Magazin erwachsenenbildung.at

Meb

Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs

www.erwachsenenbildung.at/magazin

Ausgabe 24, 2015

Gesundheit und Bildung

Macht lebenslanges Lernen wohl gesund?

ISSN 1993-6818
Ein Produkt von www.erwachsenenbildung.at
Erscheint 3x jährlich online

BMBF Bundesministerium für Bildung und Frauen

CONEDU

Magazin erwachsenenbildung.at

Meb

Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs

www.erwachsenenbildung.at/magazin

Ausgabe 24, 2015

Gesundheit und Bildung

Macht lebenslanges Lernen wohl gesund?

HerausgeberInnen der Ausgabe:
Barbara Kreilinger, Elisabeth Schalk und Christian Kloyber

Wien

Online verfügbar unter:
www.erwachsenenbildung.at/magazin

Herstellung und Verlag der Druck-Version:
Books on Demand GmbH, Norderstedt

Inhaltsverzeichnis

Aus der Redaktion

01 **Editorial**
Barbara Kreilinger, Elisabeth Schalk und Christian Kloyber

Thema

02 **Gesundheit als Norm. Ein Befund.**
Ein (un)freiwilliges Postulat unserer Zeit
Birge Krondorfer

03 **„Gesundheit" ist mehrdimensional.**
Grundlagen einer Gesundheitsbildung
Verena Gangl

04 **Gesundheit als mission possible.**
TrainerInnen im Gesundheitsbereich. Eine essayistische Reflexion
Franz Wagner

05 **Leben und Tod – spannend wie ein Krimi.**
Ein essayistisches Fragment
Bernadette Konzett

06 **Zuflucht Bildung.**
Die Bedeutung der Sinngebung für die Gesundheit
Renate Schwammer

07 **Zusammenhänge zwischen formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit**
Julia Bock-Schappelwein

08 **Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter**
Julia Müllegger

09 **Vom Körper-Haben zum Leib-Sein.**
Am Beispiel des Kontakttanzes
Elisabeth Magdlener

10 **Qualitätsrahmen Ö-Cert zieht klare Grenzen zu Therapie, Freizeitgestaltung und Esoterik**
Elke Gruber, Dieter Gnahs und Erich Ribolits

Praxis

11 **Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt.**
Schlüsselbereiche, Erfolgsfaktoren und Hürden in der Projektarbeit
Rainer Saurugg-Radl, Christine Weiss und Melanie Wiedner

12 **Was sich junge Frauen für ihr Leben wünschen.**
Ein ganzheitlicher Ansatz für eine an Gesundheit und Wohlbefinden orientierte Mädchenförderung
Veronika Spannring

Kurz vorgestellt

13 **Frauengesundheit heißt Prävention!**
30 Jahre Verein Frauentreffpunkt – wie wir arbeiten und denken
Gudrun E. Hagen

Rezension

14 **Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft**
Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.)
Barbara Kreilinger

Da alle Artikel sowohl einzeln als auch in der Gesamtausgabe erhältlich sind, wurde jeder Beitrag mit laufender Nummer (01, 02 ...) versehen. Die Seitennummerierung beginnt jeweils bei 1.

Englischsprachige Abstracts finden sich im Anschluss an die Artikel (ausgenommen Rezension).

Editorial

Barbara Kreilinger, Elisabeth Schalk und Christian Kloyber

Kreilinger, Barbara/Schalk, Elisabeth/Kloyber, Christian (2015): Editorial.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs.
Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheit, Bildung, Gesundheitsbildung, Gesundheitssystem, Gesundheitsverhalten, Erwachsenenbildung, Geschlechtergerechtigkeit

Kurzzusammenfassung

Gesundsein ist zur Norm erhoben worden. Was ist dann aber der kranke Mensch? Die Beiträge der vorliegenden Magazinausgabe zeigen, wie gesellschaftliche und strukturelle Bedingungen, Rahmungen und Denkweisen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten des einzelnen Menschen maßgeblich beeinflussen. Die Autorinnen und Autoren diskutieren den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit dabei auf vielschichtige Art und Weise. Zu systemkritischen Sichtweisen gesellen sich Analysen über den fortschreitenden Gesundheitsbias im Alter oder den Zusammenhang zwischen Beschäftigung und Gesundheit. Wie Erwachsenenbildung Sinn stiftet oder der Übergang vom Körper-Haben zum Leib-Sein erlebbar wird, ist ebenso Gegenstand der Erörterung wie die Praxis der Gesundheitsbildung und ihrer Angebote sowie deren Abgrenzung im Rahmen von Ö-Cert. Die vorliegenden Beiträge versuchen den Menschen in der Vielfalt seiner Lebenswirklichkeiten ganzheitlich zu erfassen und anzusprechen. Sie zeigen, wie unsere Wahrnehmung von Gesundheit (als selbstverantwortet) gegenüber Krankheit (als selbstverschuldet) aus dem Verhältnis geraten ist. Gesundheitsbildung ist eine mehrdimensionale institutionelle und gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Ist Erwachsenen- und Weiterbildung unter den beschriebenen Rahmenbedingungen womöglich in Gefahr einer Ideologie Vorschub zu leisten, die Gesundheit ausschließlich in die Selbstverantwortung der Individuen übergibt? (Red.)

Editorial

Barbara Kreilinger, Elisabeth Schalk und Christian Kloyber

Das Thema Gesundheit ist allumfassend und allgegenwärtig – so scheint es zumindest. Mensch soll sich regelmäßig (mindestens dreimal pro Woche) sportlich betätigen, sich ausgewogen ernähren, keinesfalls Fettschichten ansetzen, Suchtmittel entweder gar nicht (Nikotin) oder in Maßen (Alkohol) zu sich nehmen, seine Work-Live-Balance halten, Untersuchungen zur Früherkennung von diversen Krankheiten wahrnehmen etc. Angesichts der vielen Aufrufe und Angebote, sich gesund zu erhalten, erhält das Thema „Stress" tatsächlich eine neue Dimension. Was wollen und können Angebote der Erwachsenenbildung angesichts dieser Ideologie einer selbstverantworteten Gesundheit?

Strukturelle Dimension aus dem Blick verloren

Durch den hohen Individualisierungsgrad der Verantwortung für die eigene Gesundheit (und der Auswirkungen sogenannten unverantwortlichen Verhaltens sich selbst gegenüber), gerät die strukturelle Dimension von Gesundheit immer mehr aus dem Blick. So stellt Armut nach wie vor ein großes Gesundheitsrisiko dar.

Gerade aber Analyse und Reflexion von strukturellen und individuellen Voraussetzungen machen es möglich, Gesundheit als ganzheitlichen Prozess zu verstehen. In Wechselwirkung mit Lebensphasen wird jedoch sichtbar, dass heute immer öfter völlig normale biologische Prozesse, wie zum Beispiel Schwangeschaft und Geburt (Kaiserschnitt, Wunschbaby), Alterungsprozesse, Hochaltrigkeit usw. zunehmend medizinalisiert und problematisiert werden. Auch Doppel- oder Dreifachbelastungen, die vor allem nach wie vor Frauen treffen, werden individualisiert und mit Empfehlungen für entsprechende Seminare „Achte auf dich und deine Ressourcen!", „Zeitmanagement", „Nütze den Tag!" in die Eigenverantwortung verwiesen. Was überrascht, wurde doch ein Menschenrecht auf Gesundheit verlautbart (siehe WHO 1948) und Gesundheit einhellig als Voraussetzung für eine nachhaltige wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung gehandelt (siehe WHO 1986).

Die österreichische Bevölkerung sieht sich selbst bei einer Befragung von Statistik Austria im Jahr 2006/2007 als gesunde Bevölkerung. Drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren) schätzen ihren Gesundheitszustand „sehr gut" bis „gut" ein – so das Ergebnis der Gesundheitsbefragung. Männer sind zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als Frauen, besonders bei älteren Personen zeigt sich dieser Unterschied markant (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 11).

Unbestritten ist: Gesundheit ist heute ein Wirtschaftsfaktor geworden: Nahrungsergänzungsmittel, Fitnessstudios, Komplementärmedizin, Gesundheits- und Wellness-Wochenenden boomen.

Die vorliegende Magazinausgabe versucht mit den verschiedenen Beiträgen dem Individualisierungsgrad von Gesundheit entgegenzuwirken und strukturelle Faktoren sichtbar zu machen bzw. die Pole Gesundheit und Krankheit zu öffnen. Denn: Nicht nur das (Gesundheits-)Verhalten des/der Einzelnen, sondern vor allem die gesellschaftlichen Verhältnisse beeinflussen Gesundheit und Gesundheitsverhalten.

Die einzelnen Beiträge im Überblick

Birge Krondorfer eröffnet diese Magazinausgabe mit einem diskursanalytischen Beitrag. Sie fragt, welche biopolitischen Strategien das Verhalten Einzelner steuern. Gesundheit wird zur gesellschaftlichen Ordnung, Krankheit zur Unordnung. Krondorfers Blick richtet sich auf strukturell bedingte, krankmachende Faktoren ebenso wie auf kulturspezifisches Körperwissen. Körperwissen entwickelt sich entlang der jeweiligen Epochen abhängig von Geschlecht, Alter, Region und Sozialstruktur. Ohne Beachtung dieses Wissens oder wenn es ignoriert wird, werden zahlreiche Wahrnehmungen und Empfindungen pathologisiert. Vor allem Frauen erleben ihre strukturell- und patriarchatsbedingte Mehrfachbelastung heute als eigenes Versagen. Emanzipatorische und kritische Bildungsprozesse im Feld von Gesundheit sind der Autorin zufolge in einer schwierigen Ambivalenz situiert.

Verena Gangl liefert in ihrem Beitrag grundlegende Überlegungen zur Begriffsgeschichte von Gesundheit und Krankheit und zum Übergang von der Pathogenese zur Salutogenese. Sie referiert hierfür medizin(histor)ische, anthropologische und philosophische Sichtweisen von Gesundheit. Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit dem WHO-Gesundheitsbegriff wendet sie sich schließlich der Gesundheitsbildung zu. Sie versteht darunter lebenspraktisches Wissen ebenso wie die Reflektiertheit in der Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit und das Engagement bei der Gestaltung der (eigenen) Zukunft.

Franz Wagner wendet sich in seiner essayistischen Reflexion den TrainerInnen in Angeboten der Gesundheitsbildung zu und zeigt auf, wie überzogen die beruflichen Anforderungen an diese teilweise sind. Ihre Kompetenzen im Rahmen von Gesundheitsbildung sollten allumfassend sein, ohne dabei tatsächlich die Resultate maßgeblich beeinflussen zu können. Der Mensch könne sich schließlich immer auch gegen Gesundheit entscheiden – so der Autor. Der Kompetenzbegriff wird augenzwinkernd unter die Lupe genommen – nicht ohne ernsten Hintergrund.

In einem essayistischen Fragment, das sich des Krimi-Sujets bedient, nähert sich **Bernadette Konzett** dem Thema. Eine ungesunde Lebensweise sei ein Affront gegen die Gesellschaft und niemand könne sich mehr für eine ungesunde Lebensweise entscheiden. In Konzetts Krimi verschwindet eine Leiche aus der Gerichtsmedizin. Die Leiche steht für eine ungesunde Lebensweise, Krankheit, Sterblichkeit und Tod – all jenes, was aus unserer Gesellschaft gerne verdrängt wird, so Konzetts Kritik. Mit dem Fall ist übrigens ein Kommissar betreut, der versucht, sich den Gesundheitszwängen zu widersetzen…

Ausgehend von **Renate Schwammers** langjährigem Praxiswissen in der Betreuung, Beratung und Bildungsarbeit mit traumatisierten Flüchtlingen setzt sie sich in ihrem Beitrag mit Trauma, posttraumatischer Reifung, Bildung und Resilienzforschung auseinander. Sie vertritt die Ansicht, dass Bildung in schwierigen Zeiten Schutz geben kann und versteht Erwachsenenbildung als Möglichkeit, Resilienz zu stärken und zu fördern, da sie Suchprozesse initiieren und zu einem reflektierenden Dialog einladen kann.

Julia Bock-Schappelwein untersucht anhand der PIAAC-Datensätze den Zusammenhang von formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit. Ergebnis ihrer Untersuchung ist, dass Arbeitskräfte, die sich als ausbildungsadäquat beschäftigt einstufen, tendenziell zufriedener mit ihrer Arbeit sind und auch ihren Gesundheitszustand etwas besser einschätzen.

Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter steht im Zentrum des Beitrages von **Julia Müllegger**. Sie präsentiert nationale und internationale Studienergebnisse zur Korrelation von Gesundheit und Bildung, aber auch zur Armutsgefährdung im Alter. Nicht nur die Lebenserwartung erhöhe sich bei Personen mit höherer Bildung, auch die Lebensqualität in Hinblick auf Gesundheit sei besser. Gleichzeitig sind

Lebensstil und Umwelteinflüsse als zwei wesentliche und veränderbare Faktoren für Gesundheitsverhalten sehr stark von der jeweiligen sozialen Position abhängig, so die Autorin.

Einem Thema, das nach wie vor tabuisiert ist, wendet sich **Elisabeth Magdlener** zu: die erlebte Leiblichkeit in Verbindung mit dem behinderten Körper und DanceAbility. Magdlener beschreibt in ihrem Beitrag das Verhältnis von Menschen mit Behinderung zu ihrem „Körper-Haben" und „Leib-Sein" im Kontakttanz. Dabei verändern sich die Perspektiven auf den eigenen Körper: das Objekt wird zum Subjekt, Körper-Haben wird zum Leib-Sein. Zu Wort kommen teilweise professionelle körperbehinderte TänzerInnen.

Elke Gruber, **Dieter Gnahs** und **Erich Ribolits** stellen den – so die AutorInnen – zusammen mit der Politik, der Verwaltung, der Wissenschaft und der Praxis der Erwachsenenbildung entwickelten Ö-Cert-Beurteilungsraster vor. Dieser versteht sich als Antwort auf die Frage, welche Kriterien angelegt werden sollen, um Angebote aus Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik von jenen der Erwachsenenbildung abzugrenzen. Ö-Cert sichert die gegenseitige überregionale Anerkennung zwischen den einzelnen Ländern sowie mit dem Bund. (Siehe Website Ö-Cert).

In der Rubrik „Praxis" stellt **Veronika Spannring** aus Sicht von mafalda, einem Verein zur Förderung und Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen in Graz, die Frage, was sich junge Frauen für ihr Leben wünschen. Ob die Mädchen und jungen Frauen ihre Perspektiven erweitern und ihre Ziele umsetzen können, hänge u.a. davon ab, ob sie Zugang zu Bildung – formell und informell – haben. Auch die jungen Frauen anerkennen die Schlüsselfunktion von Bildung auf dem Weg in ein gutes Leben. Vorgestellt werden Angebote der Gewaltprävention.

Rainer Saurugg-Radl, **Christine Weiss** und **Melanie Wiedner** beschreiben und reflektieren das Projekt „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt" (2012-2014). Dieses Projekt der Innovative Sozialprojekte GmbH (ISOP) in Graz fokussierte auf gesundheitspräventiven Maßnahmen für Personen in Transitarbeitsverhältnissen. Wesentlich für das Gelingen des Projekts waren nicht nur die Kooperation mit den ArbeitgeberInnen der Transitarbeitskräfte, zielgruppengerechte Materialien und PädagogInnen, die Know-how aus dem Basisbildungsbereich und der Erwachsenenbildung mitbrachten, sondern – so die Conclusio der AutorInnen – auch die Integration des Angebots in den Betriebsalltag, die Stimmung und Atmosphäre im Betrieb und die Raumsituation.

Kurz vorgestellt wird von **Gudrun E. Hagen** die Arbeit des seit 30 Jahren bestehenden Vereins „Frauentreffpunkt" in Salzburg, der in Form von Beratung gesundheitspräventive Arbeit mit Frauen vor allem in Zusammenhang mit psychosozialen, psychologischen und rechtlichen Belangen leistet. Thematisiert werden neben körperlichen Dauerbelastungen, Mängeln im Gesundheitssystem und fehlenden Unterstützungssystemen krankmachende Handlungsmuster der traditionellen weiblichen Geschlechterrolle. Gesundheitsprävention bedeutet deshalb für den Verein auch, Frauen darin zu bestärken, ihre eigenen Bedürfnisse als Frauen wahr und ernst zu nehmen.

Den Abschluss bildet eine Rezension von **Barbara Kreilinger**. Kernthema des Sammelbandes „Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft" aus dem Jahre 2010 sind Fragen zur Individualisierung der Verantwortung für (eigene) Gesundheit.

Aus der Redaktion

Die kommenden Ausgaben decken ein weites thematisches Spektrum ab. Die 25. Ausgabe des Meb, die im Juni 2015 erscheint, nimmt die Redaktion zum Anlass, um innezuhalten und nach vorne zu schauen. Die Ausgabe fragt nach den gegenwarts- und zukunftsrelevanten Themen und nach der Bedeutung von Modernisierung und Post-Modernisierung für die Erwachsenenbildung.

Ausgabe 26 (Oktober 2015) fokussiert auf die ErwachsenenbildnerInnen. Während sie sonst oft nur als „Humanressourse" in die Rechnung eingehen, fragt die Ausgabe, wie sie tatsächlich leben und arbeiten, wo sie sich im Professionalisierungsdiskurs wiederfinden und mit welchen beruflichen Selbstkonzepten sie ihre Arbeit machen. Beiträge können bis 1. Juni 2015 eingereicht werden.

Literatur

WHO (1948): WHO definition of Health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Online im Internet: http://www.who.int/about/definition/en/print.html [Stand: 2015-01-29].

WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Online im Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Stand: 2015-01-29].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009. Online im Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1066/CMS1288362276132/gboe_09.pdf [Stand: 2015-01-29].

Foto: K. K.

Dr.in Mag.a Barbara Kreilinger

barbara.kreilinger@vhs.or.at
http://www.vhs.or.at
+43 (0)1 2164226

Barbara Kreilinger studierte Pädagogik/Sonderheilpädagogik in Wien und Bremen. Sie ist pädagogische Mitarbeiterin der Pädagogischen Arbeits- und Forschungsstelle des Verbands Österreichischer Volkshochschulen (VÖV), Redakteurin der Zeitschrift „Die Österreichische Volkshochschule"(ÖVH), Nachrichten-Korrespondentin von www.erwachsenenbildung.at und verantwortlich für den pädagogischen Ausschuss sowie die MitarbeiterInnenfortbildung des VÖV. Außerdem ist sie Mitglied der Plattform 20000frauen.

Foto: K. K.

DSA Elisabeth Schalk

elisabeth.schalk@mag.linz.at
http://www.wissensturm.at
+43 (0)732 70700

Elisabeth Schalk ist Diplom-Sozialarbeiterin, leitet den Fachbereich Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung an der Volkshochschule Linz, Wissensturm, und ist dort für Gesundheits- und MitarbeiterInnenfortbildung verantwortlich. Sie ist Expertin für Fragen von Gesundheit und Integration durch die Mitwirkung an zahlreichen Projekten und Arbeitskreisen. In ihrer Praxis setzt sie sich besonders mit den Themen Stress und Resilienz auseinander. Sie absolvierte den DaF/DaZ-Lehrgang, ist psychosoziale Ersthelferin und Teamleiterin in der Krisenintervention im Rettungsdienst. Sie entwickelte und begleitet den 1. Universitätslehrgang „Management und Leadership für Frauen" in Zusammenarbeit mit der Johannes-Kepler-Universität Linz.

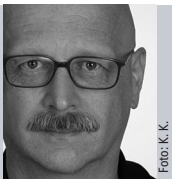


Foto: K. K.

Dr. Christian Kloyber

christian.kloyber@bifeb.at
http://www.bifeb.at
+43 (0)6137 6621 510

Christian Kloyber ist pädagogisch-wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesinstitut für Erwachsenenbildung in Strobl. Aufgabenbereich und Geschäftsfeld von Christian Kloyber widmen sich der Entwicklung innovativer Bildungsangebote für die Aus- und Weiterbildung von ErwachsenenbildnerInnen, thematische Schwerpunkte werden in den Bereichen Basisbildung, Sprache(n), E-Learning, Evaluation, Erwachsenenbildung und Partizipation gesetzt. Christian Kloyber ist außerdem ein international anerkannter Lateinamerikanist mit dem Forschungsschwerpunkt Exil und Kultur.

Editorial

Abstract

Being healthy has become the standard. Then what is a sick person? The articles in this edition show how social and structural conditions, frameworks and ways of thinking significantly influence the health and health behaviour of the individual. The authors discuss the complex connection between education and health in a variety of ways. Analyses of progressive health bias in old age or the connection between occupation and health are joined by perspectives which are critical of the system. How adult education creates meaning or the transition from having a body to being a body is experienced is as much the object of discussion as the practice of health education and its offerings as well as their definition as part of Ö-Cert. The articles attempt to understand and speak to human beings integratively in the variety of their everyday realities. They show how our perception of health (as something for which we are responsible) in opposition to illness (as something which is our fault) has fallen out of balance. Health education is a multidimensional institutional challenge involving all of society. Can adult and continuing education under the circumstances described possibly be in danger of encouraging an ideology that hands the responsibility for health over to the individual alone? (Ed.)

Gesundheit als Norm. Ein Befund

Ein (un)freiwilliges Postulat unserer Zeit

Birge Krondorfer

Krondorfer, Birge (2015): Gesundheit als Norm. Ein Befund. Ein (un)freiwilliges Postulat unserer Zeit.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheit, Gesundheitsgeschichte, Gesundheitszwang, Bildungsfragen

Kurzzusammenfassung

Inwieweit geht unser sogenannter fortschrittlicher Gesundheitsbegriff mit Normierungen, Anpassungszwängen und einem technisch-sozialen Machbarkeitsglauben einher? Repräsentiert Krankheit folglich eine Form gesellschaftlicher Unordnung? Die Autorin dieses diskursanalytischen Beitrags versammelt kritische Stimmen, um der Hegemonie eines Lebensstils auf die Schliche zu kommen, der sich selbst und anderen zur „Gesundung“ verhelfen will und zur Gesundheit anhält. Krank zu sein, scheint nicht nur unerwünscht und verboten, sondern wird auf mangelnden Leistungswillen der Einzelnen zurückgeführt. Emanzipatorische und kritische Bildungsprozesse im Feld von Gesundheit sind demgemäß in einer schwierigen Ambivalenz situiert: zwischen Beratung zum „richtigen“, da gesunden Leben, das die gesundheitliche Selbstsorge impliziert, und dem Anraten zur Distanzierung von allen maßregelnden Normen. Eine Auflösung dieses Dilemmas kann auch die Autorin nicht anbieten, aber Impulse zur Reflexion. (Red.)

Gesundheit als Norm. Ein Befund

Ein (un)freiwilliges Postulat unserer Zeit

Birge Krondorfer

Gesund muss man bleiben. So lautet der Tenor nicht nur von Medizinern und Therapeuten, sondern auch der politischen Meinungsführer und Wirtschaftstreibenden.

Matthias M. Becker (2014)

Im Folgenden wird ein Ausschnitt aus einer aktuellen Reportage ausführlich wiedergegeben, weil er einige der im Beitrag skizzierten Motive und Effekte eines neuen „vernünftigen" Subjekts anspricht: die Hegemonie eines spezifischen Lebensstils, der es „gut" meint und das „Gute" gut anbringt. Und vor allem: sich selbst und die anderen zur „Gesundung" verhelfen will und zur Gesundheit anhält.

„Ich verlasse das Hotel und treffe mich mit einer jungen Ukrainerin, die für eine von Deutschland und der EU gesponserte ukrainische NGO arbeitet. Ziel der NGO-Leute ist es, die Ukrainer mit der ‚grünen Lebensweise' vertraut zu machen. Dieses Ziel wollen sie interessanterweise erreichen, indem sie das ‚Fahrradfahren in Kiew' einführen. Kiew soll wie Hamburg aussehen, glauben sie, und jeder sollte hier Rad fahren. Ehrlich gesagt, bin ich nicht sicher, ob ich das verstehe. Im Unterschied zu Hamburg hat Kiew viele steile Straßen – hier fällt das Radfahren nicht eben leicht. Ganz zu schweigen von den enormen Kosten, die sich die Stadt damit einhandelt, wenn überall Radwege angelegt werden müssen – aber Deutschland und die EU haben das Geld, und sie wollen, dass die Bürger von Kiew Rad fahren. Warum? Die einzige vernünftige Erklärung, die mir einfällt, ist folgende: Mächtige Europäer wollen eine neue menschliche Spezies erschaffen, einen europäischen Mann und eine europäische Frau, die gleich aussehen, das Gleiche denken, das Gleiche fühlen und das Gleiche essen. Diese neue Spezies wird die Umwelt anbeten, gesund sein, für die Schwulenehe eintreten, Palästina unterstützen, mit dem Rauchen aufhören, gegen den Klimawandel kämpfen und für immer radeln. Ich lasse die Dame an dieser Überlegung teilhaben, die sie aber zu beleidigen scheint, da ich die guten Menschen aus dem Westen kritisiere, ihre Arbeitgeber" (Tenenbom 2014, S. 48f.).

Gesundheitsgesellschaft und Ökonomie

Heutzutage ist „Gesundheit" allgegenwärtig. Wir sind umzingelt von Gesundheitsanrufungen: in populären Ratgebern wie in seriösen Zeitschriften, in Supermarktketten wie in Fair Trade-Regalen, in Fitnesszentren wie in Yogaclubs. Eine neue Kultur der Gesundheit durchwächst unser Körperbild und durchzieht unsere Mentalität. Dabei wird *„die Rolle des Bürgers/Konsumenten/Patienten [...] immer bedeutsamer, denn die Gesundheitsgesellschaft erfordert eine aktive und kompetente Beteiligung an der eigenen Gesunderhaltung, in immer komplexer werdenden Gesundheitssystemen und auf dem wachsenden Gesundheitsmarkt"* (Kickbusch 2008, S. 26). Wie die Soziologin und Politikwissenschafterin Ilona Kickbusch, Mitinitiatorin der Ottawa-Charta (Ergebnis der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung), diagnostiziert, *„gibt [es]*

kaum einen gesellschaftlichen Bereich, der den zentralen Handlungsprinzipien der Moderne mehr entspricht als die Gesundheit: Optionenvielfalt, Individualisierung, Differenzierung, Machbarkeit" (ebd.). Damit einher gehen gesundheitsökonomische Konzepte von Gesundheit als Humankapital, was nichts anderes bedeutet als die Verwertbarkeit des privaten Wissens für gesteigerte Produktivität. Es steht nicht mehr die Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt. Die individuelle und kollektive Gesundheit wird vielmehr als ökonomisches Objekt dimensioniert, das kalkulierbare Investitionen unter wirtschaftlichen Effizienzkriterien braucht und an betriebs- und volkswirtschaftlichen Kriterien bemessen wird. Der Gesundheitsmarkt wird zunehmend als Schlüsselfaktor für ein neues Wirtschaftswachstum gesehen (vgl. Brunnett 2009, S. 11f.). Was diese Entwicklung nicht nur für die Pflegearbeit, sondern für alle sozialen Tätigkeiten bedeutet, ist leidlich bekannt: In einer nach nur mehr profitablen Kriterien funktionierenden Organisation des Sozialen wird die Möglichkeit unterstützender Bezüge in bedürftigen Lagen, die über die pure Rentabilität hinausgehen, zum Erliegen gebracht. Physische und psychische Leiden können aber nicht endlos verdinglicht werden, sondern Menschen brauchen einen Begründungszusammenhang, der das zur Ware-Werden, zumindest scheinbar, überschreitet. Zum Einsatz kommt die Anrufung der Selbst-Organisierung der Subjekte und „Gesundheit" ist dabei zum elementaren Element dieser Regierungskunst avanciert. Der Begriff der Zivilgesellschaft hat Konjunktur, das bürgerliche Engagement wird hochoffiziell ausgerufen (wie z.B. das Europäische Jahr der Bürgerinnen und Bürger 2013). Und die Angesprochenen selbst erachten und empfinden ihr Engagement als Potenzial zur demokratischen Macht(um)verteilung. Dabei wird aber übersehen, dass es um die Durchsetzung von Regierungsagenden geht, deren Effektivität heute nicht mehr durch entfremdende Disziplinierung funktioniert, sondern durch soziale Bindungen und (selbstbezogene) Mobilisierungsenergien. Selbstverantwortung ist das Wort der Stunde.

