ebene wird in das Konzept und seine methodische Umsetzung eingewiesen. KursleiterInnen werden als VermittlerInnen betrachtet, sie setzen dies wie vorgeschrieben um und werden darin von der planenden Ebene kontrolliert. Die Qualität des erfolgten Lernprozesses wird anhand von Verhaltensänderungen der Teilnehmenden gemessen. Zwischen den Fachexperten der Wissenschaft und den teilnehmenden Laien besteht eine durch Wissen bedingte abgestufte Hierarchie. Allerdings läßt sich auch in einer hierarchischen Struktur eine professionelle Haltung nicht erzwingen.

Wenn die professionelle Haltung von einer konstruktivistischen Sicht, von der Selbstbestimmung der Teilnehmenden, einer Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten als Lernziel ausgeht, steht nicht nur die hierarchische Struktur des Wissens in Frage, denn Laienwissen tritt neben Fachexpertenwissen, es steht nicht nur die professionelle Haltung der Vermittelnden in Frage, sondern es muß auch die Frage der „Vermittlung" einer professionellen Haltung neu gestellt werden. Die These ist, daß das, was über das professionelle Handeln von KursleiterInnen gesagt worden ist, auch für alle anderen Ebenen professionel-

len Handelns gilt, besonders für das Handeln von FachbereichsleiterInnen und FortbildungsreferentInnen. Die konsequente Umsetzung des Konzeptes der professionellen Haltung der Gelassenheit müßte auch auf der Ebene der FachbereichsleiterInnen bei der Betreuung von KursleiterInnen Gültigkeit haben. Dies weiter zu entwickeln könnte Gegenstand weiterer Forschungsarbeit sein.
Dieser neuen Form professionellen Handelns von FachbereichsleiterInnen gegenüber KursleiterInnen entsprächen eher Support-Leistungen als Kontrollfunktionen. FachbereichsleiterInnen könnten sich in dieser Hinsicht als MentorInnen eines Bildungsprozesses für KursleiterInnen verstehen. Diese Form der Betreuung entspräche auch den Vorstellungen von Qualitätsmanagement und „Kundenorientierung". Aufgabe von FachbereichsleiterInnen – auch in Zusammenhang mit Qualitätssicherung – wäre dann, einen Interaktionsprozeß zu inszenieren, der Bildung über professionelles Handeln von KursleiterInnen ermöglicht. Auch hier gilt aber: Ohne die Wahrnehmung von Mangel durch die KursleiterInnen selbst wird kein Lernen möglich sein. Lernen wird stattfinden über die Sichtweise auf die Kompetenzen der KursleiterInnen. Die Differenz Achtung/Mißachtung wird neu zu definieren sein. Lösungen lassen sich nicht vorgeben, eine Haltung der Neutralität wird das Ziel einer Erweiterung der Möglichkeiten, professionell als KursleiterIn zu handeln, besser erreichen, und dennoch wird eine Parteilichkeit für Teilnehmende vielleicht nicht verzichtbar und bestimmte Formen des Handeln als KursleiterIn werden auszuschließen sein. Mit Flexibilität, mit Ermöglichen statt Gestalten, mit einer Haltung der Gelassenheit (aber nicht der Gleichgültigkeit) wird vielleicht mehr erreicht werden können als mit zielstrebigem Vorgehen. Neu zu definieren wäre, was dies alles konkret für die Arbeit von FachbereichsleiterInnen bedeuten kann. Eine neue Form professionellen Handelns im Kontakt zu den KursleiterInnen wird in der Praxis von einigen auch gefordert.
Das Modell einer hierarchischen Struktur kann schon deswegen in der Erwachsenenbildung keine Gültigkeit besitzen, weil es feste Weisungsstrukturen voraussetzen würde. Erwachsenenbildung beruht für die Teilnehmenden auf Freiwilligkeit. KursleiterInnen sind nicht an Arbeitsverträge, sondern an Honrorarverträge gebunden, die eher den Charakter freier Werkverträge haben. Sie bieten als Selbständige, nicht als abhängig Beschäftigte, ihre Ideen an, auch wenn sie aus finanziellen Gründen unterschiedlich abhängig oder unabhängig sein können.

Ein hierarchisches Modell war, unabhängig davon, ob es gewollt oder nicht gewollt war, in der Praxis nie Wirklichkeit. Die nichthierarchische Struktur setzt sich auf den unterschiedlichen Ebenen der Erwachsenenbildung, d.h. regional, landesweit, bundesweit fort und wird in der Praxis zumindest bei einigen Betroffenen trotz erkennbarer Nachteile im Prinzip begrüßt.
Schäffter (1994, S.81ff.) erkennt für die Praxis der Erwachsenenbildung eine typische *„Heterarchie von Rückkopplungsschleifen in einem polyzentrischen Geflecht"* und beschreibt die für Erwachsenenbildung typische Struktur vernetzter Systeme trotz möglicher Folgeprobleme als eine kennzeichnende Stärke: *„Lose verkoppelte Systeme bieten einen günstigen Rahmen für Selbstbestimmung und Individualisierung einzelner Bereiche und Akteure"* (Schäffter, 1994, S.86). Möglicherweise könnte sich daraus eine Organisationsstruktur der Erwachsenenbildung begründen lassen, die, ausgehend von den Zielen ihrer Bildungsarbeit, ein solches lose verkoppeltes System gezielt ausbaut und entwickelt. Auch an dieser Stelle ließe sich aber noch weiter forschen.
Die Kursleiterin kommt zur Bildungseinrichtung, weil sie ein Angebot macht, das die Fachbereichsleiterin akzeptiert, oder weil die Fachbereichsleiterin sie gebeten hat, zu diesem Thema ein Angebot zu machen, und die Kursleiterin darauf eingeht. Die Arbeitsbeziehung kann in beiden Fällen neu sein oder schon eine Zeitlang bestehen. Wenn auch klassische Vorstellungen von FachbereichsleiterInnen davon ausgehen, daß diese sich ihre KursleiterInnen suchen und ihnen ein Thema vorschlagen, so spricht der Entstehungsprozeß gerade der Gesundheitsbildung dafür, daß der umgekehrte Weg ebenso wahrscheinlich ist.
Die Gründe einer Kursleiterin, einen Kurs anzubieten, können vielschichtig sein. Denkbare Gründe wären etwa:
– sich unmittelbar durch den Unterricht und indirekt durch Werbung für eine eigene Praxis (Massage, HeilpraktikerIn, Hebamme etc.) eine berufliche Existenz aufbauen zu wollen, entweder haupt- oder nebenberuflich,
– von einem Thema sehr angetan zu sein, ein wichtiges Ziel in der Vermittlung zu verfolgen, aus persönlichen oder überwiegend gesellschaftspolitischen Gründen,
– selbst Erfahrungen zu einem Themenbereich gemacht zu haben, manchmal als Teilnehmende in vergleichbaren Lernprozessen, die man weitergeben will,

– über die Tätigkeit selbst Anerkennung und Kontakt zu finden, sich selbst verwirklichen zu wollen,
– einer beruflichen Tätigkeit (z.B. als Krankengymnastin) noch ein weiteres Element als Ausgleich hinzufügen zu wollen,
– jemandem einen persönlichen Gefallen tun zu wollen oder eine persönliche Bitte nicht abschlagen zu können,
– Lehrerfahrungen sammeln zu wollen,
– anderen Menschen begegnen zu wollen als im Alltag (z.B. nicht nur SchülerInnen oder Studierende unterrichten zu wollen, sondern auch Erwachsene),
– an den Fortbildungen für KursleiterInnen aus eigenen Lerninteressen teilnehmen zu dürfen (KursleiterInnen setzen unter Umständen große Beharrlichkeit und Schläue ein, um dies zu gewährleisten)
– sich mit der Institution oder dem Auftrag der Erwachsenenbildung verbunden zu fühlen.

Wenn eine Kursleiterin mit dem Vorgehen an einer Bildungseinrichtung oder dem durch den/die FachbereichsleiterIn an sie herangetragenen Vorstellungen nicht einverstanden ist, hat sie die Möglichkeit, keine Kurse mehr zu geben, an anderen Einrichtungen zu unterrichten, sich das Vorgehen gefallen zu lassen und weiterzumachen, zu versuchen, sich gegen dieses Vorgehen argumentativ oder auf formellem und informellem Wege zu Wehr zu setzen oder zunächst auf die Vorschläge einzugehen, sie in der Praxis dann aber nicht, oder nur unzureichend, umzusetzen. Dies setzt allerdings voraus, daß sie sich Alternativen vorstellen kann. Wie sie sich entscheidet, wird vermutlich u.a. davon abhängen, wie gebunden sie an die Region und an die Institution ist, wie angewiesen sie ist, ihre Ziele (berufliche Existenz oder inhaltliches Anliegen) auf diesem Wege weiter zu transportieren, wie stark sie sich mit der Institution identifiziert und wie wahrscheinlich ihr Veränderungspotentiale der Institution erscheinen.

Die Kursleiterin setzt viele Bedingungen ihrer Tätigkeit: Sie schlägt Inhalte vor, sie schreibt den Ausschreibungstext, sie führt den Kurs praktisch durch, sie fordert bestimmte Räumlichkeiten und Medienausstattung, sie schlägt die Zeit vor und die Dauer. Lehnt die Institution diese Vorschläge ab, kann die Kursleiterin darauf eingehen, verhandeln, auf formellen und informellen Wegen versuchen, die Entscheidung zu beeinflussen, oder eine Mitarbeit ablehnen. In diesem Aushandlungsprozeß ist die Kursleiterin in einer unterschiedlich guten Position, je nachdem, wie stark ihre eigene Motivation ist, je nach Fle-

xibilität der Institution und je nachdem, wie stark das Motiv der Einrichtung ist, diesen Kurs anzubieten bzw. mit dieser Kursleiterin eine Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Sie kann zusätzlich Konkurrenzen und fehlende Kommunikation auf der planenden Ebene für ihre Interessen nutzen (den Fachbereich wechseln, sich an die Leitung wenden etc.).
Die Kursleiterin kann darüber hinaus informelle Widerstände gegen die institutionellen Anweisungen entwickeln. Sie kann einen Kurs beginnen und abbrechen. Sie kann einen Kurs ausschreiben, ihn dann aber nicht durchführen. Sie kann Inhalte und Methoden benennen und andere Inhalte methodisch anders vermitteln. Die Fachbereichsleiterin ist genauso abhängig von der Kursleiterin, wie die Kursleiterin von der Fachbereichsleiterin abhängig ist. Die Kursleiterin ist in keinem Fall diejenige, die nur Anweisungen entgegennimmt.
Gelungene Zusammenarbeit zwischen Fachbereichsleiterin und Kursleiterin setzt eine gelungene Kommunikation voraus. Dann hat die Kursleiterin grundsätzlich die Möglichkeit, sich in der Kursdurchführung, der Themenwahl, dem methodischen Vorgehen beraten zu lassen, Vorschläge einzubringen, den Fachbereich aktiv mitzugestalten.
Für die Frage, welche Auswirkungen Veränderungen in der professionellen Haltung hier haben können, ist es wichtig, sich zunächst noch einmal zu vergegenwärtigen, daß es die Kursleiterin ist, die den Lernprozeß gestaltet und den unmittelbaren Kontakt zu den Teilnehmenden hat. Eine Kursleiterin, die eine andere professionelle Haltung hat, als die planende Ebene von ihr erwartet, kann in der letzten Konsequenz nur von der Fachbereichsleiterin an der Durchführung weiterer Kurse gehindert werden, andere Instrumente zur Durchsetzung auf autoritärem Wege hat die planende Ebene nicht. Ob die Fachbereichsleiterin dieses Instrument einsetzen würde, hängt wiederum davon ab, wie wichtig ihr dieses Anliegen ist, wie stark sie von anderen, insbesondere von den Teilnehmenden darin unterstützt wird, ob andere KursleiterInnen zur Verfügung stehen, wie wichtig der angebotene Kurs für den Fachbereich ist usw.
Dies bedeutet, daß für die Umsetzung der professionellen Haltung der Gelassenheit, bezogen auf einen Kurs bzw. eine Kursleiterin, folgende Konstellationen im Zusammenspiel von Fachbereichsleitung und Kursleiterin denkbar sind:

– Kursleiterin und Fachbereichsleitung sind sich einig in einer professionellen Haltung der Belehrung. Dabei kann sich sowohl die Kurs-

leiterin wie die Fachbereichsleitung als die Expertin verstehen, die belehrendes Vorgehen den anderen gegenüber rechtfertigt. In der Gesundheitsbildung wird es voraussichtlich überwiegend so sein, daß die Fachbereichsleitung ihre Autorität aus ihrer Funktion und evtl. ihrer pädagogischen Kompetenz ableitet, die Kursleiterin aus ihrer fachlichen Kompetenz. Dies kann von der anderen akzeptiert werden oder auch nicht. Unter der Bedingung, daß die Fachbereichsleitung nicht selbst über umfassende Kompetenzen im Gesundheitsbereich verfügt, wird im Zusammenspiel der beiden eine hierarchische Struktur schwer durchsetzbar sein.

– Kursleiterin und Fachbereichsleitung sind sich einig in einer professionellen Haltung, die eher dem Konzept der Gelassenheit entspricht. Kommunikation auf gleichberechtigter Ebene wäre hier eine der wichtigsten Formen gemeinsamer Planung.
– Die Kursleiterin hat eine professionelle Haltung, die dem Konzept der Gelassenheit entspricht, die Fachbereichsleitung fordert und fördert eine Haltung der Belehrung. Die Kursleiterin kann versuchen, die Vorstellungen der Fachbereichsleitung zu ignorieren – dies kann lange Zeit reibungslos funktionieren, solange sie die Teilnehmenden von ihrer Arbeitsweise überzeugt; sie kann versuchen, die Fachbereichsleitung zu überzeugen; oder sie resigniert; vielleicht fällt auch der Unterschied in den professionellen Haltungen mangels Kommunikation nicht auf. Die Fachbereichsleitung wird trotz unterschiedlicher professioneller Haltungen voraussichtlich solange nicht reagieren, wie sie von der Fachkompetenz der Kursleiterin überzeugt ist. Die Kursleiterin kann in keinem Fall darauf hoffen, in der Weiterentwicklung und praktischen Umsetzung des Konzeptes von der Fachbereichsleitung unterstützt zu werden.
– Die Kursleiterin hat eine professionelle Haltung der Belehrung, die Fachbereichsleitung eine professionelle Haltung der Gelassenheit. Verständnis von Fachkompetenz und institutionelle Hierarchie brauchen sich hier solange nicht zu stören, wie die Kursleiterin die ihr entgegengebrachte Grundhaltung als Respekt vor ihrer Fachkompetenz versteht. In Gesprächen über pädagogische Vorgehensweisen werden beide voraussichtlich solange aneinander vorbei reden, bis der Unterschied in der professionellen Haltung als solcher wahrgenommen wird. Die Fachbereichsleitung kann dann die Zusammenarbeit aufkündigen, resignieren oder versuchen, die Kursleiterin zu überzeugen. Ihre Chancen zu überzeugen liegen in der ei-

genen Umsetzung des Konzeptes der Gelassenheit gegenüber der Kursleiterin.
– Die Fachbereichsleitung ist davon überzeugt, daß die Kursleiterin eine professionelle Haltung der Gelassenheit entwickeln müßte, vermittelt dies aber über ein belehrende Haltung. Die Kursleiterin läßt sich möglicherweise früher oder später davon überzeugen, hat aber kein Modell, kein praktisches Beispiel dessen, wie dies funktionieren soll.

Es fällt auf, daß Dissonanzen in der professionellen Haltung längere Zeit unbemerkt bleiben und möglicherweise später oder an zunächst unerklärlichen Stellen zu Störungen führen können, ein gemeinsames Verständnis einer Haltung der Belehrung aufgrund der besonderen institutionellen und fachbereichsbezogenen Bedingungen aber ebenso Störungen mit sich bringen kann. Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß es am hilfreichsten wäre, wenn Kursleiterin und Fachbereichsleitung sich gemeinsam um die Entwicklung einer professionellen Haltung der Gelassenheit bemühen würden. Dies setzt Kommunikation voraus. Eine konstruktivistisch-systemische Sichtweise von Kommunikation kann so, dies ist die abschließende These, zur Professionalisierung der Gesundheitsbildung insgesamt beitragen.