Regulation und Selbststeuerung

Die staatliche Programmatik benötigt als Reaktion auf ihre Steuerungskrisen und die finanzielle Aushungerung der öffentlichen Hand die Stärkung der Eigenverantwortung der LeistungsbezieherInnen. *„Der ‚aktivierende Staat' präsentiert sich als dritter Weg jenseits des liberalen (‚schlanken') Minimalstaats wie des fordistischen (‚bevormundenden') Wohlfahrtsstaats. Die Abmagerungskur des Sozialstaats soll durch ein ‚Fitnesstraining' der Zivilgesellschaft kompensiert werden"* (Kocyba 2004, S. 20). Der Gesellschaftswissenschafter Hermann Kocyba sieht als eine Konsequenz davon die Aufwertung der Selbsthilfegruppen: *„Sie bilden im Gesundheitswesen und in der Sozialpolitik wichtige Transmissionsriemen des Aktivierungsdiskurses. Der Staat garantiert nicht länger bestimmte Leistungen, sondern offeriert ‚Hilfe zur Selbsthilfe', die somit an eine Eigenleistung geknüpft ist. [...] Eigenverantwortlichkeit heißt dann, dass Misserfolge jenen zugerechnet werden, denen es nicht gelingt, erfolgreich im Sinne des Aktivierungsimperativs zu handeln. [...] [Der] aktivierte Bürger der Zivilgesellschaft [...] kann sich nicht länger darauf berufen, Opfer der sozialen Verhältnisse zu sein"* (ebd., S. 20). Die, auch gesundheitliche, „Selbstbestimmung" entspricht folglich dem neuen System einer rationalen Regierungskunst. Die Annahme einer umfassenden (Selbst-)Verantwortung ist das Gesundheitspostulat der Zeit.

Schon vor zehn Jahren erfassten Herbert Gottweis, Wolfgang Hable, Barbara Prainsack und Doris Wydra die sich abzeichnenden „Strategien der Gesundheitspolitik": *„Die seit den Anfängen der Entwicklung von Public-Health-Strategien vorherrschende Idee von Gesundheit als öffentlichem Gut, deren Erhalt oder Wiederherstellung primär dem öffentlichen Interesse – sei es des Volkes, des Staates, der Nation – dienen, wurde Ende des 20. Jahrhunderts schrittweise durch einen diffusen Verantwortungsbegriff ersetzt, der den Erhalt der Gesundheit der Körper ins überwiegend individuelle Interesse und damit auch in die überwiegend individuelle Verantwortlichkeit verlagerte. Eine der wesentlichen Veränderungen im Verständnis von Gesundheit im 20. Jahrhundert ist die Privatisierung und Individualisierung von Gesundheit. [...] Gleichzeitig wurde Gesundheit im neoliberalen Gesundheitsregime vom öffentlichen Gut zum privaten Vermögenswert, das vom Einzelnen kontrolliert und reguliert werden soll"* (Gottweis et al. 2004, S. 35). Das bedeutete eine entscheidende Veränderung im Gesundheitssektor, durch die die Macht des Staates als Verwalter des Volkskörpers sich hin zu den Einzelnen als SelbstverwalterInnen

ihres Körpers verschob. *„Die alten Autoritäten des 19. Jahrhunderts – Gesundheitspolizei und klinische Medizin – werden im 20. Jahrhundert schrittweise verdrängt. [...] Die Rolle der Experten nehmen seitdem zwei neue Professionen ein: die Gesundheitswissenschaftler auf der einen und die Gesundheitsökonomen auf der anderen Seite. [Sie] transportieren ein neues gesundheitspolitisches Paradigma, das sich im Kern der Gesundheitsförderung verschreibt und eine multisektoral ausgerichtete Gesundheitspolitik fordert [...]. Nicht mehr der Staat und die Ärzteschaft, sondern ‚Alle' sollen in die gesundheitspolitische Verantwortung mit einbezogen werden"* (Radek 2011, S. 195). Die historischen Sozialdisziplinierungen sind durch Techniken der Selbststeuerung ergänzt und bereits auch abgelöst worden. Eine neue biopolitische Ordnung ist nun bestimmend: Gesundheit ist von einer Eigenschaft zu einer Frage der Lebens„führung" und einer Ressource am Markt als Gesundheitsmarkt geworden.

Biomacht und Prävention

Biopolitik bzw. Biomacht als eine Verschränkung von Diskursen und institutionellen Praxen unterliegt also historischen Veränderungen. Bis zur Neuzeit war das Gesundheitswesen karitativ geregelt; mit der industriellen Entwicklung stieg das Interesse an der Disziplinierung des Sozialkörpers zur Steigerung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung. Zu diesem Zweck wurde ab dem 18. Jahrhundert die Praxis der Medizin in die wirtschaftliche und politische Verwaltung integriert. Es dominierte ein verobjektivierter Krankheitsbegriff im Sinne der Abweichung von einer biologischen Norm und durch die Einführung statistischer Datensammlungen wurden Krankheit und Gesundheit unterschieden. Bis zur 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts wuchs unter diesem Aspekt der Gesundheitszustand der Bevölkerung kontinuierlich. Ab dann begann sich der Fortschritt zu verlangsamen und die Ursachen wurden zunehmend in den individuellen Lebensstilen gesucht (vgl. ebd.).

Als eine auf die Körper bezogene Sozialtechnologie geht es der Biomacht heute nicht mehr um direkte Gewaltausübung zur Disziplinierung der Population, sondern darum, *„das Leben aufzuwerten, seine Dauer zu verlängern, seine Möglichkeiten zu vervielfachen, Unfälle fern zu halten oder seine Mängel zu kompensieren"* (Foucault 1999, S. 297). Das erlaubt es, die Bevölkerung und die Individuen am Imperativ der Lebensoptimierung auszurichten; das Lebende wird in den Kategorien von Wert und Nutzen organisiert. *„Eine solche Macht muß eher qualifizieren, messen, abschätzen, abstufen, als sich in einem Ausbruch zu manifestieren. Statt die Grenzlinie zu ziehen, die die gehorsamen Untertanen von den Feinden des Souveräns scheidet, richtet sie die Subjekte an der Norm aus, indem sie sie um diese herum anordnet"* (Foucault 1977, S. 171). Die heutige Biomacht besteht aus zunehmend präventiven Sicherheitstechniken, die sich auf die Gesamtheit der Bevölkerung richtet, indem sie das Zufällige, das Brüchige, das Unkorrekte, das Lebewesen inhärent ist, also m.E. das letztlich Lebendige und Verausgabende löschen will. Der deutsche Wissenschaftsjournalist Matthias Becker schreibt dazu treffend: *„Gesund muss man bleiben. So lautet der Tenor nicht nur von Medizinern und Therapeuten, sondern auch der politischen Meinungsführer und Wirtschaftstreibenden. Mit Fettsteuern, verpflichtenden Untersuchungen sowie Rauch- und Alkoholverboten wird dieser Feldzug geführt, mit Vergünstigungen bei Krankenversicherungen und andauernden öffentlichen Appellen zu Fitness und regelmäßigem Sport, und vor allem mit der sogenannten Früherkennung, die gefährliche Krankheiten schon im Anfangsstadium aufspüren soll. Eine ‚präventive Wende' hat eingesetzt"* (Becker 2014, o.S.). Mit der Fokussierung auf individuelle Vorbeugung, auf bestimmte Ernährungsgewohnheiten, Verhaltensweisen und Lebensstile, nicht aber auf die ökonomischen, ökologischen und sozialen Verhältnisse, erscheint nicht nur eine neue Variante von Tugendhaftigkeit am Horizont, sondern es entsteht auch ein postautoritärer Autoritarismus[1] am Horizont. *„Wenn innerhalb neoliberaler Regierungsformen die Bestimmung der ‚Lebensqualität'*

1 Reinhard Kreissl, wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie, führt diesen Autoritarismus exemplarisch an der von ihm wahrgenommenen Instrumentalisierung der RaucherInnen aus: *„Was ist das für eine Gesundheitspolitik, die kein anderes Problem hat, als tradierte kulturelle Praktiken zur Zielscheibe ihres Verbotswillens zu machen. Ich will als Raucher nicht zum nützlichen Feind einer Politik werden, die von ihrer Unwilligkeit, sich mit wirklich mächtigen, Gesundheitsschäden produzierenden Interessen anzulegen, ablenkt [...]. Auf den Raucher kann man mit dem Finger zeigen. [...] Die soziale, psychische und politische Funktion der Raucher besteht darin, dass sie es einer vermeintlichen Mehrheit erlaubt, sich gut zu fühlen, Engagement zu simulieren und einen diffusen Ärger abzulassen, der sonst kein Ventil findet"* (Kreissl 2014, S. 31).

zunehmend als ein Problem individueller Nutzenmaximierung, persönlicher Präferenzen und richtiger Ressourcenallokation begriffen wird, so kann die Analyse und Kritik des biopolitischen Projekts diese wichtige Verklammerung von Subjektivierungsformen mit politischen Techniken der Führung von Individuen und Bevölkerungen nicht aussparen" (Lemke o. J., S. 18).

Es lässt sich auch so formulieren: Was ehemals der Diskurs über die Kranken war – die sogenannte „Renormalisierung", ist heute der Diskurs über die Gesunden – sprich, die präventive Normalisierung (siehe Ralser 2010). Die Definition von Gesundheit seitens der Weltgesundheitsorganisation als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur des Fehlens von Krankheit oder Gebrechen wird allgemein als fortschrittlicher Gesundheitsbegriff verstanden. Allerdings geht sie hinterrücks mit Normierungsprozessen, Anpassungszwängen und einem technisch-sozialen Machbarkeitsglauben einher. Es wird einem Perfektionismus gefrönt, der krebsartig das Nichtreibungslose pathologisiert, was sich auch in einer Epidemie der Diagnosen ausdrückt und wogegen Maßnahmen des Kurierens, Immunisierens und Ausmerzens in Stellung gebracht werden.[2]

Norm und Ordnung

Gesundsein ist zur Norm geworden. Strukturell bedingte krankmachende Faktoren werden den Einzelnen zugeschrieben, die sich via Gesundheitssorge reparieren sollen. Es gibt immer weniger durch das Kollektiv bereitgestellte Entlastungen, immer mehr wird den Einzelnen überlassen *„und dies wird nach dem Zurückweichen der alten Institutionen und Autoritäten immer mehr"* (Heintel 1992, S. 26). Und wie der Philosoph Peter Heintel schon vor mehr als zwanzig Jahren feststellte: *„Wir wollen das auch, halten uns für eine individuelle moralisch vernünftige Instanz, als unumgehbar, pochen auf unsere Pflicht zur ‚Selbstverwirklichung'. Wenn aber gerade auch diese Möglichkeit in Individualisierung keine kollektive Form und Organisation bekommt (kein ‚Ritual', [...] keinen gesellschaftlichen Rückhalt), so führt dies wohl zu einer individuellen Überlastung. Das Leid, das allen zukommt, muss sozusagen allein bewältigt werden – übrigens auch die Freude. Die Vermutung liegt nahe, dass das Individuum ein zu kleines ‚Gefäß' ist, dies Allgemeine auszuhalten. Es reagiert mit Leid und Krankheit"* (ebd., S. 26). Unser System braucht aber funktionierende Individuen; es muss Bewältigungs- und Beruhigungsstrategien bereitstellen. Durch die permanente Herstellung von (neuen) Normen wird eine Ordnung suggeriert, eine Normalität, der man sich freiwillig unterwirft.

Der aktuelle Hype um die „Selfies" zum Beispiel entspräche dann nicht nur einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, entspräche nicht nur einer Anbetung des Selbst als neue Heilsbotschaft, sondern würde auch die subjektive Verlorenheit in einer überkomplexen (Welt-)Gesellschaft indizieren. Die Illusion der Einzigartigkeit entspricht jedoch umgekehrt einer Selbst-Normalisierung, einer Existenz als „Untertan ohne Herren" (vgl. Link 1997, S. 159). Die Normalisierungsgesellschaft ist gekennzeichnet durch die Internalisierung von Vorschriften, der verkörpernden Aneignung „angesagter" Normen sowie ihrer individuellen Gestaltbarkeit. „Krankheit" in dieser Logik repräsentiert im Grunde genommen gesellschaftliche Unordnung und „Gesundheit" erscheint als ordentlich. *„Der subjektiv erfahrene Körper stellt [...] die Verkörperung des jeweils gültigen Konzepts des Selbst [dar]"* (Zehetner 2012, S. 119f.). Gesundheit und Krankheit bzw. ihre Interpretationen sind damit auch Metaphern gesellschaftlicher und subjektiver (Un-)Ordnung. Frauen sind davon besonders betroffen. Sie *„wurden medizinhistorisch als ‚krankes Geschlecht' im Vergleich zur männlichen Norm beschrieben. Zugleich wurden sie durch dieses Prozedere auch tatsächlich geschwächt sowie persönlich gekränkt in einem System, welches die sozialen und medizinhistorischen Faktoren des Gemachtwerdens von Frauenkrankheiten ausblendet und deren ‚Für-Wahrnehmung' und ‚Empfindung' aufs Neue pathologisiert"* (Mauerer 2010, S. 103). Heutzutage werden Frauen zur „work-life-balance" angehalten, als Versprechen beruflichen Erfolg und Lebensqualität verbinden

2 Das verweist auf die bange Befürchtung, dass sich unbemerkt ein neuer alter Totalitarismus einschleicht. Auch der Nationalsozialismus mit seinen Ausrottungen unwerten Lebens war ein gigantisches Projekt des Social-Engeneerings und, wie der Soziologe und Philosoph Zygmunt Bauman 1995 ausführte, ein *„legitimes Kind des modernen Geistes, jenes Dranges, den Fortschritt der Menschheit zur Vollkommenheit zu unterstützen und zu beschleunigen"* (Bauman 1995, S. 45).

zu können, was die antagonistischen Anforderungen – besonders für Mütter – zwischen Erwerbs- und Reproduktionsarbeit überblendet. *„Mit seinen euphemistischen Harmonie-Assoziationen übertrifft der Begriff noch jenen der ‚Vereinbarkeit' [...] gegensätzlicher Arbeits- und Zeitanforderungen"* (Beneder 2013, S. 65f.). Auch die florierende Wellnesskultur ruft eine Persönlichkeit an, die keine Widersprüche kennt. Monica Greco schrieb schon vor zehn Jahren: *„Wellness ist die bewusste und demonstrativ ausgestellte Gesundheit, die man aktiv verfolgen, statt passiv und unwissentlich genießen soll. [...] Dieses Ideal korrespondiert mit einer ökonomischen Rationalität, welche die Instandhaltung des Produzenten- und Konsumenten-Ichs als Vergnügen verkauft. [...] Genau genommen ist daher das Gegenteil von Wellness nicht Krankheit [...], sondern eine Art von Wahnsinn: der Unwille oder die Unfähigkeit, sich wie ein vernünftiges Subjekt zu verhalten"* (Greco 2004, S. 294, S. 298 u. S. 296).[3]

Erwachsenenbildung und Normalisierung

Auch die Erwachsenenbildung agiert m.E. heute zumeist systemimmanent, ihre Programmatik und ihre Programme sind den Anforderungen neoliberaler (Selbst-)Regierungsweisen angepasst (vgl. Krondorfer 2010a, 2010b u. 2013). Es wird, wie sonst auch, von einem Menschenbild ausgegangen, in welchem die Individuen „frei" wählen können – auf der Folie des permanenten Zwangs zur Entscheidung. Paradigmatisch sei die Ankündigung eines Seminars aus dem VHS-Kontext zur „Work-Life-Balance im Arbeitstalltag" wiedergegeben: *„Depressive Verstimmungen, Verlust von Lebensfreude und Lebensqualität sind mitunter die Auswirkungen von Überforderung, Überarbeitung und Stress. Vor allem Frauen mit Doppel- oder Dreifachbelastungen geraten zunehmend in diese Situation. [...] Arbeitsbedingungen und Lebensumstände sind schwer zu verändern. Erweitern Sie Ihr Spektrum im Zugang und finden Sie einen geeigneten individuellen Weg zurück in die Balance"* (zit.n. Beneder 2013, S. 69). Welche „Erweiterungen" des „Spektrums im Zugang" hier gemeint sein können, mag angesichts der beschriebenen Diskurse, Normierungspraxen und Ökonomien deutlich geworden sein.[4]

Emanzipatorische und kritische Bildungsprozesse in diesem wie in allen Feldern und Angeboten sind hierbei in einer schwierigen Ambivalenz situiert: zwischen Beratung zum „richtigen" Leben, das die gesundheitliche Selbstsorge impliziert, und dem Anraten und Erproben von Distanz zu und Distanzierung von allen maßregelnden Maßnahmen. *„Revolutionäre Formen des politischen Bewusstseins bringen auch die Bildung eines Bewusstseins darüber mit sich, worüber wir unglücklich sein können"* (Ahmed 2010, S. 81).

---

3 Eine Anmerkung zur Diskursgeschichte des Wahnsinns: *„Das Individuum hat seine Unvernunft zugunsten seiner Vernunft zu internieren [...]. Dabei verkehrt es seine Lust in eine ‚Krankheitslast' [...]. Daraus folgt, dass dieser Begriff von Gesundheit ‚geisteskrank' ist. Er ist krank durch einen Geist, dessen Ungeist des Kapitalismus sich heute mehr denn je als ‚geistige Gesundheit' (mental health) ausgibt"* (Treusch-Dieter 2014, S. 260).

4 Eine Erwachsenenbildung, so sie es z.B. mit Eltern von unerwachsenen Kindern zu tun hat, ist heutzutage auch mit dem Problem der Gesundheitsförderung im Kontext von Konsumzwang konfrontiert. *„Der deutsche Staat schreibt den Kindern heute vor, dass sie Helme tragen, wenn sie sich auf ein Fahrrad setzen. Er bestimmt über die Türbreite in Kindergärten, damit auch alle Jungen und Mädchen hindurchpassen, wenn es brennt. Er kontrolliert, ob Eltern ihre Kinder regelmäßig vom Arzt untersuchen lassen. Er beschützt die Kinder vor allen erdenklichen Gefahren. Wenn es aber um Werbung geht, ist alles erlaubt. Ein Tag eines Grundschulkindes in Deutschland kann so aussehen: Zum Frühstück isst es Cini-Mini-Frühstücksflocken von Nestlé [...]. In der ersten Schulstunde verteilt die Lehrerin ein Arbeitsblatt zum Thema Zoo, entwickelt von Dr. Oetker. In der zweiten Stunde sieht das Kind ein Video zum Thema Verkehrssicherheit, zur Verfügung gestellt von Capri-Sonne. Vielleicht ist an der Schule aber auch Projekttag, und das Kind darf in der ‚Mobilen Schokowerkstatt' von Ritter Sport sein eigenes Schokoquadrat herstellen. [...] Die sichtbarste Folge der Überfütterung: Es gibt heute 50 Prozent mehr dicke Kinder als noch in den neunziger Jahren"* (Raether/Stelzer 2013, o.S.).

Literatur

Ahmed, Sara (2010): Spaßverderberinnen: Feminismus und die Geschichte des Glücklichseins. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 53-84.

Bauman, Zygmunt (1995): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Frankfurt am Main: Fischer.

Becker, Matthias M. (2014): Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht. Wien: Promedia, Klappentext und Verlagsinformation. Auch online im Internet: http://www.mediashop.at/typolight/index.php/buecher/items/matthias-martin-becker---mythos-vorbeugung [Stand: 2014-12-29].

Beneder, Beatrix (2013): Work-Life-Balance – Süßes Versprechen im Dienste des Humankapitals. In: Fink, Dagmar/Krondorfer, Birge/Prokop, Sabine/Brunner, Claudia (Hrsg.): Prekarität und Freiheit? Feministische Wissenschaft, Kulturkritik und Selbstorganisation. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 65-74.

Brunnett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. Bielefeld: transcript.

Foucault, Michel (1977): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1999): Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège De France (1975-76). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gottweis, Herbert/Hable, Wolfgang/Prainsack, Barbara/Wydra, Doris (2004) (Hrsg.): Verwaltete Körper: Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich. Wien: Böhlau.

Greco, Monica (2004): Wellness. In: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 293-299.

Heintel, Peter (1992): Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten? (Manuskript). In: Granig, Peter (Hrsg.) (2008): 1st Austrian Health Economics Forum. Trends, Herausforderungen und Entwicklungen am europäischen Gesundheitsmarkt. Klagenfurt: Hermagoras, S. 134-183.

Kickbusch, Ilona (2008): Die Gesundheitsgesellschaft. Online im Internet: http://ext02.fh-kaernten.at/medsoz/Kongress08/Plenarvortrag_Ilona%20Kickbusch.pdf [Stand: 2015-01-22].

Kocyba, Hermann (2004): Aktivierung. In: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 17-22.

Kreissl, Reinhard (2014): Immer auf die Raucher. In: Der Standard vom 4. 9. 2014, S. 31. Auch online im Internet: http://derstandard.at/2000005124749/Immer-auf-die-Raucher [Stand: 2014-11-23].

Krondorfer, Birge (2010a): Voraussetzungen für die Bildungsarbeit mit (migrantischen) Frauen. Realitäten. Partizipation? Selbstbefragung! In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, Ausgabe 11. Wien. Online im Internet: http://erwachsenenbildung.at/magazin/archiv_artikel.php?mid=4045&aid=4057[Stand: 2014-12-29].

Krondorfer, Birge (2010b): Gesundheit und Moderne Frauen. Notate zum Körperregime. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 129-144.

Krondorfer, Birge (2013): Governance als Harmonisierungsstrategie. Oder warum Demokratie streitbare Frauenbildung braucht. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, Ausgabe 18. Wien. Online im Internet: http://erwachsenenbildung.at/magazin/archiv_artikel.php?mid=6641&aid=6635#6635 [Stand: 2014-12-29].

Lemke, Thomas (o.J.): Die politische Ökonomie des Lebens – Biopolitik und Rassismus bei Michel Foucault und Giorgio Agamben. Online im Internet: http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/Die%20politische%20%D6konomie%20des%20Lebens%20II.pdf [Stand: 2014-11-23].

Link, Jürgen (1997): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Mauerer, Gerlinde (2010): Weiblichkeit und (Vor-)Sorge tragen: Wechselwirkungen zwischen Frauen- und Krankheitsbildern. In: Dies. (Hrsg.): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript, S. 85-112.

Radek, Monika E. (2011): Weltkultur am Werk. Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine Rezeption im nationalen Reformdiskurs am Beispiel Polens. Bamberg: University of Bamberg Press.

Raether, Elisabeth/Stelzer, Tanja (2013): Süße Geschäfte. In: Die Zeit Nr. 20. Online im Internet: http://www.zeit.de/2013/20/kinder-marketing-werbung [Stand: 2014-09-23].

Ralser, Michaela (2010): Das Subjekt der Normalität. Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900. München: Wilhelm-Fink.

Tenenbom, Tuvia (2014): Faschistischer Kaffee ist der beste. In: Die Zeit Nr. 24, S. 47-49.

Treusch-Dieter, Gerburg (2014): Die Wahnsinnsfrage der Aufklärung – Das Dispositiv der Psychiatrie. In: Futscher, Edith et al. (Hrsg.): Gerburg Treusch-Dieter. Ausgewählte Schriften. Wien/Berlin: Turia + Kant, S. 256-274.

Zehetner, Bettina (2012): Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien/Berlin: Turia + Kant.

Foto: K.K.

Mag.a Dr.in Birge Krondorfer

birge.krondorfer@chello.at

Birge Krondorfer ist politische Philosophin und feministische Aktivistin. Seit 1990 arbeitet sie als externe Universitätslehrende an verschiedenen Instituten (inter-)nationaler Universitäten u.a. in den Bereichen Bildungs-, Kultur-, Genderwissenschaften. Sie ist in der Erwachsenenbildung tätig, hält Vorträge, ist Herausgeberin und publiziert zur Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse. Auch ist sie zertifiziert in Groupworking, Supervision, Mediation, Interkulturelles Training. Mitgründerin bzw. ehrenamtlich tätig ist sie u.a. in der Frauenbildungsstätte Frauenhetz/Wien, im Verband feministischer Wissenschafter_innen, in der AG „Demokratie braucht Bildung" und in der Plattform 20000frauen.

Health as the Norm. The Findings

A(n in)voluntary postulate of our time

Abstract

To what extent does our so-called progressive idea of health go hand in hand with standardization, pressure to conform and faith in its technical and social feasibility? Does illness thus represent a form of social disorder? The author of this discourse analysis gathers together critical voices to unmask the hegemony of a lifestyle that wants to help itself and others to "recovery" and to promote health. Being ill not only appears to be undesirable and prohibited but is also attributed to a lack of motivation on the part of the individual. Emancipatory and critical educational processes in the field of health find themselves in a difficult, ambivalent position: between advising what the "right" and thus healthy lifestyle is, which implies caring for one's own state of health, and recommending that one should distance oneself from all disciplining norms. Though the author cannot offer a solution to this dilemma, she provides stimulus for reflection. (Ed.)

„Gesundheit“ ist mehrdimensional

Grundlagen einer Gesundheitsbildung

Verena Gangl

Gangl, Verena (2015): „Gesundheit“ ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheit, Krankheit, Salutogenese, Pathogenese, Prävention, Kuration, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung

Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Beitrag zeigt auf, wie sich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit gewandelt hat, nämlich von der Pathogenese hin zur Salutogenese, d.h. weg von einer Konzentration auf Krankheit hin zur Gesundheit bzw. Gesunderhaltung. Vorgestellt werden dabei medizin(histor)ische, anthropologische und philosophische Sichtweisen von Gesundheit. Beachtenswert heute ist: Trotz des Bedeutungswandels wird nur ein Bruchteil an staatlichen Geldern im Gesundheitssystem für Prävention statt für die Kuration verwendet. Was also kann Gesundheitsbildung leisten? Und welches Konzept von Gesundheit muss ihr zugrunde liegen? Die Autorin plädiert für eine Gesundheitsbildung, die nicht der „verlängerte Arm“ der Medizin ist, sondern für Gesundheitsbildung als einem ganzheitlichen Prozess. Damit ist ein positives Gesundheitsideal gemeint, das auch präventiv orientiert ist und die existenzielle Dimension von Gesundheit im anthropologisch-philosophischen Sinne nicht vergisst. (Red.)

„Gesundheit“ ist mehrdimensional

Grundlagen einer Gesundheitsbildung

Verena Gangl

Die Suche nach einer allgemein gültigen Definition von Gesundheit gestaltet sich in Hinblick auf die ungleichen Lebensbedingungen, unter denen Menschen leben, oftmals als schwierig. Wenn Gesundheit ein Erziehungs- und Bildungsziel bedeutet, muss sie in einer pädagogischen, d.h. auch allseitig-anthropologischen Weise verstanden werden – nicht rein biologisch-naturwissenschaftlich – und bleibt dadurch einer gänzlich objektivierenden Betrachtungsweise unzugänglich.

In allen Kulturen bestehen seit jeher Vorstellungen darüber, was „gesund“ bzw. „krank“ bedeutet, was gesund erhält und krank macht. Eine Rolle spielt dabei, aus welcher Perspektive man sich Gesundheit erschließt: ob aus naturwissenschaftlich-somatischer Perspektive (wie sie die Medizin oder Labordiagnostik vertreten), aus psychologischer Perspektive (mit Konzentration auf „anormalem“ Verhalten und Erleben), aus soziologischer (fokussiert beispielsweise auf Rollenerfüllung und Normabweichung) oder aus juristischer Sicht (u.a. beschäftigt mit dem Anspruch auf Heilbehandlung oder Fragen der Zurechnungsfähigkeit). So wird Gesundheit folglich auch verschiedenartig beschrieben: als Abgrenzung zu Krankheit, als Störungsfreiheit, als Wohlbefinden, Anpassungsfähigkeit, Gleichgewichtszustand, als Wertaussage, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum oder als „verborgene Harmonie“ – ein Aspekt, der meist gar nicht in unserem Bewusstsein ist. Rekurriert man auf psychische Gesundheit, tauchen meist Zuschreibungen wie „Normalität“, Leistungsfähigkeit, Homöostase, Wohlbefinden (wie in der Definition der World Health Organization, WHO, im Jahre 1978) oder eines „inneren Gefühls der Lebendigkeit“ auf (vgl. Filsinger/Homfeldt 2005, S. 707; Zwick 2004, S. 28; Göppel 1997, S. 323ff.; Franzkowiak 1996a, S. 24ff.; Becker 1982, S. 3ff.).

In der abendländischen Tradition versteht man Gesundheit als etwas durch den Lebensstil Bewahrbares sowie als etwas durch Behandlung Wiederherstellbares. Mythologisch wird ersteres personifiziert als „Hygieia“ (Hygiene), als die Auffassung, dass man durch vernünftige Lebensweise die Gesundheit erhalten könne; letzteres als „Äskulap“, als Kunst, sie wiederherzustellen – bis heute bilden diese die beiden Zugangsweisen und Symbole der Medizin bzw. Pharmazie (vgl. Hörmann 2009a, S. 38 u. S. 17f.).

Das Auseinanderfallen dieser ursprünglich untrennbaren Gesundheits- und Krankheitslehre und damit ein Abrücken von Ganzheitlichkeit geschieht erst im 19. Jahrhundert – bedingt durch die sich ausdifferenzierende Medizin als Wissenschaft. Die Denkfigur der „Hygieia“, die immer seelische und körperliche Gesundheit meinte, wurde zunehmend abgelöst von einer Medizin, deren Interesse vor allem der Pathologie und Wiederherstellung, weniger der Vorsorge und Gesunderhaltung galt (vgl. Labisch 2005, S. 350; Vescovi 1981, S. 44).

Dieses Auseinanderfallen zeigt sich bis heute in der Diskussion um einen Gesundheitsbegriff und im Ungleichgewicht von kurativer und präventiver Gesundheitsfürsorge.

Bedingungen von Gesundheit

Psycho-, sozio- und ökosomatisches[1] Denken zogen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Abkehr vom biomedizinischen, an der Pathogenese von Krankheiten orientierten Modell von Gesundheit (dem sogenannten Risikofaktoren-Modell) nach sich. Beeinflusst wurde dies durch den neuen Gesundheitsbegriff der WHO von 1946/48 (s.u.), das veränderte Krankheitspanorama (d.h. die Ausrottung der Infektions- und Zunahme der Zivilisationskrankheiten und psychosozialen Störungen) sowie durch die Kritik seitens der Sozialwissenschaften. Zu diesem Perspektivenwechsel trug auch das Salutogenese-Konzept bei, das die personalen und sozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, also die gesunderhaltenden anstelle der Risikofaktoren betont. Dieses Salutogenese-Konzept geht auf Aaron Antonovsky zurück, der das Konzept schon in seiner Publikation „Health, Stress and Coping“ (1979) einführte und schließlich mit seiner Veröffentlichung „Unraveling the Mystery of Health – How people manage stress and stay well” (1987) (dt.: „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit“, 1997) maßgeblich an diesem Paradigmenwechsel beteiligt war.

Antonovsky (1997) ging nicht davon aus, dass sich der Körper in einer Homöostase befindet und alles getan werden muss, um Faktoren, die dieses Gleichgewicht stören, zu beseitigen (= pathogenetische Perspektive). Er konstatierte vielmehr, dass sich der menschliche Organismus auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinde und deswegen die Frage, wie man das System erhalte und gesund bleibe, zielführender sei (= salutogenetische Perspektive) (vgl. Antonovsky 1997, S. 15 u. S. 22ff.). Salutogenetische Ansätze fragen also, unter welchen Bedingungen Gesundheit für Individuen überhaupt möglich und lebbar wird und welche ökonomischen, sozialen, kulturellen, psychischen sowie biologischen Ressourcen hierfür notwendig sind (vgl. Rásky/Noack 1995, S. 928). Antonovskys „Sense of Coherence“ (dt.: Kohärenzgefühl) schließt hier an. Das Kohärenzgefühl hilft ihm zufolge, das Leben als geordnet, lösbar und identifizierbar anzusehen und zu verstehen. Es ist eine Hauptdeterminante dafür, *„welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, daß man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“* (Antonovsky 1997, S. 33). Es geht daher nicht um die Frage, ob es Stressoren überhaupt gibt, sondern ob sie pathogen oder salutogen wirken und welche Bedeutung ihnen im alltäglichen Leben vom Individuum beigemessen wird.

Im Zuge der Salutogenese nahmen vorwiegend die Medizinsoziologie und Sozialepidemiologie psychosomatische und psychosoziale Aspekte in ihr Modell von Gesundheit auf. Seit dem Paradigmenwechsel spricht man von einem bio-psycho-sozialen, später noch um die spirituelle Dimension erweiterten Gesundheitsmodell. Dadurch kam es auch zur Verlagerung des theoretischen Fokus von der Verhaltensprävention (= Beeinflussung des persönlichen Lebensstils und der darin begründeten Risikofaktoren) auf die Verhältnisprävention (= Veränderung der Umgebung und der Lebensumstände einer Person) (vgl. Filsinger/Homfeldt 2005, S. 708).

Soziales und nicht medizinisches Projekt zur Gesundheitsförderung

Basierend auf der Alma-Ata-Erklärung (vgl. WHO 1978, S. 2) zu „Primary Health Care“[2] (2008 durch den „World Health Report: primary health care more than ever“ erneut akzentuiert) und dem Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“[3], welches in Europa erstmals 1981 in einem Aktionsplan formuliert und in den 1990er-Jahren modifiziert wurde,

1 Das heißt die Verflechtung von psychischen, sozialen und Umweltfaktoren im Zusammenhang mit der Entstehung von körperlicher Gesundheit und Krankheit.

2 Diese Erklärung betraf u.a. die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten nahe dem Arbeits- und Wohnplatz, Chancengleichheit, das Einbeziehen der Bevölkerung in Entscheidungsprozesse, den Aufbau von multidisziplinären Teams und die stärkere Orientierung an Prävention.

3 Dieses Programm gab Empfehlungen zu einer Strukturreform des Gesundheitswesens, zur verstärkten Implementation von Unterstützungsmaßnahmen auf politischer und administrativer Ebene ab und legte den Grundstein zur Sichtweise, dass „Gesundheit für alle“ auch zuallervorderst bedeutet, seine Grundbedürfnisse befriedigen zu können (siehe WHO 1979).

hat die WHO schließlich 1986 die (dem Konzept der Gemeinwesenarbeit ähnelnde) „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ verabschiedet. Diese versteht sich als soziales und nicht medizinisches Projekt zur Gesundheitsförderung, sie verfolgt Solidarität und Chancengleichheit sowie Partizipation und Empowerment der BürgerInnen. Das Ziel der Ottawa-Charta ist es, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, damit Menschen eine bessere Kontrolle über ihre Gesundheit erlangen können (vgl. Franzkowiak 2011, S. 5f.; Keupp 2000, S. 34; siehe WHO 1986).
Gesundheitsförderung will Menschen in die Lage versetzen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu befriedigen sowie mit ihrer Umwelt produktiver umzugehen. Klar im Vordergrund stehen nicht-therapeutische Zugänge, Persönlichkeitsentwicklung, die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fähigkeiten (vgl. Zwick 2004, S. 12; Zurhorst 2000, S. 220; WHO 1986, S. 5; siehe WHO 1997). Gesundheitsförderung meint jedenfalls nicht automatisch Prävention; diese wird meist als eine Strategie oder ein Interventionstyp neben Gesundheitserziehung oder -bildung definiert, welche der Gesundheitsförderung oft untergeordnet ist (vgl. Waller 2006, S. 156 u. S. 161; Zwick 2004, S. 14; Zurhorst 2000, S. 223f.; Franzkowiak 1996b, S. 86).

In den Folgejahren wurde die Charta modernisiert (z.B. Jakarta-Deklaration 1997, „Bangkok-Charta 2005 – Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“) sowie um vier Projekte im sogenannten Setting-Ansatz – „Gesunde Städte“, „Gesunde Schule“, „Gesundes Krankenhaus“ und „Gesundheitsförderung im Betrieb“ – erweitert (vgl. Franzkowiak 2011, S. 4f.; Waller 2006, S. 169ff.; Wulfhorst 2002, S. 6). Trotz zahlloser aktueller WHO-Programme und Aktionen gilt die Ottawa-Charta in ihren grundlegenden Punkten noch heute als Bezugsrahmen für Gesundheitspolitik und -förderung.

Recht hat, wer heilt – nicht, wer vorsorgt

Trotz dieses Paradigmenwechsels von der Patho- hin zur Salutogenese und zum Konzept der Gesundheitsförderung lässt sich beobachten, dass die interdisziplinär ausgerichteten Gesundheitswissenschaften (v.a. die Sozialepidemiologie, Medizin- und Gesundheitssoziologie, Gemeinde- und Gesundheitspsychologie, die Pädagogik, Ernährungs-, Sport- und Pflegewissenschaften) durch eine weitgehend krankheitsorientierte Medizin bestimmt werden. Dies zeigt sich daran, dass die Medizin die Gesamtkoordination von Theoriebildung, Interpretation und Anwendung der gesundheitswissenschaftlichen Forschungsergebnisse beibehält. Obwohl sich also durch die genannten Schwerpunktverschiebungen ein positives Gesundheitsideal herausgebildet hat, bleibt die Salutogenese in der Medizin weitgehend ungenutzt, während beispielsweise die kognitive Psychologie oder die Psychologie der seelischen Gesundheit sie breit rezipiert hat (vgl. Filsinger/Homfeldt 2005, S. 708). De facto hat somit keine Abkehr vom biomedizinischen Modell, sondern nur eine Erweiterung um psychologisches, sozial- und umweltwissenschaftliches Wissen stattgefunden (vgl. Hurrelmann/Laaser 1993, S. 8). Der (mittlerweile emeritierte) Bamberger Erziehungswissenschafter und Mediziner Georg Hörmann spricht deshalb vom „Krankheits-“ statt „Gesundheitswesen“ (vgl. Hörmann 2009a, S. 38f., 2009b, S. 18 u. 1999, S. 5).
Auch in Österreich wird der größte Teil an Gesundheitsausgaben für eine kurative/pflegerische medizinische Versorgung aufgewendet: Obwohl zwei Drittel der Lebensgesundheit durch den Lebensstil beeinflussbar sind und nur 10% die kurative Medizin betreffen, fließen in Österreich die meisten Gesundheitsressourcen in letztgenannte. Im Jahr 2012 betrugen die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben ca. 34 Milliarden Euro oder 10,7% des BIP; seitens des Staates und der Sozialversicherungsträger wurden jedoch nur 474 Millionen für Präventionsmaßnahmen und den öffentlichen Gesundheitsdienst aufgewendet (siehe Statistik Austria 2014).
In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach einem mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff – und danach, ob und wie Gesundheit als durch Bildungs- und Erziehungsprozesse (präventiv) beeinflussbar verstanden wird.

Die WHO-Gesundheitsdefinition und ihre KritikerInnen

Die meisten Bestimmungen von Gesundheit nehmen auf die *„ebenso berühmte wie törichte WHO-Definition“* (Bittner 1994, S. 69) Rekurs. Nach dieser Formulierung der WHO-Verfassung von 1948

und der Alma-Ata-Erklärung ist Gesundheit *„a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity“* (WHO 1978, S. 1). Die Definition löste aufgrund der erstmaligen Betonung sozialer Faktoren zwar „begeisterten Beifall aus“, hat aber *„berechtigte Kritik gefunden, nicht zuletzt wegen ihres statischen und perfektionistischen Anspruchs, welcher letztlich eine Therapeutisierung aller dem hehren Ideal eines Zustands vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens nicht genügenden Menschen bewirken würde“* (Hörmann 2009a, S. 39). *„Infolge der subjektiven Begriffe ‚körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden‘, der Negativformulierung ‚und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen‘ sowie des utopischen Inhaltes ist der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation unbrauchbar“* (Eisele 1981, S. 415), wurde schon drei Jahre nach Alma-Ata Kritik laut. Der WHO-Wortlaut unterstelle ein Super-Wohlbefinden, das de facto nicht existiert. Wenn beispielsweise der paradiesische Zustand der totalen (psychischen) Gesundheit nie gegeben ist, sei ebenso kaum ein Zustand denkbar, der nicht als behandlungsbedürftige (psychische) Krankheit gelten würde (vgl. Bittner 1994, S. 70). Vergessen wurden in der Definition Phasen der Erschöpfung, Trauer, der Anspannung und Entspannung, Lust und Unlust, die genauso zur ganzheitlich verstandenen Gesundheit gehören. Zudem wurde u.a. Friedrich Nietzsches frühe Auffassung (s.u.) nicht berücksichtigt, dass Gesundheit als Haltung auch heißen kann, trotz eines gewissen Maßes an Störungen leben, arbeiten, genießen und zufrieden sein zu können (vgl. Hörmann 1999, S. 5; Vescovi 1981, S. 47). Die Münchner Erziehungswissenschafterin und Theologin Elisabeth Zwick nennt die Definition der WHO schlichtweg zynisch angesichts der Zahl jener Menschen, die täglich ums bloße Überleben kämpfen (vgl. Zwick 2004, S. 28). Davon ausgehend, dass Gesundheit als Menschenrecht im dritten Jahrtausend als Ressource für erhöhte Lebensqualität gilt (s.u.), muss jegliche Suche nach einer Definition daher als conditio sine qua non die Lebensbezüge in der konkreten Umgebung des Individuums im Blick haben, sich der Frage stellen, wie Lebensmeisterung überhaupt gelingen und gestaltet werden kann.

Die WHO selbst hat die Kritik zum Anlass genommen, ihren Gesundheitsbegriff weiterzuentwickeln; so erfolgte allmählich eine Abkehr vom Zustands- hin zu einem Prozessbegriff. Folgender Worterklärung von Gesundheitswissenschafter Klaus Hurrelmann ist zugute zu halten, dass darin Gesundheit erstmals als Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren verstanden wird und damit ihre statische Bestimmung aufgegeben sowie die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen mitgedacht werden. Die WHO hat diese Definition als Weiterentwicklung ihrer eigenen anerkannt: *„Gesundheit setzt sich demnach aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen. Sie ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muß. Sie ist kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffes in der klassischen Medizin nahelegt, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit“* (Hurrelmann 1988, S. 17; beinahe unverändert wiederzufinden bei Hurrelmann/Settertobulte 2000, S. 140). Schließlich wurde Ende der 1990er-Jahre noch hinzugefügt, Gesundheit sei *„a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities”* (WHO 1998, S. 1).

In ihrem aktuellen Beitrag in der von der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung betriebenen Online-Datenbank zu den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung“ verweisen Hurrelmann und Sozialwissenschafter Peter Franzkowiak jedoch darauf, dass es noch immer keine theoretisch verbindliche Definition gebe; man orientiere sich an Gesundheit als *„Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person*

sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt" (Hurrelmann/Franzkowiak 2010, o.S.). Lustvolle und (selbst-)bewusste Lebensführung, eine optimistische Einstellung und Selbstwirksamkeitserwartungen, Kohärenzgefühl, positive Realitätsverarbeitung spielen eine große Rolle sowie die Tatsache, dass man immer nur von relativer Gesundheit sprechen kann (vgl. ebd.).

Perspektivenwechsel: anthropologisch-philosophisch orientierte Gesundheitsbegriffe

Den vorangegangenen Definitionen werden in der Folge solche an die Seite gestellt, die aus der geisteswissenschaftlich-philosophischen Tradition heraus einen Gesundheitsbegriff formulieren. Denn: Die existenziell-anthropologische Komponente tritt in den gegenwärtigen Begriffsbestimmungen selten in den Vordergrund, ermöglicht jedoch einen differenzierteren und gewinnbringenden Blick auf das Phänomen.

So formulierte Hubertus Tellenbach, der, in der phänomenologisch-anthropologischen Tradition der Psychiatrie und Psychotherapie stehend, von einem neuen Verständnis menschlichen Gesund- und Krankseins ausging, sich auf das Humanum jedweder Krankheit besinnend: *„Sind doch Gesundheit und Krankheit Wertbegriffe, die schon als solche im Menschenbild der Naturwissenschaft keinen Raum haben können. Eigentlich kennt die Naturwissenschaft nicht den ‚kranken Menschen', sondern nur das methodisch erfaßte Pathologische, mit dem aber die Krankheit keineswegs identisch ist [...]. Der Naturwissenschaftler thematisiert den Menschen nicht in der existentiellen Weise seines Krankseins. Das ist nicht sein Amt. Dieses Vakuum führte die Krisis der modernen Medizin herauf"* (Tellenbach 1974, S. 159).

Nietzsche sprach 1882 von einer Unbestimmbarkeit der Gesundheit: *„[...] eine Gesundheit an sich giebt [sic!] es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definiren [sic!], sind kläglich missrathen [sic!]"* (Nietzsche 1882/1973, S. 155). Auch mit dem Gesundheits- und Medienpädagogen Günter Henner, der in einer umfangreichen Sammlung historische Originaltexte zur Gesundheitspädagogik zusammengestellt hat, muss herausgestrichen werden, dass Gesundheit und Krankheit sich einer absoluten Definition verschließen: *„Gesundheit läßt sich nicht einfach in einen griffigen Ausdruck fassen, als ein von anderen Bereichen unableitbares Grundphänomen der menschlichen Daseinswirklichkeit – wie ‚Zeit', ‚Liebe' oder ‚Spiel' – bedarf sie der phänomenologischen Interpretation"* (Henner 1998, S. 19).

Im vorliegenden Beitrag soll an folgende Position des Wiener Psychologen und Psychoanalytikers Oskar Frischenschlager angeschlossen werden: *„Gesundheit läßt sich daher nicht an bestimmten Kriterien festmachen, sie läßt sich aber auch nicht in Bereiche aufspalten. Sie ist immer total (wie auch Krankheit!), d.h. die ganze Person betreffend"* (Frischenschlager 1995, S. 8). Dies umfasst seiner Auffassung zufolge Ungleichgewichtszustände, Belastungen und Krisen. Gesundes Verhalten bedeutet, Kreativität zu besitzen, Lebensmut und Risikobereitschaft zu haben – im Sinne von „Zugehen auf das Leben".

Auch der Medizinhistoriker und Medizintheoretiker Heinrich Schipperges (1918-2003), von 1963 bis 1986 Vorstand des international renommierten Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Heidelberg, umschreibt Gesundheit so – und nimmt hier wiederum gleichsam Nietzsches Gedanken (vgl. 1882/1973, S. 155) auf –, dass wir es *„nicht mit definierbaren Zuständen zu tun haben, mit wissenschaftlichen Kategorien oder Begriffen, sondern mit sehr persönlichen Einstellungen, Erwartungen, Verhaltensweisen, höchst individuellen Haltungen also, mit einem Habitus, auf den wir uns einzurichten, mit dem wir umzugehen haben"* (Schipperges 1990, S. 15). Die ebenfalls schon bei Nietzsche – „Sinnsuche im Leid" (vgl. Nietzsche 1881/1971, S. 102ff.) – als auch bei Schipperges hinzutretende Sinn-Komponente von Krank- und Gesundsein ergibt die Forderung nach Prophylaxe: *„Gesundheit kann ein grundsätzliches oder situatives Gefühl des Körpers und Raumes, der Leistung und Belastbarkeit, der Unabhängigkeit und Lebensfreude, der Allgemeinheit und Offenheit gegenüber der Individualität und Begrenztheit des Krankseins sein, sie kann auch als Genesung, als Erinnerung und Erwartung oder Hoffnung empfunden werden, als Stadium auch*

zwischen einer neuen Erkrankung und einer stets noch weiter möglichen Steigerung des Gesundseins. Gesundheit und Krankheit eröffnen damit immer neue Möglichkeiten der Sinnerfüllung, aber auch einer Sinngefährdung des individuellen Lebens und damit des allgemeinen menschlichen Daseins, das so sehr einer Vorsorge bedarf" (Schipperges 1990, S. 8).

Anthropologisch-philosophisch orientierte Gesundheitsbegriffe verstehen somit Gesundheit mehr als Kraft, Frische und Leichtigkeit des Lebens – oder: *„Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Tätigkeiten nachzugehen"* (Nietzsche 1882 zit.n. Koslowski 1992, S. 107). Für gewöhnlich nimmt man sie gar nicht wahr – der Heidelberger Hermeneutiker Hans-Georg Gadamer hat dafür subtile Worte gefunden: *„Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, daß wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbst-vergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit. Sie besteht nicht darin, daß man sich in den eigenen schwankenden Befindlichkeiten immer mehr um sich sorgt oder gar Unlustpillen schluckt"* (Gadamer 1993, S. 143f.). In dieser Formulierung kommt zum Tragen, dass Gesundheit nicht vollständig herstellbar ist. Sie zeigt sich nicht, sondern ist gerade dadurch, dass sie sich entzieht. Gesundheit gibt es nur als selbstvergessenes Weggegeben-Sein an andere, an das Berufliche, die gesellschaftlichen Lebensvollzüge – man vergisst, dass man gesund ist (vgl. Dörner 2003, S. 13). Gadamer schließt hier an: *„Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein"* (Gadamer 1993, S. 144). Krankheit hingegen ist durch das Gegenteil gekennzeichnet, zeigt sich augenfälliger: In meiner Krankheit bin ich ganz auf mich bezogen, sie betrifft immer zuerst den/die Einzelne/n und dann seine/ihre Nächsten. *„Die Grundtatsache bleibt, daß die Krankheit und nicht die Gesundheit das sich selbst Objektivierende, d.h. sich Entgegenwerfende, kurz, das Aufdringliche ist"* (ebd., S. 137).

Gesundheit und Krankheit sind demnach keine absolut bestimmbaren Kategorien und können niemals ent-biografisiert werden. Beide Phänomene sind stets „total", ragen in soziale, normative sowie existenzielle Bezugsrahmen hinein. In diesem Sinne argumentiert auch der Münsteraner Erziehungswissenschafter und Pionier der modernen Theorie der Gesundheitserziehung Heinrich Döpp-Vorwald (vgl. 1966, S. 64ff.): Wenn Gesundheit ein Erziehungs- und Bildungsziel bedeutet, muss sie in einer pädagogischen, d.h. auch allseitig-anthropologischen Weise verstanden werden – nicht rein biologisch-naturwissenschaftlich – und bleibt dadurch einer gänzlich objektivierenden Betrachtungsweise letztlich wahrscheinlich unzugänglich.

Gesundheit und Bildung

Trotz einer eventuellen Unbestimmbarkeit von Gesundheit wird davon ausgegangen, sie über Bildungsprozesse beeinflussen zu können. In der gegenwärtigen Diskussion wird Gesundheitsbildung meist als Methode der Informationsvermittlung (vgl. Waller 2006, S. 219; Zwick 2004, S. 15), als Kompetenzstärkung bei Erwachsenen (vgl. Blättner 1997, S. 119) verstanden und findet per definitionem in Einrichtungen der Erwachsenenbildung (Volkshochschulen, Familienbildungsstätten etc.) oder beispielsweise im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung statt. Programmbereiche der Gesundheitsbildung sind u.a. Ernährung, Bewegung, Entspannung, Selbsterfahrung, gesundheitsförderliches Verhalten, Gesellschaft und Umwelt, Leben mit Krankheiten oder Abhängigkeiten (vgl. Hörmann 2009a, S. 40; Haug 1991, S. 16ff.).

Gesundheitsbildung wird als Bildung zur gesundheitsorientierten Lebensweise, zur adäquaten Lebensordnung verstanden und betont die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung (Wulfhorst 2002, S. 38 u. S. 74), sie *„umfasst bewusst gestaltete Lernmöglichkeiten, die gewisse Formen der Kommunikation einschließen und zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung (health literacy) entwickelt wurden; letztere schließt die Erweiterung von Wissen und die Entwicklung von Alltagskompetenzen (life skills) ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind"* (WHO 1998, S. 4).

Gesundheitsbildung sollte jedoch nicht als bloße Informationsvermittlung oder gar als „verlängerter Arm" der Medizin verstanden werden. Bildung ist eine Zielkategorie, die eine wünschenswerte, zu fördernde Qualität, ein Verhältnis zur Welt anzeigt

(vgl. Göppel 2008, S. 68f.); sie wird oft definiert als die *„subjektive Seinsweise der Kultur“* (Nohl 2002, S. 177). In der alltagssprachlichen Verwendung meint dies Aneignung und Nachvollzug des „Besten“, was die Kultur hervorgebracht hat. Im Konnex mit Gesundheit kann aber kaum die Beschränkung auf das allgemeine Weltwissen gemeint sein, vielmehr muss es um genanntes lebenspraktisches Wissen gehen, um das Können im Umgang mit sich und anderen, um Reflektiertheit in der Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit und um Engagement für die Gestaltung der eigenen Zukunft (vgl. Göppel 2008, S. 70). Nicht Gesundheit soll gelehrt, sondern Grundqualifikationen der Lebensbewältigung vermittelt, nicht Wissen oktroyiert, sondern im Sinne eines *„‚kultivierten Lebensstils‘ (als gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung)“* (Hörmann 2009a, S. 40) verfügbar gemacht werden. Die soziale, ökonomische, ökologische und kulturell-geistige Umwelt tritt hierbei nicht einfach additiv, sekundär oder zufällig, sondern konstitutiv und substanziell zur seelischen und leiblichen Verfasstheit des Subjekts, zu seiner/ihrer Biografie, der Lebenslage, Lebensweise, zur Vielfalt der soziokulturellen Beziehungen, seiner/ihrer Bildung und zur Art, wie mit Belastungen umgegangen wird, hinzu (vgl. Zwick 2004, S. 65).

Bildung als existenzielles, sinn- und wertbestimmtes Geschehen, als Gewinnung einer persönlichen Struktur, von Maßstäben und Richtungsbestimmungen für das eigene Leben (vgl. Waibel 1994, S. 98) bezieht sich so verstanden auf Gesundheit ebenso wie auf Lebenskunst und -ordnung. Die *„individuelle Lebensgeschichte mit ihren verschlungenen Pfaden, ihren Rätselhaftigkeiten, ihren maßgeblichen Weichenstellungen, ihren leitenden Grundmotiven, ihren Konflikten, Widersprüchen und Brüchen“* (Fröhlich/Göppel 2006, S. 11; vgl. dazu ähnlich auch von Hentig 2007, S. 102ff. u. 1985, S. 49ff.) sollte daher zu einem gesundheitsorientierten, auch anthropologisch ausgerichteten Bildungsbegriff gehören. In diesem muss das genuin Menschliche, welches im Fühlen der Person, in Zielen, Werten, Begabungen, auch im Krankwerden, in Krisen, in Reifungsvorgängen und im sich Neuorientieren zum Ausdruck kommt, berücksichtigt sein. All dies hat in rein medizinischen Konzepten keinen Platz. Aber *„sie [Bildung] hilft uns bei der Bewältigung der Aufgaben, die uns die ‚conditio humana‘ stellt, und bei der Beantwortung der Fragen, die die universellen Bedingungen der menschlichen Existenz berühren“* (Hügli 2005, S. 8). Und Gesundheit betrifft den Menschen immer auf der existenziellen Ebene.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Alexa Franke und Nicola Schulte. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Becker, Peter (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. 1: Theorien – Modelle – Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.

Bittner, Günther (1994): „…daß Erziehungsarbeit etwas sui generis ist“ (S. Freud). Über Berührungspunkte, Unterschiede und unzulässige Vermischungen von Erziehung und Psychotherapie. In: Schaufler, Gerhard (Hrsg.): Schule der Gefühle. Zur Erziehung von Emotion und Verhalten. Innsbruck: Tyrolia, S. 62-87.

Blättner, Beate (1997): Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weitkunat, Rolf/Haisch, Jochen/Kessler, Manfred (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern: Huber, S. 119-125.