Literatur

Abel, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebenstile. In: Prävention, H. ??, S.123–128

Abele, Andrea/ Becker, Peter (Hrsg.) (1994): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim

Abholz, Heinz H./Borgers, Dieter/Karmaus, Wilfried/Korporal, Johannes (Hrsg.) (1982): Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin

Abt, Hans Günter (1986): Förderung des Gesundheitsverhaltens in der Gemeinde. In: Silomon, H., u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin, Sozialrecht, Gesundheitsökonomie. Berlin u.a.

Abt, Hans Günter (1987): Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung im Bereich der Erwachsenenbildung. In: Prävention, H. 10, S.80–87

Adelmann, Gerd/Voigt, Ulla (1991): Verkehr und Gesundheit. Was tun mit dem ganzen Verkehr? In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S.29–32

Ajzen, I. (1985): From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl, J./Beckmann, J. (Eds.): Action control: From cognition to behavior, S.11–39. Heidelberg

Ajzen, I. (1988): Attitudes, personality, and behavior. Milton Keynes

Ajzen, I./Fishbein, M. (1980): Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs

Allhoff, P./Flatten, G./Laaser, U. (1993): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Berlin

Allmer, H. (1990): Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie

Alpheis, Hannes (1989): Kontext und Mehrebenenanalyse. Neue Perspektiven für den Netzwerkansatz? In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel, S.145–160. München,

Anders, Bärbel (1987): Regionale Gesundheitstage – Ziele, Durchführung und Erfahrungen. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst

Anders, Bärbel/Birk, Sabine (1987): Mitarbeiterfortbildung in der Gesundheitsbildung. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S.69–73

Angermeyer, Matthias C. (1991): Zuviel Streß. Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.116– 127. Heidelberg

Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress and coping. San Francisco

Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mistery of health. London

Antonovsky, Aaron (1991): Meine Odysee als Stressforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin 17, S.112–130. Berlin

Aquino, Karin/Göpel, Eberhard/Timm, Wolfgang (1993): Methodenwerkstatt. Gesundheitsförderung und Ökologie. Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.), Hannover

Aries, Wolf D. (1978): Gesundheitserziehung an Volkshochschulenin Nordrhein-Westfalen. Gütersloh: VHS, unveröffentlichtes Manuskript
Aries, Wolf D. (1979): Aspekte zur Frage gesundheitlicher Bildung an Volkshochschulen. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.283–285
Aries, Wolf D. (1989): Gesundheitserziehung als kommunale Aufgabe. In: Der Städtetag, S.459–462
Aries, Wolf D. (1990): Auch Gesundheit will immer wieder neu gelernt sein. Für das Gesundheitstraining sind Zeit und Anleitung nötig – erprobte Curricula liegen inzwischen vor. In: Weiterbildung, H.3, S.30–32
Aries, Wolf D. (1991): Strukturen gesundheitsfördernder Dienstleistungen. Gesundheitsladen – Netzwerk–Gesunde Städte. In: Städte- und Gemeinderat 45/2, S.47–50
Arnold, Rolf (1992): Konstruktion und Interpenetration in der Erwachsenenbildung und ihrer Forschung. In: Hessiche Blätter für Volksbildung, H. 1, S.26–32
Arnold, Rolf (1993a): Gelassenheit als alte-neue Lebenshaltung – eine Gedanken-Collage. In: Lisop, I. (Hrsg.): Die andere Seite. Profile und Liebhabereien gelehrter Männer, S. 109–128. Frankfurt/M.
Arnold, Rolf (1993b): Natur als Vorbild, Frankfurt/M.
Arnold, Rolf (1995a): Luhmann und die Folgen. Vom Nutzen der systemischen Theorie für die Erwachsenenpädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, H.4, S.599–614
Arnold, Rolf (1995b): Neue Systemtheorien und Erwachsenenpädagogik. In: Derichs-Kunstmann, Karin/Faulstich, Peter/Tippelt, Rudolf (Hrsg.): Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. Dokumentation der Jahrestagung der Kommission Erwachsenenbildung der DGfE, S.31–37. Frankfurt/M.
Arnold, Rolf (1995c): Verfälschung der Erwachsenenbildung durch ISO-Illusion und Bildungscontrolling. In: DIE (Hrsg.): Qualität in der Weiterbildung, S.54–59. Frankfurt/M.
Arnold, Rolf/Siebert, Horst (1995): Konstruktivistische Erwachsenenbildung. Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit, Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, Band 4. Hohengehren
Arnold, Rolf/Siebert, Horst (o.J.):Konstruktion und Professionalität in der Erwachsenenbildung – eine Thesendiskussion, unveröffentlichtes Manuskript einer Teleteaching-Veranstaltung im Rahmen des Fernstudiums Erwachsenenbildung an der Universität Kaiserslautern
Asmuth, Sabine (1991): Bewegung, Entspannung und Lockerung – ein Angebot für Frauen. In: Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte, S.159–170. Weinheim, München

Badura, Bernhard (1983): Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis, in: BZgA (Hrsg.): Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, S.29–48. Köln

Badura, Bernhard (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Badura, Bernhard (1991a): Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. Vortrag anläßlich der Einrichtung eines Kollaborationszentrums der WHO und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. In: Die Betriebskrankenkasse, H.12
Badura, Bernhard (Hrsg.) (1991b): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. 2. Auflage, Frankfurt/M.
Badura, Bernhard (1992): Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.43–52. Köln
Badura, Bernhard (1993a): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers ; in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S.20–33. Weinheim, München
Badura, Bernhard (1993b): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S.63–90. Weinheim, Basel
Badura, Bernhard/ von Ferber, Christian (1991): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München
Badura, Bernhard/Müller, Brigitte/Münch, Eckhard (1993): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.3–9. Göttingen, Stuttgart
Badura, Bernhard/Schott, T./Trojan, Alf (1991): Medizinsoziologie und Public Health. In: Schwartz, F. W., u.a. (Hrsg.): Public Health, S. 39–60. Berlin
Badura, Bernhard/Elkeles,Th./Krieger, B./Kammerer, W. (1989): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Stuttgart
Bähr, Bernhard (1993): Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitszirkel als kontinuierlicher Verbesserungsprozeß. In: Westermayer, Gerhard/ Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S. 46–61. Göttingen, Stuttgart
Bals, Thomas (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln
Bandura, A. (1977): Social learning theory. Englewood Cliffs
Bandura, A. (1986): Social fundations of thought and action. Englewood Cliffs
Bandura, A. (1990): Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Medienpsychologie, H.2, S. 23–43
Bandura, A./Walters, R.H. (1963): Adolescent aggression. New York
Bartholomeyczik, Sabine (1982): Belastende und protektive Faktoren am Beispiel des Vergleichs erwerbstätiger mit nicht erwerbstätigen Frauen. In: Abholz u.a.: Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse, S.169–180. Berlin
Bartholomeyczik, Sabine (Hrsg.) (1988): Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen. Berlin

Bastine, R. (Hrsg.) (1992): Klinische Psychologie, Band 2: Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention. Stuttgart
Bateson, Gregory (1969): Metalog: Was ist ein Instinkt? In: Bateson, Gregory (1981): Ökologie des Geistes, S.73-95. Frankfurt/M.
Bateson, Gregory (1985): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/M.
Baumrind, D. (1967): Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. In: Genetic Psychology Monographs, S.43-88
Baumrind, D. (1971): Current patterns of parental authority. In: Developmental Psychology Monographs, S.1-103
Baumrind, D. (1975): Early socialization and the discipline controversy. Morristown
Becker, M.H. (1974): The health belief model and personal health behavior. Thorofore
Becker, Peter (1988): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: zwei replizierbare, varianzstarke Persönlichkeitsfaktoren. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Therapie, H. 9, S.13-28
Becker, Peter (1990): Prävention. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Becker, Peter (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.91-108. Köln
Becker, Peter (1995): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung. Göttingen u.a.
Becker, W.C. (1964): Consequences of different kinds of parental discipline. In: Hoffmann, M. L./Hoffmann, L. W. (Eds.): Review of child development research, Vol. 1, S.169-208. New York
Bedenbecker-Busch, Mechthild/Bolg, Ulla/Ritz-Schulte, Gundula (1987): Gesundheitsbildung als Weg zur Selbsthilfe – Beispiel: Förderung der Selbstheilungskräfte durch Entspannung – Beispiel: Was tun bei Kopfschmerzen. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S.45-52
Behrendt, Jörn-Uwe (1992): Gesundheits-und Umweltbildung. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S.213-228. Frankfurt/M.
Behrsing, Wolfgang (1993): Teilnehmerorientierung. In: 1. VHS-Forum Nord, S.1, Bl.14-20
Bengel, Jürgen (1992): Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Risikoverhalten. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.69-90. Köln
Bengel, Jürgen/Belz-Merk, M. (1990): Subjektive Gesundheitskonzepte. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Berger, Wilhelm (Hrsg.) (1991): Zukunft der Weiterbildung. Versuche, Probleme, Alternativen in Österreich. München

Berkling, J./Krasemann, E. O. (1990): Beeinflußt Gesundheitswisssen das Verhalten? In: Öffentliches Gesundheitswesens, S. 580–584
von Berlepsch-Valendas, H. (1928): Die Aufgabe der Gymnastik in der Volksbildung. In: Freie Volksbildung, S.244–253
Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie, S.452–462
Bieling, Harald/Klauk, Jürgen B./Pauwels, Armin/Ridder, Thomas/Willsch, Winfried (1993): Gesundheitszirkel als Teil einer ganzheitlichen Stategie zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.100–114. Göttingen, Stuttgart
Bielser, Marco (1987a): Entwicklung eines Programmbereichs Gesundheit und Umwelt. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S. 39–44
Bielser, Marco (1987b): Zum Selbstverständnis der Erwachsenenbildung zwischen Beratung und Therapie. in: Irrwege – Auswege – Wege. Wissenschaft und Berufserfahrung, S. 86–103. Bad Heilbrunn
Blättner, Beate (1990): Initiativen der Gesundheitsbildung aufgezeigt am Beispiel niedersächsischer Volkshochschulen. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Gesundheitschule VHS – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? S.57–66. Hannover
Blättner, Beate (1991): Stärkt oder schwächt die Gesundheitsbildung Frauen? In: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.): Gesundheitsbildung – Angelegenheit von Frauen? S. 9–27. Soest
Blättner, Beate (1992a): Auf der Suche nach frauenfreundlichen Heilweisen. In: Sonntag, Ute/Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit, S.117–126. Oldenburg
Blättner, Beate (Hrsg.) (1992b): Körpererleben, Bewegung, Entspannung. VHS-Kurspraxis. Teilnehmermaterialien zum Lehrgang Gesundheitsberaterin. Hannover: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens
Blättner, Beate (1993a): Entwicklungen einer Gesundheitsbildung von und für Frauen. In: VHS Kurs-und Lehrgangsdienst 40. Lieferung, S.27–35
Blättner, Beate (1993b): Machtmißbrauch in der Gesundheitsbildung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung, S.7–11. Hannover
Blättner, Beate (1993c): Wie geschlechtsspezifisch ist die Gesundheitsbildung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung, S.42–47. Hannover
Blättner, Beate (1993d): Wie politisch sind Frauen in der Gesundheitsbildung? Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: Dokumentation der Fachtagung „Tief durchatmen". Weibliche Lebenswelten – Weibliche Gesundheit. Unveröffentlichtes Manuskript des Niedersächsischen Frauenministeriums. Hannover
Blättner, Beate (1994a): Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung – aktueller Stand der Diskussion. Literaturrecherche zur Vorbereitung des Kongresses „anders leben lernen". Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung,.VHS Hamburg/DIE

Blättner, Beate (1994b): Vom Fachbereich zum Projekt. Komplexe Themen und vernetzte Bildungsangebote in der Volkshochschule. In: Hagedorn, Friedrich/Jungk, Sabine/Lohmann, Mechthild/Meyer, Heinz H. (Hrsg.): Anders Arbeiten in Bildung und Kultur. Kooperation und Vernetzung als soziales Kapital, S.93–108. Weinheim, Basel

Blättner, Beate (1994c): Was bedeutet Sarah L. Hoglands Buch „Die Revolution der Moral" für psychosoziale Arbeit? In: Arnold, Eva/Sonntag, Ute (Hrsg.): Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. Beiträge zur Diskussion, S.31–45. Tübingen: dgvt

Blättner, Beate (1995a): Abhängigkeit und Autonomie: Wie kann in der Erwachsenenbildung Übergriffen vorgebeugt werden? In: Sonntag, Ute, u.a. (Hrsg.): Übergriffe und Machtmißbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phänomene – Strukturen – Hintergründe, S.131–158. Tübingen: dgvt

Blättner, Beate (1995b): Anforderungen an die Gesundheitsbildung – Herausforderungen für die Erwachsenenbildung. In: eb Berichte und Informationen der Erwachsenenbildung in Niedersachsen 1995, H.2, S.3–5

Blättner, Beate (1995c): Qualitätsmanagement als Aufgabe pädagogischer MitarbeiterInnen an Volkshochschulen aus Sicht der Gesundheitsbildung. In: DIE (Hrsg): Qualität in der Erwachsenenbildung. S.64–70. Frankfurt/M.: DIE

Blättner, Beate (1997): Sich annehmen – abnehmen. Ein Kurskonzept der Volkshochschulen. In: Koddenberg, Kurt/Papankort, Ulrich (Hrsg.). Gesundheit in der Weiterbildung. Erkenntnisse, Erfahrungen, Empfehlungen zur Gesundheitsbildung, S. 56–71. Bonn: KEB

Blättner, Beate/Borkel, Anette/Venth, Angela (Hrsg.) (1996): anders leben lernen. Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: DIE

Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Tübingen, Neuauflage 1988

Bleuler, E. (1916): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, 12. Auflage 1972

Bobzien, Monika (1993): Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 1993, H.2, S.46–49

Bobzien, Monika/Stark, Wolfgang (1991): Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In: Balke, Klaus/Thiel, Wolfgang (Hrsg.): Jenseits des Helfens, S. 169–187. Freiburg

Boensch, Manfred (1984): Moderatoren statt Meister. Skizze einer adressatenorientierten Didaktik. In: Animation 1984, H.5, S.284–286

Boese, Reimund/Schiepek, Günter (1989): Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch.