Döpp-Vorwald, Heinrich (1966): Gesundheitspädagogik heute und morgen. Referat, gehalten 1960 anlässlich des Internationalen Seminars für Gesundheitserziehung in Bad Godesberg. In: Ders.: Gesundheitserziehung in Schule und Lehrerbildung. Ratingen: Henn, S. 62-78.

Dörner, Klaus (2003): Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München: Econ.

Eisele, Rainer (1981): Gesundheitserziehung. In: Kerkhoff, Engelbert (Hrsg.): Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Bd. 1: Grundlagen und berufsfeldorientierte Schwerpunkte. Düsseldorf: Schwann, S. 408-416.

Filsinger, Dieter/Homfeldt, Hans G. (2005): Gesundheit und Krankheit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. Unter Mitarbeit von Karin Böllert, Gaby Flösser, Cornelia Füssenhäuser und Klaus Grunwald. München: Reinhardt, S. 705-715.

Franzkowiak, Peter (1996a): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo, S. 24-26.

Franzkowiak, Peter (1996b): Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo, S. 85-86.

Franzkowiak, Peter (2011): Gesundheitsförderung. In: Floerecke, Peter/Bieker, Rudolf (Hrsg.): Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer. Online im Internet: https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/profiles/sozialwissenschaften/franzkow/franzkowiak_2011_gesundheitsfoerderung__kohlhammer_-_bieker_floerecke_hg_.pdf [Stand: 2014-09-29].

Frischenschlager, Oskar (1995): Was ist Krankheit, was ist Gesundheit? In: Frischenschlager, Oskar/Hexel, Martina/Kantner-Rumplmair, Wilhelm/Ringler, Marianne/Söllner, Wolfgang/Wisiak, Ursula V. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien: Springer, S. 3-14.

Fröhlich, Volker/Göppel, Rolf (2006): Einleitung. In: Dies. (Hrsg.): Bildung als Reflexion über die Lebenszeit. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 7-13.

Gadamer, Hans-Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Erstveröffentlichung in: Erfahrungsheilkunde – Acta medica empirica. Zeitschrift für die ärztliche Praxis, Bd. 40, Nr. 11, 1991, S. 804-808. In: Ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 133-148.

Göppel, Rolf (1997): Ursprünge der seelischen Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. Würzburg: Edition Bentheim.

Göppel, Rolf (2008): Die Förderung „seelischer Gesundheit" und die Vermittlung von Vorstellungen „gelungenen Lebens" – Aufgaben für die Pädagogik? In: Becker, Martina/Carlsburg, Gerd-Bodo von/Wehr, Helmut (Hrsg.): Seelische Gesundheit und gelungenes Leben. Perspektiven der Humanistischen Psychologie und Humanistischen Pädagogik. Ein Handbuch. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 57-84.

Haug, Christoph V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion"-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

Henner, Günter (1998): Einleitung. In: Ders. (Hrsg.): Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik. 2500 Jahre Gesundheitsförderung in Texten und Bildern. Ein wissenschaftliches Lesebuch. Würzburg: Ergon, S. 19-43.

Hentig, Hartmut von (1985): Die Menschen stärken, die Sachen klären. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung. Stuttgart: Reclam.

Hentig, Hartmut von (2007): Bildung. Ein Essay. Weinheim: Beltz.

Hörmann, Georg (1999): Stichwort: Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2 (1), S. 5-29.

Hörmann, Georg (2009a): Erziehungswissenschaften und Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, Britta/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 35-48.

Hörmann, Georg (2009b): Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten" neuen Fachs. In: Nicolaus, Jürgen/Ritterbach, Udo/Spörhase, Ulrike/Schleider, Karin (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg: Centaurus, S. 13-33. Online im Internet: http://www.pedocs.de/volltexte/2009/2250/pdf/Hoermann_2009_Gesundheitserziehung_D_A.pdf [Stand: 2014-09-29].

Hügli, Anton (2005): Bildung – ein obsoleter Begriff? Vortrag auf der 92. Jahresversammlung der Konferenz Schweizerischer Gymnasialrektorinnen und Gymnasialrektoren (KDSR). Online im Internet: http://www.ksgr-cdgs.ch/uploads/media/vortrag_huegli.doc [Stand: 2014-09-29].

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

Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Peter (2010): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online-Datenbank. Online im Internet: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=8eb47ea4f02fbf72af8c6be74d3d2adc&id=angebote&idx=143 [Stand: 2014-09-29].

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (1993): Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung: Zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlichen Arbeitsgebietes. In: Dies. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 3-25.

Hurrelmann, Klaus/Settertobulte, Wolfgang (2000): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Vollst. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 131-148.

Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 15-40.

Koslowski, Leo (1992): Maximen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer.

Labisch, Alfons (2005): Gesundheit. In: Leven, Karl-Heinz (Hrsg.): Antike Medizin. Ein Lexikon. München: C.H. Beck, S. 350-353.

Nietzsche, Friedrich (1881/1971): Morgenröthe. In: Werke. Kritische Gesamtausgabe. Hrsg. von Giorgio Colli und Mazzino Montinari. 5. Abt. / 1. Bd. Berlin: De Gruyter.

Nietzsche, Friedrich (1882/1973): Die fröhliche Wissenschaft. In: Werke. Kritische Gesamtausgabe. Hrsg. von Giorgio Colli und Mazzino Montinari. 5. Abt. / 2. Bd. Berlin: De Gruyter.

Nohl, Herman (2002): Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie. 11. Aufl. Frankfurt am Main: Klostermann.

Rásky, Éva/Noack, Richard H. (1995): Gesundheitsbegriff – Public Health – Prävention – Gesundheitsförderung. In: Frischenschlager, Oskar/Hexel, Martina/Kantner-Rumplmair, Wilhelm/Ringler, Marianne/Söllner, Wolfgang/Wisiak, Ursula V. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien: Springer, S. 927-934.

Schipperges, Heinrich (1990): Konzepte gesunder Lebensführung. Leitfaden einer Vorsorgemedizin. Wien: Hollinek.

Statistik Austria (2014): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990-2012. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html [Stand: 2014-09-29].

Tellenbach, Hubertus (1974): Die Begründung psychiatrischer Erfahrung und psychiatrischer Methoden in philosophischen Konzeptionen vom Wesen des Menschen. In: Gadamer, Hans-Georg/Vogler, Paul (Hrsg.): Neue Anthropologie. Bd. 6: Philosophische Anthropologie. Erster Teil. München/Stuttgart: Deutscher Taschenbuch Verlag, Thieme, S. 138-181.

Vescovi, Gerhard (1981): Gesundheitsbildung als Lebensführung. In: Jacob, Wolfgang/Schipperges, Heinrich (Hrsg.): Kann man Gesundsein lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner, S. 44-58.

Waibel, Eva Maria (1994): Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Online im Internet: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1 [Stand: 2014-09-29].

WHO (1979): Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000. Guiding Principles and essential Issues. Online im Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/924180002X.pdf [Stand: 2014-09-29].

WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion. Charter adopted at an International Conference on Health Promotion. The Move towards a New Public Health. Ottawa, 7-21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1. Deutsch: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online im Internet: http://www.fgoe.org/hidden/broschueren/ottawacharta.pdf [Stand: 2014-09-29].

WHO (1997): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Online im Internet: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en [Stand: 2014-09-29].

WHO (1998): Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. Genf. Online im Internet: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf [Stand: 2014-09-29].

Wulfhorst, Britta (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim: Juventa.

Zurhorst, Günter (2000): Die Zukunft der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung als soziales Projekt? Bericht über ein Symposium. In: Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 220-229.

Zwick, Elisabeth (2004): Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster: LIT-Verlag.

Foto: Sissi Furgler

Dr.in Verena Gangl

verena.gangl@uni-graz.at
http://erziehungs-bildungswissenschaft.uni-graz.at
+43 (0)664 8347143

Verena Gangl studierte Sozialpädagogik und absolvierte das Psychotherapeutische Propädeutikum. Sie ist Trainerin und Projektmanagerin in der Erwachsenenbildung und seit 2012 Lehrbeauftragte am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft an der Universität Graz.

"Health" is Multidimensional

Fundamentals of health education

Abstract

This article shows how the understanding of illness and health has changed, namely from pathogenesis to salutogenesis, i.e. away from a concentration on illness to health or preservation of health. It presents medical (historical), anthropological and philosophical perspectives on health. What is noteworthy today is that despite the change in significance, only a small fraction of government funds for the health care system is used for prevention instead of treatment. Thus what can health education achieve? And what concept of health must form the basis of it? The author argues for health education that is not an extension but rather a holistic process. This refers to a positive health ideal oriented to prevention that does not forget the existential dimension of health in the anthropological and philosophical sense. (Ed.)

Gesundheit als mission possible

TrainerInnen im Gesundheitsbereich. Eine essayistische Reflexion

Franz Wagner

Wagner, Franz (2015): Gesundheit als mission possible. TrainerInnen im Gesundheitsbereich. Eine essayistische Reflexion.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitslernen, Gesundheitsbildung, Kompetenz, Transfer, Transferkompetenz, Entwicklungskompetenz, Entwicklung, TrainerInnen

Kurzzusammenfassung

Wie kann Wissen zu Handeln werden? Was kann der Kompetenzbegriff hierzu leisten und was nicht? Und ganz konkret: Welche Kompetenzen sind bei der Vermittlung gesundheitsbezogener Themen gefragt? Der vorliegende Beitrag leistet eine kritische Reflexion des omnipräsenten Kompetenzbegriffs und bleibt ihm dennoch verbunden. Der Autor beschreibt Tätigkeit und Wirkung von TrainerInnen im Gesundheitsbereich, die versuchen, Gesundheitslernen zu entwickeln, zu fördern und zu stärken. Dies alles vor dem Hintergrund, dass es in der Gesundheitsbildung um die Fähigkeit geht, das durch eigene Erfahrungen und durch klassische Lernprozesse angeeignete Wissen über Gesundheit bzw. über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den eigenen privaten und beruflichen Lebensalltag einzubringen und in den verschiedensten Situationen eigenverantwortlich und sozial verträglich umzusetzen. Transferkompetenz und Entwicklungskompetenz sind dabei ebenso zentral wie Selbstkompetenz. (Red.)

Gesundheit als mission possible

TrainerInnen im Gesundheitsbereich. Eine essayistische Reflexion

Franz Wagner

Kompetenzen sind omnipräsent; in der Wissenschaft genauso wie in den zahlreichen Transferfeldern der Alltagspraxis: Führungskompetenzen in der Wirtschaft, Inszenierungskompetenzen in der Politik, Steuerungskompetenzen in der Gesellschaft, pädagogische Kompetenzen im Bildungsbereich – und eben Gesundheitskompetenzen. Denn wie Arthur Schopenhauer sagte: Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Alle hier ausgesprochenen und unausgesprochenen Forderungen und versteckten Fragen mögen mit einem kompetenten Augenzwinkern gelesen und aufgenommen werden.

Wer hat die Kompetenzfestlegungskompetenz?

Begriffe haben bedeutende Aufgaben: Sie machen etwas begreiflicher, lassen uns etwas deutlicher sehen, geben uns die Möglichkeit, etwas präziser zu beschreiben, etwas besser – oder anders – zu verstehen. Gesellschaftliche Denkmodelle, Tatsachen, konkrete Praxis, Prozesse, Ideen und Visionen werden begreifbar. Begriffe sind aber keinesfalls nur Werkzeuge der Beschreibung, sondern haben eine bedeutende kreative Wirkung und sind eine starke realitätsgenerierende Kraft. Mit Begriffen werden Inhalte und Bedeutungen nicht nur wiedergegeben, sondern vor allem auch erschaffen: Der Begriff Kompetenz hat die Verwendung von Fähigkeit, Geschick, Begabung, Erfahrung, Talent, Veranlagung, Können, Qualifikation usw. abgelöst und hat sich als „Kofferbegriff“ in weiten Bereichen des Lebens durchgesetzt.[1] Mit Kompetenz lässt sich irgendwie „alles“ beschreiben, was jemand braucht in einer bestimmten Position, an einem bestimmten Ort, bei der Erledigung einer bestimmten Aufgabe. Das ist praktisch, sehr praktisch sogar – irgendwie sagen wir damit immer etwas Passendes, ohne uns genauer festlegen zu müssen, was wir damit meinen. Fachkompetenzen, Methodenkompetenzen, Sozialkompetenzen, Transferkompetenzen – wer hat die Kompetenz, Kompetenzen zu beschreiben oder sie gar festzulegen? Wer hat (und von wem?) die Kompetenzfestlegungskompetenz? Und es gibt sogar Stimmen, die zählen die Kompetenzdarstellungskompetenz zu den wichtigsten Kompetenzen in unserer Gesellschaft (siehe Kurtz/Pfadenhauer 2010).

1 Eine detaillierte Bestimmung des Kompetenzbegriffs in Abgrenzung von anderen Begriffen findet sich im Beitrag von Reinhard Zürcher in der Ausgabe 10 des Magazin erwachsenenbildung.at. Nachzulesen unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/10-09/meb10-9_04_zuercher.pdf; Anm.d.Red.

Gesundheitskompetenz – bloß ein Begriff der Wettbewerbsgesellschaft?

Eine wesentliche gesamtgesellschaftliche Charakteristik wird durch die Verwendung des Kompetenzbegriffes deutlich sichtbar: Wir sind in der Wettbewerbsgesellschaft angekommen. „Competere“ als lateinisches Vokabel heißt nicht nur, zu etwas fähig sein, etwas erstreben, sondern auch wetteifern, wettstreiten, kämpfen – und wir kennen auch aus dem Englischen „competition“ als Begriff für den Wettbewerb. Wenn wir mit dem Begriff Kompetenz arbeiten und versuchen, damit bestimmte Phänomene und Tatsachen zu beschreiben oder zu ermöglichen, dann sollte uns bewusst sein, dass wir uns überwiegend im Denk- und Orientierungsrahmen der Wettbewerbsgesellschaft bewegen. Da die Verwendung dieses Begriffes aber eine Tatsache ist, wird neben dem wichtigen Verweis auf die Herkunft dieses Begriffes und seine impliziten Bedeutungen trotzdem nachfolgend pragmatisch versucht, auf dem Hintergrund wissenschaftsaffiner Überlegungen und Reflexionen sich dem Begriff Gesundheitskompetenz zu nähern und pragmatisch einige Verbindungen herzustellen zur Tätigkeit und Wirkung jener Menschen, die als TrainerInnen im Gesundheitsbereich sich der Aufgabe widmen, im Leben anderer Menschen verhaltenssteuernd zu intervenieren, die Gesundheitskompetenz im weitesten Sinne also zu entwickeln, zu fördern, zu stärken.

Zum alltäglichen Gerede über Kompetenzen muss angemerkt werden, dass es große Schwierigkeiten gibt, den Begriff in klassischer Weise zu operationalisieren, denn Kompetenzen sind nicht direkt sinnlich erfahrbar oder beobachtbar und auch nicht statisch. Die Unterscheidung zwischen Kompetenz und Performanz macht Sinn, denn Letzteres bezeichnet beschreibbare und messbare Leistungen als Ergebnis, während Kompetenzen vor allem Aspekte modelltheoretischer Überlegungen benennen.

Ohne Transferkompetenz geht gar nichts

Im Unterrichtsbereich wie in der Bildungslandschaft generell stehen neuerdings viele Wegweiser, die neue Orientierung geben sollen und wollen. Auf einer groß beschriebenen Hinweistafel ist zu lesen: Kompetenzorientierung. Die Wege sind gepflastert mit Kompetenzrastern, Aspekten kompetenzorientierten Lernens und Lehrens, kompetenzfördernden Lerngelegenheiten, kompetenzorientierten Aufgabenkulturen – und ein kompetentes Navigationssystem bestätigt uns, dass mit der Umsetzung der Kompetenzorientierung in die Praxis auch das Ziel „Bildungsstandards“ erreicht sei (vgl. BIFIE 2011, S. 3-5).

Kompetenzen sind ein praktisches Begriffskonstrukt, die Praktikabilität besteht vor allem darin, dass Wissen und Können zusammen gedacht, beschrieben und argumentiert werden. In der Unzahl der Annäherungen an die inhaltlichen Dimensionen des Kompetenzbegriffs findet sich ein kleinster gemeinsamer Nenner: die verfügbaren und erlernbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen bzw. Problemlösungen in unterschiedlichen Situationen erfolgreich einzusetzen (siehe Weinert 2003). Voraussetzungen, Erwerb, Aneignung, Durchführung, Umsetzung – erfolgreiche Umsetzung – sind und beweisen eines: Kompetenz. Der klugen Rede sollte die Tat folgen, ein Werkzeug zu besitzen, bedeutet noch nicht, es richtig anwenden zu können; schon gar nicht reicht es zu wissen, wo es dieses Werkzeug auf Lager gibt. Es ist eine nicht zu unterschätzende Banalität, dass es letzten Endes darauf ankommt, Wissen in ein entsprechend verantwortetes Handeln umzusetzen, oder wie der Volksmund so treffend sagt: die PS auf die Straße zu bringen. Im Kompetenzjargon wird damit die so wichtige Transferkompetenz beschrieben und ich verwende in meinen Trainings eine stark verkürzte und reduzierte formelhafte Darstellung zur Unterstreichung der Bedeutung dieser Transferkompetenz auf der Grundlage multiplikativer Verknüpfungen der Kompetenzbereiche. Beispielhaft:

$$FK \times MK \times SK \times TK = R$$

FK (Fachkompetenz)
MK (Methodenkompetenz)
SK (Sozialkompetenz)
TK (Transferkompetenz),
R (Realisation/Wirkung)

Bei einer Skalierung der Ausprägung dieser Kompetenzen zwischen 0 (nicht vorhanden) und 1 (voll ausgeprägt) ergibt sich als Wirkungsgrad in einem ersten

Beispiel bei hoher Fachkompetenz (FK) und geringer Transferkompetenz (TK): 0,8 x 0,8 x 0,8 x 0,2 = 0,1 – also ein nicht allzu großer Wert. Setzen wir TK höher an und lassen die anderen Kompetenzen gleich, dann bewirkt dies schon ein anderes Ergebnis: 0,8 x 0,8 x 0,8 x 0,6 = 0,3, also das Dreifache an Wirkung, wenn uns der Transfer in den Alltag gut gelingt.

Dies entspricht auch einem pragmatischen Verständnis von Lernen, welches eine Verhaltensänderung impliziert. Nur viel Detailwissen in den Datenspeichern des Gehirns alleine reicht nicht. Erst wenn diese Inhalte entscheidungsrelevant, handlungsorientierend und verhaltensbestimmend abgerufen und verknüpft werden und damit in den konkreten Lebensalltag wirken, haben wir „dazu gelernt". Transferkompetenzen im Rahmen von Gesundheitskompetenz tragen also dazu bei, dass wir fähig sind, in unserem Lebensalltag so zu entscheiden und zu handeln, dass damit unsere Gesundheit gefördert wird. Und wenn die deutsche Sprache „kompetenzlastig" zu werden droht, dann weichen wir einfach auf Anglizismen aus – das klingt dann kompetenter. Dann lautet das Thema nicht Gesundheitskompetenz, sondern Health Literacy.[2]

Neben modischen und unpräzisen, aber sehr präsenten alltagssprachlichen Verwendungszusammenhängen des Kompetenzbegriffs gibt es eine wesentliche inhaltliche Dimension, die auch den weiteren Gebrauch des Begriffes in diesem Beitrag zu rechtfertigen vermag: Kompetenzen verweisen in der Regel über standardisiertes Wissen und abprüfbare Qualifikationen hinaus auf situativ aktivierbare personale Aspekte und autonome und kreative Bereiche der Selbstorganisation handelnder Subjekte.

Welche Fragen ergeben sich nun daraus für gesundheitsrelevante Interventionen und Lehrtätigkeiten im Erwachsenenbildungsbereich? Welche Kompetenzen sind gefragt bei der Vermittlung gesundheitsbezogener Themen? Ein Erlebnis hat mich selbst vor etwa 30 Jahren als Trainer bei der Leitung eines Wochenseminars für Gesundheits-TrainerInnen der Volkshochschulen Österreichs tief geprägt: Eine Teilnehmerin zog mit folgenden Worten Bilanz über ihre Erfahrungen: „Mir wurde bewusst, dass auch Gesundheit ansteckend sein kann."

Gesundheitslernen

Die menschliche Natur und ihr Entwicklungspotenzial sind Vorgaben und in der Interaktion mit unserer natürlichen und menschlichen Umwelt lernen wir, uns zu verhalten. Wertorientierungen, Einstellungen, Normen, Motivlagen, Sinnfragen – gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Situationsangebote sind abzustimmen mit individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen. Dabei geht es aber keineswegs um die Abstimmung konstanter Größen; nicht nur die Umwelten sind in einem permanenten Veränderungsprozess, sondern auch das menschliche Gehirn unterliegt prägenden Einflüssen. Die neurobiologische Forschung hat uns mit der Neuroplastizität bekannt gemacht, mit der Tatsache, dass das Gehirn sich mit seinem Gebrauch ändert (siehe Spitzer 2010). Kompetenzen in allgemeiner Lebensweltanalyse und Kompetenzen in der Einschätzung der Relevanz aktueller neurologischer Erkenntnisse der Gehirnforschung für die pädagogische Praxis scheinen also unumgänglich. Lernerfolge – selbstredend auch Gesundheitslernen – stellen sich umso eher und nachhaltiger ein, je besser es gelingt, die zu vermittelnden Inhalte aus der Lebenswelt der Betroffenen heraus zu entwickeln bzw. damit zu verbinden und an deren Alltagserfahrungen und Vorwissen anzuknüpfen. TrainerInnen im Gesundheitsbereich haben also vor allem Erfahrungs- und Erlebensräume zu schaffen, die es den TeilnehmerInnen ermöglichen, die eigene Lebenswirklichkeit zu erkennen, zu begreifen (mit Begriffen zu benennen, greifbar zu machen) und vielleicht auch zu gestalten, zu verändern.

Zu dieser Lebenswirklichkeit gehören medial vermittelte und damit idealisierte Körperkonzepte ebenso wie abertausende Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, welche Gesundheit versprechen. Fitness und Wellness sind Begriffe, die auch schon einen gewissen Bedeutungswandel erlebt haben. Wellness verbinden wir heute vor allem mit Urlaub, einer gewissen Hotelkategorie – aber im Alltag? Welche Kompetenzen brauchen

2 So geschehen im Rahmen des Kongresses „Health Literacy als Basis-Kompetenz (in) der Gesundheitsgesellschaft", Villach 2014.

wir, um unseren Alltag als Wellness-Alltag zu gestalten? Wellness-Urlaub ist ok; Wellness-Alltag nicht? (Wellness-Arbeits-Alltag geht schon gar nicht mehr, oder? Jaja, diese Begriffe – und wie sie die Realitäten abbilden – und erschaffen… siehe ganz oben).

Bewegung und Ernährung gelten als zwei zentrale Säulen. Wie sieht eine ehrliche Analyse eines Arbeitstages aus? (Für mich schlecht. Ich war heute vormittags bei einer Sitzung, nachmittags sitzend bei einer Prüfung, jetzt sitze ich schreibend vor dem Computer…). TrainerInnen sind vor allem glaubwürdig, wenn sie sich auch selbst thematisieren und die Gefahr, dass andere sie mit erhobenem Zeigefinger schulmeisterlich wahrnehmen, ist eher gering (Schulmeisterkompetenzen sind auch kaum mehr gefragt). Hilfreicher ist die salutogenetische Kompetenz: Die psychosozialen Bedingungen von Gesundheit, die gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Faktoren stehen dabei im Zentrum gesundheitspädagogischer Aktivitäten. Diese Faktoren zu identifizieren, zu entwickeln und zu fördern, ist die Aufgabe. Keine leichte, denn zu diesen Faktoren zählen die erfolgreiche Bewältigung von Stress genauso wie die positive Wirkung stabiler familiärer oder freundschaftlicher Sozialbeziehungen und materielle, körperliche oder kulturelle Ressourcen (siehe Antonovsky 1997).

Da liegt der Griff in die WHO-Definitionskiste nahe, die neben körperlichen und psychischen Aspekten auch die sozialen Faktoren betont, und in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung werden Meilensteine für die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion gesetzt: *„allen Menschen [ist] ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen […] sowohl einzelne als auch Gruppen [sollen] ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen […] können. […] Gesundheit [ist] als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“* (WHO 1986, S. 1). Und weil alles mit allem irgendwie zusammenhängt, ist auch überall anzusetzen (health in all policies): in Politik, Ökonomie, Kultur, Biologie – und eben im Bildungsbereich.

Welche Kompetenzen brauchen PädagogInnen, um in all diesen Bereichen erfolgreich zu wirken? Deutlich wird, es geht auch und vor allem um die Möglichkeiten – nicht nur um die Kompetenzen etc. und um die Kompetenzerweiterung in bekannten Aufgabengebieten: Gesunde Jause in der Schule, Gesundes Führen im Arbeitsalltag u.Ä.

Kompetenzentwicklung durch Entwicklungskompetenz

ErwachsenenbildnerInnen im Gesundheitsbereich sind primär präventiv tätig. Präventive Ansätze verfolgen einerseits den Anspruch, die vorwiegend kurative und individuumzentrierte Orientierung zu überwinden, andererseits wird mit dem präventiven Zugang zu den vielfältigen Herausforderungen im psychosozialen und gesundheitlichen Feld eine Kostenreduzierung im finanziell stark belasteten Sozial- und Gesundheitshaushalt verbunden. Ziele, Einsatzmöglichkeiten und Schwerpunktsetzungen hängen also direkt mit dem gesellschaftspolitischen Kontextgefüge zusammen und sind nicht nur von fachlichen Überlegungen und Prioritäten getragen. Zu diesem Kontext gehören neben sozial- und gesundheitspolitischen auch juristische und verwaltungsbezogene Aspekte von Präventionsmaßnahmen. Zum einen versucht man über Präventionsprogramme bestimmte (Risiko-)Zielgruppen zu erreichen, es gibt aber auch zielgruppenunspezifische Programme und Angebote (Kurse, Medienprogramme), welche durch gesundheitspädagogische Empfehlungen und Maßnahmen individuelles Verhalten ändern wollen und eine Art Entwicklungshilfeprogramm für (zukünftiges und nachhaltiges) gesundheitsbewusstes Verhalten darstellen. Es bedarf gewaltiger einladender und motivierender Anstrengung, um auf dem Hintergrund einer von enormen ökonomisch-technischen Sachzwängen gestalteten Lebenswelt die Kompetenzen der Selbststeuerung zu stärken.

TrainerInnen setzen Impulse, machen Angebote, wollen mit den TeilnehmerInnen Ziele erreichen – und müssen damit leben, dass Intention und Resultat nicht ident sind und auch nicht sein können. Es ist die Autonomie, die Freiheit des Menschen, zu wählen, sich zu entscheiden, auch gegen besseres Wissen, auch gegen die Gesundheit. Ein Wertekonflikt bahnt sich an, der einen größeren gesellschaftlichen Dialog einfordern wird. Als

Beispiele seien riskante Freizeitsportarten oder das Rauchen (mit den Abgrenzungsdebatten in verschiedenen öffentlichen und privaten Räumen) genannt.

TrainerInnen sollen also Kompetenzzentren sein, in denen sich neurobiologische, lern- und motivationspsychologische, pädagogische, methodisch-didaktische sowieso, gesellschaftlich-aufgeklärte und aufklärerische, demokratisch-emanzipatorische, ökologische, präventive – und so weiter – Kompetenzen bündeln (die Aufzählung gesundheitsbezogener Kompetenzen kann nach Belieben fortgesetzt werden). Die Forschungsergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Bildungsvoraussetzungen und Gesundheit liegen vor. Bildung entscheidet auch über Gesundheitsaspekte. Gesundheitsbildung ist auch ein gesellschaftspolitisches (Überlebens-)Thema und darf nicht instrumentalisiert werden im Sinne der Individualisierung der Verantwortlichkeiten. Bei aller Eigenverantwortung, die einzufordern ist: Verhalten findet immer in ganz bestimmten Verhältnissen und unter ganz bestimmten Voraussetzungen statt (wertvolle Lebensmittel sind in der Regel teuer, Menschen mit sehr begrenzten finanziellen Mitteln sind häufig gezwungen, sich mit weniger gehaltvoller Nahrung zu versorgen usw.).

Worauf keinesfalls vergessen werden darf, sind beraterische Kompetenzen und je nach Situation vielleicht auch sozialarbeiterische oder gar therapeutische Kompetenzen der TrainerInnen; jedenfalls braucht es im gesundheitspädagogischen Tätigkeitsbereich aber Coachingkompetenzen. Vor noch nicht allzu langer Zeit waren die TrainerInnen in den Seminarräumen und die Coaches auf dem Fußballfeld – heute sind die Sportseiten von Magazinen mit Trainerthemen voll und die Coaches sind (fast) überall. Betreuungs- und Beratungsangebote gibt es zahlreiche. Sie reichen vom Beziehungscoaching über Konfliktcoaching bis zum Gesundheitscoaching. Dass eine Kehrseite der Medaille dieser Art der Dienstleistungsgesellschaft eine stärker spürbare Unsicherheit, Orientierungslosigkeit und Abhängigkeit bedingt, sei hier nur angedeutet, sie gehört aber zu den Voraussetzungen emanzipatorisch wirkender erwachsenenbildnerischer Tätigkeit.

Wesentliche Bausteine für Entwicklungskompetenz

Eine wesentliche Dimension sei wiederholt, sie wurde weiter oben mit Transferkompetenz umschrieben: Es geht in der Gesundheitsbildung um die Fähigkeit, das durch eigene Erfahrungen und durch klassische Lernprozesse angeeignete Wissen über Gesundheit bzw. über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den eigenen privaten und beruflichen Lebensalltag einzubringen und in den verschiedensten Situationen eigenverantwortlich und sozial verträglich umzusetzen. Es sind also jene Fähigkeiten zu entwickeln, welche für die Betroffenen in ihrer spezifischen Lebens- und Alltagssituation hilfreich sind, um ein Vorhaben zu verwirklichen, einen Plan Realität werden zu lassen. Mut, Selbstvertrauen, Engagement, Konsequenz, Zuversicht, Empowerment – es gibt viele Worte, die Fächer zu beschreiben, die im Stundenplan der Kompetenzentwicklung stehen. TrainerInnen im Gesundheitsbereich brauchen deshalb vor allem Entwicklungskompetenz.
Ganz allgemein lassen sich folgende Bausteine als praxisrelevante Elemente dieser für TrainerInnen wichtigen Entwicklungskompetenz im Sinne von Lehr-/Lernkompetenz nennen:

- das eigene Fachgebiet beherrschen und
- einen gut gefüllten pädagogischen und methodisch-didaktischen Werkzeugkasten haben
- bei Spezialfragen weiterhelfen können
- eine klare Vorstellung von der eigenen Rolle und Verantwortlichkeit haben
- schwierigen Situationen nicht ausweichen und
- bei Bedarf sich selbst Hilfe holen
- eigene Grenzen und Grenzen der anderen wahrnehmen und beachten
- mit den eigenen Gefühlen (Stress, Ärger, Angst etc.) verantwortungsvoll umgehen
- sich selbst und anderen angemessene Ziele setzen
- bereit sein, mit anderen in Kontakt zu treten und
- einen anderen Standpunkt einzunehmen, ohne den eigenen zu verlieren
- die Probleme anderer nicht zu den eigenen machen
- viele Werkzeuge unterstützender und motivierender Intervention kennen und
- diese supportiven Methoden situationsgerecht einsetzen

- Gespräche zielorientiert und lösungsorientiert führen
- positive Absichten als Handlungsmotive erkennen
- von der Lernbereitschaft und Lernfähigkeit des Menschen überzeugt sein
- die Haltung leben, dass Entwicklung immer möglich ist

Gebrauchsanleitung

Alle hier ausgesprochenen und unausgesprochenen Forderungen und versteckten Fragen mögen mit einem kompetenten Augenzwinkern gelesen und aufgenommen werden. Eltern sind durchaus Sozialisationskompetenzzentren und Krankenhäuser sollen sich (auch) zu Gesundheitskompetenzzentren entwickeln; mein Heizungskeller ist ja auch ein Energietransformationskompetenzzentrum. Und mit einem verständnisvollen Lächeln möge die Überzeugung gestärkt werden, dass alle Interventionen in das Leben anderer Menschen von der Motivation getragen werden, die Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken. Die Übungen mögen gelingen, die Fremdbestimmtheit durch aufgeklärten partnerschaftlichen Dialog im Lebensalltag ein wenig zu reduzieren und die Momente der Selbstbestimmung besser zu sehen und sie aktiv und verantwortlich wahrzunehmen. Ver-antwort-lich in dem Sinne, dass die Fähigkeit sich entwickelt, selbst vermehrt Antworten geben zu können. Neben allen vorgebrachten – auch kritischen bis zynischen – Aspekten sei in Ergänzung der oben angeführten Liste auf eine Kompetenz noch gesondert hingewiesen: die Selbstkompetenz. Die Fähigkeit, mit sich umzugehen, sich in der Beziehung zu anderen zu sehen und sich auch so zu thematisieren – und darauf aufbauend auch Prioritäten zu setzen. Denn die größte Fähigkeit ist die, welche alle anderen ordnet…

Literatur

Antonovsky, Anton (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

BIFIE – Bundesinstitut für Bildungsforschung, Innovation & Entwicklung des österreichischen Schulwesens (Hrsg.) (2011): Kompetenzorientierter Unterricht in Theorie und Praxis. Graz: Leykam. Auch online im Internet: https://www.bifie.at/system/files/dl/bist_vs_sek1_kompetenzorientierter_unterricht_2011-03-23.pdf [Stand: 2014-12-17].

Kurtz, Thomas/Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.) (2010): Soziologie der Kompetenz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Spitzer, Manfred (2010): Medizin für die Bildung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Weinert, Franz E. (2003): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim/Basel: Beltz.

WHO (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Genf. Online im Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Stand: 2014-12-09].

Foto: K.K.

Prof. Dr. Franz Wagner, MA, PhD

franz.wagner@jku.at
http://www.jku.at
+43 (0)732 24688249

Franz Wagner ist Universitätslehrer, Lehrbeauftragter für Sozialkompetenz im Fachhochschulbereich, Assistenzprofessor an der Johannes Kepler Universität Linz und seit 30 Jahren Dozent und Trainer in der Erwachsenenbildung. 2009 erhielt er den Trainer-Award in der Kategorie „High Performance" des Österreichischen Wirtschaftsförderungsinstituts. Er ist wissenschaftlicher Leiter des Universitätslehrgangs „Mediation und Konfliktmanagement" und verfasste zahlreiche Fachpublikationen und Bücher zu Gesundheitsthemen (Akupressur, Reflexzonenmassage, Homöopathie).

Health as Mission Possible

Trainers in the health care sector: a reflection in essay form

Abstract

How can knowledge become action? What is and what isn't the term competence able to offer here? And specifically: what competences are called for when health-related topics are conveyed? This article critically reflects on the omnipresent idea of competence, all the while remaining connected to it. The author describes the activity and influence of trainers in the health care sector who attempt to develop, promote and strengthen health education. This is all supported by the fact that health education requires the ability to bring knowledge of health and health-promoting behaviours obtained from one's own experience and from classical learning processes into one's own private and professional life and to implement them responsibly in a variety of situations in a socially responsible manner. In this process, transfer competence and development competence are just as central as self-competence. (Ed.)

Leben und Tod – spannend wie ein Krimi

Ein essayistisches Fragment

Bernadette Konzett

Konzett, Bernadette (2015): Leben und Tod – spannend wie ein Krimi. Ein essayistisches Fragment.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Überwachung, Gesundheitsbildung, Krankheit, Gesundheit, Tod

Kurzzusammenfassung

Gesundheit ist zu einer Pflicht geworden. Ungesund zu leben, ist keine freie Entscheidung mehr, deren Konsequenzen der/die Einzelne selbst trägt. Die Autorin stellt in diesem essayistischen Fragment die Frage, wie es dazu kommen konnte. Sie schickt einen Kommissar auf die Suche nach einer Leiche, die aus der Gerichtsmedizin verschwunden ist. Wenn diese für den verdrängten Körper, das geraubte Leben steht, dann wäre die Zurückeroberung derselben die kriminologische Herausforderung unserer Zeit. Sie würde allerdings einen anderen Umgang mit dem Tod voraussetzen. Auf dieser Suche kann es sich lohnen, gemeinsam mit dem Kommissar eine Abendschule zu besuchen. Vielleicht finden wir dabei mehr Leben und eine neue Auffassung von Gesundheit.

Leben und Tod – spannend wie ein Krimi

Ein essayistisches Fragment

Bernadette Konzett

Das Sprechen über den Körper und die Sorge um seine Gesunderhaltung sind spannend wie ein Krimi. Bei genauerem Hinsehen gibt es sogar eine Leiche. Deswegen will ich versuchen, mich dem Thema anhand eines kriminologischen Bildes zu nähern, und ich möchte Sie bitten, mir in den Saal eines Gerichtsmediziners zu folgen.

Stellen Sie sich einen Gerichtsmediziner alten Schlages vor: Griesgrämig und verhärmt beugt er sich über die Leiche. Missbilligend schüttelt er den Kopf angesichts der schwarzen Raucherlunge, vielleicht auch der angegriffenen Leber. Vielleicht hebt er mit seinen Instrumenten die Fettschichten, die am toten Körper noch unvorteilhafter aussehen als am lebenden. Er meint, alles über den Menschen sagen zu können, den er doch nur tot vor sich hat. Angewidert blickt er zum Kommissar, der – unpassender Weise rauchend – daneben steht. Er braucht nichts zu sagen. Der Kommissar tötet seine Zigarette sofort aus, mit dem festen Vorsatz, dass es die letzte war.

Krank sein ist ein Affront gegen die Gesellschaft

Gesundheit ist zu einer Pflicht geworden. Ungesund zu leben, ist keine freie Entscheidung mehr, keine Option, deren Konsequenzen man letztlich selbst zu tragen hat. Eine ungesunde Lebensweise ist ein Affront gegen die Gesellschaft, die auch sofort die Kosten vorrechnet. Krank zu sein, ist darüber hinaus eine Beleidigung des modernen Körperbildes: des gesunden, schönen, funktionierenden Körpers. Er wurde als Norm gesetzt. Unser Kommissar wirkt wie eine Erinnerung an vergangene Zeiten: mit seiner ungesunden Lebensweise, dem schlechten Essen und dem Alkohol am Feierabend zur Entspannung.

Niemand will krank sein, natürlich. Aber dass niemand krank sein darf, ist eine neue Qualität. Im Krankheitsfall steht der Mensch immer unter Verdacht: Er/sie hat sich nicht genug um seine/ihre Gesundheit gekümmert. Krankheit wird zur Schuldfrage. Wurde sie früher vielleicht noch als Strafe Gottes missverstanden, handelt es sich heute um eine Unzulänglichkeit des Subjekts – um mangelnde Selbstkontrolle in Sachen Rauchen, Alkohol, Ernährung. Mir scheint, dass es sich hier um eine Entmündigung handelt. Ist mir deshalb der Kommissar in dem Moment sympathisch, als er auf dem Weg von der Gerichtsmedizin zum Kommissariat an einer Imbissbude hält, einen doppelten Espresso trinkt und sich eine Zigarette anzündet? Weil mir das als Akt der Selbstermächtigung erscheint? Aber ist es nicht jämmerlich, im Rauchen einer Zigarette eine Befreiung zu vermuten?

Und der mürrische Gerichtsmediziner? Steht er für jenen Typus des Wissenschafters, der im Körper nur eine Maschine sieht, die zu funktionieren hat, als eine Ansammlung von austauschbaren Teilen? Das ist

sie auch, die Leiche in unserem Krimi, der „corpus“ – das lateinische Wort nicht nur für Körper, sondern auch für die Leiche, aus dem sich unser Wort „Körper“ ableitet. Ein Körperbild, das den meisten von uns nicht behagt, das aber doch die Grundlage der modernen westlichen Medizin ist. Die Suche nach anderen Wahrnehmungen des Körpers hat vielerorts schon begonnen, das zeigt beispielsweise der Blick in Kursprogramme von Erwachsenenbildungsorganisationen, wo in verschiedenen Kursen nach Ganzheitlichkeit und dem Einklang zwischen Körper und Geist gesucht wird. Aber kann – um im Krimi-Jargon zu bleiben – ein Verbrechen ungeschehen gemacht werden? Der „corpus“ wieder zum Leib werden? Immerhin ist diese Verbannung des unkontrollierbaren Lebendigen Grundlage unserer Kultur, der Preis, der für den Siegeszug der Ratio als allumfassendes Prinzip gezahlt werden musste.

In Love

Auch unserem Gerichtsmediziner, der seinen Lebensunterhalt damit verdient, Leichen aufzuschneiden, kann es passieren, dass etwas Unkontrollierbares, Lebendiges in sein Leben tritt. Da wir uns in einem einfach gestrickten Krimi befinden, nehmen wir an, dass es die Liebe ist. Anzunehmen, dass er sich unbehaglich ob des Unvorhergesehenen fühlt – aber kann er, der tagein tagaus nur mit Leichen zu tun hat, den Kontrollverlust, das Lebendige ertragen?

Ich denke, dass das eine interessante Frage ist, die unsere kleine Krimi-Geschichte übersteigt. Jahrhundertelang reduzierte das Subjekt den Körper auf seine Maschinen-Funktion, es wurde alles getan, ihn des Lebendigen zu berauben. Das war die Grundlage, damit es sich konstituieren konnte. Heute drängt sich die Frage nach dem Lebendigen in den Vordergrund. Wir sind auf der Suche, die Frage nach dem Körper neu stellend. Sind wir in der Lage, Fäden aufzuspüren, die wir zu einem Netz von Erkenntnissen verknüpfen können – wenn es schon keine einfache Antwort geben kann?

Die Mühen des Alltags

Sympathieträger unserer Geschichte ist der Kommissar. Auch er hat einmal geliebt. Was mit seiner Frau geworden ist, wissen wir nicht, aber immerhin hat er ein Kind. Nehmen wir an, ein vierjähriges Töchterchen, das der Kommissar alleine aufzieht. Und weil er der Sympathieträger ist, tut er das gewissenhaft und liebevoll.

Was viele Frauen Tag für Tag leisten, leistet auch unser Kommissar: Er bringt das Kind in den Kindergarten, zahlt Strafgebühr bei zu spätem Abholen und lebt in Angst und Schrecken vor Kinderkrankheiten und grippalen Infekten: Denn: Was tun, wenn das Töchterchen nicht in den Kindergarten kann? Die Woche Pflegeurlaub, die ihm per Gesetz zusteht, ist längst aufgebraucht. Zähneknirschend willigt er in die dritte Antibiotika-Behandlung in diesem Jahr ein: Das Töchterchen muss funktionieren, genau wie er.

Den Gedanken, aus Gesundheitsgründen nicht mehr arbeiten zu können, schiebt er zur Seite. Es muss so weitergehen, wenigstens bis seine Tochter groß ist. Er kaut Nikotin-Kaugummis und lieblos zubereiteten Gasthaussalat. Vor dem Schlafengehen bringt er noch Entspannungsübungen zur Burn-out-Prävention unter.

In seiner Arbeitswelt hat Krankheit keinen Platz. Die jüngeren Kollegen scharren schon in den Startlöchern. Wenn er im Fernsehen einen Bericht über Krebs sieht, zappt er gleich weiter. Bis er von der Möglichkeit hört, sich mittels eines eingepflanzten Chips zur Früherkennung vor Krebs zu schützen. Warum nicht, denkt sich unser Kommissar.

Die Überwachung

Wenn „Überwachung“ eines der großen Themen unserer Zeit ist, so lohnt es besonders, sich den Gesundheits-Diskurs dahingehend anzusehen. Einerseits sollen wir mittels Speicherung unserer Gesundheitsdaten überwacht werden, andererseits ist die Gesundheit das geeignete Mittel, die Überwachung ins Selbst zu implementieren: Chips zur Krebs-Früherkennung, sprechende Waagen, Messgeräte für den Sport etc. – der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt.

Das Streben nach Gesundheit lässt uns in unserem Wirtschafts- und Gesellschaftssystem funktionieren. Wer ist schon frei von Angst vor Krankheit und

letztlich Tod? Angst ist bekanntlich ein erfolgreiches Herrschaftsinstrument. Sie lässt uns Dinge tun, die wir vielleicht gar nicht wollen. Wenn sich aber der Kommissar den Chip nicht einpflanzen ließe, sich der Angst widersetzte, wäre das ein Schritt in Richtung Mündigkeit?

Der Kommissar im Abendkurs

Wie schafft es der Kommissar, einen solch mutigen Schritt zu setzen und sich der Überwachung zu widersetzen?

Vielleicht hat er mit seiner Ex-Frau telefoniert, der Mutter seiner Tochter, eine kluge Frau, die ihn auf die Problematik einer Chip-Einpflanzung hingewiesen hat. Da es aber eher unwahrscheinlich ist, mit der Ex-Partnerin solche Dinge zu besprechen, und noch viel unwahrscheinlicher, ihre Ratschläge zu befolgen, nehmen wir an, dass der Kommissar einen Abendkurs besucht hat, vielleicht um sein Englisch aufzufrischen. In diesem Abendkurs kommt das Thema „Gesundheit“ auf. Die Kursleiterin – bestens ausgebildet und trotz ihrer geringen Bezahlung höchst engagiert – gibt der Diskussion Raum und schafft es, ein höchst interessantes Gespräch zu moderieren. Ein echtes Gespräch mit sehr verschiedenen Standpunkten aus den unterschiedlichsten Lebenswelten. Der junge Mann aus China hat ebenso viel zu sagen wie die ältere Dame aus Indien, der ehemalige Pfarrer und die pensionierte Schulprofessorin. Alle erzählen sie, was für sie Gesundheit bedeutet, und das ist für unseren Kommissar interessant und aufschlussreich. Dass es nicht nur eine – nämlich seine – Wahrnehmung gibt, sondern viele interessante, ganz andere Standpunkte. Und in diesem Moment schöpft er den Mut, mehr auf sich zu hören, selbstständiger zu denken und zu entscheiden. Zu Hause recherchiert er noch ein bisschen im Internet und stößt auf viele neue und aufregende Gedanken.

Das Verschwinden der Leiche

Jeder halbwegs passable Krimi braucht eine interessante Wendung, so auch der unsere. Sagen wir deshalb: Die Leiche ist aus der Gerichtsmedizin verschwunden. Wie konnte das geschehen? Wer hat ein Interesse an der Leiche?

Wenn wir diesen Krimi als Metapher für unsere Kulturgeschichte nehmen: Was bedeutet das Verschwinden der Leiche? Es bietet sich an, die Leiche als Symbol für Sterblichkeit und Tod zu nehmen. Dass die Menschen versucht haben, das für sie Unvorstellbare – nämlich den Tod – zu verdrängen, ist logische Konsequenz im abendländischen Denken, das bekanntermaßen kein Freund dessen ist, was nicht rational, planbar und machbar ist. Dass eine solche Verdrängung des Todes stattgefunden hat, ist beispielsweise sichtbar darin, dass Friedhöfe aus dem Zentrum von Städten an den Rand verdrängt wurden, dass Leichen nicht mehr zu Hause aufgebahrt werden und überhaupt das Sterben ins Krankenhaus verlegt wurde, wo die Leiche möglichst schnell unsichtbar gemacht wird.

Das Leben zurückerobern

Wenn aber Sterblichkeit und Tod untrennbar mit dem Leben verbunden sind – dann bedeutet deren Verdrängung auch die Verdrängung des Lebens. Damit schließt sich der Kreis: Könnten wir mit der Zurückeroberung des Todes und der Sterblichkeit wieder mehr Leben erlangen? Wäre das auch ein Weg, uns wieder näher zu unserem Körper zu bringen?
Es wäre dann in unserem eigenen Interesse, die Sterbenden und Toten wieder in unsere Mitte zu holen, da wir damit ein Stück von uns selbst wiedererlangen könnten. Wenn wir das Thema Tod enttabuisieren, können wir vielleicht anders über Krankheit sprechen, die ja auch deshalb so unbeliebt ist, weil sie an den Tod erinnert. In diesem Sinn könnte uns ein Nachdenken über den Tod hin zu einem umfassenderen Denken von Gesundheit bringen. So gesehen ist das Leben spannend wie ein Krimi: Wir können uns auf die Suche begeben: Verschüttetes ausgraben, Gegebenes umdeuten, Neues entdecken. Das kann ein Akt der Befreiung sein.

Folgen wir deshalb dem Kommissar, der vielleicht auch eine Kommissarin ist: Suchen wir die Leiche!

Foto: Elke Dergovics

Mag.ª Bernadette Konzett

bernadette.konzett@gmx.net
+43 (0)650 9801536

Bernadette Konzett studierte Politikwissenschaft in Innsbruck und Berlin mit den Schwerpunkten Gender Studies und Politische Theorie und absolvierte den Lehrgang „Alphabetisierung und Basisbildung" am bifeb sowie den Lehrgang für Sprachkursleiter_innen im lernraum.wien. Zurzeit arbeitet sie als Kursleiterin in der Basisbildung mit jugendlichen Migrant_innen und jungen Erwachsenen.

Life and Death – As Exciting As a Detective Story

A fragment of an essay

Abstract

Health has become a duty. Living unhealthily is no longer a free decision whose consequences are borne by the individual. In this fragment of an essay, the author explores the question of how it has come to this. She sends a police inspector to search for a corpse that has disappeared from the forensic department. If this corpse stands for the repressed body, the life that has been stolen, then its reconquest is the criminological challenge of our time. It requires, however, another way of dealing with death. On this quest, it may be worthwhile to attend evening school with the inspector. Perhaps we will find more life and a new view of health there.

Zuflucht Bildung

Die Bedeutung der Sinngebung für die Gesundheit

Renate Schwammer

Schwammer, Renate (2015): Zuflucht Bildung. Die Bedeutung der Sinngebung für die Gesundheit.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheit, Gesundheitsförderung, Trauma, posttraumatische Reifung, posttraumatic growth, Resilienz, Sinngebung, Sinnstiftung, Selbstkohärenz

Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Beitrag versucht, ausgehend von dem langjährigen Praxiswissen der Autorin um die Betreuung und Beratung traumatisierter Menschen, Bildung als wichtige Stütze posttraumatischer Reifung (engl. posttraumatic growth) fassbar zu machen. Es handelt sich dabei um bedeutsame positive psychologische Veränderungen der Betroffenen. Der argumentative Bogen spannt sich dabei von Gesundheitsförderung durch Sinngebung hin zur Sinngebung durch Erwachsenenbildung. Eine Erwachsenenbildung, die sich ihrer Ressourcen im Bereich Resilienzförderung/-stärkung bewusst ist, kann der Autorin zufolge Menschen, die eine existenzielle Krise erlebten oder sich in einer Phase des Übergangs befinden, Orientierung im Denken und Handeln geben, sowie das Herstellen, Ordnen und Finden von (Lebens-)Zusammenhängen stützen. (Red.)

Zuflucht Bildung

Die Bedeutung der Sinngebung für die Gesundheit

Renate Schwammer

Entscheidend ist, wie ein Mensch eine traumatische Erfahrung überstanden hat, was er daraus gemacht hat, welche weitere Entwicklung besteht und wie er diese schmerzvolle Erfahrung in sein Leben einbauen wird.

Nicht nur das Trauma, sondern auch das Überleben sehen

In meiner über 20-jährigen Erfahrung in der psychosozialen Beratung und Bildungsarbeit mit Flüchtlingen und MigrantInnen habe ich viele Menschen mit der oft schnell gestellten Etikettierung „posttraumatische Belastungsstörung“[1] kennengelernt. Eine zentrale Frage, die sich mir von Anfang an in meiner Beratung/Betreuung und Bildungsarbeit stellte, lautete: „Wie können diese Menschen all die grausamen Erfahrungen überstehen, wie können sie wieder ihre gesundheitliche Balance finden und dem Leben wieder einen Sinn geben?“[2]

Emotionale und körperliche Gewalt gegen Menschen verletzt und hinterlässt schmerzende körperliche und seelische Narben. Und eine Gesellschaft, in welcher das geschieht, trägt ebenfalls Spuren davon, die sich über Generationen erstrecken und schier unauslöschbar sind. Selbstverständlich ist es wichtig, das Leiden wahrzunehmen, zu diagnostizieren und zu behandeln, d.h. krankmachende Aspekte wahrzunehmen. Doch oft wird in unserer Gesellschaft übersehen, dass man es dabei häufig nicht nur mit Traumatisierten, sondern auch mit „Überlebenden“ zu tun hat.

Ein ressourcenorientierter, salutogenetischer Zugang in Beratung, Therapie und Bildungsarbeit und das Vertrauen in die Resilienz dieser Menschen, d.h. in ihre Fähigkeit, sich von schwierigen Erfahrungen zu erholen, sind meines Erachtens wesentlich, um einen nachhaltigen „Heilungs“-Mechanismus auf mehreren Ebenen in Gang setzen zu können. Aber was kann Erwachsenenbildung in diesem Zusammenhang leisten?

Erwachsenenbildung als Möglichkeit, Resilienz zu stärken und zu fördern

Meiner Erfahrung nach kann Erwachsenenbildung Suchprozesse initiieren, zu einem reflektierenden Dialog einladen, eine „Sprache“, die Erfahrungen benennen kann, zur Verfügung stellen und zur Sinn(wieder)gewinnung des Lebens beitragen. Bildungsarbeit kann auch beim Finden von Begriffen,

1 Von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) wird gesprochen, wenn nach einem belastenden, meist mit Todesangst oder Existenzbedrohung verbundenem Ereignis ein bestimmtes Symptommuster auftritt wie Wiedererleben, Vermeidungs- und dissoziatives Verhalten sowie anhaltende Übererregungsfolgen (nervöse Übererregung, die eine übersteigerte Aufmerksamkeit für äußere Reize, eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Schlafstörung erzeugt) (vgl. Maercker/Rosner 2006, S. 3).

2 Der Begriff „Trauma“ wurde in den letzten Jahren im allgemeinen Sprachgebrauch zum Sammelbegriff für alle mit großem Leid verbundenen Erfahrungen. Nicht jedes schwerwiegende Lebensereignis führt jedoch zum Trauma (siehe Maerker/Rosner 2006). Aus medizinischer Sicht versteht man unter „Trauma“ eine neuroendokrine Reaktion (Ausschüttung von Adrenalin usw. als hormonelle Stressantwort) auf Stressoren mit einer massiven und langanhaltenden Kortisolausschüttung, die ursprüngliche Bewältigungsmuster löscht. Aus Sicht der Psychologie versteht man darunter ein objektiv feststellbares, belastendes Erlebnis außerhalb der Erfahrungsnorm sowie subjektive Furcht und Entsetzen, ein subjektives Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht.

die zum Verstehen, zum Handeln einladen, beitragen und diese Begriffe wiederum können helfen, Sinn (wieder) herzustellen. Gerade der Faktor der Sinnhaftigkeit ist eine entscheidende Größe für körperliche und psychische Gesundheit (siehe Antonovsky 1997; Maercker/Rosner 2006). Je mehr Traumatisierte über diese Faktoren der Selbstkohärenz, über eine innere Logik, die auf das Vertrauen im Leben aufbaut, und somit über Resilienz verfügen, um so eher können sie posttraumatische Reifung/Wachstum (engl. posttraumatic growth, kurz PTG) erfahren (siehe Maercker 2009; Welter-Enderlin/Hildebrand 2010).