Bögle, Reinhard (1988): Irrationalität im Bereich Gesundheitsbildung. Pädagogische Anmerkungen. In: Das Forum, H.2, S.32–33

Bohr, Manfred (1990): Zur Zusammenarbeit von Volkshochschulen und Krankenkassen aus Sicht der Betriebskrankenkassen. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS" – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? S.86–90. Hannover

Borchert, H./Collatz, J. (1992): Empirische Analysen zu weiblichen Lebenssituationen und Gesundheit. In: Bruederl, Leokadia/Paetzold, Bettina (Hrsg.): Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Weinheim, München
Borkenau, P. (1988): The multiple classification of acts and the Big Five factors. In: Journal of Research in Personality, S.337–352
Brandenburg, Uwe (1990): Streßprävention durch betriebliche Gesundheitszirkel. In: Personalführung, S.442–448
Brandenburg, Uwe (1991a): Gesundheitszirkel im Betrieb. Konzept – Ziele – Erfahrungen. In: ErgoMed, S. 158–163
Brandenburg, Uwe (1991b): Gesundheitszirkel in der Volkswagen AG – Konzept und Erfahrungen. In: Schröer, Alfons, u.a. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel, S.73–86. Essen
Brandenburg, Uwe (1992): Gesundheitsförderung im Betrieb durch Gesundheitszirkel – Konzept und Erfahrungen der Volkswagen AG. In: BZgA (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Konferenzbericht, S.66–68. Tauberbischhofsheim
Brandenburg, Uwe (1993a): Gesundheitsförderungskreise bei Volkswagen. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.80–86. Göttingen, Stuttgart
Brandenburg, Uwe (1993b): Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. Erfahrungen in einer Pilotstudie mit unteren Vorgesetzten. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.115–122. Göttingen, Stuttgart
Brandenburg, Uwe/Kollmeier, H./Kuhn, K./Marschall, E./Oelke, P. (1990): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Erfolge, Defizite, künftige Strategien. Bremerhaven: Bundesanstalt für Arbeitsschutz
Breitwieser, Ulrike (1989): Vom Wissen zum Tun. Erfahrungen aus dem Modellversuch Gesundheitsbildung. In: Politische Bildung, H.11, S.40–45
Breitwieser, Ulrike/Elsigan, Gerhard (1989): Modellversuch Gesundheitsbildung. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S. 263–276. Freiburg
Breloer, Gerhard/Dauber, Heinrich/Tietgens, Hans (1980): Teilnehmerorientierung und Selbststeuerung in der Erwachsenenbildung. Braunschweig
Breyer, Birgit (1990): Entspannungskurse an Weiterbildungseinrichtungen. In: Jahrbuch der Zeitschrift für Humanistische Psychologie, S. 111–115
Brockmann, Anna Dorothea (1992): Gesundheit – selbst fördern und gestalten. In: Sonntag, Ute/Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit, S.127–129. Oldenburg
Broedel, Rainer (1983): Zum Hilfebegriff in der Erwachsenenbildung. In: Volkshochschule im Westen, S.141–144
Brulez, Anne/Tegtmeier, Bärbel (1991): Projekt „Patientenhelferin". Eine Qualifizierungsmaßnahme für Sozialhilfeempfängerinnen aus Medizinalfachberufen. VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S.33–36
Brunner, Hans (1983): Möglichkeiten und Perspektiven von Organisationsentwicklung und teilnehmerorientierter Bildungsarbeit mit Erwachsenen für eine Volks-

hochschulzweigstelle am Beispiel einer Stadtrandsiedlung: Olympisches Dorf Innsbruck. Innsbruck
Bubert, Rudi (1987): Soziale Netzwerke und Gesundheitsförderung. Risiken und Bewältigungsformen von Eltern und Jugendlichen. München
Buchinger, Silvia (1987): Gesundheitsförderung im Rahmen der Erwachsenenbildung, Einheit in der Vielfalt, S.93–98. Baden
Bültemeier, C./Franzkowiak, P./Hildebrandt, H./Wenzel, E. (1984): Gesundheitskonzepte, Umgang mit dem Körper und positive Gesundheitansätze bei 14–20jährigen. Machbarkeitsstudie im Auftrag der BzgA. Köln
Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.) (1988): Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit. Bonn
Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.) (1991): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung im Betrieb. Bonn
Bunzendahl, Iris (1993): Warum eine Gesundheitsbildung für Frauen? In: Landesverband der Volkshochschlen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung, S.12–21. Hannover
Burfeind, Heidrun (1990): Zur Zusammenarbeit von Volkshochschulen und Krankenkassen aus Sicht der VHS Emden. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS" – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? S.84–86. Hannover
Büssenschütt, Antje/Blättner, Beate (1990): Aspekte der Ernährung. VHS- Kurspraxis. Teilnehmermaterialien zum Lehrgang Gesundheitsberaterin. Hannover
BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1992): Aktionsgrundlagen 1990. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland. Teilband Gesundheit. Köln
BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Internationale Konferenz, Köln, 6.–8. Oktober 1991. Tauberbischofsheim

Cize, Jutta (1990): Initiativen zur Selbsthilfe. In: Das Forum, H.4, S.43–46
Cize, Jutta (1994): Selbsthilfegruppen (aus dem Gesundheitsbereich) und VHS-Gesundheitsbildung – neue Perspektiven der Erwachsenenbildung an der VHS. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen – Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS. S.9–11, Berlin,
Cloetta, B./Werner, M./Noak, H. (1992): Gesundheitskurse als Interventionen in Betrieben. In: Öffentliches Gesundheitswesens, S. 691–695
Conrad, Günter (1993): Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO. Ziele, Entwicklungen, Ergebnisse. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S.62–73. Weinheim, München

Conrad, Günter/Schmidt, Werner (1990): Glossar. Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft. Internationale Konferenz, Bonn, 17.–19. Dezember 1990. Tauberbischofsheim

Cordes, Hermann (1993): Gesundheitsförderung im Betrieb aus der Sicht eines Unternehmens. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.249–254. Göttingen, Stuttgart

Costa, P. T. Jr./Widiger, T. A. (Eds.) (1991): Personality disorders and the fivefactor model of personality, Hyattsville: American Psychological Assosiation

Cramer, Friedrich (1994): Chaos und Ordnung in Biologie und Medizin – auf dem Wege zu ganzheitlichem Denken. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S.49–74. Frankfurt/M.

Cramer, Manfred (1989): Umweltkrise und der psychosoziale Bereich. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.71–96. Freiburg

Cramer, Manfred (1992a): Prävention angesichts ökologischer Bedrohungen. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.133–150. Köln

Cramer, Manfred (1992b): Vom Zerfall der Klinischen Psychologie zur Gemeindepsychologie in der Umweltkrise. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S. 61–77. Freiburg

Dahm, Gerwin/Gerhard, Rolf/Graesser, Gernot/Kommer, Albert/Preuss, Volker (1980): Wörterbuch der Weiterbildung. München

Degenhardt, Bodo (1987): Gesundheitswochenende – ein Beispiel komplexer Gesundheitsbildung an Volkshochschulen, In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S. 59–62

Delius, Juan D./Todt, Eberhard (1987): Lernen. In: Deutsches Institut für Fernstudien (Hrsg.): Funkkolleg Psychobiologie, Studieneinheit 16, S.11–68. Weinheim, Basel

Demmer, Hildegard (1993a): Entwicklungsperspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 74–84. Weinheim, München

Demmer, Hildegard (1993b): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben – Einleitung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 120–122. Weinheim, München

Deneke, F.W./Ahrens, S./Bühring, B./Haag, A./Lamparter, U./Richter, R./Stuhr, U. (1987): Wie erleben sich Gesunde? Hamburg

DIE – Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (1996): Statistische Materialien – Landesauswertung Niedersachsen. Frankfurt/M.

DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1994a): Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Frankfurt/M.

DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1994b): Empfehlungen zur Qualifikation von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung. Frankfurt/M.
DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1995a): Empfehlungen zur Kooperation mit Krankenkassen. Frankfurt/M.
DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1995b): Standards zur Raumausstattung für Gesundheitsbildung. Hannover, unveröffentlicht
DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1995c): Standards für Lehrgänge der Qualifizierung von KursleiterInnen in unterschiedlichen Übeverfahren. Hannover, unveröffentlicht
DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1996a): Empfehlungen zum Einsatz von Fragebögen in der Evaluation des Kursangebotes der Gesundheitsbildung. Frankfurt/M.
DIE u.a. – Arbeitskreis der LandesreferentInnen Gesundheitsbildung und des DIE (1996b): Einführungsseminar für KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung. Stuttgart, unveröffentlichtes Manuskript
Dittmann, Rainer (1981): Teilnehmerorientierung auf unterschiedlichen didaktischen Ebenen. Versuch einer Präzisierung eines didaktischen Prinzips. In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung. S.114–126, Bremen
Dittmann, Rainer (1986): Teilnehmerorientierung. In: Psychologie für die Erwachsenenbildung/Weiterbildung, S.540–544. Göttingen
Dlugosch, Gabriele E. (1994a): Gesundheitsberatung. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.222–233. Stuttgart
Dlugosch, Gabriele E. (1994b): Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.101–118. Stuttgart
Dlugosch, Gabriele E./Wottawa, Heinrich (1994): Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.149–167. Stuttgart
Döpke, Christine (1994): Praktische Erfahrungen in der Selbsthilfe-Unterstützung an Volkshochschulen, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen – Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS, S. 13–15. Berlin
Dörry, Gerd (1981): Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Zur psychologischen Bestimmung von Teilnehmerorientierung, Lebensweltorientierung, Zielgruppenorientierung, Alltagsweltorientierung". In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung, S.25–33. Bremen
Dreher, Birgit (1988): Diskussionspapier zur Fachbereichskonferenz Gesundheitsbildung, unveröffentlichtes Manuskript. Hannover, Northeim

Dross, Margret (1991): Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.59–69. Heidelberg
Ducki, Antje/Greiner, Birgit (1990): Gesundheit ist mehr als Beeinträchtigungsfreiheit. Eine handlungstheoretische Betrachtungsweise von Gesundheit. Technische Universität Berlin
Ducki, Antje/Greiner, Birgit (1991): Gesundheit als Prozeß. Berlin: Technische Universität
Ducki, Antje/Greiner, Birgit (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Berlin: Technische Universität
DVV – Deutscher Volkshochschulverband (1966): Stellung und Aufgabe der Volkshochschule. Bonn

Eberl, Waltraud (1990): Erster Hietzinger Gesundheitstag. In: Die Österreichische Volkshochschule, H.156, S.47–49
Eberle, Gudrun (1990): Leitfaden Prävention. St. Augustin: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
Eberlein, Gisela (1961): Ein Beitrag über die Möglichkeit der Gesundheits-Erziehung im Rahmen der Volkshochschule. Köln: Deutsches Gesundheits-Museum/Zentralinstitut für Gesundheitserziehung
Eckert, Andreas (1987): Didaktische und methodische Wege der Gesundheitsbildung. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst, 22, S.37–38
Ehses, Christiane/Kühn, Petra/Wörner, Elge (1988): Eine Woche Zeit für mich – Frauen denken über ihre Gesundheit nach. Auswertung eines Bildungsurlaubsseminars für Frauen mit Kinderbetreuung. In: VHS Kurs und Lehrgangsdienst, 24, S.105–122
Ellinger, Sybille, u.a. (1985): Büroarbeit und Rheuma. Wie Frauen mit Gesundheitsrisiken umgehen. Frankfurt/M.
Ernst, Heiko (1992): Gesund ist, was Spaß macht. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 152–166. Frankfurt/M.
Ersatzkassen (Hrsg.) (1994): Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände: Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach 20 Abs. 3 SGB V vom 14.01.1994, o.O., unveröffentlichtes Manuskript
Essing, Hans-Günther (1988): Gesundheitserziehung in der Erwachsenenbildung. In: Universität Bamberg (Hrsg.): Engagement für die Erwachsenenbildung, S. 179–185. Bamberg
Eysenck, H. J (1991): Personality, stress, and disease: An interactionist perspective. In: Psychological Inquiry, H.2, S.221–232
Eysenck, H. J./Grossart-Maticek, R. (1991): Creation navation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: II. Effects of treatment. London: University, Institute of Psychiatry

Faltermaier, Toni (1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.45–58. Heidelberg
Faltermaier, Toni (1992): Gesundheit in der Gemeinde: Perspektiven einer Gesundheitspraxis und -forschung. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S.249–266. Freiburg
Faltermaier, Toni (1993): Subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit. In: Hohl, J./Reisbeck, G. (Hrsg.): Individuum, Lebenswelt, Gesellschaft, S.313–331. München
Faltermaier, Toni (1994a): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Vom Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim
Faltermaier, Toni (1994b): Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, S.103–120. Weinheim, München
Faltermaier, Toni/Krause Jacob, Marianne/Flick, Uwe/Böhm, Ingrid (1992): Gemeindepsychologisches Handeln: Eine Einführung. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S.9–27. Freiburg
Fehr, Rainer/Kobusch, Adriane-Bettina/Wichmann, Heinz-Erich (1993): Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S.295 –316. Weinheim, Basel
Ferber, Christian von (1991): Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Forschungsverbund „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe". In: Schwartz, F. W./Badura, B./Brecht, J.G./Hofmann, W./Jöckel, K.-H./Trojan, A. (Hrsg.): Public health, S. 449–454. Berlin
Ferber, Christian von (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Psychomed, H.4 , S.269–273
Ferber, Christian von/Ferber, L. von (1991): Gesundheitszirkel – eine Strategie zur Gesundheitsförderung am Arbeitplatz. In: Sozialer Fortschritt, H.12, S.112–123
Festinger, Lione (1957): A theory of cognitive dissonance. Stanford
Fidler, A. H./Calkins, D. R./Fuentes, E. G. (1992): Gesundheitsförderung und „Wellness" – Programme in privaten korporativen Unternehmen. Probleme transnationaler und -kultureller Übertragbarkeit. In: Öffentliches Gesundheitswesens. S.451–459
Fischer, Georg (1981): Erwachsenenbildung im Faschismus. Eine historisch-kritische Untersuchung über die Stellung und Funktion der Erwachsenenbildung zwischen 1930 und 1945. Bernsheim
Fischer, Manfred (1994): Gesundheitspsychologie: Die ökopsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.88–100. Stuttgart

Fishbein, M./Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading
Fittkau, B. (1969): Dimensionen des Lehrerverhaltens und ihre Bedeutung für die Auslösung von Angst und Sympathie bei Schülern. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, H.1, S.77–92
Flathmann, Harald/Friczewski, Franz/Limberg, Joachim (1993): Gesundheitszirkel im Lüneburger Eisenwerk. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.150–156. Göttingen, Stuttgart
Flick, Uwe (Hrsg.) (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg
Flick, Uwe (1992): Von der Gemeinde in den Köpfen zur Gemeinde im Handeln. Zur sozialen Repräsentation und Konstruktion von Gemeindenähe. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S. 218–233. Freiburg
von Foerster, Heinz (1977): Gegenstände: greifbare Symbole für (Eigen)Verhalten. In: von Foerster, Heinz (1985): Sicht und Einsicht, S.207–216. Braunschweig
von Foerster, Heinz (1985): Sicht und Einsicht. Braunschweig
von Foerster, Heinz (1993): KybernEthik. Berlin
Franke, Alexa/Broda, M. (1993): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen
von Franken, Paul (1930): Vom Werden einer neuen Kultur. Aufgaben der Arbeiterkultur und Sportorganisationen. Berlin
Franz, Heinz-Jürgen (1987): Streß, Coping und Soziale Unterstützung. Neuere Ansätze und Konzepte zur Bewältigung von gesundheitsgefährdenden Belastungen. Weingarten: Pädagogische Hochschule
Franz, Heinz-Jürgen (1988): Gesundheitsförderung durch soziale Unterstützung – Anmerkungen zu einem neuen Konzept in der Gesundheitsforschung. In: Prävention, H.2, S.46–49
Franzkowiak, Peter (1986): Was verstehen Jugendliche heute unter „Gesundheit" und „gesund leben"? In: Blätter der Wohlfahrtspflege, H.2, S.33–35
Franzkowiak, Peter (1992): Risikofaktoren und das <prinzipiell richtige> Leben – Kritische Anmerkungen zum Konzept und einigen ethischen Problemen der Verhaltensprävention. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 252–265. Frankfurt/M.
Franzkowiak, Peter/Wenzel, Eberhard (1985): Die Gesundheitserziehung im Übergang zur Gesundheitsförderung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, H.2, S.240–256
Frese, Michael (1989): Ressourcen: ein zentrales Mittel beim Umgang mit Streß. In: Kaplun, A./Wenzel, E.R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S. 79–91. Hamburg
Friczewski, Franz (1982): Arbeitsbelastungen und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt/M.
Friczewski, Franz (1988): Sozialökologie des Herzinfarktes. Berlin
Friczewski, Franz (1993a): Arbeit mit Gesundheitszirkeln in den Projekten des AOK-

Landesverbandes Niedersachsen. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage „Gemeinsam Gesundheit fördern", S. 103–107. Osnabrück
Friczewski, Franz (1993b): Das Volkswagen-Gesundheitszirkelprojekt. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.123–127. Göttingen, Stuttgart
Friczewski, Franz (1993c): Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz". In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.14–24. Göttingen, Stuttgart
Friczewski, Franz/Brandenburg, Uwe/Jenewein, R./Lieneke, A./Schiwon-Spieß, L./Westermayer, Gerhard (1990a): Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädigendem Streß am Arbeitsplatz. Ein Erfahrungsbericht. In: Brandenburg, Uwe, u.a. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, TB 51, S.290–314. Bremerhaven
Friczewski, Franz/Jenewein, R./Lieneke, Armin/Schiwon, l./Westermayer, Gerhard/Brandenburg, Uwe (1990b): Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. In: Brandenburg, Uwe, u.a. (Hrsg.): Prävention im Betrieb, S.107–119. München
Friczewski, Franz/Jenewein, R./Westermayer, Gerhard (1990c): Betriebliche Gesundheitszirkel, Forschungsbericht an das BMFT. Berlin
Friczewski, Franz/Flathmann, Harald/Görres, Hans- Joachim (1993a): Arbeit mit Gesundheitszirkeln in den Projekten des AOK- Landesverbandes Niedersachsen. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.72–79. Göttingen, Stuttgart
Friczewski, Franz/Görres, Hans-Joachim (1993b): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bei ITT TEVES, Werk Gifhorn. Ein Modellprojekt des AOK-Landesverbandes Niedersachsen. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.157–168. Göttingen, Stuttgart
Friedman, M./Rosenman, R.H. (1974): Type A behaviour and your heart. New York
Friedrich, Waltraud (1989): Wie lehrt und lernt man Gesundheit? Bielefeld: Universität
Fuss, Reinhard/Stark, Wolfgang (1988): Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. Ausblicke in die Zukunft. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung, S.210–226. München

Gamm, Hans-Jochen. (1970): Kritische Schule. Eine Streitschrift für die Emanzipation von Lehrern und Schülern. München
Gawor, Heike/Kettler, Angela/Knäbchen, Sieglinde (1993): „Sich annehmen – abnehmen." Ein Beispiel für künftige integrative Konzepte der Gesundheitsbildung aus Frauensicht. In: VHS Kurs-und Lehrgangsdienst 40. Lieferung, S. 35–49
Geißler, Karlheinz A. (1982): Mehr Mitbestimmung in der Erwachsenenbildung durch ein offenes Unterrichtskonzept. In: Erwachsenenbildung in Österreich, H.33, S.2–5

Gerstadt, Jutta (1983): Teilnehmerorientierung in der Erwachsenenbildung. In: Erwachsenenbildung, H.1, S.39–40
Giesert, Marianne/Höfle, Margit (1991): Gewerkschaftliche Bildungsarbeit im Bereich „Arbeit und Gesundheit". In: WSI-Mitteilungen, H.9, S.18–19
von Glasersfeld, Ernst (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, Paul (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit, S.16–38. München
von Glasersfeld, Ernst (1985): Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Gumin/ Meier, 1992, S.9–39. In: Carl-Friedrich von Siemens-Stiftung (Hrsg.): Einführung in den Konstruktivismus, S.1–26. Oldenburg
von Glasersfeld, Ernst (1987): Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Arbeiten zum radikalen Konstruktivismus. Braunschweig
von Glasersfeld, Ernst (1990): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, Paul (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus, 6. Auflage, S.16–38, München
von Glasersfeld, Ernst (1992): Aspekte des Konstruktivismus. In: Rusch, G./Schmidt, S.J. (Hrsg.): Konstruktivismus: Geschichte und Anwendung, S.20ff. Frankfurt/M.
Gleisner, Martin (1928): Volksbildung und Tanz. In: Freie Volksbildung, S.17–25
Gleisner, Martin (1929): Die Aufgabe des Tanzes in der Volksbildung. Eine Entgegnung auf den Aufsatz von Berlepsch: Die Aufgaben der Gymnastik in der Volksbildung. In: Freie Volksbildung, S.106–111
Gochman, D.S. (Eds.) (1988): Health behaviour – emerging research perspectives. New York
Göckenjan, Gerd (1987): Gesundheit, Ärzte, Staat – Ein Überblick. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S.19–29. Bad Heilbrunn
Göckenjan, Gerd (1991): Stichwort: Gesundheit. In: Deppe, H.U./Friedrich, H./ Müller, R. (Hrsg.): Öffentliche Gesundheit – Public Health. Frankfurt/M.
Göckenjan, Gerd (1992): Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren?. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 40–49. Frankfurt/M.
Goldberg, L. R. (1992): The development of markers of the Big-Five factor structure. In: Psychological Assessment, H.4, S.26–42
Göpel, Eberhard (1988): Gesundheit ist mehr. Selbsthilfe im Gesundheitswesen. In: Bauer, Rudolph , u.a.: Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung, S. 190–209. München
Göpel, Eberhard (1990a): Wie lebt das Leben? Lebensmodelle und ihre methodischen Konsequenzen für die Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit, S.7–49. Oldenburg
Göpel, Eberhard (1990b): Zielsetzung und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS" – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? S. 67–82. Hannover
Göpel, Eberhard (1992): Prävention und Partizipation: der Wandel von einem patriarchischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung. In:

Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.35–42. Köln
Göpel, Eberhard (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen – Einleitung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 286–297. Weinheim, München
Göpel, Eberhard (1994a): Reflexionen über Zielsetzungen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S. 267–278. Frankfurt/M.
Göpel, Eberhard (1994b): Leitideen des Kurses Gesundheitsförderung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Kurs Gesundheitsförderung. Ideen eines Projektes und seine Evaluation, S.7–28. Hannover
Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.) (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Frankfurt/M.
Göpel, Eberhard/Peckedrath, Fritz/Redeker, Dieter (1988): Gute Besserung! Unterrichtshilfen zur aktuellen Gesundheitspolitik. Pädagogische Anregungen für Lehrer und Ausbilder. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, H.12, S.317–338
Götz, Klaus (1995): Organisation und Selbstorganisation des Lernens. In: Derichs-Kunstmann, Karin/Faulstich, Peter/Tippelt, Rudolf (Hrsg.): Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. Dokumentation der Jahrestagung der Kommission Erwachsenenbildung der DGfE, S.38–49. Frankfurt/M.
Gratz, Wolfgang (1993): Institutionen verändern. Empowerment, Organisationsentwicklung und systemische Beratung – Wie werden aus hilflosen Helfern machtvolle Kämpfer gegen Verkrustung und Klientelisierung? In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.64–66
Grawe, K. (1994): Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. In: Pawlik, K. (Hrsg.): 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Abstracts. Band I, S. 214–215. Hamburg: Psychologisches Institut der Universität
Green, L.W. (1980): Health education planing. Palo Alto
Green, L.W. (1986): Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto
Griefahn, Barbara (1993): Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 277–294. Weinheim, Basel
Gropengiesser, Ilka/Schneider, Volker (Hrsg.) (1990): Gesundheit – Wohlbefinden, Zusammen leben, Handeln. Seelze
Grossmann, Ralph (Hrsg.) (1989): Arbeitsbelastung und Gesundheit. Arbeitnehmer beurteilen ihre Arbeitsplätze. Wien
Grossmann, Ralph (Hrsg.) (1991): Gesundheitsförderung: Appelle sind zu wenig! Beispiele regionaler Bildungsarbeit. München
Grossmann, Ralph (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, Jürgen M./Dem-

mer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 43–61, Weinheim, München
Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München
Gruber, Christine (1984): Merkmale teilnehmerorientierten didaktischen Handelns in der Lehr-Lernsituation. In: Universität Innsbruck (Hrsg.): Öffnung der Universität. Innsbruck
Grunow-Lutter, Vera/Grunow, Dieter (1989): Inanspruchnahme von sozialen Netzwerken in der alltäglichen Gesundheitsselbsthilfe. Grenzen und Probleme der Aktivierung von sozialen Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung. In: von Kardorff, Ernst (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel, S. 210–238. München
Günther, Karl Heinz/Unsfeld, Georg (1990): Nebenberufliche Mitarbeiter in der Erwachsenenbildung. Selbst- und Aufgabenverständnis. Hohengehren

Haisch, Jochen/Zeitler, Hans Peter (Hrsg.) (1991): Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg
Hallman, W.K./Wandersman, A. (1992): Attribution of responsibility an collective coping with environmental threats. In: Journal of social Issuses, S.101–118
Hancock, T. (1990): Manadala of health: a modell of the human ecosystem. In: Anderson, R./Kickbusch, Ilona (eds.): health promotion. A ressource book, S.129–138. Kopenhagen: WHO
Haring, Friedrich (1982): Probleme der Teilnehmerorientierung bei Großveranstaltungen am Beispiel der Universitätstage mit Erwachsenenbildnern. In: Universität Innsbruck (Hrsg.): Lernen mit Erwachsenen, S.180–187. Innsbruck
Harney, Klaus (1990): Zum Beginn von Anfang und Ende: Tradition und Kontingenz der Berufsausbildung am Beispiel schwerindustrieller Betriebsformen. In: Luhmann, Niklas/Schorr, K.-E. (Hrsg.): Zwischen Anfang und Ende. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt/M.
Harney, Klaus/Strittmayer, V. (1994): Methode und klinisches Wissen. Die Konstruktion des virtuellen Teilnehmers als erwachsenenpädagogische Wissensform. In: Krüger, H.-H./Rauschenbach, T. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Die Disziplin am Beginn einer neuen Epoche, S. 185–200. Weinheim, München
Harney, Klaus/Krieg, Bernhard/Gahlmann, Jürgen (1983): Teilnehmerorientierung und lebenslanges Lernen aus systemtheoretischer Sicht. Überlegungen zur Professionsstruktur der Erwachsenenbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung, H.4, S.303–312
Harris, D.M./Guten, S. (1979): Health protective behavior: An exploraty study. In: Journal of Health and Social Behavior, H.1, S.17–29
Hartmann, Bernd (1993): Betriebliche Gesundheitsdienste in den Organisationsstrukturen für die Gesundheitsförderung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S.193–199. Weinheim, München

Haug, Christoph V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der Health Promotion – Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn
Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln. Berlin
Heilinger, Anneliese (1989): Volkshochschularbeit zum Thema Gesundheitsbildung im Spannungsfeld zwischen Erweiterung und Abgrenzung. Wien
Heindl, Ines (1993): Essen und Trinken, alltägliches Verhalten und Wohlbefinden. In: Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung, S. 24–55. Baltmannsweiler
Heindl, Ines (1997): Das Lebensweisenkonzept als neues Grundparadigma für die Gesundheitsbildung. In: Koddenberg, Kurt/Papenkort, Ulrich (Hrsg.): Gesundheit in der Weiterbildung: Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung, S.10–14. Bonn: KEB
Helfferich, Cornelia (1989): Weibliche Körperverhältnisse im Wandel. In: Müller, U./Schmidt-Waldherr, H. (Hrsg.): FrauenSozialKunde. Wandel und Differenzierung von Lebensformen und Bewußtsein. Bielefeld
Helfferich, Cornelia (1992): Zwang von Natur und Gesellschaft: Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht von Frauen. In: Vogt, Irmgard/Bormann, Monika (Hrsg.): Frauen-Körper. Lust und Last, S.9–37. Tübingen
Helfferich, Cornelia (1993a): Das unterschiedliche Schweigen der Organe – subjektive Gesundheitsdefinitionen und Gesundheitskonzepte. In: Franke, Alexa/Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit, S. 35–66. Tübingen
Helfferich, Cornelia (1993b): Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen
Helfferich, Cornelia/Walter, M./Franzkowiak, P. (1986): Mädchen Gesundheit. Risikoaffinitäten und Gesundheitsverhalten in der Sozialisation weiblicher Jugendlicher. Köln: BZgA
Hellrich, Gert (1989): Die Transformation von der nekrophilen zur biophilen Prävention. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.40–56. Freiburg
Henkelmann, Th./Karpf, D. (1987): Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert. Ergebnisse einer Umfrage. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S.107–116. Bad Heilbrunn
von Hentig, Hartmut (1971): Cuernavaca oder: Alternativen zur Schule? Stuttgart, München
Herzberg, Hilmar Jobst/Zens, Rolf-Dieter (1979): Gesundheitsbildung in einem Gesundheitsforum. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.293–294
Herzlich, Claudine (1973): Health and illness. A social psychological analysis. London
Herzlich, Claudine (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.293–302. Heidelberg
Hildebrandt, Helmut/Trojan, Alf (1989): Gemeindebezogene Netzwerkförderung. Ansätze und Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zur Gesundheitsförderung auf

lokaler Ebene. In: von Kardorff, Ernst (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel, S.239–262. München
Hockel, Curd Michael (1992): Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen personenzentrierter Psychologie. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.201–219. Köln
Hoff, E.H./Hohner, H.U. (1983): Was heißt autonomes Leben und Handeln? In: Psychosozial, H.20, S.9–29
Höfle, Margit/Peckedrath, Fritz (1992): Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Betrieb gehören zusammen! Seminarkonzeption für Betriebs- und Personalräte. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, H.7–8, S.180–182
Höfle-Brückner, Margit (1990): Früher war ich nach der Arbeit müde, heute bin ich kaputt. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, H.9, S.206–209
Hohmann, Reinhard (1995): Abschied von der normativen Pädagogik. Ein Gespräch mit Horst Siebert. In: Erwachsenenbildung, H.4, S.189–192
Holmes, Th./Rahe, R.H. (1967): The social Readjustment Scale. In: Journal of Psychosomatic Research, H.11, S.213–218
Holzapfel, Günther (1990): Erfahrungsbezogene Didaktik. In: Grundlagen der Weiterbildung: Praxishilfen, 6.30.20, S.1–12
Holzapfel, Günther (1997): Konsequenzen aus dem Lebensweisenkonzept für die Erwachsenenbildung. In: Koddenberg, Kurt/Papenkort, Ulrich (Hrsg.): Gesundheit in der Weiterbildung. Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung, S. 19–31. Bonn: KEB
Holzapfel, Günther/Polzin, Manfred/Achilles, Klaus/Jany, Ulrich (Hrsg.) (1995): Weiterbildung, Sport, Gesundheit. Praxismodelle und theoretische Grundlagen. Neuwied
Homfeldt, Hans Günther (1991): Sinnliche Wahrnehmung, Körperbewußtsein, Gesundheitsbildung. Praktische Anregungen und Reflexionen. Weinheim
Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.) (1993): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung: Ernähren, Bewegen, Kleiden, Naturerleben. Baltmannsweiler
Hormel, Roland (1993): Ermittlung des arbeitsplatzbezogenen Streßpotentials im Rahmen einer qualitativen Krankenstandsanalyse. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.189–197. Göttingen, Stuttgart
Horn, Klaus (1987): Gesundheitserziehung. Grenzen individueller Problemlösungsstrategien. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S.146–177. Bad Heilbrunn
Horn, Klaus/Beier, Christel/Kraft-Krumm, Doris (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen
Horn-Wagner, D. (1992): Team-Widerstand – Supervision – Verzweiflung. In: Kersting, H.J./Neumann-Wirsing, H.: Supervision – Konstruktion von Wirklichkeiten, S.81–118. Aachen
Hornung, Rainer (1989): Gesundheitspsychologie: eine neue Perspektive. Zürich: Universität

Hornung, Rainer (1990): Prävention und Gesundheitsförderung: Definitionen und Prinzipien. Zürich: Universität
Hornung, Rainer (1991): Empowerment – ein neuer Ansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention: Rückblick auf das Weiterbildungsseminar vom 26.–28. Oktober 1990. Zürich
Hornung, Rainer/Gutscher, Heinz (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.65–84. Stuttgart
Hübner-Seithe, Erika (1994): Selbsthilfegruppen-Unterstützung im Fachbereich Gesundheit an der Volkshochschule Unna von 1986 bis 1989, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen – Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS. Berlin
Huge, Wolfgang (1989): Gesundheitsbildung und Adressaten-Verhalten. Zu den Grenzen einer neuen Aufgabe der Erwachsenenbildung. Osnabrück: Universität
Hurrelmann, Klaus (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim
Hurrelmann, Klaus (1990a): Plädoyer für die Kooperation medizinischer und psychosozialer Dienste für Kinder und Jugendliche. In: Prävention, H., S.115–122
Hurrelmann, Klaus (1990b): Sozialisation und Gesundheit. – (B) Gesundheitsverhalten und Gesundheitskognitionen. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (1993a): Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S.3–25. Weinheim, Basel
Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.) (1993b): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel
Hurrelmann, Klaus/Nordlohe, Elisabeth (1993): Gesundheitsförderung in der Schule. Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, Jürgen M./ Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 216–228. Weinheim, München

John, O.P. (1990): The Big Five factor taxonomy: dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In: Pervin, L. (Eds.): Handbook of personality: Theory and research, S.66–100. New York
Juchli, Liliane (1994): Das Gesundheitsverständnis im Wandel. Herausforderung durch Wiederentdeckung der Ganzheit. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S.75–86. Frankfurt/M.