Vor allem eine Erwachsenenbildung, die sich ihrer Ressourcen im Bereich Resilienzförderung/-stärkung bewusst ist, kann m.E. Menschen, die eine existenzielle Krise erlebten, Orientierung im Denken und Handeln geben sowie das Herstellen, Ordnen und Finden von Zusammenhängen befördern. Aus meiner Sicht kann Bildung neben Solidarität einen wichtigen Platz im „Überleben" einer Krise einnehmen. Erwachsenenbildung kann aber auch in einer Zeit der Veränderung, in den Übergängen (Liminalität), in denen sich Menschen von Orten bzw. von Zuständen lösen und sich auf der Schwelle zu einem neuen Ort oder Zustand befinden, Begleitung, Stabilität, Wertschätzung ihrer emotionalen und physischen Leistung und Motivation bieten. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Veränderung ist die Fähigkeit, Probleme wahrzunehmen; sie müssen benannt werden und vom Anliegen zum Handeln begleitet werden. Erwachsenenbildung kann hierzu in einer Atmosphäre der Wertschätzung Möglichkeiten bieten.

Im Jahr 2011 untersuchte ich für meine Masterthesis im Bereich Gesundheitswissenschaften die Bedeutung der eigenen Kultur für die Entwicklung und Erhaltung von Resilienz und posttraumatischem Wachstum. Ich interviewte mit der Methode des biografischen narrativen Interviews hierfür vier Migrantinnen mit Fluchterfahrungen. Bildung, sei es als Ausbildung, Wissenserwerb oder als Reflexionsvermögen, wurde von ihnen als ein Wahrnehmen von Lebenschancen interpretiert; Erfahrung wurde als Bildungskapital gesehen. So meinte eine Frau aus Tschetschenien, die ihre Familie durch einen Terrorangriff verlor, als sie die Möglichkeit bekam, eine Ausbildung zu absolvieren: *„In Tschetschenien habe ich mir gedacht, warum hat der Tag so viele Stunden. Heute denke ich mir, warum hat der Tag nicht 28 Stunden, ich habe noch so viel vor. Ich weiß es: Zum Beispiel morgen habe ich diese Aufgabe, übermorgen eine andere. Ich habe ein Ziel. Ich warte nicht. Die Möglichkeit, Neues zu lernen, mein Leben zu verstehen, erfüllt mich mit Freude und Stolz. Ich warte nicht"* (zit.n. Schwammer 2011, S. 61).

Von der Pathogenese zur Salutogenese – vom Defizit zu den Ressourcen

Verstärkt seit den 1990er Jahren hat sich in Psychologie, Pädagogik und Gesundheitswissenschaften ein Wechsel der Blickrichtung vollzogen. Angestoßen durch Langzeitstudien, besonders durch die Studie von Emmy Werner auf der Hawaii-Insel Kauai (siehe Werner/Smith 2001)[3] und durch das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky[4] wird nicht mehr nur auf Ursachen und Bedingungen für die Entstehung psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten geachtet, sondern es wird versucht, Risikofaktoren und Schutzfaktoren (dazu zählen Resilienzfaktoren) zu identifizieren, die für die Entwicklung und den Erhalt seelischer und körperlicher Gesundheit mit verantwortlich sind. Es entstand ein Paradigmenwechsel. Zugleich ergaben sich aus dieser Sichtweise neue Dimensionen für die Präventionsforschung zur Förderung und Gestaltung von seelischer und körperlicher Gesundheit. In der Folge hat sich auch vermehrt ein starkes Interesse an den Konzepten der Resilienz, der Selbstkohärenz, der inneren Logik und des posttraumatischen Wachstums entwickelt.

Resilienz

Resilienz bedeutet die Stärkung der seelischen und körperlichen Widerstandskraft. Die Wurzeln für

3 Im Rahmen dieser Studie wurden 698 Kinder, die 1955 auf dieser Insel geboren wurden, im Alter von 1 Jahr, 2, 10, 17/18, 31/32 und 40 Jahren untersucht. Das Hauptaugenmerk dieser Längsschnittuntersuchung galt den Kindern, welche trotz widriger Lebensumstände zu „gesunden" Erwachsenen heranwuchsen. Es wurde versucht, Schutzfaktoren für die Entwicklung zu evaluieren.

4 Eine ausführliche Beschreibung des Übergangs von der Pathogenese zur Salutogenese und des Kohärenzgefühls findet sich im Beitrag von Verena Gangl in der aktuellen Ausgabe des Magazin erwachsenenbildung.at unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/03_gangl.pdf; Anm.d.Red.

die Fähigkeit zur Resilienz werden schon in frühen Lebensjahren gelegt. So können Menschen selbst traumatische Erfahrungen wie Missbrauch, Krieg, Folter, Umweltkatastrophen nicht nur überleben, sondern mehr oder weniger wieder psychisches und physisches Wohlbefinden erleben. Resilienz ist eine Frage der Ressourcen, und zwar der inneren wie äußeren. Zu den inneren Ressourcen gehören vor allem ein gefestigtes Selbstwertgefühl, die Überzeugung, das eigene Leben positiv beeinflussen zu können, und intellektuelle Fähigkeiten sowie die Möglichkeit, sich Ressourcen zu schaffen. Entscheidend ist das Kohärenzgefühl, das beständige Gefühl des Vertrauens, das sogenannte Urvertrauen. Das existenzielle Moment des Kohärenzgefühls ist das Gefühl der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness). Unter dem Gefühl der Bedeutsamkeit ist das Ausmaß eines Gefühls zu verstehen, einen Sinn im Leben zu sehen (siehe Antonovsky 1997; Zika/Chamberlain 1992). Die Erweiterung des Resilienzkonzeptes (es umfasst sechs Säulen: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Übernahme von Verantwortung, Netzwerkorientierung, Zukunftsplanung) durch den Resilienzfaktor Bildung kann m.E. zu einer Bereicherung in der Bildungsarbeit beitragen.

Posttraumatisches Wachstum

Posttraumatisches Wachstum ist mehr als bloßes Überleben oder Widerstand gegenüber der Verletzung, des Traumas; es ist eine Transformation, eine Voraussetzung für die Initiierung des persönlichen Wachstumsprozesses, bei dem das schwerwiegende Ereignis die bisherigen Grundannahmen und vorhandenen Bewältigungskompetenzen übersteigt. Der Prozess des posttraumatischen Wachstums besteht aus qualitativen Veränderungen im Entwicklungsprozess. Es handelt sich dabei um eine bedeutsame positive Veränderung in den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten und im Erleben. Darüber hinaus ist auch eine Verhaltensänderung erkennbar. Menschen, die posttraumatisch gereift sind, haben das Erfahrene in ihr Leben integriert und sehen wieder eine Zukunft. Häufig haben sie ein größeres Bewusstsein der eigenen Verletzlichkeit, aber auch Dankbarkeit, nicht für die traumatische Erfahrung, sondern für das implizierte Lernen und Reifen und auch einen Zugang zu tiefem Humor. Entscheidend zum Aufbau von Resilienz sind die äußeren Ressourcen. Dazu zählen die finanziellen Möglichkeiten, die Strukturen und – nicht zuletzt – die Bildungschancen (siehe Schwammer 2011).

Herstellung von Selbstkohärenz und Sinnzuschreibung

In der Gesundheitsforschung Ende der 1980er Jahre wurde der positive Einfluss eines Kohärenzgefühls auf die Gesundheit beschrieben, wovon sich ein Teilaspekt „sense of meaningfulness“ explizit auf Sinnzusammenhänge bezieht (siehe Antonovsky 1997). Mittlerweile weisen auch empirische Studien aus der Positiven Psychologie auf wechselseitige Zusammenhänge zwischen Sinnerleben und subjektivem Wohlbefinden hin. So fördern auf der einen Seite positive Emotionen das Sinnerleben. Auf der anderen Seite steigert positives Sinnerleben das subjektive Wohlbefinden. Das Erleben von Sinnzweifel („crisis of meaning“) verringert hingegen das subjektive Wohlbefinden und erhöht die Wahrscheinlichkeit des Erlebens von negativen Emotionen (siehe Maercker/Rosner 2006). Die beiden Posttraumatikforscher Lawrence Calhoun und Richard Tedeschi weisen darauf hin, dass kognitive Verarbeitung und Auseinandersetzung mit der Krise einen positiven Einfluss besitzen (siehe Calhoun/Tedeschi 2006).

Erwachsenenbildung kann diesen kognitiven Prozess begleiten, indem sie einerseits bei der Reflexion unterstützt, andererseits „Sprache“ bereitstellt, indem sie übersetzt und Begriffe benennt. Unter Sprache versteht man Zeichen und Bedeutungen. Die Sprache erzeugt das Bild, das sich der Mensch von seiner Realität macht (vgl. Grinberg/Grinberg 1990, S. 113). Entscheidend ist für mich, dass es Menschen mit traumatischen Erfahrungen gelingt, einen individuellen Ausdruck zu finden, der es ihnen ermöglicht, die eigene Lebensgeschichte für sich selbst, aber auch für die Mitmenschen begreiflich zu machen. Erst dadurch ist Verständigung möglich (vgl. Schwammer 1999, S. 143).

Die Zeit des „Dazwischen“ – biografische Heimat finden

Bildung hat viele Aspekte: Bildung, die die Identität herstellt, Bildung, die Fragen nach dem „Warum“ stellt und nach Antworten sucht. Es sind das Fragen, die an den/die Einzelne/n wie auch an

die Gesellschaft gestellt werden. Wenn Menschen innerlich und äußerlich in Bewegung kommen, aus ihrem gewohnten, vertrauten Umfeld aufbrechen, ihre vertrauten Denkmuster in Frage stellen, beginnt für sie die schwierige Zeit des Übergangs. In biografischen Umbruchsituationen wird ersichtlich, ob eine Person die Sinngebung für sich als psychische Ressource bereits erschlossen hat und über Reflexionsstrategien zur Herstellung von Sinnzusammenhängen verfügt oder ob sie dies erst aus der neuen herausfordernden Situation heraus entwickeln muss. Das Durchleben von Übergängen impliziert ein Aufbrechen genauso wie ein Abbrechen. Das Aufbrechen von neuen Lebensmöglichkeiten erfüllt uns mit Hoffnung und Freude, das Abbrechen von Vertrautem erfüllt uns mit Angst und Trauer. Bei Übergängen und Umbrüchen ist die Gewinnung fester, beständiger Strukturen notwendig (siehe Schwammer 1999).

In einer Zeit, wo das Vertraute in Frage gestellt wird, die Heimat fremd wird, das Fremde aber noch nicht vertraut ist, bedarf es des Verweilens, der Zeit des Nachdenkens und des sich Orientierens. Umbruchsituationen finden in einer Zeit des „Dazwischen“ statt; eine Zeitspanne zwischen Hoffnung auf Veränderung und Angst vor Veränderung. Die Reaktion auf Orientierungslosigkeit und Instabilität kann entweder Stillstand, Resignation oder aber Fortschritt und Entwicklung sein. Hier sehe ich einen wichtigen Ansatzpunkt in der Bildungsarbeit mit traumatisierten Menschen.

Ich gehe davon aus, dass Bildung Halt und Orientierung und Hoffnung geben kann. Bildung hilft, sich in seiner Biografie nicht fremd, sondern zuhause zu fühlen. Bildung schafft die Voraussetzung, sich immer wieder auf Neues einzulassen, ohne dass Identität verlorengeht. Bildung kann als biografische Heimat, als imaginärer Ort verstanden werden, als ein Zuhause, von dem man ausgehen kann, um Antworten zu finden und neue Perspektiven zu entwickeln. Ich sehe meine Möglichkeit in der Begleitung und Unterstützung bei Bildungsprozessen, im Aufbau von sozialen Orten, von „Bildungsnischen“, in denen Menschen sich an Neuem orientieren können – und das in ihrem eigenen Lernrhythmus.

Abschließende Gedanken

Wenn Bildungsarbeit als Begleitung, Übersetzung und Vermittlung gesehen wird, bedarf es auch für ErwachsenenbildnerInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, neben der Aneignung von Wissen über Resilienz und posttraumatische Reifung eine Stärkung ihrer Resilienz. Eine salutogenetische Sichtweise und Ergebnisse aus der Resilienzforschung können einen Beitrag für die Bildungswissenschaften leisten.

Die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit traumatischen Erfahrungen stellt eine Herausforderung für die Erwachsenenbildung dar.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Alexa Franke und Nicola Schulte. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Calhoun, Lawrence/Tedeschi, Richard (Hrsg.) (2006): The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Routledge.

Grinberg, Léon/Grinberg, Rebecca (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils. München/Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Maercker, Andreas (Hrsg.) (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. 3., vollst. neu bearb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Maercker, Andreas/Rosner Rita (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Stuttgart: Thieme.

Schwammer, Renate (1999): Migration und Bildung (= unveröff. Diss., Graz).

Schwammer, Renate (2004): Verstehen und interkulturelle Wertschätzung von Kompetenz und Wissen im Gesundheitsbereich (= unveröff. Masterthese, Donau-Universität Krems).

Schwammer, Renate (2011): Die Bedeutung der eigenen Kultur für die Entwicklung und Erhaltung von Resilienz und Posttraumatic Growth bei weiblichen Flüchtlingen (= unveröff. Masterthese, Seggau).

Resnick, Barbara/Gwyther, Lisa P./Roberto Karen A. (Hrsg.) (2011): Resilience in Aging. Concepts, Research, and Outcomes. New York [u.a.]: Springer.

Welter-Enderlin, Rosemarie/Hildebrand, Bruno (Hrsg.) (2010): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer.

Werner, Emmi/Smith, Ruth (2001): Journeys from Childhood to midlife. Risk, Resilience, and Recovery. Ithaca: Cornell University Press.

Zika, Sheryl/Chamberlain, Kerry (1992): On the relation between meaning in life and psychological wellbeing. In: British Journal of Psychology, Vol. 83, Issue 1, S. 133-145.

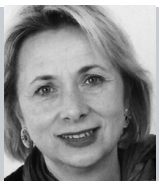


Foto: K.K.

Mag.ª Dr.in Renate Schwammer MA, MSc

renate.schwammer@hotmail.com

Renate Schwammer studierte Pädagogik mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung und Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz, absolvierte ein Masterstudium an der Donau-Universität Krems im Bereich Kulturwissenschaften mit Schwerpunkt interkulturelle Kompetenz sowie am interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Seggau/Graz im Bereich Gesundheitswissenschaft. Seit 1980 arbeitet und forscht sie in verschiedenen Bereichen der Erwachsenenbildung. U.a. gründete und leitete sie 1989-1996 gemeinsam mit zwei Kolleginnen ein Projekt für Bildungsferne im ländlichen Bereich in der Oststeiermark. 20 Jahre lang arbeitete sie in der interkulturellen Bildungsberatung und in der psychosozialen Beratung bei ISOP und OMEGA in Graz. 2004-2007 war sie Lehrbeauftragte für Kultur und Interkulturalität an der Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft. Derzeit lehrt und forscht sie im Bereich „age studies" mit dem Schwerpunkt Resilienz im Alter, Third Age als neue produktive Lebensphase und Erfahrungskompetenz.

Refuge in Education

The significance of assigning meaning for health

Abstract

Informed by the author's many years of practical experience in counselling and advising traumatized people, this article attempts to make education comprehensible as an important means of support for posttraumatic growth. It examines significant positive psychological changes in these people. The range of arguments span from health promotion by assigning meaning to assigning meaning through adult education. According to the author, an adult education that is conscious of its resources for promoting and strengthening resilience can provide orientation in thought and action to people who have survived an existential crisis or who find themselves in a transitional phase and can support the creation, ordering and finding of (life) contexts. (Ed.)

Zusammenhänge zwischen formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit

Julia Bock-Schappelwein

Bock-Schappelwein, Julia (2015): Zusammenhänge zwischen formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitszustand, Arbeitszufriedenheit, formale Überqualifikation, Arbeitsmarkt, Gesundheitserleben, Arbeitsplatzsicherheit

Kurzzusammenfassung

Die Arbeitsmarktbedingungen oder individuelle und familiäre Entscheidungen führen dazu, dass in Österreich viele Menschen einer Arbeit nachgehen, die nicht ihrem Qualifikationsniveau entspricht. Das heißt, für die sie formal eigentlich überqualifiziert sind. Inwiefern wirkt sich formale Überqualifikation nun darauf aus, wie gesund man sich fühlt und wie zufrieden man mit seiner Tätigkeit ist? Anhand der PIAAC-Datensätze untersucht der vorliegende Beitrag den Zusammenhang von formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit. Ergebnis ist, dass Arbeitskräfte, die sich als ausbildungsadäquat beschäftigt einstufen, tendenziell zufriedener mit ihrer Arbeit sind und auch ihren Gesundheitszustand etwas besser einschätzen. Für einen längerfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitskräften gilt es daher, wie die Autorin ausführt, die Interaktionsmechanismen zwischen qualifikationsabhängiger Beschäftigung, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit und die damit verbundenen Folgen für die Beschäftigungsfähigkeit zu berücksichtigen und aktiv zu steuern. (Red.)

Zusammenhänge zwischen formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit

Julia Bock-Schappelwein

Die OECD-Studie PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies) misst nicht nur die Kompetenzen Erwachsener, sondern fragt u.a. auch nach der Beschäftigung im Verhältnis zur Qualifizierung. Einen eindeutigen Einfluss formaler Überqualifikation auf die persönliche Einschätzung, wie gesund man sich fühlt, können die PIAAC-Ergebnisse nicht zeigen, jedoch sehr wohl den Einfluss formaler Überqualifikation darauf, wie zufrieden man mit seiner Arbeit ist. Arbeitskräfte, die unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, stufen auch ihren Gesundheitszustand schlechter ein.

Einleitung

Im Zentrum der wissenschaftlichen Diskussion um das Phänomen der „gesundheitlichen Ungleichheit" stehen Personen mit geringer formaler Ausbildung, die häufiger arbeitslos sind, kränker und nicht selten früher als höher qualifizierte Personen sterben (siehe Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009; Mielck et al. 2012, S. 10). Beschäftigte Personen sind tendenziell gesünder als arbeitslose Personen, höher qualifizierte Arbeitskräfte häufiger gesünder als geringqualifizierte Beschäftigte, wenngleich Lebensstil und Risikoverhalten auf den Gesundheitszustand unabhängig von der sozialen Stellung einwirken können. Auch können berufsbedingte Belastungen in Form körperlicher oder psychischer Beanspruchung oder das Arbeitsumfeld den Gesundheitszustand mit beeinflussen. Krank machende Arbeitsbedingungen, hoher Arbeitsdruck oder lange Arbeitszeiten reduzieren möglicherweise die Zahl der gesunden Lebensjahre und schränken damit die Chancen am Arbeitsmarkt ein.

Thomas Leoni (2012) verweist in seiner Analyse zu den Krankenständen in Österreich auf die ausgeprägten Unterschiede im Gesundheitszustand unter den Beschäftigten, ausgewiesen anhand der Häufigkeit und Dauer der Krankenstände. Er benennt Gruppen von Arbeitskräften, die schon aufgrund der Arbeitsbedingungen häufiger von Krankenständen betroffen sind als andere Gruppen wie beispielsweise ArbeiterInnen im Vergleich zu Angestellten oder Beschäftigte im Bauwesen im Vergleich zu Arbeitskräften in anderen Branchen (vgl. Leoni 2012, S. 10). Abgesehen vom Arbeitsumfeld und seinen möglichen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Unfallhäufigkeit kann sich auch die Unternehmenskultur im gesundheitlichen Wohlbefinden der Arbeitskräfte niederschlagen. Das Betriebsklima oder der individuelle Handlungsspielraum können sich positiv auf Motivation, Zufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten auswirken und damit einen Beitrag zur Bewältigung der gestellten Anforderungen leisten (vgl. Wienemann 2010, S. 31). Beschäftigte

Personen, die ihr betriebliches Umfeld als negativ beurteilen, weisen dagegen häufiger überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten und einen schlechten (subjektiven) Gesundheitszustand auf (vgl. Leoni 2012, S. 78).

Ziel dieses Beitrages ist es, auf Basis der PIAAC-Ergebnisse[1] den Gesundheitszustand und die Arbeitszufriedenheit beschäftigter Personen in Österreich in Abhängigkeit vom formalen Ausbildungsniveau darzustellen. Besonderes Interesse gilt jenen Arbeitskräften, die nicht entsprechend ihrer formalen Qualifikation am Arbeitsmarkt eingesetzt, sondern vielmehr unterhalb ihres formalen Ausbildungsniveaus, also „überqualifiziert" beschäftigt werden. Dieses Phänomen wird in der Literatur als formale Überqualifikation bezeichnet und wurde bereits in den 1970er Jahren in den USA von Richard Freeman (1976) untersucht[2]. Zentrale Frage in diesem Beitrag ist, ob es Unterschiede in der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitszufriedenheit zwischen überqualifiziert beschäftigten Personen und jenen gibt, die entsprechend ihrer formalen Ausbildung eingesetzt werden.

Einführend wird ein Überblick über das Konzept der formalen Überqualifikation gegeben, daran anschließend wird der Datensatz beschrieben, der zur Analyse von Gesundheitszustand, Arbeitszufriedenheit und formaler Überqualifikation verwendet wird. Danach werden formale Überqualifikation und individueller Gesundheitszustand sowie Arbeitszufriedenheit untersucht und abschließend Schlussfolgerungen formuliert.

Das Konzept der formalen Überqualifikation

Formale Überqualifikation, die bereits in den 1970er Jahren von Richard Freeman in seinem Buch „Overeducated American" (1976) behandelt wurde, zeichnet sich dadurch aus, dass eine Arbeitskraft über ein höheres formales Ausbildungsniveau verfügt als für den Arbeitsplatz, den sie/er gerade innehat, benötigt wird. Dies kann Mun C. Tsang und Henry M. Levin (1985) zufolge daran liegen, dass die betreffende Person keinen geeigneteren Arbeitsplatz finden konnte oder vielmehr aufgrund ihrer gegenwärtigen Lebenssituation wollte. Zudem mögen unzureichende Informationen und damit verbunden zu hohe Erwartungen an den Arbeitsplatz oder ein Wandel in den Anforderungsprofilen zu formaler Überqualifikation beitragen (vgl. Tsang/Levin 1985, S. 93).

Abgesehen von diesen Fehlanpassungen kann formale Überqualifikation auftreten, weil Arbeitskräfte über unterschiedliche Kompetenzen und Fertigkeiten verfügen. Francis Green und Steven McIntosh (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von „heterogenen Arbeitskräften". Personen mit gleichem formalem Ausbildungsabschluss müssen nicht im selben Maße auch über berufsübergreifende und soziale Skills verfügen. Personen mit unzureichenden nicht berufsspezifischen Kompetenzen können ihre formale Ausbildung am Arbeitsmarkt oftmals nicht adäquat verwerten. Resultat dieser Skill-Defizite ist formale Überqualifikation. Eine solche formale Überqualifikation ist somit nicht die Folge spezifischer Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt, sondern leitet sich ab aus personenbezogenen Faktoren (vgl. Green/McIntosh 2007, S. 427).

In welchen Lebenssituationen kommt formale Überqualifikation häufiger vor?

Formale Überqualifikation kommt vergleichsweise häufiger bei jüngeren Arbeitskräften vor als bei älteren. Gründe dafür sind, dass jüngere Arbeitskräfte nur unzureichend über Erfahrungswissen verfügen, ihre Erwartungen an die erste Beschäftigung zu hoch waren oder sie eine Beschäftigung, die nicht ihrem Ausbildungsniveau entspricht, neben einer weiterführenden Ausbildung ausüben. In einem solchen Umfeld stellt die formale Überqualifikation eher ein temporäres Phänomen

1 Mit den PIAAC-Ergebnissen sowie den praktischen, politischen und wissenschaftlich-methodischen Konsequenzen aus PIAAC setzt sich Ausgabe 23 des Magazin erwachsenenbildung.at auseinander. Nachzulesen unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/14-23/meb14-23.pdf; Anm.d.Red.

2 Neben der formalen Überqualifikation steht das Phänomen der formalen Unterqualifikation, das sich dadurch auszeichnet, dass eine Person eine Tätigkeit ausübt, die ebenfalls nicht ihrer formalen Ausbildung entspricht, sondern vielmehr über ihrem formalen Ausbildungsniveau liegt. Dieses Phänomen wird in diesem Beitrag nicht behandelt.

dar (vgl. ebd., S. 428), wenngleich bei arbeitslosen AusbildungsabgängerInnen, die eine Tätigkeit unterhalb ihres formalen Ausbildungsniveaus annehmen, die formale Überqualifikation vielfach sogar persistent sein kann (vgl. Baert/Cockx/Verhaest 2012, S. 24).

Aber auch eine Karriereunterbrechung, weil man beispielsweise seine Arbeitsleistung auf Erziehung oder Pflege ausrichtet, kann zur Folge haben, dass eine Person eine Beschäftigung annimmt, die unter ihrer formalen Ausbildung liegt. Betroffen davon sind vorwiegend Frauen, die, um Familie und Beruf vereinbaren zu können, häufig Teilzeit arbeiten oder eine Beschäftigung annehmen, die nicht der formalen Ausbildung entspricht, allerdings besser zur gegenwärtigen Lebenssituation passt. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass eine ausbildungsadäquate Beschäftigung, die mit Pendeln verbunden ist, aufgegeben wird, und ein Arbeitsplatz in der näheren Umgebung zum Wohnort gesucht wird, der nicht der formalen Ausbildung entspricht (siehe Büchel/Battu 2003).

Ebenfalls vergleichsweise häufiger betroffen von formaler Überqualifikation sind ausländische Arbeitskräfte (für einen Literaturüberblick vgl. Quintini 2011, S. 15). Vielfach können sie ihre formale Ausbildung aus dem Heimatland nicht ins Zielland transferieren, weil beispielsweise die Ausbildungsinhalte sehr länderspezifisch sind oder der Arbeitsmarktzugang für bestimmte Qualifikationen im Zielland beschränkt ist; aber auch Sprachbarrieren tragen häufig dazu bei, dass die erworbene formale Ausbildung im Zielland nicht ausgeübt werden kann und eine Beschäftigung, die nicht der formalen Ausbildung entspricht, angenommen werden muss (siehe ebd.).

Formale Überqualifikation ist über Branchen, Berufe oder Tätigkeitsprofile nicht gleich verteilt. Green und McIntosh (2007) beispielsweise führen an, dass SchichtarbeiterInnen sowie Beschäftigte in kleineren Unternehmen häufiger überqualifiziert beschäftigt sind, ebenso Beschäftigte im Handel, im Transportwesen oder im Tourismusbereich oder auch Personen, die Berufe ausüben, in denen berufsübergreifende Kompetenzen eine vergleichsweise geringe Rolle spielen (vgl. Green/McIntosh 2007, S. 431).

Außerdem kann formale Überqualifikation mitbestimmt sein von den regionalen Gegebenheiten, d.h. der Region, in der man lebt bzw. arbeitet. Personen, die in entlegenen ländlichen Regionen leben und für die Pendeln keine Option darstellt, sind an den regionalen Arbeitsmarkt und die dort verfügbaren Arbeitsplätze mit ihren spezifischen Anforderungen an die Qualifikation gebunden. Die Option, pendeln zu können, reduziert dagegen das individuelle Risiko, formal überqualifiziert beschäftigt zu sein (vgl. Büchel/van Ham 2003, S. 9). Melanie Jones und Peter Sloane (2010) informieren ferner darüber, dass Personen mit einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand eher an den regionalen Arbeitsmarkt gebunden sind. Für sie ist Pendeln häufig keine Option, weshalb diese Personengruppe häufiger von formaler Überqualifikation betroffen sein kann (siehe Jones/Sloane 2010).

Zusammenhänge zwischen formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit

Personen, die formal überqualifiziert beschäftigt werden, haben im Vergleich zu ausbildungsadäquat beschäftigten Personen tendenziell niedrigere Einkommen, eine geringere Weiterbildungswahrscheinlichkeit und eine höhere Beschäftigungsinstabilität. Zudem können der Gesundheitszustand und das individuelle Wohlbefinden unter der formalen Überqualifikation leiden.