Kade, Jochen (1982): Von der Teilnehmerorientierung zum pädagogischen Verhältnis in der Erwachsenenbildung. Überlegungen aus der Sicht einer dialektischen Konzeption individueller Subjektivität von Dozent und Teilnehmer. In: Universität Bremen (Hrsg.): Die Hinwendung zum Teilnehmer – Signal einer reflexiven Wende der Erwachsenenbildung, S.16–31. Bremen

Kahl, Heidrun/Fuchs, Reinhard/Semmer, Norbert/Tietze, Konrad (1994): Einflußfaktoren auf die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bei Jungen und Mädchen: Ergebnisse aus der Berlin-Bremen-Studie. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, S. 63–82. Weinheim, München

Kanz, Heinrich (1990): Bundesrepublikanische Bildungsgeschichte 1949–89. Quellen und Dokumente zum zweiten und dritten Lebensabschnitt. Bonn

Kaplan, R.M. (1988): New health promotion indicators. The general health policy model. In: health promotion, H.3, S.35–49

von Kardorff, Ernst (Hrsg.) (1989): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt: soziale Unterstützung im Wandel, wissenschaftliche Analysen und praktische Strategien. München

Kempes, Hans Georg (1985): Didaktische Konsequenzen einer teilnehmerorientierten Erwachsenenbildung, Diplomarbeit, Erziehungswissenschaftliche Hochschule. Koblenz

Keupp, Heiner (1988a): Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Sozialpsychologische Studien. Heidelberg

Keupp, Heiner (1988b): Selbsthilfeinitiativen – Lernprozesse in Selbstorganisation und Impulsgeber für den Umbau des Sozialstaats. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung, S. 10–22. München

Keupp, Heiner (1991): Sozialepidemiologie – Zur gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft. In: Hörmann, G./Körner, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie, S. 62–88. Reinbek

Keupp, Heiner (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. Lebenssouveränität und Empowerment. In:Psychomed H.4, S.244–250

Keupp, Heiner (1993a): Aufrecht gehen lernen. In einer Welt riskanter werdender Chancen: eine Empowermentperspektive für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.52–55

Keupp, Heiner (1993b): Fetisch Identität. Gesundheitsdiskurs als Identitätspolitik – Von der Fremd- zur Selbstvergesellschaftung. In: Dr. med. Mabuse, H. 84, S.26–30

Keupp, Heiner (1996): Gesundheit als Fetisch. Grenzen der Gesundheitsförderung. In: Blättner, Beate/Borkel, Anette/Venth, Angela (Hrsg.): anders leben lernen, S.25–36. Frankfurt/M.

Kickbusch, Ilona (1983): Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen. In: Alternative Medizin. Argument-Sonderband. Berlin

Kickbusch, Ilona (1986): Weib hoch 2. Das ist doch wohl zuviel. Spekulationen über die Zukunft des Helfens. In: Kleiber, Dieter/Rommelsbacher, Birgit (Hrsg.): Die Zukunft des Helfens. Neue Wege und Aufgaben psychosozialer Praxis. Weinheim, München

Kickbusch, Ilona (1987): Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S. 119–129. Bad Heilbrunn
Kickbusch, Ilona (1992a): Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 96–116. Frankfurt/M.
Kickbusch, Ilona (1992b): Plädoyer für ein neues Denken: Muster – Chaos – Kontext. Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.23–35. Köln
Kickbusch, Ilona (1992c): Vorwort. In: Milz, Helmut: Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst, S.9–11. München, Zürich
Kickbusch, Ilona (1993a): Praxis der Gesundheitsförderung. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage „Gemeinsam Gesundheit fördern", S.3–7. Osnabrück
Kickbusch, Ilona (1993b): Vorwort. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S.9–12. Weinheim, München
Kickbusch, Ilona (1993c): Weibliche Lebenswelten im Wandel. Gesundheitsförderung für Frauen – Europäische Herausforderung für die Zukunft. In: Dokumentation der Fachtagung „Tief durchatmen". Weibliche Lebenswelten – Weibliche Gesundheit. Unveröffentlichtes Manuskript des Niedersächsischen Frauenministerium. Hannover
Kickbusch, Ilona (1996): Zehn Jahre nach Ottawa – Entwicklung der Gesundheitsförderung – Ilona Kickbusch im Gespräch mit Hans Saan. In: Blättner, Beate/Borkel, Anette/Venth, Angela (Hrsg.): anders leben lernen, S.60–69. Frankfurt/M.
Kickbusch, Ilona/Trojan, Alf (1988): Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt/M.
Kieffer, Charles (1982): Dialectical conceptions of adult learning in non-formal community settings. Paper presented at the New England Educational Research Organisation. Lenox
Kieffer, Charles (1984): Citizen empowerment: a developmental perspective. In: Rappaport, Julian/Swift, C./Hess, R. (Eds.): Studies in empowerment: steps toward understanding and action. New York
Kirschner, W./Radoschewski, M./Heydt, K./Kirschner, R./Kunert, M. (1994): Untersuchung zur Umsetzung des 20 SGB V durch die Krankenkassen. Zusammenfassung der Ergebnisse, Epidemiologische Forschung. Berlin
Klatt, Fritz (1928): Gymnastik, Sport und ihre Bedeutung für die Gegenwart. In: Die Tat, S.627–680
Klatt, Fritz (1929): Die geistigen Grundlagen der Körpererziehung. In: Der Kunstwart, S.214–218
Klauk, Jürgen B./Ridder, Thomas (1993): Erfahrungen mit der Durchführung von Gesundheitszirkeln bei der Hoesch Rothe Erde AG. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.128–133. Göttingen, Stuttgart

Klaus, Martin (1980): Mädchen in der Hitlerjugend. Köln
Klaus, Martin (1983): Mädchenerziehung zur Zeit der faschistischen Herrschaft in Deutschland. Der Bund Deutscher Mädel, Band 1 und 2. Frankfurt/M.
Kleiber, Dieter (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme. In: Psychomed, H.4, S.220–230
Klein, Gabriele (1992): FrauenKörperTanz. Eine Zivilsationsgeschichte des Tanzes. Weinheim
Klesse, Rosemarie/Sonntag, Ute/Brinkmann, Marita/Maschesky-Schneider, Ulrike (1992): Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-losigkeit und Selbst-bewußtsein. Frankfurt/M., New York
Klicznik, Hans-Peter (1993): Gesundheit als Unternehmensziel. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 158–164. Weinheim, München
Klocke, Josef (1979): Schlankheitsseminar an der VHS. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.305–306
Knoll, Jörg (1988): Teilnehmerorientierung: Raum für Mensch und Sache. In: Arbeit mit Erwachsenen, H.5, S.65–69
Knörzer, Wolfgang (1994): Zur Selbstkompetenz von Lehrenden unter besonderer Berücksichtigung der Körperwahrnehmung und Körpererfahrung im Rahmen eines Modells ganzheitlicher Gesundheitsbildung. Dissertation. Heidelberg: Pädagogische Hochschule
Kobasa, Susanne C. (1979): Stress for life events, personality and health: An inquiry to hardiness. In: Journal of Personality and social Psychology S.168–177
Koch, Andrea (1991): Gesundheitslernen. Programme, Konzeptionen, TeilnehmerInnen. Essen
Koch, Hans-Jürgen (1979): Umwelt und Gesundheit. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.314–316
Koch, Rüdiger (1979): Leitgedanken zur konzeptionellen Klärung des Fachbereichs Gesundheit, Unveröffentlichtes Manuskript. Gifhorn: Kreisvolkshochschule
Kolip, Petra (1993): Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung. Weinheim
Kolip, Petra (Hrsg.) (1994): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim, München
Koopmann, Ute (1987): Krankheit – Gesundheit. Ein Beispiel für einen Elementarbildungskurs. In: Informationen Alphabetisierung und elementare Qualifikationen, H.3, S.17–19
Koopmann, Ute (1988): Teilnehmerorientiertes Arbeiten. Ein Ablösungsprozeß für Lehrende und Lernende. In: Informationen Alphabetisierung und elementare Qualifikationen, H.5, S.13–14
Kopp, Ilona (1993): Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln im Programm Arbeit und Technik. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.10–13. Göttingen, Stuttgart
Kopp, S.B. (1978): Triffst du Buddha unterwegs,.Düsseldorf, Köln

Kramer, Jürgen/List, Jürgen (1992): Autogenes Training. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Körpererleben, Bewegung, Entspannung. VHS-Kurspraxis, S.71–82. Hannover
Krämer, Markus/Lauer, Hiltrud (1987): Krankheit als Chance. Arbeitsmaterial für die Erwachsenenbildung. Kassel
Krapp, Andreas/Heiland, Alfred (1994): Wissenschaftstheoretische Grundfragen der Pädagogischen Psychologie. In: Weidenmann, Bernd/Krapp, Andreas et al (Hrsg.): Pädagogische Psychologie, 3. Auflage, S. 41–71. Weinheim
Krüll, Marianne (1994): Was ist Innen – was ist Außen? Verkörperung der sozialen Welten am Beispiel des Frau-Seins und Mann-Seins. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S.155–168. Frankfurt/M.
Küble, Philipp (1930): Vergeistigung der Körperkultur. In: Stimmen der Zeit, Bd. 119, S.101–117
Kuhn, Karl (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung. Stand und Perspektiven. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 141–151. Frankfurt/M.
Kultusministerium NRW (Hrsg.) (1990): 2. Bericht zur Situation der Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen 1981–1985. Düsseldorf

Laaser, Ulrich/Hurrelmann, Klaus/Wolters, Paul (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S.176–206. Weinheim, Basel
Labisch, Alfons (1989): Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt/M.
Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Frankfurt/M.
Lafaille, Robert (1994): Auf dem Weg zu einer Gründung der Gesundheitswissenschaften: Möglichkeiten, Herausforderungen, Fallstricke. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S. 229–266. Frankfurt/M.
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1990): „Gesundheitsschule VHS". Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Dokumentation des VHS-Kolloquiums am 13.–14.Februar 1990 in Hannover, VHS-Texte und Beiträge. Hannover
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1993): Frauen in der Gesundheitsbildung, VHS-Planungshilfen. Hannover
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1994a): Lebenlassen – der Versuch einer Integration von Gesundheits- und Umweltbildung. Beiträge zur Fachbereichstagung vom 19. – 20.1.1993 in Hamburg, VHS-Texte und Beiträge. Hannover
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1994b): Kurs Gesundheitsförderung. Ideen eines Projektes und seine Evaluation. Hannover

Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e.V. (1995): Hildesheimer Erklärung zur Qualitätssicherung. Hannover
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e.V. (1997): Fragebogen zur Selbstevaluation. Hannover
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens/Kaufmännische Krankenkasse-KKH (1994): „Der Impuls" – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Büro/Pflege, Erprobungsfassung, unveröffentlichtes Manuskript. Hannover
Lasch, Wolfgang Helmut/Müller-Lasch, Dorris (1991): Paradigmenwechsel in Psychologie und Gesundheitserziehung. In: Hafeneger, Benno/Schirrmacher, Gerd (Hrsg.): Zwischen Selbsthilfe und sozialen Diensten: Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Frankfurt/M.
Lazarus, R. S. (1990): Theory-based stress measurement. In: Psychological Inquiry, H.1, S.3–13
Lazarus, R. S./Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. In: European Journal of Personality
Lazarus, R.S. (1966): Psychological stress and the coping process. New York
Lazarus, R.S./Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York
LEB – Ländliche Erwachsenenbildung (1994): Statistik 1993 – Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e.V.. Hannover
Legewie, Heiner (1987): Alltag und seelische Gesundheit. Gespräche mit Menschen aus dem Berliner Stephanviertel. Bonn
Legewie, Heiner (1989): Sinnfindung und seelische Gesundheit im Alltag. Obdachlosigkeit, Ruhestand, Tschernobyl. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.57–70. Freiburg
Legewie, Heiner (1992): Was hat Tschernobyl mit Gemeindepsychologie zu tun? Fiktive Werkstattnotizen 1985 bis 1990. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S. 78–89. Freiburg
Lehmann, Gudrun (1991): Angebote zur Gesundheitsbildung. Dargestellt am Beispiel der Volkshochschulen des Landes Thüringen. In: Meisel, Klaus, u.a.: Erwachsenenbildung in den neuen Ländern, S.73–81. Frankfurt/M.: PAS/DVV
Lehmann, Harald/Lehmann, Manfred/Pott, Elisabeth (1991): Gesundheitsförderung – eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung. Dargestellt am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Prävention, H.14, S.3–7
Lehr, Ursula (1982): Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. Bonn
Leiermann, Walter/Pöggeler, Franz (Hrsg.) (1979): Erwachsenenbildung in fünf Kontinenten. Bestandsaufnahme und Vergleich. Stuttgart
Lenner, Katharina (1988): Lernen ist die Aktivität der Teilnehmer. In: Informationen Alphabetisierung und elementare Qualifikationen, H.5, S.15–16
Lentz, Brigitte (1993): Frauen und Gesundheit – Erfahrungsbericht über zwei Veranstaltungsreihen, Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung, S.41–53. Hannover

Lenz, Werner (1982): Grundbegriffe der Weiterbildung. Stuttgart
Leppin, Anja (1994): Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen. Weinheim, München
Lieneke, Armin/Westermayer, Gerhard (1993): Gesundheitscoaching: Betriebliche Gesundheitszirkel als Prozeß. Das Konzept des Instituts für Personal- und Organisationsentwicklung Lieneke Westermayer Zahn & Partner. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.87–99. Göttingen, Stuttgart
Linhard, Gerhard (1990): Horner Gesundheitstage. Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. In: Niederösterreichische EB-Informationen, H.1, S.6–8
Lobing, Hubert (1992): Empowerment als Gratwanderung. Die Anleitung einer Selbsthilfegruppe psychiatrischer PatientInnen. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S. 277–289. Freiburg
Lobing, Hubert (1993): Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie – Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.61–63
Lobo, Roque (1979): Zum Transfer des Yoga in den Westen. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.302–303
Lohaus, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen
Lohaus, A. (1992): Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, S. 76–87
Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen
Lößl, Hans G. (1985): Teilnehmerorientierung – Theorie und Praxis. In: Das Forum, H.3, S.2–6
Luhmann, Niklas (1985): Die Autopoiese des Bewußseins. In: Soziale Welt, S.402–446
Luhmann, Niklas (1987): Codierung und Programmierung. Bildung und Selektion im Erziehungssystem. In: Luhmann, Niklas: Beiträge zur funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Soziologische Aufklärung 5, S.182–201. Opladen
Luhmann, Niklas (1990): Konstruktivistische Perspektiven. Soziologische Aufklärung 5. Opladen
Luhmann, Niklas (1992): Kommunikationssperren in der Unternehmensberatung. In: Königswieser, R./Lutz, C. (Hrsg.): Das systemisch-evolutionäre Management, S.236–249. Wien
Luhmann, Niklas (1994): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, Erstausgabe 1984. Frankfurt/M.
Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (1979): Reflexionsprobleme im Erziehungssystem. Stuttgart
Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (Hrsg.) (1982): Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt/M.

Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (Hrsg.) (1986): Zwischen Intransparenz und Verstehen. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt/M.
Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (1988): Strukturelle Bedingungen von Reformpädagogik. Soziologische Analysen zur Pädagogik der Moderne. In: Zeitschrift für Pädagogik, S.463–480
Luhmann, Niklas u.a. (1990): Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien? München

Maccoby, E.A./Martin, J.A. (1983): Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen (Eds.): Handbook of child psychology. Vol. IV. Socialization, personality, and social development, S. 1–101. New York
Mader, Wilhelm (1980): Teilnehmerorientierung. In: Dahm, Gerwin, u.a. (Hrsg.): Wörterbuch der Weiterbildung, S.310–313. München
Mader, Wilhelm (1981): Zur psychologischen Bestimmung von Teilnehmerorientierung und Lebensweltorientierung in der Weiterbildung. In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung, S.15–24. Bremen
Mader, Wilhelm (1982): Zielgruppenorientierung und Teilnehmergewinnung. In: Nuissl, Ekkehard (Hrsg.):Taschenbuch der Erwachsenenbildung, S.89–99. Baltmannsweiler
Manker, Lothar (1987): Umwelt und Gesundheit in der Erwachsenenbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung, H.1, S.1–2
Manstetten, Rudolf/Bonse-Rohmann, Matthias (1992): Zur Problematik der Gesundheitsbildung als Teil der Berufsbildung. Aufgezeigt am Beispiel gesundheitsberuflicher Ordnungsmittel. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik H.3, S.179–192
Markert, Werner (1981): Zur Bedeutung einer dialektischen Bildungstheorie für die erziehungswissenschaftliche Bestimmung von Teilnehmerorientierung. In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung, S.127–139. Bremen
Maschewsky-Schneider, Ulrike/Brinkmann, Marita/Klesse, Rosemarie/Reis, K. (1992): Frauen, Gesundheit und soziale Lage – zur psychosozialen Belastungssituation von Frauen in den neuen Bundesländern. In: Kieselbach, T./Voigt, P. (Hrsg.): Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR, S. 332–349. Weinheim
Maschewsky-Schneider, Ulrike/Klesse, Rosemarie (1993): Lebenslagen und Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen: Die Bedeutung eines handlungstheoretischen Modells der Sozialstruktur für die Gesundheitsforschung. In: Sozial- und Präventivmedizin, S.156–164
Maschewsky-Schneider, Ulrike/Sonntag, Ute (1992): Gesundheitsförderung für Frauen. In: Psychomed, Schwerpunktheft Gesundheitsförderung, H. 4, S.265–268
Maschewsky-Schneider, Ulrike/Sonntag, Ute/Klesse, Rosemarie/Brinkmann, Marita (1992): Gesundheit von Frauen = Frauengesundheit?. In: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.151–162. Köln

Mattes, Petra (1991): Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich. Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S. 87–98. Heidelberg
Maturana, Humberto R. (1978): Biologie der Sprache: die Epistemologie der Realität. In: Maturana, H. (1992): Erkennen: Die Organisation und die Verkörperung von Wirklichkeit, S.236–271. Braunschweig
Maturana, Humberto R. (Hrsg.) (1982): Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig
Maturana, Humberto R. (Hrsg.) (1985): Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. 2. Auflage. Braunschweig, Wiesbaden
Maturana, Humberto R (1991): Wissenschaft und Alltag. Die Ontologie wissenschaftlicher Erklärungen. In: Watzlawick, Paul/Krieg, Peter (Hrsg.): Das Auge des Betrachters. Beiträge zum Konstruktivismus, S.167–208. München
Maturana, Humberto R. (1994): Bewußtsein findet nicht im Gehirn statt. In: Psychologie heute H.2, S.44ff.
Maturana, Humberto R./Varela, Francesco J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. 3. Auflage. Bern, München,
Maturana, Humberto R./Varela, Francesco J. (1991): Der Baum der Erkenntnis. Die Biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. 7. Auflage. Bern, München,
Mauermann, Lutz (1986): Teilnehmerorientiertes Lehrverhaltenstraining für zukünftige Dozenten in der Erwachsenenbildung, Informationsschriften des Videolabors 5. Augsburg: Universität
Mayring, Philipp (1991): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, S. 209–212. München
Mehrabian, A./Russsel, J.A. (1974): An approch to environmental psychology. Cambridge
Mergner, Ulrich/Mönkeberg-Tun, Edeltraut/Ziegler, Gerd (1990): Gesundheit und Interesse. Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. In: Psychosozial, H.2, S.7–20
Mey, Ludwig (1990): Das Modell Frühbehandlung und aktives Gesundheitstraining der Deutschen Angestellten Krankenkasse. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2, S.111– 142. Oldenburg
Meyer-Ehlert, Birgit/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (1986): Gesundheitsbildung und Beratung mit Ausländerinnen. Soest: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung
Milz, Helmut (1992): Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst. München, Zürich
Milz, Helmut (1994): Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung. Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S. 17–32. Frankfurt/M.
Minneker, Elke (1991): Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern. Die Vorhersagekraft kognitiver Faktoren und der Einfluß von Situationsmerkmalen auf den Rückfall. Münster

Morris, T./Greer, S. (1980): Type C for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast-cancer. In: Cancer Detection and Prevention, H.1, S.102
Müller, Klaus Werner (1993): Gesundheitszirkel bei Opel Bochum. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.144–149. Göttingen, Stuttgart
Müller, Kurt R. (1986): Teilnehmerorientierung und Lebensweltbezug im sozialisationstheoretischen und bildungspraktischen Zusammenhang. InArnold, Rolf/Kaltschmid, Jochen (Hrsg.): Erwachsenensozialisation und Erwachsenenbildung, S.229–256, Frankfurt/M.
Müller, R. (1987): Der ‚amputierte' Mensch. Kritik des Belastungs- Beanspruchungskonzept der traditionellen Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S. 55–72. Bad Heilbrunn
Murza, Gerhard/Laaser, Ulrich (1994): Gesundheitsprogramme in Betrieben und Organisationen. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.234–246. Stuttgart

Naumann, Joachim (1980): Verwirklichung von Gestaltungsprinzipien. Teilnehmer- und Handlungsorientierung im Schwerpunktthema (konkrete Verknüpfung von Bildungsarbeit und Handlung). In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, H.9, S.294–295
Niedersächsischer Landtag (1995): Zur Zukunft der Erwachsenenbildung, Landtagsdrucksache. Hannover
Nitsch, J. R. (Hrsg.) (1981): Streß – Theorie, Untersuchung, Maßnahmen. Bern u.a.
Nitschke, August (1988): Turnen, Rhythmik und neue Tänze. In: Deutsches Institut für Fernstudien (Hrsg.): Funkkolleg, Jahrhundertwende. Die Entstehung der modernen Gesellschaft 1880–1930. Studienbegleitbrief 4, S.76–110. Weinheim, Basel
Nitschke, August (1994): Technik und Bewegungsverhalten in Vergangenheit und Zukunft. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S. 211–220. Frankfurt/M.

Okoniewski, Ulrich (1993): Zur Sinnhaftigkeit von AOK-Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.223–239. Göttingen, Stuttgart
Ostendorf, F. (1990): Sprache und Persönlichkeitsstruktur. Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit. Regensburg
Ott-Gerlach, Gisela (1991): Betriebliche Gesundheitsförderung als Interessenschwerpunkt von Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens. Öffentliches Gesundheitswesen, Sonderheft 1, S.69–73
Overbeck, G. (1987): Krankheit als Anpassung. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S.30–40. Bad Heilbrunn

Packebusch, Lutz (1987): Teilnehmerorientierung in der betrieblichen Weiterbildung. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Seminarprogramms zum kommunikativen Handeln in einem Dienstleistungsunternehmen. Frankfurt/M.
Parsons, R. (1991): The potential influences of environmental perception on human health. In: Journal of Environmental Psychology, H.11, S.1–23
PAS – Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg) (1985): Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn
PAS – Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg) (1993): Sich annehmen – abnehmen. Ein Kurskonzept der Volkshochschulen. Frankfurt/M.
PAS – Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes (Hrsg.) (1988): Arbeitskreis der hauptberuflich geleiteten regional arbeitenden Volkshochschulen. Bericht der 23. Konferenz vom 9. bis 11. Mai 1988 in Deidesheim. Frankfurt/M.
Paulus, Peter (Hrsg.) (1992): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln
Pawlik, K. (1991): The psychology of global environmental change: Some basis data and an agenda for cooperative international research. In: International Journal of Psychology, S.547–563
Peine, Michael (1993): Gesundheitszirkel bei Schering. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.134–143. Göttingen, Stuttgart
Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München
Perrez, Menraf (1990): Belastungsverarbeitung und Gesundheit. In: Natur- und Ganzheitsmedizin, H.3, S.236–240
Perrez, Menraf (1991): Prävention, Gesundheits – und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In: Perrez, M./Baumann, U. (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie. Bd. 2, S.80–98. Bern
Perrez, Menraf/Gebert, Sibylle (1994): Veränderungen gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.169–187. Stuttgart
Pfeiffer, Johann (1985): Teilnehmerorientierung als Ideologie. Kritik und Ansätze einer Neuorientierung didaktischer Postulate der Erwachsenenbildung. Diplomarbeit. Linz
Piaget, Jean (1974): Biologie und Erkenntnis. Frankfurt/M.
Piaget, Jean (1983): Meine Theorie der geistigen Entwicklung. Frankfurt/M.
Pierret, J. (1988): What social groups think they can do about health. In: Anderson, R./Davies, J.K./Kickbusch, I. et al (Eds.): Health behavior research and health promotion, S.45–52. Oxford
Pilgermair, Peter (1991): Fachbereich: Gesundheitspsychologie. In: EB Information – Weiterbildung in Tirol, H. 1, S.4–6

Potthoff, P./Schwefel, D. (1985): Subjektive Gesundheit in einer Großstadtbevölkerung. In: Öffentliches Gesundheitswesen, S.507–513
Presker, Ewald (1991): Gesundheitsbildung als Dienstleistung der Volkshochschule. In: Aufderklamm, K. (Hrsg.): Dienstleistung Erwachsenenbildung. Wien: VÖV, S.211–218
Pudel, Volker/Maus, N.(1990): Ernährung. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, S.151–167. Göttingen

Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychoszoziale Praxis, H.2, S.257–278, Stuttgart
Reuter, Jürgen (1979): Autogenes Training. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S. 299–301
Revicki, D.A./May, H.J. (1985): Occupational stress, social support, and depression. In: Health Psychology, H.4, 61–77
Rieger, Franz (1979): Gesundheitsbildung als Teil des kommunalen Weiterbildungsangebotes. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S.285–288
Rieleit, Birgit (1993): Berliner Verkehrsbetriebe: Erfahrungen mit Belastungsanalyseworkshops als Instrument einer qualitativen Krankenstandsanalyse. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.198–202. Göttingen, Stuttgart
Röchner, Michael/Haeberlin, Friedrich (1986): Teilnahmeorientierung und Selbstkonzepte. Eine empirische Studie zur Erwachsenenbildung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaftliche Forschung, S.50–64
Rodenstein, M. (1987): Zur Konzeption einer Präventionsforschung für Frauen. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S. 190–202. Bad Heilbrunn
Rogers, Carl R. (1951): Client-centered therapy, Boston, Übersetzung (1973): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München
Rogers, Carl R. (1957): The necessary and sufficent conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology, S.95–103
Rogers, R.W. (1975): A protection motivation theory of fear appeals and attiude change. In: Journal of Psychology, S.93–114
Rogers, R.W. (1983): Cognitiv and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J.T./Petty, R.E. (Eds.): Social psychophysiology, S.153–176. New York
Rogers, R.W. (1985): Attitude change and information integration in fear appeals. In: Psychological Reports, H.56, S.179–182
Röhrle, Bernd (1989): Soziale Stützsysteme: Grundlagen und Möglichkeiten einer ökologisch orientierten Prävention. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.117–127. Freiburg
Romberg, Reinhard (1992): Bedürfnisse, Erwartungen, Kalküle – Was steuert das Lernen Erwachsener? Eine Revue von Theoriedefiziten und ein neues Modell. In: REPORT, H.29, S.51–74

Rosenbrock, Rolf (1993a): Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 123–140. Weinheim, München

Rosenbrock, Rolf (1993b): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 317–346. Weinheim, Basel,

Rosenbrock, Rolf/Kühn, Hagen/Köhler, Barbara Maria (Hrsg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin

Rosenstock, I. M. (1966): Why people use healthservice. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol.44, S.94

Roth, Gerhard (1992): Das konstruktive Gehirn. In: Schmidt, Siegfried J. (Hrsg.): Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2, S.27 – 336. Frankfurt/M.

Rotter, J. B. (1954): Social learning an clinical psychology. Engelwood Cliffs

Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs, H.1, S.1–28

Rotter, J. B. (1975): Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.43, S. 56–67

Rüdiger, Dietrich/Nöldner, Wolfgang/Kopp, Elisabeth (Hrsg) (1989): Gesundheitspsychologie – Konzepte und empirische Beiträge. Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit. Regensburg

Ruff, Frank M. (1991): Gesundheitsgefährdungen durch Umweltbelastungen. Ein neues Deutungsmuster. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.101–115. Heidelberg

Runge, Bernd (1990): Partner in der Gesundheitsbildung,Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen?“, S. 106–108. Hannover

Sachs-Pfeiffer, Toni (1989): Partizipation: Teilhaben statt Teilnehmen. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.191–222. Freiburg

Sarason, I.G./Johnson, J.H./Sioegel, J.M. (1978): Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. In: Journal of consulting and clinical Psychology, Vol.46, S. 932–946

Schack, Manfred (1988): Gesundheitswochen im Betrieb. Ein Projekt des AOK-Gesundheitszentrums Langenfeld. In: Prävention, H.1, S.23–25

Schaefer, E.S. (1959): A circumplex model for maternal behavior. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol.59, S.226–235

Schaefer, Gerhard (1992): Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern – Eine internationale Vergleichsstudie. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 50–71. Frankfurt/M.