Eine Reihe von Studien belegt die negativen Auswirkungen von formaler Überqualifikation auf das individuelle Wohlbefinden am Beispiel der Arbeitszufriedenheit (siehe Battu/Belfield/Sloane 2000; Allen/van der Velden 2001; Verhaest/Omey 2006; Green/Zhu 2010), wenngleich Christopher Fleming und Parvinder Kler (2014) in einer aktuellen Arbeit zu den Auswirkungen von formaler Überqualifikation auf die Arbeitszufriedenheit zu einem differenzierten Ergebnis kommen. Sie zeigen für weibliche Arbeitskräfte in Australien, dass Frauen mit Kindern trotz formaler Überqualifikation tendenziell zufriedener mit ihrer Arbeit sind als überqualifiziert beschäftigte Frauen ohne Kinder. Aus diesem Ergebnis lässt sich ableiten, dass das Annehmen einer nicht ausbildungsadäquaten Beschäftigung in einer bestimmten Lebenssituation, um beispielsweise Familie

und Beruf besser vereinbaren zu können, sich nicht negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken muss. Das heißt, das „freiwillige“ Annehmen einer Beschäftigung, die nicht der formalen Ausbildung entspricht, muss die Arbeitszufriedenheit nicht schmälern, während im Falle einer „unfreiwilligen“ formalen Überqualifikation eher mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit zu rechnen ist (siehe Fleming/Kler 2014).

Abgesehen von der Arbeitszufriedenheit werden in Studien zu Gesundheit, Wohlbefinden und Unterbeschäftigung, worunter auch formale Überqualifikation zu subsumieren ist, die Auswirkungen auf Depression, Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl und körperliche Gesundheit untersucht. Das Ausmaß des Einflusses dieser Faktoren auf die Beschäftigung ist allerdings nicht immer eindeutig, vielmehr variiert es, insbesondere in Abhängigkeit vom Analysefokus (vgl. Friedland/Price 2003, S. 34).

Auch Songqi Liu und Mo Wang (2012) relativieren in ihrem Literaturüberblick den Konnex zwischen formaler Überqualifikation und Gesundheitszustand, indem sie darauf hinweisen, dass die Kausalität zwischen Gesundheitszustand und formaler Überqualifikation nicht eindeutig bestimmbar sein muss: Formale Überqualifikation kann sich auf den Gesundheitszustand auswirken, gleichfalls kann der Gesundheitszustand dazu beigetragen haben, eine Beschäftigung anzunehmen, für die man formal überqualifiziert ist (vgl. Liu/Wang 2012, S. 12).

Daten aus der PIAAC-Erhebung

In der vorliegenden Analyse basieren die Informationen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitszufriedenheit auf der individuellen Einschätzung der befragten Person. Die verwendeten Daten zur Darstellung von formaler Überqualifikation, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit stammen aus der PIAAC-Erhebung.
Dieser Datenbestand bietet erstmalig international vergleichbare Daten zu den Lese-, Alltags- und Problemlösungskompetenzen der Bevölkerung im Alter zwischen 16 und 65 Jahren in 24 Staaten, darunter auch Österreich (siehe Statistik Austria 2013). In Summe umfasst dieser Datensatz 5.130 Personen, darunter 3.184 unselbstständig erwerbstätige Personen. Im Rahmen des Hintergrundfragebogens wurde nach der persönlichen Einschätzung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitszufriedenheit gefragt.

Für die Ermittlung der formalen Überqualifikation wurden sowohl subjektive als auch objektive Berechnungsmöglichkeiten verwendet.[3] Bei der subjektiven Berechnungsart steht die Einschätzung der befragten Person im Mittelpunkt, ob sie sich für die Tätigkeit entsprechend ausgebildet fühlt bzw. was sie als passendes Ausbildungsniveau für ihre ausgeübte Tätigkeit als notwendig erachtet. Bei der objektiven Berechnungsmethode stellen der ausgeübte Beruf und das abgeschlossene Ausbildungsniveau die zentralen Kriterien zur Ermittlung von formaler Überqualifikation dar (vgl. Groot/Maassen van den Brink 2000, S. 150). Einerseits werden diese Kriterien mit einer standardisierten Klassifikation von Ausbildung und Beruf verglichen, andererseits mit dem durchschnittlichsten bzw. häufigsten Ausbildungsabschluss im Beruf bzw. in der Berufsgruppe.

Nach objektiver Berechnungsart sind laut PIAAC-Datensatz rund 14% der unselbstständig beschäftigten Personen in Österreich formal überqualifiziert beschäftigt, nach der Selbsteinschätzung dagegen gut 20% der Beschäftigten.

Ergebnisse

Die vorliegenden Daten aus dem PIAAC-Datensatz unterstreichen, dass sich erwerbstätige Personen gesünder fühlen als arbeitslose Personen bzw. Personen im erwerbsfähigen Alter, die sich aus dem Erwerbsprozess zurückgezogen haben (siehe Tab. 1). Fast zwei Drittel der erwerbstätigen Personen in diesem Datensatz schätzen ihren Gesundheitszustand zumindest als gut ein; von den arbeitslosen Personen geben dies dagegen rund die Hälfte an, bei Nichterwerbspersonen im erwerbsfähigen Alter sind dies überhaupt nur rund 40%. Das

3 Zur Berechnung des „Skills Mismatch“ anhand der PIAAC-Daten, der u.a. formale Überqualifizierung beinhaltet, siehe Martin Mayerl in seinem Beitrag zur Ausgabe 23 des Magazin erwachsenenbildung.at. Nachzulesen unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/14-23/07_mayerl.pdf; Anm.d.Red.

Tab. 1: Einschätzung des Gesundheitszustandes (Bevölkerung 16 bis 65 Jahre nach Erwerbsstatus, Österreich) (n=5.025)

Gesundheitszustand	Arbeitsmarktstatus			Bevölkerung 16-65 Jahre
	Erwerbstätig	Arbeitslos	Nichterwerbsperson	
	in %			
(Sehr) gut	61,1	49,8	40,7	56,0
	[59,5;62,8]	[41,7;58,0]	[37,8;43,7]	[54,6;57,5]
Zufriedenstellend	27,0	26,9	29,1	27,4
	[25,5;28,5]	[20,2;34,8]	[26,4;31,9]	[26,2;28,8]
Weniger gut, schlecht	11,9	(23,3)	30,2	16,5
	[10,8;13,0]	[17,1;30,9]	[27,4;33,1]	[15,4;17,6]

() Geringe Fallzahl von weniger als 40, daher sind die Werte stark zufallsbehaftet
[] Untere/obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls

Quelle: PIAAC 2011/12, eigene Berechnungen

heißt, mit zunehmender Arbeitsmarktferne wird der individuelle Gesundheitszustand als schlechter angegeben. Knapp ein Drittel der Nichterwerbspersonen bewertet den Gesundheitszustand als weniger gut bzw. sogar als schlecht.

Innerhalb der Gruppe der Beschäftigten schätzen Arbeitskräfte, unabhängig davon, ob sie ausbildungsadäquat beschäftigt werden oder formal überqualifiziert sind, ihren Gesundheitszustand dagegen fast ähnlich gut ein; rund 60% der

Tab. 2: Einschätzung des Gesundheitszustandes: unselbstständig Beschäftigte nach qualifikationsabhängiger Beschäftigung (n = 2.967)

	Ausbildungsadäquat beschäftigt	Formal überqualifiziert beschäftigt nach	
		objektiver Einschätzung	subjektiver Einschätzung
	in %		
Gesundheitszustand			
(Sehr) gut	60,9	63,7	58,3
	[58,4;63,3]	[59,0; 68,1]	[54,3;62,3]
Zufriedenstellend	27,1	25,2	28,6
	[24,9;29,4]	[21,3; 29,6]	[25,1;32,4]
Weniger gut, schlecht	12,0	11,1	13,1
	[10,4;13,7]	[8,4;14,6]	[10,5;16,1]
Arbeitszufriedenheit			
(Sehr) zufrieden	87,3	83,7	80,8
	[85,5;88,9]	[79,7;87,0]	[77,3;83,8]
Teils zufrieden	8,4	8,9	12,2
	[7,1;10,0]	[6,5;12,1]	[9,7;15,2]
(Sehr) unzufrieden	(4,2)	7,4	7,1
	[3,3;5,4]	[5,1;10,5]	[5,2;9,5]

() Geringe Fallzahl von weniger als 40, daher sind die Werte stark zufallsbehaftet
[] Untere/obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls

Quelle: PIAAC 2011/12, eigene Berechnungen

befragten Arbeitskräfte stufen ihren Gesundheitszustand zumindest als gut ein (siehe Tab. 2). Zudem zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede in der individuellen Einschätzung zwischen formal überqualifiziert beschäftigten Personen, die sich selbst als solche einschätzen, und jenen, die nach objektiven Kriterien als überqualifiziert eingestuft werden, obschon von jenen, die sich selbst als überqualifiziert bezeichnen, der Gesundheitszustand als etwas pessimistischer befunden wird.

So gesehen sind, zumindest auf Basis dieses Datensatzes, keine merklichen Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen ausbildungsadäquat beschäftigten Personen und formal überqualifizierten erkennbar, d.h. innerhalb der Gruppe der beschäftigten Personen. Dies lässt zudem vermuten, dass zumindest der aktuelle Gesundheitszustand sich nicht auf die qualifikationsabhängige Beschäftigung auswirkt und umgekehrt, sich die qualifikationsspezifische Beschäftigung ebenfalls kaum merklich auf den individuellen Gesundheitszustand auswirken dürfte.

Im Gegensatz zum Gesundheitszustand zeigen sich bei der Einschätzung der Arbeitszufriedenheit dagegen sehr wohl Unterschiede zwischen Arbeitskräften, die qualifikationsadäquat eingesetzt werden, und solchen, die formal überqualifiziert sind, insbesondere bei jenen Personen, die sehr unzufrieden mit ihrer Arbeit sind. Außerdem sind Personen, die sich selbst als formal überqualifiziert beschäftigt einstufen (subjektive Einschätzung), durchwegs unzufriedener mit ihrer Arbeit als Personen, die angeben, ausbildungsadäquat beschäftigt zu sein. Jene Beschäftigten, die sehr unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, befinden auch über ihren Gesundheitszustand pessimistischer, was vor allem auf jene Personen zutrifft, die in Tätigkeiten eingesetzt werden, die unter ihrer formalen Ausbildung liegen. Laut Tabelle 3 schätzen Personen, die (sehr) unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, ihren Gesundheitszustand weniger oft als Personen, die zufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, als (sehr) gut ein. Dafür empfinden sie den Gesundheitszustand häufiger als weniger gut bis schlecht.

Schlussfolgerung

Aus den vorliegenden Ergebnissen zum PIAAC-Datensatz ist zu schließen, dass die Verwertbarkeit des formalen Bildungsabschlusses am Arbeitsmarkt nicht nur ein zentrales Element darstellt, wenn es um die Arbeitsmarktintegration geht, sondern auch die Arbeitszufriedenheit mitbestimmt. Der Gesundheitszustand dagegen entscheidet maßgeblich, ob jemand beschäftigt oder arbeitslos bzw. arbeitsmarktfern ist bzw. kann indirekt durch die Arbeitszufriedenheit mit gesteuert werden. So gesehen beeinflussen sich der Gesundheitszustand und die Arbeitszufriedenheit vermutlich gegenseitig. Die Ergebnisse zeigen,

Tab. 3: Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit: unselbstständig Beschäftigte nach qualifikationsabhängiger Beschäftigung (n = 2.967)

Gesundheitszustand	Arbeitsmarktzufriedenheit			
	(Sehr) zufrieden	Teils zufrieden	(Sehr) unzufrieden	Summe
	in %			
(Sehr) gut	63,5	49,6	48,3	61,7
	[61,6;65,3]	[43,2;56,0]	[39,8;57,0]	[59,9;63,5]
Zufriedenstellend	26,2	30,6	(22,1)	26,3
	[24,5;27,9]	[25,1;36,8]	[15,6;30,3]	[24,8;28,0]
Weniger gut, schlecht	10,3	19,8	(29,6)	11,9
	[9,2;11,6]	[15,0;25,7]	[22,2;38,3]	[10,8;13,2]
	100,0	100,0	100,0	100,0

() Geringe Fallzahl von weniger als 40, daher sind die Werte stark zufallsbehaftet
[] Untere/obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls

Quelle: PIAAC 2011/12, eigene Berechnungen

dass Arbeitskräfte, die sich als ausbildungsadäquat beschäftigt einstufen, tendenziell zufriedener mit ihrer Arbeit sind und auch ihren Gesundheitszustand etwas besser einschätzen. Für einen längerfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitskräften gilt es daher, die Interaktionsmechanismen zwischen qualifikationsabhängiger Beschäftigung, Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit und die damit verbundenen Folgen für die Beschäftigungsfähigkeit zu berücksichtigen und aktiv zu steuern. Arbeitszufriedenheit und individueller Gesundheitszustand stellen unter dieser Betrachtungsweise „Querschnittsmaterien" dar, die die Beschäftigungsfähigkeit in den unterschiedlichsten Berufs- und Lebensphasen mitbestimmen.

Literatur

Allen, Jim/van der Velden, Rolf (2001): Educational mismatches versus skill mismatches: effects on wages, job satisfaction, and on-the-job search. In: Oxford Economic Papers 3, S. 434-452.

Baert, Stijn/Cockx, Bart/Verhaest, Dieter (2012): Overeducation at the Start of the Career – Stepping Stone or Trap? (= CESifo Working Paper No. 3825, Category 5: Economics of Education). München. Online im Internet: http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp3825.pdf [Stand: 2014-12-27].

Battu, Harminder/Belfield, Clive R./Sloane, Peter J. (2000): Over-education: How sensitive are the measures? In: National Institute Economic Review 171, S. 82-93.

Büchel, Felix/Battu, Harminder (2003): The theory of differential overeducation: does it work? In: Scottish Journal of Political Economy 50, S. 1-16.

Büchel, Felix/van Ham, Maarten (2003): Overeducation, regional labour markets, and spatial flexibility. In: Journal of Urban Economics 53, S. 482-493.

Fleming, Christopher M./Kler, Parvinder (2014): Female overeducation, job satisfaction and the impact of children at home in Australia. In: Economic Analysis and Policy, July 2014, S. 143-155.

Freeman, Richard B. (1976): The Overeducated American. New York: Academic Press.

Friedland, Daniel S./Price, Richard H. (2003): Underemployment: Consequences for the Health and Well-Being of Workers. In: American Journal of Community Psychology, Vol. 32, N. 1/2, S. 33-45.

Green, Francis/McIntosh, Steven (2007): Is there a genuine under utilization of skills among the over-qualified? In: Applied Economics 39(4), S. 427-439.

Green, Francis/Zhu, Yu (2010): Overqualification, job dissatisfaction, and increasing dispersion in the returns to graduate education. (= University of Kent. Department of Economics Discussion Papers). Online im Internet: ftp://ftp.ukc.ac.uk/pub/ejr/RePEc/ukc/ukcedp/0803.pdf [Stand: 2014-12-27].

Groot, Wim/Maassen van den Brink, Henriette (2000): Overeducation in the labor market: a meta-analysis. In: Economics of Education Review 19, S. 149-158.

Jones, Melanie/Sloane, Peter J. (2010): Disability and skill mismatch. In: The Economic Record 86, S. 101-114.

Leoni, Thomas (2012): Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Pensionsversicherungsanstalt. Wien. Online im Internet: https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Arbeit-und-Soziales/FZR_2012.pdf [Stand: 2014-12-27].

Liu, Songqi/Wang, Mo (2012): Perceived Overqualification: A Review and Recommendations for Research and Practice. In: Perrewé, Pamela L./Halbesleben, Jonathan R.B./Rosen, Christopher C. (Hrsg.): The Role of the Economic Crisis on Occupational Stress and Well Being (= Research in Occupational Stress and Well-being. 10). Bradford, UK: Emerald Group Publishing Limited, S. 1-42.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern [u.a.]: Hans Huber.

Mielck, Andreas/Lüngen, Markus/Siegel, Martin/Korber, Katharina (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Quintini, Glenda (2011): Over-Qualified or Under-Skilled: A review of Existing Literature (= OECD Social, Employment and Migration Working Papers. 121). OECD Publishing. Online im Internet: http://www.oecd.org/employment/emp/48650026.pdf [Stand: 2014-12-27].

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Statistik Austria (2013): Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/piaac/erste_ergebnisse_der_piaac_erhebung_2011_12/index.html [Stand: 2014-12-27].

Tsang, Mun C./Levin, Henry M. (1985): The Economics of Overeducation. In: Economics of Education Review 4 (2), S. 93-104.

Verhaest, Dieter/Omey, Eddy (2006): The impact of overeducation and its measurement. In: Social Indicators Research 77, S. 419-448.

Wienemann, Elisabeth (2010): Salutogene Geschäftsprozessanalyse (SGPA). Ein Instrument zur Erhebung von Ressourcen und Belastungen zur motivations- und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. In: Hamburger Stadtentwässerung AöR (Hrsg.): MeGA-Wandel. Gesundheitsförderung im demografischen Wandel. Leitfaden für Praktiker. Hamburg: Kovac, S. 31-43. Auch online im Internet: http://www.wa.uni-hannover.de/fileadmin/arbeitswissenschaft/IAW/Downloads/SGPA_Wienemann.pdf [Stand: 2014-12-29].

Foto: WIFO

Mag.ª Julia Bock-Schappelwein

julia.bock-schappelwein@wifo.ac.at
http://www.wifo.ac.at
+43 (0)1 7982601-265

Julia Bock-Schappelwein studierte Volkswirtschaft an der Universität Wien. Seit 2004 ist sie als Referentin am Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) im Bereich Arbeitsmarkt, Bildung und Migration tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen: arbeitsmarkt-, bildungs- und migrationsspezifische Fragestellungen, insbesondere die Schnittstelle zwischen Aus-/Weiterbildungssystem und Arbeitsmarkt, strukturelle Aspekte von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit und die Analyse der Arbeitsmarktsituation von ausländischen Arbeitskräften in Österreich.

The Relationship between Formal Overqualification, State of Health and Job Satisfaction

Abstract

Conditions on the job market or individual and family decisions lead many people in Austria to hold a job that does not correspond to their level of qualification. This means that they are actually overqualified for their position. To what extent does formal overqualification have an effect on one's sense of health and on job satisfaction? Drawing on the PIAAC database, the article investigates the connection between formal overqualification, state of health and job satisfaction. The result is that members of the workforce who categorize themselves as having a job that corresponds to their level of their education tend to be more satisfied with their job and also rate their state of health to be better. As the author explains, for long-term maintenance of employability, it is necessary to take into account and actively control the mechanisms of interaction between qualification-dependent employment, state of health and job satisfaction and the resulting consequences for employability. (Ed.)

Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter

Julia Müllegger

Müllegger, Julia (2015): Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs.
Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Ältere, Gesundheitsbildung, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten

Kurzzusammenfassung

Gesundheit ist eine zentrale Ressource im Alter. Wie sich das Altwerden individuell gestaltet, ist von der Biographie, der genetischen Disposition, dem sozioökonomischen Status und nicht zuletzt auch von Geschlecht und Bildungsstand abhängig. Tatsache ist: Menschen mit höherer Bildung leben nicht nur länger, sie können auch mehr Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Der vorliegende Beitrag präsentiert nationale und internationale Studienergebnisse zur Korrelation von Gesundheit und Bildung, aber auch zur Armutsgefährdung im Alter. Erklärungsansätze werden gesucht: Vor allem Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den Bewältigungsressourcen und in der gesundheitlichen Versorgung sollen zu Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen. Was aber kann Erwachsenenbildung hier leisten? Die Antwort scheint simpel: AdressatInnenorientierte Bildung im Alter könnte bestehende Ungleichheiten reduzieren. (Red.)

Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter

Julia Müllegger

Dass ein Zusammenhang zwischen der in frühen Lebensphasen erworbenen Bildung und dem Gesundheitszustand im Alter besteht, wurde bislang – abgesehen von ExpertInnenkreisen – kaum öffentlich diskutiert. Politik und Gesellschaft fordern das Recht auf Gesundheit ebenso wie das Recht auf Bildung immerhin als fundamentales Menschenrecht ein, unbeachtet bleibt dabei leider häufig, dass das eine kaum ohne das andere durchgesetzt werden kann.

Gesundheit und Lernbereitschaft als wichtige Ressourcen im Alter

Wir leben nicht nur länger als unsere Vorgängergenerationen, sondern wir verbringen mehr Jahre in der nachberuflichen Lebensphase bei guter Gesundheit. Diese bedeutende Errungenschaft hat unseren individuellen und gesellschaftlichen Handlungsraum für besagte Lebenszeit massiv erweitert. Der Soziologe Leopold Rosenmayr spricht in diesem Zusammenhang von „der späten Freiheit" (siehe Rosenmayr 1983). Im Gegensatz zu vergangenen Zeiten, wo Ältere sich eher in die private Umgebung zurückgezogen haben, sind heutige SeniorInnen zumeist unternehmungsfreudig, mobil und nehmen aktiv am gesellschaftlichen Leben teil. Neben anderen Faktoren wie sozioökonomischer Status, soziales Umfeld oder biographische Ereignisse haben die Bereitschaft, Neues zu lernen, und vor allem der Gesundheitszustand einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Lebensabschnitts Alter.

Biologische Alterungsprozesse und körperliche Abbauprozesse beginnen jedoch nicht erst mit 50, 60 oder 70 Jahren, sondern bereits in jüngeren Jahren. Allerdings werden sie erst mit zunehmendem Alter sichtbar und spürbar. Sogenannte Alterskrankheiten wie beispielsweise Diabetes, Arthrose oder Demenz zeichnen sich durch eine lange Latenzzeit[1] aus. Sie sind gekennzeichnet durch einen erschwerten Heilungsverlauf und führen zu klassischen gesundheitlichen Einschränkungen und Funktionsverlusten.

Die Erhaltung der Gesundheit in physischer, psychischer und sozialer Form gehört aus genannten Gründen zu den wesentlichen Entwicklungsaufgaben der Lebensphase Alter. Durch (Gesundheits-)Bildung sollen Ältere befähigt werden, kompetent und verantwortlich mit den altersbedingten gesundheitlichen Veränderungen und den gesellschaftlichen, zwischenmenschlichen und ethischen Anforderungen des Lebens umzugehen. Lernen und Lernbereitschaft sind dafür obligat (siehe Kruse 2008; Backes/Kruse 2008; Kolland/Ahmadi 2010; Kalbermatten 2008).

1 Das heißt, dass die Krankheit eine lange Zeit benötigt, bis sie in Form von Symptomen auftritt.

Forschungsergebnisse

Wer bildungsbenachteiligt ist,
ist auch gesundheitlich benachteiligt.

Für Menschen, die immer wieder gelernt und sich weitergebildet haben, ist Lernen auch im Ruhestand selbstverständlich. Ein Problem stellt dies für die zahlenmäßig große Gruppe von Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss dar. Aktuelle Studien belegen, dass Bildungsbenachteiligte auch im Alter kaum an Bildungsveranstaltungen traditioneller Bildungsanbieter teilnehmen (siehe Kolland 2008; Kolland/Ahmadi 2010; Kruse 2008). Jedoch sind gerade sie es, die von einem vorzeitigen geistigen und körperlichen Abbau bedroht, von den Folgen chronischer Erkrankungen betroffen und dem Risiko ausgesetzt sind, dass sich ihre Partizipation am gesellschaftlichen Leben frühzeitig massiv einschränkt (siehe BMASK 2012; Müllegger 2014).

Menschen mit höherer Bildung leben nicht nur länger,
sie können auch mehr Lebensjahre
in guter Gesundheit verbringen.

Den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Lebenserwartung, Mortalitätsrisiko und Bildungsabschluss belegen folgend dargestellte Forschungsergebnisse.[2]

Erhöhtes Mortalitätsrisiko

Eine europaweite Studie, die in 22 Ländern von Johan Mackenbach, Irina Stirbu und Albert-Jan R. Roskam (2008) über das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten durchgeführt wurde, ergab, dass im europäischen Durchschnitt Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsabschluss im Vergleich zu jenen mit hohem Bildungsabschluss ein etwa zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko haben. Gebildetere Menschen leben außerdem um insgesamt bis zu sieben Jahre länger als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss. Auch nach dem Auftreten von schwerwiegenden Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfall, Herzinfarkt oder Diabetes haben Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss ein höheres Sterberisiko (siehe Mackenbach/Stirbu/Roskam 2008; siehe auch Lampert/Kroll 2014). Ähnliches zeigte eine Studie von Jiemin Ma, Jian Xu, Robert Anderson und Ahmedin Jemal 2012, die in den USA durchgeführt wurde und den Zusammenhang zwischen Todesursachen und Bildungsabschluss untersuchte. Ergebnis war, dass bildungsbedingte Unterschiede nicht nur bei Todesfällen infolge von kardiovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen, sondern auch infolge von Unfällen und Verletzungen bestehen (siehe Ma et al. 2012). Außerdem weisen beide Studien darauf hin, dass die Lebenserwartung von Menschen mit hohem Bildungsabschluss in den letzten 30 Jahren ungleich stärker gestiegen ist als bei jenen mit niedrigerem Bildungsabschluss. In manchen Ländern verzeichnet letztgenannte Bevölkerungsgruppe sogar eine Stagnation in der Lebenserwartung.

Schlechterer Gesundheitszustand

Aus der österreichweiten Gesundheitsbefragung von 2007 (vgl. Statistik Austria 2007, S. 13ff.) geht hervor, dass doppelt so viele ältere Frauen, die nach dem Pflichtschulabschluss keinen weiteren Schulabschluss gemacht haben, Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkserkrankungen und Herzerkrankungen aufweisen als Frauen mit Hochschulabschluss. Bei Männern zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Bildungsabschluss jedoch in abgeschwächter Form.

Andreas Mielk, Peter Reitmeir, Martin Vogelmann und Reiner Leidl (2013) untersuchten in einer repräsentativen deutschlandweiten Studie in drei Phasen zwischen 2006 und 2008 den Gesundheitszustand von über 20-Jährigen mittels „EuroQol-5D“ (Dieses Instrument der präferenzbasierten Lebensqualitätsmessung misst den Gesundheitszustand in fünf Dimensionen: Beweglichkeit/Mobilität, Fähigkeit für sich selbst zu sorgen, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen, Angst). Die Autorengruppe stellte fest, dass ein niedriger Bildungsstand signifikant negative

2 Um Hypothesen bezüglich des Zusammenhangs von Gesundheit, Mortalität, Todesursache und Bildung empirisch überprüfen zu können, bedarf es Daten aus Längsschnittstudien über einen möglichst langen Zeitraum. Im Idealfall enthalten Daten über den Gesundheitszustand nicht nur subjektive Einschätzungen und Beschreibungen, sondern auch aktuelle objektive Messungen. Der Bildungsstand wird bedauerlicherweise meist nur über formale Bildungsabschlüsse erhoben und beinhaltet nicht weiterführende oder informelle Bildung. Statistik Austria erhebt die Todesursachen anhand der Totenscheine. Diese beinhalten nicht den Bildungsstand. Studien, die diesen Anforderungen entsprechen, gibt es derzeit kaum.

Auswirkungen auf alle fünf befragten Dimensionen der Gesundheit hatte (siehe Mielk et al. 2013).

Die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigung werden durch Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten deutlich sichtbar. In diesem Bereich sind Menschen mit niedriger formaler Bildung vermehrt betroffen. Wie Tabelle 1 zeigt, sind 23% der über 60-Jährigen bei alltäglichen Verrichtungen stark beeinträchtigt. Während in der Gruppe der Personen, die maximal über Pflichtschulabschluss verfügen, 29% stark eingeschränkt sind, sind es bei den UniversitätsabsolventInnen nur 12%. Demgegenüber sind bei den UniversitätsabsolventInnen nur 66% nicht eingeschränkt und bei jenen mit maximal Pflichtschulabschluss lediglich 33% (siehe Statistik Austria 2008).