Schäfer, Gerhard v./Homfeldt, Hans (1989): Wie lehrt und lernt man Gesundheit. Flensburg
Schäffter, Ortfried (1985): Lehrkompetenz in der Erwachsenenbildung als Sensibilität für Fremdheit. In: Claude, Armand, u.a.: Sensibilisierung für Lehrverhalten. Frankfurt/M., Bonn: PAS/DVV
Schäffter, Ortfried (1987): Organisationstheorie und institutioneller Alltag der Erwachsenenbildung. In: Tietgens, Hans (Hrsg.): Wissenschaft und Berufserfahrung, S.147–171. Bad Heilbrunn
Schäffter, Ortfried (1992): Arbeiten zu einer erwachsenenpädagogischen Organisationstheorie. Ein werkbiographischer Bericht. Frankfurt/M.
Schäffter, Ortfried (1993): Die Temporalität von Erwachsenenbildung. Überlegungen zu einer zeittheoretischen Rekonstruktion des Weiterbildungssystems. In: Zeitschrift für Pädagogik, H.3, S.443–464
Schäffter, Ortfried (1994): Bedeutungskontexte des Lehrens und Lernens. In: Hessische Blätter für Volksbildung, H.1, S.4–15
Schäffter, Ortfried (1995a): Bildung als kognitiv strukturierende Umweltaneignung. In: Derichs-Kunstmann, Karin/Faulstich, Peter/Tippelt, Rudolf (Hrsg.): Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. Dokumentation der Jahrestagung der Kommission Erwachsenenbildung der DGfE, S.55–64. Frankfurt/M.
Schäffter, Ortfried (1995b): Pädagogisch begleitete Organisationsentwicklung in der Erwachsenenbildung. In: von Küchler, Felicitas (Hrsg.): Umbruch und Aufbruch, S. 160ff. Frankfurt/M.
Scheier, M. F./Carver, C.S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. In: Journal of Personality, S. 169–210
Scheuch, Klaus (1993): Betriebliche Gesundheitsförderung in den neuen Bundesländern. Fundamente, Barrieren, Entwicklungschancen. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 184–192. Weinheim, München
Schimpf, Karl-Heinz (1980): Die Teilnehmerorientierung in den Schwerpunktthemen des DGB. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, H.9, S.287–289
Schlutz, Erhard (Hrsg.) (1982): Die Hinwendung zum Teilnehmer – Signal einer reflexiven Wende der Erwachsenenbildung? Beiträge zur Orientierung an der Subjektivität, an den Erfahrungen und an den Lernproblemen, Tagungsberichte. Bremen: Universität
Schmerl, Christiane/Nestmann, Frank (Hrsg.) (1990): Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und social support. Frankfurt/M. u.a.
Schmid-Neuhaus, Mark (1979): Konzeption eines Gesundheitsparks. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S. 290–293
Schmidt, Gunter (1992): Gesundheit als Moral – Präventive Medizin als Verhaltenskontrolle. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 266–276. Frankfurt/M.
Schmidt, Lothar R. (1994): Public Health. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.207–221. Stuttgart

Schmidt, Monika (1993): Die Selbsthilfekräfte stärken. Unterstützung in belastender Situation – Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige – Beispiel Tübingen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.66–68
Schmidt, Roscha (1993): Was heißt Gesundheit?! Problematik des WHO-Gesundheitsbegriffes und des Konzeptes Gesundheitsförderung für Frauen. In: Wechselwirkung, H. 62, S.13–15
Schmidt, Siegfried J. (Hrsg.) (1987): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt/M.
Schmidt, Siegfried J. (Hrsg.) (1992): Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus 2. Frankfurt/M.
Schmiel, Martin (1990): Lernförderung durch Teilnehmerorientierung in der Weiterbildung – lern- und lehrwichtige Eigenschaften. In: Weiterbildung in Wirtschaft und Technik, H.3, S.22–25
Schmitz, Enno (1981): Zur bildungsökonomischen Bestimmung von Teilnehmerorientierung in der Erwachsenenbildung. Thesenpapier. In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung, S. 48–67. Bremen
Schneider, Werner (1980): Antinomien der Teilnehmerorientierung. In: Erwachsenenbildung als Wissenschaft, , S.49–59. Abensberg: Weltenburger Akademie
Schneider-Wohlfahrt, Ursula (1989): Frauenalltag und Gesundheit. Einige thesenartige Ausführungen zum weiblichen Lebenszusammenhang und der Gesundheit und Krankheit von Frauen. Soest
Schneider-Wohlfahrt, Ursula/Risse-Engels, Elisabeth/Wack, Otto Georg/Wolf, Rainer (1994): Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit, S. 87–100. Frankfurt/M.
Schröder, Harry (1992a): Aufgaben und Probleme der Prävention in den neuen Bundesländern. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.185–200. Köln
Schröder, Harry (1992b): Gefühle – Persönlichkeit – Risikofaktoren. Leipzig: Universität
Schröder, Harry/Reschke, Konrad (Hrsg.) (1992): Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung. Regensburg
Schröer, Alfons (1992): Gesundheitszirkel. In: Die Betriebskrankenkasse, H.7, S.404–411
Schröer, Alfons/Sochert, Reinhold (1990): Betrieblicher Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel – ein integriertes Verfahren der Gesundheitsförderung für die betriebliche Krankenversicherung. In: Die Betriebskrankenkasse, H.4, S.236–244
Schröer, Alfons/Sochert, Reinhold (1993): Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. Das Konzept des BKK BV. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.62–71. Göttingen, Stuttgart
Schröteler, Joseph (1931): Die moderne Bewegungskultur als pädagogisches Problem. In: Stimmen der Zeit, S.321–336
Schuhmann, Gabriele (1993): Gesundheit kann man nicht kaufen. In: i:W – Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen, H.2, S.7–8

Schuhmann, Gabriele/Bültmann, Gabriele (1992): Ohne VHS-Kurse wäre ich nicht da, wo ich heute bin, im positiven wie im negativen Sinn. In: VHS-Informationen, Rundbrief NRW, H.4, S.17–18
Schulterobben, Roswitha (1993): Selbsthilfe und Einflußnahme, Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern, S.30–35. Osnabrück
Schulz von Thun, Friedeman (1989): Miteinander Reden. Bd. 2: Stile, Werte, Persönlichkeitsentwicklung. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek
Schulze, Christa/Welters, Ludger (1991): Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S.70–86. Heidelberg
Schwaner-Heitmann, Barbara (1993): Durch Selbstwahrnehmung zum körpergerechten Handeln im Alltag. In: Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung, S.56–104. Baltmannsweiler
Schwartz, Friedrich W. (1993): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 399–420. Weinheim, Basel
Schwartz, Friedrich. W./Badura, Bernhard/Brecht, J.G./Hofmann, W./Jäckel, K.-H./Trojan, Alf (1991): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin
Schwarzer, Ralf (1990): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen
Schwarzer, Ralf (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen
Schwarzer, Ralf (1993): Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingung für Gesundheitsverhalten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, H.1, S.7–13
Schwarzer, Ralf (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen
Schwarzer, Ralf/Leppin, Anja (1990): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Schwenkmezger, Peter (1990): Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Schwenkmezger, Peter (1994): Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.47–64. Stuttgart
Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (1994): Gesundheitspsychologie: Alter Wein in neuen Schläuchen? In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.1–7. Stuttgart
Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.) (1994): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart
Seiffge-Krenke, Inge (1994): Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.29–46. Stuttgart
Seim, Heinz (1990): Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2, S.143– 162. Oldenburg

Seligman, M.E.P. (1975): Helplessness: On depression, development and death. San Francisco
Seligman, M.E.P. (1991): Learned optimism. New York
Shannon, Claude E./Waever, Warren (1949): The Mathematical Theory of Communication, In: Urbana Vol.11
Siebert, Horst (1979a): Animation in der Weiterbildung. Bonn: BMBW
Siebert, Horst (1979b): Wissenschaft und Erfahrungswissen in der Erwachsenenbildung. Paderborn u.a.
Siebert, Horst (Hrsg.) (1979c): Taschenbuch der Weiterbildungsforschung. Baltmannsweiler
Siebert, Horst (1980): Teilnehmerorientierung als eine didaktische Legitimationsgrundlage. In: Olbrich, Josef, u.a. (Hrsg.): Legitimationsprobleme in der Erwachsenenbildung, S.113–133. Stuttgart
Siebert, Horst (1981): Versuch einer erziehungswissenschaftlichen Bestimmung teilnehmerorientierter Erwachsenenbildung. In: Universität Bremen (Hrsg.): Theorien zur Erwachsenenbildung, S.94–108. Bremen
Siebert, Horst (1983): Erwachsenenbildung als Bildungshilfe. Bad Heilbrunn
Siebert, Horst (1985): Curriculumplanung und Teilnehmerorientierung. In: Raapke, Hans-Dietrich, u.a. (Hrsg.): Didaktik der Erwachsenenbildung. Stuttgart
Siebert, Horst (1990a): Didaktik der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. S.55–76. Oldenburg
Siebert, Horst (1990b): Zur Professionalität der Erwachsenenbildung – Pädagogische Aufgabe von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2, S.111– 142. Oldenburg
Siebert, Horst (1992): Bildung im Schatten der Postmoderne. Frankfurt/M.
Siebert, Horst (1993a): Erwachsenenbildung seit 1945. Hannover
Siebert, Horst (1993b): Theorien für die Bildungspraxis. Bad Heilbrunn
Siebert, Horst (1994): Lernen als Konstruktion von Lebenswelten. Entwurf einer konstruktivistischen Didaktik. Frankfurt/M.
Siebert, Horst (1995a): Konstruktivistische Aspekte der Erwachsenenbildung. In: Derichs-Kunstmann, Karin/Faulstich, Peter/Tippelt, Rudolf (Hrsg.): Theorien und forschungsleitende Konzepte der Erwachsenenbildung. Dokumentation der Jahrestagung der Kommision Erwachsenenbildung der DGfE, S.50–54. Frankfurt/M.
Siebert, Horst (1995b): Ein konstruktivistisches Refraiming der Pädagogik? Innovation ökologischer Erwachsenenbildung. Ein Bildungs- und Forschungsprojekt, unveröffentlichtes Manuskript. Hannover
Siebert, Horst (1995c): Qualitätssicherung pädagogisch gesehen. In: DVV Magazin Volkshochschule, H.2, S.10–15
Siebert, Horst (1996a): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. In: Grundlagen der Weiterbildung. Neuwied
Siebert, Horst (1996b): Über die Nutzlosigkeit von Belehrungen. Impulstexte zur konstruktivistischen Pädagogik, unveröffentlichtes Manuskript. Hannover
Siebert, Horst/Schmidt, Monika (1994): Gestaltung von Erwachsenenbildung. Frankfurt/M.

Sievers, Burkard (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. In: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, S. 34–42. Weinheim, München
Simon, Fritz B. (1991): Innen- und Außenperspektive. Wie man systematisches Denken im Alltag nützen kann. In: Watzlawick, Paul/Krieg, Peter (Hrsg.): Das Auge des Betrachters. Beiträge zum Konstruktivismus, S.139–150. München
Simon, Fritz B. (1993): Unterschiede, die Unterschiede machen, 2. Auflage, Erstauflage 1988. Frankfurt/M.
Simon, Fritz B. (1995a): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg
Simon, Fritz B. (1995b): Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit, Fünfte Auflage, Erstauflage 1990, Heidelberg
Simon, Fritz B. (1996): Lernen und wie man es erfolgreich verhindert, Tonbandmitschnitt der Rede auf dem Kongreß „Die Schule neu erfinden". Heidelberg
Simonton, O.C./Matthews-Simonton, St./Creigghton, J. (1982): Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Reinbek
Slesina, Wolfgang (1987): Gesundheitszirkel eine präventive Strategie in Betrieben. In: Drogalkohol, H.11, S.203–222
Slesina, Wolfgang (1990): Gesundheitszirkel – Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. Bremerhaven
Slesina, Wolfgang (1992): Gesundheitszirkel. In: Forum Arbeit, H.1, S.26–27
Slesina, Wolfgang (1993): Gesundheitszirkel: Der Düsseldorfer Ansatz. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.25–36. Göttingen, Stuttgart
Slesina, Wolfgang/Lorenz, I./Beuels, F.R./Sochert, R. (1990): Gesundheitszirkel im Dienste der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung. In: Brandeburg, Uwe et.al. (Hrsg.): Prävention im Betrieb, S.120–133. München
Sochert, Reinhold/Beuels, F.-R. (1988): Arbeit mit Gesundheitszirkeln. Ergebnisse einer betrieblichen Intervention. In: Medizinsoziologie, H.1, 52–62
Sommer, Antonius (1989): Vernunftgemäße Lebensführung – Gesamtschau zur Grundlegung einer Gesundheitspädagogik. In: Schwerdel, Marie Luise/Strittmaier, Veronica/Wölfing, Willi (Red.): Gesunde Lebensführung – Gesundheitserziehung, S.7–21. Heidelberg: Pädagogische Hochschule
Sonnenfeld, Christa (1992): „...aber die Verantwortung liegt doch bei Dir!": Präventionslogik und der Zwang zur Selbstdisziplin in der Gesundheitsselbsthilfe. München
Sonntag, Ute (1993a): Die Frauengesundheitsbewegung: Partizipation im Spannungsfeld institutionell – außerinstitutionell. In: Dokumentation der Fachtagung „Tief durchatmen". Weibliche Lebenswelten – Weibliche Gesundheit. Unveröffentlichtes Manuskript des Niedersächsischen Frauenministerium. Hannover
Sonntag, Ute (1993b): Die Opferrolle überwinden. Frauenspezifische Aspekte der Umsetzung des Empowermentkonzeptes. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.50–52

Sonntag, Ute/Belschner, Wilfried (1994): Evaluation des Projektes „Kurs Gesundheitsförderung“ des Landesverbandes der Volkshochschulen Niedersachsens e.V., S. 43–98. Hannover
Sonntag, Ute/Blättner, Beate (1995): Gesundheitshandeln von Frauen und Männern, unveröffentlichtes Manuskript im Auftrag des Landesinstituts für Schule und Weiterbildung. Soest
Sonntag, Ute/Gerdes, Ursel (Hrsg.) (1992): Frau und Gesundheit. Oldenburg
Spencer-Brown, G. (1969): Laws of Form. New York
Sperling, Heide (1990a): Methoden in der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2, S.77–92. Oldenburg
Sperling, Heide (Bear.) (1990b): Gesundheit. Zusatzqualifikation. Berufsfelderweiterung für Pädagogen und Pädagoginnen. Oldenburg
Spiegel, Ingrid (1989): Gesundheitsförderung durch Angebote der Erwachsenenbildung. Evaluation der Entwicklungstendenzen bei Volkshochschulen 1986 und 1988 in den Studienregionen der DHP. In: Prävention, 12, S.79–93
Spiegel, Ingrid (1990): Selbsthilfeförderung im ländlichen Raum. Aufbau und Implementation der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen beim Forschungsprojekt Modell Berge. In: Prävention, H.13, S.65–71
Stahr, Ingeborg (1991): Frauengesundheitsbildung als wissenschaftliche Weiterbildung. Stand und Perspektiven. In: Gieseke, Wiltrud/Meuler, Erhard/Nuissl, Ekkehard (Hrsg): Empirische Forschung zur Bildung Erwachsener. S.119–124, Bremen
Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.) (1991a): Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen. Ein Bildungsangebot für Frauen im Gesundheits- und Sozialbereich. Grundlagen, Konzeption und Evaluation einer berufsbezogenen Fortbildung. Essen
Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.) (1991b): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim, München
Stapf, K.H./Hermann, T./Stapf, A./Stäcker, K.H. (1972): Psychologie des elterlichen Erziehungsstils. Bern
Stark, Wolfgang (1987): Prävention. Fortschrittsmythos, Allmachtsphantasien, Gefahren und realistische Ansatzpunkte. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S. 178–189. Bad Heilbrunn
Stark, Wolfgang (Hrsg.) (1989): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg
Stark, Wolfgang (1991): Prävention und Empowerment. In: Hörmann, Georg/Körner, Wilhelm (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch, S.213–232, Reinbek
Stark, Wolfgang (1992): Gemeindepsychologische Geschichte(n): Zur Bedeutung von Geschichten für eine gemeindepsychologische Perspektive. In: Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, S.28–44. Freiburg
Stark, Wolfgang (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpoltik und sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.41–44

Stark, Wolfgang (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg
Stark, Wolfgang/Bobzien, Monika (1988): Das Innenleben von Selbsthilfegruppen. Empowerment als Selbstverständnis und Arbeitsprinzip. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung, S.196–207, München
Stollberg, G. (1994): Aspekte einer Geschichte von Public- Health-Konzeptionen in Deutschland. In: Schaeffer, D., u.a. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin
Straumann, Ursula E. (1992): Prävention zwischen Individuum, Institution und Gesellschaft. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.119–132. Köln
Strzelewicz, Willy u.a. (1979): Bildung und Lernen in der Volkshochschule. Braunschweig

Tausch, Reinhard (1992): Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit: Wirksame psychologische Möglichkeiten. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.53–68. Köln
Tausch, Reinhard/Tausch, Anne-Marie (1973): Erziehungspsychologie. Begegung von Person zu Person. 7. Auflage, Erstauflage 1963, Überarbeitungen 1965, 1970. Göttingen
Tausch, Reinhard/Tausch, Anne-Marie (1979): Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person, 9. Auflage, weitere Überarbeitung 1977. Göttingen
Taylor, S.E. (1990): Health psychology: The science and the field. In: American Psychologist, Vol.45, S.40–50
Teegen, Frauke (1985): Ganzheitliche Gesundheit. Der sanfte Umgang mit uns selbst. Reinbek
Teegen, Frauke (1992a): Die Bildersprache des Körpers. Gesundheit kann gelernt werden. Reinbek
Teegen, Frauke (1992b): Ganzheitliche Gesundheit. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 167–182. Frankfurt/M.
Temoshok, L. (1987): Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. In: Cancer survey, H.3, S.546–567
Tempel, G./Kruse, M./Maschwesky-Schneider, U. (1991): Erklärungsansätze für die (Nicht-) Erreichung von Zielgruppen der Intervention der DHP. In: Brennecke, R. (Hrsg): Sozialmedizinische Ansätze in der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd. 1: Grundlagen und Versorgungsforschung, S.140–148. Berlin, Heidelberg
Tewes, Uwe/Schedlowski, Manfred (1994): Gesundheitspsychologie: Die psychobiologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.9–28. Stuttgart
Theis, Werner (1979): Angewandte Gruppendynamik in der Volkshochschule. In: Volkshochschule im Westen, H.6, S. 294–297
Thorndike, E.L. (1932): The fundamentals of learning. New York

Tietgens, Hans (1980): Teilnehmerorientierung als Antizipation. In: Teilnehmerorientierung und Selbststeuerung in der Erwachsenenbildung, S. 177–235. Braunschweig
Tietgens, Hans (1981): Die Erwachsenenbildung. München
Tietgens, Hans (1982a): Aufgabe des/r LeiterIn und des/r MitarbeiterIn an Volkshochschulen? In: Kanz, Heinrich: Bundesrepublikanische Bildungsgeschichte, S. 320–343. Bonn
Tietgens, Hans (1982b): Inwiefern ist die reflexive Wende eine Hinwendung zu den Teilnehmern? In: Universität Bremen (Hrsg.): Die Hinwendung zum Teilnehmer – Signal einer reflexiven Wende der Erwachsenenbildung, S.120–138. Bremen
Tietgens, Hans (1983a): Erwachsenenbildung für ein Erwachsenwerden. In: Psychosozial, H.17, S.155–173
Tietgens, Hans (1983b): Teilnehmerorientierung in Vergangenheit und Gegenwart. Frankfurt/M., Bonn
Tietgens, Hans (1984): Teilnehmerorientierung. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Band 11, S.446–489. Stuttgart
Tietgens, Hans (1986): Erwachsenenbildung als Suchbewegung. Bad Heilbrunn
Tietgens, Hans (1989): Die Entdeckung der Deutungen für die Bildung Erwachsener. In: Hoerning, E./Tietgens, H. (Hrsg.): Erwachsenenbildung: Interaktion mit der Wirklichkeit. In memoriam Enno Schmitz. Bad Heilbrunn
Tietgens, Hans (1992): Reflexionen zur Erwachsenendidaktik. Bad Heilbrunn
Tietgens, Hans (1994): Zwischenpositionen in der Geschichte der Erwachsenenbildung seit der Jahrhundertwende. Bad Heilbrunn
Tietze, Konrad Wolfgang/Bartholomeyczik, Sabine (1993): Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S.137–154. Weinheim, Basel
Trautner, Christoph/Berger, Michael (1993): Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 26–45. Weinheim, Basel
Treml, Alfred K. (1993): Über die beiden Grundverständnisse von Erziehung. In: Oelkers, Jürgen/Tenorth, H.-Elmar (Hrsg.): Pädagogisches Wissen, S.347–360. Weinheim, Basel
Trojan, Alf (1992): Gesundheit fördern statt kontrolliern? Ein kritischer Streifzug durch die Präventionslandschaft. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 9–35. Frankfurt/M.
Trojan, Alf (1993): Ohnmacht kränkt. Empowerment wirkt gesundheitsfördernd – Zur Stärkung der Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten von einzelnen und von Gruppen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, H.2, S.58–61
Trojan, Alf/Deneke, C./Faltis, M./Hildebrandt, Helmut (1991): Gesundheitsförderung durch Selbsthilfegruppen, freie Einrichtungen, Vereine und Initiativen. In:

Schwartz, F. W./Badura, B./Brecht, J.G./Hofmann, W./Jöckel, K.-H./Trojan, A. (Hrsg.): Public health, S.455–464. Berlin
Trojan, Alf/Hildebrandt, Helmut (1989): Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, S.97–116. Freiburg
Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.) (1992a): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt/M.
von Troschke, Jürgen (1993): Gesundheits-und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 155–175. Weinheim, Basel
von Troschke, Jürgen (1994): Frauen und Gesundheitswissenschaften – Bilanz und Perspektiven für die Forschung. Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse. Bonn
von Troschke, Jürgen /Reschauer, Georg/Hoffmann-Markwald, Axel (Hrsg.) (1996): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health. Freiburg
von Troschke, Jürgen /Riemann, K. (1991): Bürgerbefragungen als Beitrag gemeindebezogener Berichterstattung und -planung. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Brecht, J.G./Hofmann, W./Jöckel, K.-H./Trojan, A. (Hrsg.): Public health, S.351–362. Berlin

Udris, I. (1990): Organisationale und personale Ressourcen der Salutogenese. Gesund bleiben trotz oder wegen Belastung? In: Z. gesamte Hyg. 36, H.8, S.453–455

Varela, Francesco (1990): Kognitionswissenschaft – Kognitionstechnik. Frankfurt/M.
Venth, Angela (1987a): Gesundheitsbildung als Chance zur Lebensgestaltung. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst 22, S.33–35
Venth, Angela (1987b): Gesundheitsförderung durch Volkshochschulen. Der Rahmenplan Gesundheitsbildung. In: Zeitschrift für Weiterbildung in Rheinland-Pfalz, S.3–5
Venth, Angela (1987c): Zum Verhältnis zwischen Umweltbewußtsein und Gesundheitsbewußtsein in der Erwachsenenbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung, H.4, S.208–209
Venth, Angela (Hrsg.) (1987d): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn
Venth, Angela (1988a): Bildungswissen statt Systemwissen. Überlegungen zum didaktischen Verständnis eines Angebotsbereichs. In: Volkshochschule im Westen, H.4, S.195–198
Venth, Angela (1988b): Gesundheit und Umwelt – Überlegungen zum didaktischen Verständnis eines Angebotsbereiches. In: Volkshochschule im Westen, H.1, S.3–9
Venth, Angela (1988c): Verbraucherbildung als Chance zu mehr Aneignung von Gesundheit. In: Berger, Klaus, u.a. (Hrsg.): Verbraucherbildung mit Erwachsenen, S. 44–48. Frankfurt/M.

Venth, Angela (1990a): Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Der Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen und seine Auswirkungen. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen?", S. 49–56. Hannover

Venth, Angela (1990b): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung. Aufschlüsse über die ungewöhnliche Entwicklung des Angebotsbereichs. In: Otto, Volker (Bearb.): Volkshochschule – das kommunale Weiterbildungszentrum, S.133–141. Bonn

Venth, Angela (1991a): Gesundheitsbildung zwischen Verfestigung traditioneller Muster und dem Aufbruch zu neuen sozialen Zusammenhängen. In: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.): Gesundheitsbildung – Angelegenheit von Frauen? S.25–34. Soest

Venth, Angela (1991b): Grenzüberschreitungen vom Privaten ins Öffentliche am Beispiel der Gesundheitsbildung. Vom Hinweischarakter weiblicher Bildungsinteressen und Lebenslagen. In: Hessische Blätter für Volksbildung, S.333–339

Venth, Angela (1992): Zur eigenen Logik von Widerständen gegen Wissen und Bildung, Sozialwissenschaftliche und pädagogische Beiträge zur ökologischen Bildung, S.23–30. Soest

Venth, Angela (1993): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung. In: i:W – Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen, S.24–25

Venth, Angela (1994a): Frauen und Gesundheit – Problemzusammenhang oder kulturelle (Gegen-)Bewegung? Soest

Venth, Angela (1994b): Gesundheitsbildung als Schlüssel für den gesellschaftlichen Umgang mit der Natur. Ein Thema für Männer und Frauen. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.) Provokationen zur Gesundheit, S. 169–178. Frankfurt/M.

Venth, Angela (1994c): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung als Unterstützung von Selbsthilfe – das Konzept der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen – Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS, S. 4–9. Berlin

Venth, Angela (1994d): Von der Bedeutung der Gesundheitsförderung für Frauen: eine Entdeckungsgeschichte. In: Eberhardt, Ursula/Weiher, Katarina: Rahmenplan Frauenbildung: Differenz und Gleichheit von Frauen, S. 220–229. Frankfurt/M.: DIE

Venth, Angela (1996): Gesundheit versteht sich nicht von selbst. Förderungsmöglichkeiten durch Erwachsenenbildung. In: Blättner, Beate/Borkel, Anette/Venth, Angela (Hrsg.): anders leben lernen, S.15–19. Frankfurt/M.: DIE

Verres, Rolf (1992): Die Lust am Risiko – Gedanken zu einer lebensnahen Gesundheitspsychologie. In: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren, S. 242–251. Frankfurt/M.

Versteegen, Ursula (1988): Zur Bedeutung des Konzepts der Lebensweisen für die Gesundheitspsychologie. Eine empirische Untersuchung zu den Determinanten des Gesundheitsverhaltens 30–50jähriger Frauen. Freiburg
Vogel, Klaus/Kütemeyer, Mechthilde/Gronemeyer, Marianne (1993): Der gläserne Mensch oder die Wiederbelebung der Körper. Frankfurt/M.
Vogt, Irmgard (1989): Die Gesundheit der Frauen ist Frauensache: Die Frauengesundheitsbewegung, Kritische Medizin, As 186. Berlin
Vogt, Irmgard (1992): Wer ist die Schönste im ganzen Land? Über die Herstellung des schönen Frauenkörpers. In: Sonntag, Ute/Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit, S. 129–143. Oldenburg
Vogt, Irmgard (1993): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 46–62. Weinheim, Basel
Vogt, Irmgard/Bormann, Monika (Hrsg.) (1992): Frauen-Körper. Lust und Last. Tübingen
Voigt, Ulla (1987): Gesundheitsforen. In: VHS Kurs- und Lehrgangsdienst, 22, S. 53–57
Voigt, Ulla (1988): Das healthy cities-Projekt und die Volkshochschulen. In. Volkshochschule im Westen, H.4, S.202–209
Volkshochschule Köln (1993): Der Fachbereich Gesundheitsvorsorge an der Volkshochschule Köln. In: i:W – Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen, S.7–9

Waller, Heiko (1992): Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung?. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis, S.163–17. Köln
Waller, Heiko (1995): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart, Berlin/Köln
Wallston, K.A. (1992): Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. In: Cognitiv Therapy and Research, H.16, S.183–199
Walschburger, P. (1990): Biopsychologische Aspekte der Gesundheit. Berlin: Universität, Abt. Gesundheitspsychologie
Watzlawick, Paul (1983): Anleitung zum Unglücklichsein. München
Watzlawick, Paul (1988): Münchhausens Zopf. Oder Psychotherapie und Wirklichkeit. Bern u.a.
Watzlawick, Paul (1991): Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern u.a.
Watzlawick, Paul (1992): Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinns. Wien
Watzlawick, Paul (Hrsg.) (1990): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus, 6. Auflage. München
Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D., (1990): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Erstauflage 1969. Bern, Stuttgart, Toronto

Watzlawick, Paul/Kreuzer, Franz (1991): Die Unsicherheit unserer Wirklichkeit. Ein Gespräch über den Konstruktivismus, Erstauflage 1988. München, Zürich
Weber, Ella (1928): Gesellschaftstanz und Volkstanz. In: Die Volkskunst, S.6–12
Weber, Hannelore (1992): Belastungsverarbeitung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, H.21, S.17–27
Weber, Hannelore (1994): Veränderungen gesundheitsbezogener Kognitionen. In: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, S.188–206. Stuttgart
Weinberg, Johannes (1989): Einführung in das Studium der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn
Weiner, B. (1980): The role of affect in rational (attributional) approaches to human motivation. In: Educational Research, H.9, S.4–11
Weiner, B. (1986): An attributional theory of motivation and emotion. Berlin
Weiner, B. (1988): Motivationspsychologie, 2. Auflage. München
Weinstein, N.D. (1983): Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. In. Health Psychology, H.2, S. 11–20
Weinstein, N.D. (1987): Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusion from a community-wide sample. In: Journal of Behavioral Medicine, Vol.10, S.481–500
Weinstein, N.D. (1988): The precaution adoption process. In: Health Psychology, Vol.7, S.355–386
Weinstein, N.D. (1989): Effects of personal experience on self-protective behavior. In: Psychological Bulletin, Vol. 105 , S.31–50
Weinstein, N.D. (1992): Testing four competing theories of health-protective behavior. In: Health Psychology, Vol.12, S.324–333
Wendel, Matthias (1993): Neue Analysemethoden. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.182–188. Göttingen, Stuttgart
Wendt, Wolf Rainer (1994): Lebenssituation, soziale Bewältigung und Gesundheit: Der soziosomatische Zusammenhang. In: Göpel, Eberhard/Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.) Provokationen zur Gesundheit, S. 33–48. Frankfurt/M.
Wenzel, Eberhard (1987): Risikoverhalten. Einige Bemerkungen zu einem alltäglichen Phänomen. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, S. 41–54. Bad Heilbrunn
Wenzel, Eberhard (1990): Gemeindeorientierung und Gesundheitserziehung. Soziale Kontrolle über das richtige Leben. In: Psychosozial, Nr.42, S.21–29
Wenzel, Peter (1989): Ein unzertrennliches Paar: Umweltschutz und Gesundheitsfürsorge. In: Bildungsmarkt, H.5
Westermayer, Gerhard (1993): Qualitative Krankenstandsanalyse. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.172–181. Göttingen, Stuttgart
Westermayer, Gerhard (1993): Qualitative Krankenstandsanalyse bei der Iveco Magirus AG Ulm. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.169–171. Göttingen, Stuttgart

Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.) (1993): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart
Westermayer, Gerhard/Liebing, U. (1992): Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: Brennecke, R. (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd 1. Grundlagen und Versorgungsforschung, S.341–348. Berlin, Heidelberg, New York
Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (1993): Gesundheitszirkel als Instrument einer integrierten Personal und Organisationsentwicklung. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.37–45. Göttingen, Stuttgart
WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. In: von Troschke, Jürgen/Reschauer, Georg/Hoffman- Markwald, Axel (Hrsg.) (1996): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, S.182–188. Freiburg
WHO – Weltgesundheitsorganisation (1991): Ottawa Charta for Health Promotion. Copenhagen
Wintersberger, Barbara (1990a): Jugend und Gesundheit in Europa. In: Erwachsenenbildung in Österreich, H.1, S.31–33
Wintersberger, Barbara (1990b): Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung. Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung. In: Die Österreichische Volkshochschule, H.157, S.6–17
Wirth, Ingeborg (Hrsg.) (1978): Handwörterbuch der Erwachsenenbildung. Paderborn
Wittpoth, Jürgen (1987a): Gesundheitsbildung: Alles hängt irgendwie mit allem zusammen. In: Volkshochschule im Westen, H.1, S.39–40
Wittpoth, Jürgen (1987b): Mit neuen Leitbildern gegen überflüssige Gebrechen. Zum Selbstverständnis von hauptberuflichen pädagogischen Mitarbeitern (HPM) in der Gesundheitsbildung. In: REPORT, H.19, S.22–32

Yeo, M. (1993): Toward an ethic of empowerment for health promotion. In: Health Promotion International, Vol.8, S. 225–235

Zacharias, Wolfgang (Hrsg.) (1994): Sinnenreich. Vom Sinn einer Bildung der Sinne als kultur-ästhetisches Projekt. Hagen, Essen: Kulturpolitische Gesellschaft
Zboralski, Heidi (1988): Gesundheit für alle ... Das Thema der WHO in der Familienbildung. In: BAG-Informationen, H.2, S.34–37
Zimbardo, P.G. (1992): Psychologie, 5.Auflage. Berlin
Zinke, Eva (1993): Gesundheitszirkel – ein Modell der Partizipation von Beschäftigten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Westermayer, Gerhard/Bähr, Bernhard (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel, S.240–248. Göttingen, Stuttgart
Zoder, Raimund (1931): Die Bedeutung des Volkstanzes im Rahmen der Volksbildung. In: Volksbildung, S.6–12

Autorin

Beate Blättner, Fachbereichsleiterin Gesundheit beim Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V., Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.