Tab. 1: Beeinträchtigung durch gesundheitliche Probleme der über 60-Jährigen und Bildungsstand

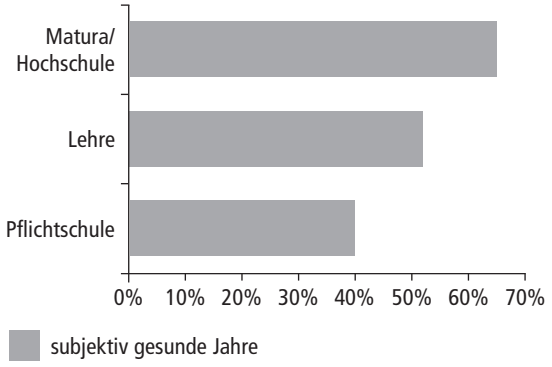
	Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten durch gesundheitliches Problem in %		
	stark eingeschränkt	etwas eingeschränkt	nicht eingeschränkt
max. Pflichtschule	29	38	33
Lehre, mittlere Schule	21	32	48
Matura	16	27	57
Universitätsabschluss	12	22	66
Gesamt	**23**	**33**	**45**

Quelle: Statistik 2008: EU-SILC

Schlechterer subjektiver Gesundheitszustand

Neben dem erhöhten Risiko für körperliche Erkrankungen und deren Folgen beschreiben ältere Menschen mit Pflichtschulabschluss ihren subjektiven Gesundheitszustand weniger oft als sehr gut als Menschen mit einer höheren schulischen Ausbildung.[3] Bei Männern über 65 Jahren mit Pflichtschulabschluss beträgt der Anteil der subjektiv als gesund erlebten Jahre 40% und bei jenen über 65 Jahren, die eine Lehre oder mittlere (Fach-)Schule absolviert haben, 52%. In der gleichen Alters- und Geschlechtergruppe mit Hochschulabschluss oder höherem Schulabschluss (mindestens Matura) beträgt der Anteil 65% (siehe Abb. 1). Bei Frauen der gleichen Altersgruppe sind die Zahlen ähnlich: Mit Pflichtschulabschluss beträgt der Anteil der subjektiv als gesund erlebten Jahre 36%, mit höherem Schulabschluss 52% (zu den Daten siehe Statistik Austria 2007).

Abb. 1: Subjektiv als gesund erlebte Jahre der über 65-jährigen Männer in Abhängigkeit vom Bildungsstand



Quelle: Statistik Austria 2007: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Den signifikanten Zusammenhang zwischen der subjektiv eingeschätzten Gesundheit und dem Bildungsabschluss weisen auch zahlreiche Gesundheitsstudien in anderen Ländern Europas, den USA sowie in China nach:

- für Großbritannien: BHPS (British Household Panel Survey)
- für Deutschland: SOEP (Sozio-ökonomisches Panel)
- für USA: PSID (Panel Study of Income Dynamics), ASOC (Ageing, Status, and the Sense of Control) und NHEFS (National Health Epidemiological Follow-up Survey) (siehe dazu Wilson/Shuey/Elder 2007; Mirowsky/Ross 2008; Lynch 2003)

3 *„Die Frage nach der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes liefert einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Bevölkerung. Im Unterschied zu klinisch erhobenen Befunden werden mit dieser Frage sowohl die körperlichen als auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit implizit miterfasst“* (Statistik Austria/BMGFJ 2008, S. 13).

- für China: CHNS (China Health and Nutrition Survey) (siehe Chen/Yang/Liu 2010).

Abgesehen von den gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat der Bildungsstand auch einen wesentlichen Einfluss auf die Armutsgefährdung im Alter. Abbildung 2 und 3 zeigen, dass in Österreich 40% der über 60-Jährigen maximal einen Pflichtschulabschluss haben, diese Gruppe jedoch 78% der armutsgefährdeten älteren Menschen ausmacht. Demgegenüber beträgt der Anteil der Personen mit Matura- und Universitätsabschluss in der Gruppe der Gefährdeten nicht einmal 3%, obwohl 13% der über 60-Jährigen eine höhere Schulausbildung haben (siehe Statistik Austria 2008 u. 2013).

Bildung, Gesundheitsverhalten und Lebensstil sind weniger individuell, sondern vielmehr sozial geprägt.

Erklärungsansätze

Der individuelle Gesundheitszustand ist primär durch drei Faktoren geprägt: genetische Dispositionen, Umwelteinflüsse und Lebensstil (d.h. durch das Gesundheitsverhalten). Während erstere angeboren und damit unveränderlich sind, sind die beiden anderen Faktoren, vornehmlich der zuletzt genannte, stark von der sozialen Position abhängig, wie im Folgenden ausgeführt wird.

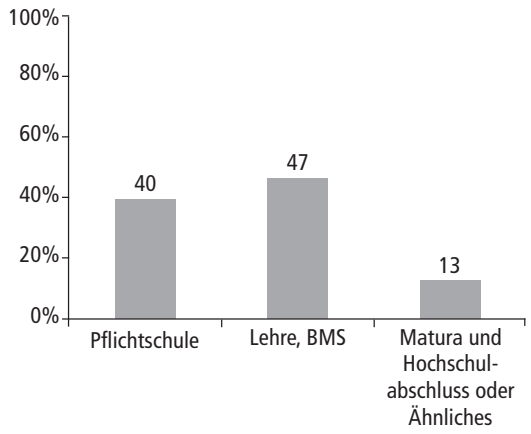
Schlechteres Gesundheitsverhalten

Menschen mit niedrigem formalen Bildungsabschluss haben weitgehend ein schlechteres Gesundheitsverhalten als höher Gebildete: Sie rauchen häufiger, trinken mehr Alkohol, essen ungesünder und betreiben weniger Sport (siehe Schrotter/Rieder/Dorner 2013; Dorner 2013; Mirowsky/Ross 2003). Zudem informieren sie sich weniger über ihren Gesundheitszustand, verfügen über weniger medizinisches Wissen und befolgen ärztliche Anweisungen schlechter. Bei Männern ist dieser gesundheitliche Zusammenhang von Bildung und Lebensstil stärker ausgeprägt als bei Frauen (siehe Klein/Schneider/Löwel 2001; Knesebeck 2005; Goldman/Smith 2002). Andreas Mielck (2005) sieht drei bildungsbedingte Hauptfaktoren, die zu Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen:

- Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, z.B. Belastungen am Arbeitsplatz
- Unterschiede in den Bewältigungsressourcen, z.B. soziale Unterstützung
- Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung, z.B. Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation.

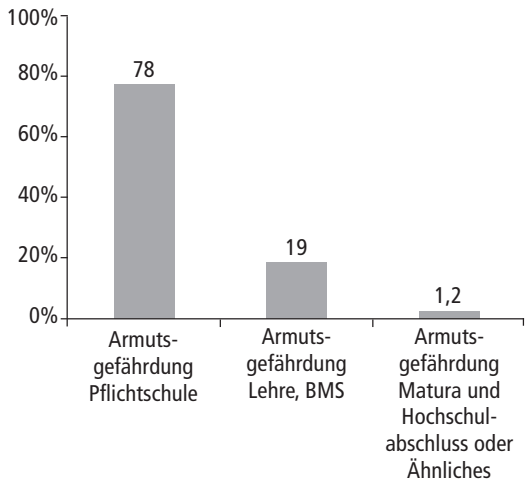
Der französische Bildungssoziologe Pierre Bourdieu beschrieb in seiner Gesellschaftsanalyse „Die feinen Unterschiede“ detailliert die unterschiedlichen Lebensstile verschiedener sozialer Klassen anhand deren Lebensgewohnheiten. Er kam zu dem Ergebnis,

Abb. 2: Bildungsstand der über 60-Jährigen



Quelle: Statistik Austria 2013

Abb. 3: Armutsgefährdung und Bildungsstand der über 60-Jährigen



Quelle: Statistik Austria 2008: EU-SILC

dass die oberen Klassen auf ihre Gesundheit und eine gesündere Ernährung besser achten als die Arbeiterklasse (siehe Bourdieu 1994). Stefan Hradil (2009) betont in diesem Kontext die bestehende Beschränktheit der individuellen Handlungsfähigkeit. Demgegenüber hebt er hervor, dass gesellschaftliche Strukturen von Menschen gemacht wurden und daher auch veränderbar bleiben (vgl. Hradil 2009, S. 35ff.).

Bildungsbedingte gesundheitliche Unterschiede nehmen im Alter zu

Die gesundheitsrelevanten Vorteile höher Gebildeter nehmen während der Lebenszeit zu und erhöhen die Chancen im Alter, länger gesund zu bleiben. Im Gegensatz dazu kommt es bei Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss eher zu einer Kumulation gesundheitsrelevanter Nachteile. Unterschiede bleiben im Alter nicht nur gleich, sondern sie verstärken sich zunehmend.

Zu diesem Ergebnis kamen Liliya Leopold und Henriette Engelhardt (2011) bei der Analyse der Daten von SHARE (= Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Sie gingen der Frage nach, ob sich gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsgruppen im Alter vergrößern (Divergenz), gleich bleiben (Kontinuität) oder verkleinern (Konvergenz), und machten darauf aufmerksam, dass zukünftig mit einer noch stärkeren Zunahme der Divergenz im Alter zu rechnen sein wird. Sie begründeten diese Prognose mit dem noch größeren Bildungseinfluss bei jüngeren Kohorten (vgl. Leopold/Engelhardt 2011, S. 209ff.).

Resümee

Das Menschenrecht auf Gesundheit setzt die Umsetzung des Menschenrechts auf Bildung voraus – auch im Alter.

In der gerontologischen Forschung hat sich in den letzten Jahren die Ansicht etabliert, dass Bildung im Alter gesundheitliche und bestehende soziale Ungleichheiten begrenzen könnte.[4] In Fachkreisen wird aus diesem Grund über eine verpflichtende Bildung im Alter diskutiert (siehe dazu beispielsweise Kruse 2010; Kolland/Ahmadi 2010; Bubolz-Lutz et al. 2010; Backes/Clemens 2008; Kalbermatten 2008; Tippelt 2009). Jens Friebe (2010) misst der Bildung im Alter in diesem Kontext eine wichtige präventive Aufgabe zu: *„Das Lernen könnte zum Wohlbefinden, zur gesunden Lebensführung, zur Unterstützung im Alltag, zur Bewältigung von Problemen (Coping-Strategien) und zur Erhaltung der Würde im Alter beitragen. Allerdings müssten sich dazu viel mehr ältere Menschen an Weiterbildungsaktivitäten beteiligen“* (Friebe 2010, S. 160).

Das Recht auf Bildung hat unter den Menschenrechten insofern eine außerordentliche Bedeutung, als Bildung Menschen dazu befähigt, ihre eigenen Rechte wahrzunehmen und auch einzufordern. Als „empowerment right“ fordern die Vereinten Nationen jeden einzelnen Menschen, alle Organe und Gesellschaften dazu auf, durch Bildung und Erziehung die Achtung der Rechte und Freiheiten zu fördern (siehe Motakef 2009). Auch für die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit ist Bildung der Schlüssel, wie die oben dargestellten Forschungsergebnisse drastisch vor Augen führen. Für die Praxis der Erwachsenenbildung stellt sich daher die Frage, welchen Beitrag sie dazu leisten kann.

Ausblick

Fazit ist: AdressatInnenorientierte Bildung im Alter könnte bestehende Ungleichheiten reduzieren.

Bildungsferne Milieus für formale Bildungsangebote zu erreichen, ist bekanntlich schwierig. Noch schwieriger wird es, wenn sich die Menschen der Zielgruppe in der nachberuflichen Lebensphase befinden. Nach Beendigung der Erwerbstätigkeit ist eine Erreichbarkeit über berufliche Fortbildungsmaßnahmen nicht mehr gegeben. Erschwerend kommt hinzu, dass das soziale Netzwerk bei Menschen mit wenig formaler Bildungserfahrung im Alter stark durch regionale Kontakte und durch einen Verbleib im sozialen Milieu geprägt

4 Das Magazin erwachsenenbildung.at diskutierte und reflektierte das Thema „Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alterns“ in seiner Ausgabe 13 im Juni 2011. Nachzulesen unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/archiv.php?mid=4713; Anm.d.Red.

ist. Gegenüber Bildung herrscht in diesen sozialen Milieus eher eine ablehnende Haltung. Man vertraut vielmehr auf seinen Hausverstand. Der wird jedoch wiederum durch die Lebenspraxen des, zum Teil sehr engen, sozialen Umfeldes begrenzt. Das bedeutet: Wie und was gelernt wird und wie die Lebensphase Alter gestaltet wird, hängt stark von regionalen Angeboten ab. Was fehlt ist der Zugang zu anderen Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven und die Reflexion der eigenen Position. Das stellt die Erwachsenenbildung vor neue Herausforderungen, wenn man diese Zielgruppe erreichen will. Das klassische Bildungsverständnis ist in diesem Zusammenhang zu hinterfragen. Bildung im Alter für ältere LernerInnen mit wenig formaler Bildungserfahrung müsste sich stärker an deren Lebenswelten, Lernerfahrungen und Lerninteressen orientieren. Ideal wären innerörtliche Bildungsveranstaltungen, die eventuell im Rahmen von bereits bestehenden sozialen Gruppen, an bekannten Orten und mit bekannten Personen stattfinden. Lerninhalte sollten im Alltag praktisch anwendbar und selbstwirksam sein. Hinsichtlich didaktischer Methoden empfiehlt sich eine Anknüpfung an soziale Lerntheorien wie etwa Lernen am Modell, Beobachtungs- oder Imitationslernen. (Siehe Müllegger 2014)

Ein Ausgleich bestehender Ungleichheiten durch Bildung im Alter würde nicht nur das Individuum stärken, sondern auch gesamtgesellschaftliche Benefits mit sich bringen: eine bessere gesellschaftliche Teilhabe, die Befähigung für mehr bürgerschaftliches Engagement und damit insgesamt eine Entlastung für die Gesellschaft.

Literatur

Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2008): Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung. 3., überarb. Aufl. Weinheim: Juventa.

Backes, Gertrud M./Kruse, Andreas (2008): Soziale Ressourcen älterer Menschen. In: Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen. 2. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann, S. 71-100.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wien. Online im Internet: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan_kompl.pdf [Stand: 2014-12-17].

Bourdieu, Pierre (1994): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 7. Aufl. Erste deutschsprachige Auflage 1987. Frankfurt: Suhrkamp.

Bubolz-Lutz, Elisabeth/Gösken, Eva/Kricheldorff, Cornelia/Schramek, Renate (2010): Bildung und Lernen im Prozess des Alterns – das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Chen, Feinian/Yang, Yang/Liu Guangya (2010): Social change and socioeconomic disparities in health over the life course in China. A cohort analysis. In: American Sociological Review 75, S. 126-150.

Dorner, Thomas E. (2013): Psychosoziale Gesundheit, Lebensstil und Diabetes mellitus. In: Internist. Prax. 53, S. 109-118.

Friebe, Jens (2010): Exklusion und Inklusion älterer Menschen in Weiterbildung und Gesellschaft. In: Kronauer, Martin (Hrsg.): Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann, S. 141-184.

Goldman, Dana/Smith, James P. (2002): Can patient self-management help explain the SES health gradient? In: Proceedings of the National Academy of Sciences 99, S. 10929-10934.

Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., akt. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-54.

Kalbermatten, Urs (2008): Bildungsbedürfnisse und -interessen von Schweizern vor und nach der Pensionierung. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Bielefeld: Bertelsmann, S. 191-210.

Klein, Thomas/Schneider, Sven/Löwel, Hannelore (2001): Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30, H. 5, S. 384-400.

Knesebeck, Olaf (2005): Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Bern: Huber.

Kolland, Franz (2008): Soziale Determinanten der Weiterbildungsbeteiligung Älterer in Österreich. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Bielefeld: Bertelsmann, S. 161-190.

Kolland, Franz/Ahmadi, Pegah (2010): Bildung und aktives Altern. Bewegung im Ruhestand. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Kruse, Andreas (Hrsg.) (2008): Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Kruse, Andreas (Hrsg.) (2010): Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: GBE kompakt 5(2). Online im Internet: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 2014-09-15].

Leopold, Liliya/Engelhardt, Henriette (2011): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 63, S. 207-236.

Lynch, Scott M. (2003): Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: A hierarchical approach. In: Demography 40, S. 309-331.

Ma, Jiemin/Xu, Jian/Anderson, Robert/Jemal, Ahmedin (2012): Widening educational disparities in premature death rates in twenty six states in the United States, 1993-2007. In: PloS one 7 (7): e41560.

Mackenbach, Johan P./Stirbu, Irina/Roskam, Albert-Jan R. (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. In: New England J Med 358(23), S. 2468-2481.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.

Mielck, Andreas/Reitmeir, Peter/Vogelmann, Martin/Leidl, Reiner (2013): Impact of educational level on health-related quality of life (HRQL): results from Germany based on the EuroQol 5D (EQ-5D). In: European Journal of Public Health 2013 23(1), S. 45-49.

Mirowsky, John/Ross, Catherine E. (2003): Education, social status and health. New Brunswick: Adline Transaction.

Mirowsky, John/Ross, Catherine E. (2008): Education and self-rated health: Cumulative advantage and its rising importance. In: Research on Aging 30, S. 93-122.

Motakef, Mona (2009): Das Menschenrecht auf Alphabetisierung. In: Bothe, Joachim (Hrsg.): Wie kommen Analphabeten zu Wort? Analysen und Perspektiven. Münster: Waxmann, S. 28-36.

Müllegger, Julia (2014): Die steinerne Decke. Eine bildungssoziologische Studie über lebenslange Lernprozesse bildungsferner älterer Frauen. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.

Rosenmayr, Leopold (1983): Die späte Freiheit. Das Alter, ein Stück bewußt gelebtes Leben. Berlin: Severin und Siedler.

Schrotter, Kerstin/Rieder, Anita/Dorner, Thomas E. (2013): Änderungsbereitschaft der Lebensstilfaktoren körperliche Aktivität und Ernährung sowie des Körpergewichts nach den Stufen des Transtheoretischen Modells in Oberösterreich. In: Public Health Forschung und Anwendung 16. Wissenschaftliche Tagung des ÖGPH, St. Pölten, 2013, S. 38.

Statistik Austria/BMGFJ – Bundeministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/publdetail?id=88&listid=88&detail=458 [Stand: 2015-01-07].

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: BMGFJ. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457 [Stand: 2014-09-18].

Statistik Austria (2008): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2006, Wien. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/6/index.html [Stand: 2015-01-07].

Statistik Austria (2013): Bildungsstandregister 2012. Online im Internet: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung [Stand: 2014-09-22].

Tippelt, Rudolf (2009): Bildung Älterer. Chancen im demographischen Wandel. DIE spezial. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Wilson, Andrea/Shuey, Kim M./Elder, Glen H. (2007): Cumulative advantage processes as mechanism of inequality in life course health. In: American Journal of Sociology 112, S. 1886-1924.

Foto: Fotostudio M.

Dr.in Julia Müllegger

julia.muellegger@aon.at

Julia Müllegger ist Bildungsforscherin und Lehrbeauftragte für Gerontologie und Geragogik. Sie studierte Pädagogik mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung an der Universität Salzburg. Sie forscht zum Thema „ältere Lernende und Älterwerden" mit Fokus auf: Lebensbegleitendes Lernen und Lebensqualität im Alter, Geschlechts- und Bildungsungleichheiten im Alter, Altern im ländlichen Raum. Zurzeit arbeitet sie in Kooperation mit dem bifeb) an einem Forschungsprojekt über die lernbiografischen Auswirkungen der bäuerlichen Bildungskurse am Volksbildungsheim St. Wolfgang von 1956 bis 1972.

Education as a Factor for Health in Old Age

Abstract

Health is a key resource in old age. How an individual will age is dependent on the person's biography, genetic disposition, socioeconomic status as well as sex and level of education. The fact is that people with a higher level of education don't just live longer; they also enjoy more years of good health. This article presents the findings of national and international studies on the correlation between health and education and the risk of poverty in old age. Explanations are sought: differences in health burden, in resources for coping and in health care above all result in differences in health and illness behaviour. What can adult education achieve in this area? The answer seems simple: target group-oriented education in old age might reduce existing inequalities. (Ed.)

Vom Körper-Haben zum Leib-Sein

Am Beispiel des Kontakttanzes

Elisabeth Magdlener

Magdlener, Elisabeth (2015): Vom Körper-Haben zum Leib-Sein. Am Beispiel des Kontakttanzes. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Kontakttanz, DanceAbility, inklusiver Tanz, Körpererleben, Leiblichkeit, Körpersprache, Körper-Haben, Leib-Sein

Kurzzusammenfassung

Die Thematik der erlebten Leiblichkeit wird in der Konfrontation von Menschen mit Behinderung mit ihrem Körper im Rahmen medizinischer und physiotherapeutischer Maßnahmen, in der Sonder- und Heilpädagogik etc. nur unzureichend berücksichtigt und behandelt. Meist wird ihr Körper zum Objekt gemacht und damit das „Subjekthafte menschlicher Leiblichkeit" hintangestellt. Körper-Haben oder Leib-Sein ist eine bekannte Gegenüberstellung der philosophischen Anthropologie, Phänomenologie und anderer Wissenschaftsgebiete. Der Begriff des Leibes meint dabei das Lebendige, Gelebte und Gespürte. Der Terminus des Körpers hingegen bezeichnet primär den materiellen Gegenstand, die Materie des Körpers, wie sie etwa in der Anatomie und Physiologie oder auch bei medizinischen Interventionen und der Physiotherapie abgehandelt wird. In diesem Beitrag geht es darauf aufbauend um die Ergründung des Verhältnisses von Menschen mit Behinderung zu ihrem Körper-Haben und Leib-Sein im Kontakttanz. Es wird anhand von Literatur sowie Interviewausschnitten der Frage nachgegangen, wie sie dieses Verhältnis erleben. Gibt es einen Perspektivenwechsel von Körper-Haben zu Leib-Sein durch den Kontakttanz? Und: Wie kommt es im Sinne queer-feministischer Theorieansätze zu diesem Erleben?

Vom Körper-Haben zum Leib-Sein

Am Beispiel des Kontakttanzes

Elisabeth Magdlener

Mir persönlich hat es geholfen, aus meinem selbstgestrickten Körper-Gefängnis auszubrechen. Seit meiner Kindheit habe ich mich immer in meinem Körper eingesperrt gefühlt – habe ihn bloß als Objekt erlebt, an dem ständig examiniert, untersucht, versorgt, „gewartet" wurde. Körperlichkeit hat für mich weder Spaß, noch Freude, noch Wohlbefinden bedeutet. Dank DanceAbility habe ich die Lust an meinem Körper und seinen Bewegungsmöglichkeiten mehr entdeckt.

Vera Rebl (2008)

Einleitung[1]

Körperlich beeinträchtigte Menschen haben selbst oft ein problembeladenes Verhältnis zu ihrem Körper oder lehnen diesen völlig ab (vgl. Seidler 2003, S. 16). Dies resultiert daraus, dass sie einerseits in Therapien dazu angehalten werden, Bewegungsmuster einzuüben, die ihnen fremd und unangenehm sind, andererseits aber auch aus dem Umstand, dass behinderungsbedingte Fehlhaltungen nicht selten zu chronischen Schmerzen führen. Zudem entstehen aufgrund der allzu ausschließlich therapeutischen Beschäftigung mit dem eigenen Körper und dem daraus resultierenden Druck Frustration und Überdruss gegenüber jeder Art von Auseinandersetzung mit dem eigenen „ungeliebten" Körper (vgl. Dinold/Zanin 1996, S. 17). *„Unter diesen Voraussetzungen ist es für viele schwer vorstellbar, sich auch noch in ihrer Freizeit mit ihrem ‚ungeliebten' Körper zu beschäftigen"* (Seidler 2003, S. 16). Dass aber gerade dies Spaß machen kann, können all jene bestätigen, die DanceAbility[2] oder andere Formen von inklusivem Tanz kennen. Im Tanz wird gelernt, *„den eigenen Körper (neu) [zu] entdecken"* (ebd.) und mit ihm in einen Dialog zu treten. Auf der Kommunikationsebene einer ganzheitlichen Körpersprache entwickelt sich eine neue Herangehensweise an den eigenen Körper. Durch die intensive Beschäftigung mit dem eigenen Leib können die Tänzer_innen *„ihre eigene Bewegungssprache entdecken bzw. weiterentwickeln und finden so zu einem neuen Verhältnis zu ihrem Körper und ihren Bewegungen"* (ebd., S. 17). Renato Zanella beschreibt in treffenden Worten, was die tänzerische Körperarbeit bei Menschen mit Behinderung bewirkte: *„Ihnen gelang es, auf sich selbst, auf den eigenen Körper zu blicken, sich mit diesem bewusst auseinander zu setzen [...]"* (Zanella 2005, S. 24).

1 Auszüge dieses Beitrages wurden in der Studierendenzeitschrift Unique, Ausgabe 04/14 veröffentlicht.

2 DanceAbility ist eine Form des Kontakttanzes.

Abb. 1: Zwei Grundprinzipien von DanceAbility sind „Sensation" und „Relationship"

Foto: Lilli Strauss, Foto entstanden bei DanceAbility

Abb. 2: Gemeinsames Spiel mit dem Zug

Foto: Thomas Richter

Die Thematik der erlebten Leiblichkeit wird in der Konfrontation von Menschen mit Behinderung mit ihrem Körper (im Rahmen medizinischer und physiotherapeutischer Maßnahmen, in der Sonder- und Heilpädagogik etc.) nur unzureichend berücksichtigt und behandelt. Meist wird ihr Körper in der naturwissenschaftlich orientierten Psychologie zum Objekt gemacht und damit das „Subjekthafte menschlicher Leiblichkeit" hintangestellt (vgl. Pfeffer 1986, S. 94). Damit bildet sich nach meiner Ansicht oft ein allzu einseitig objektivierter Zugang zum eigenen Körper aus, in dem der Körper als ein von außen zu betrachtendes Objekt erlebt wird. Die eigene erlebte subjektive Leiblichkeit wird vernachlässigt.

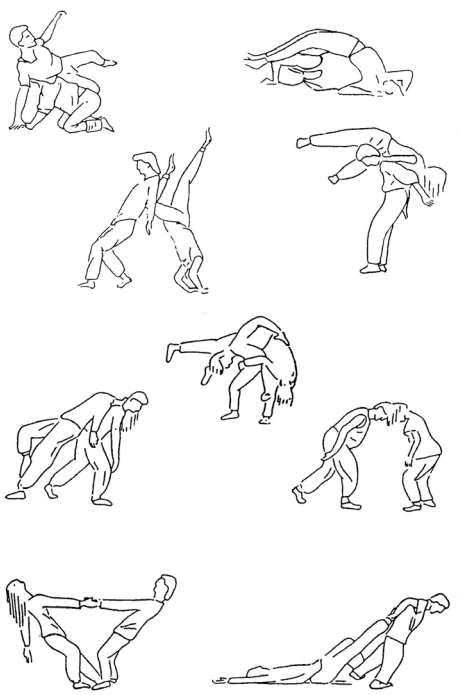
Vom Körper-Haben zum Leib-Sein?

Körper-Haben oder Leib-Sein ist eine bekannte Gegenüberstellung der philosophischen Anthropologie, Phänomenologie und anderer Wissenschaftsgebiete, die sich mit diesem Phänomen beschäftigen. Der Begriff des Leibes meint dabei das Lebendige, Gelebte und Gespürte. Der Terminus des Körpers hingegen bezeichnet primär den materiellen Gegenstand, die Materie des Körpers, wie sie etwa in der Anatomie und Physiologie oder auch bei medizinischen Interventionen und der Physiotherapie abgehandelt wird (vgl. auch Gugutzer 2006, S. 30). Hierbei wird der Körper als Gegenstand, als sicht- und greifbares Objekt, als ein Instrument, begriffen, mit dem umgegangen wird und das manipulierbar ist. Der Körper, den wir haben, wird dem subjektiv gelebten Leib, der wir sind, gegenübergestellt. Der Körper ist also einerseits Objekt der Betrachtung, als der Körper, den ich habe; der menschliche Körper oder Subjekt der Erfahrung, als der Leib, der ich bin. Das Erleben von Körper erfolgt entweder als Subjekt – d.h. als Leib, der wir sind – oder als Objekt – d.h. als Körper, den wir haben (vgl. Teegen 1992, S. 97).

Ausgehend von Robert Gugutzers Plädoyer, *„‚Körper' als die Zweiheit von Leib und Körper"* (Gugutzer 2006, S. 30) zu verstehen, bei welchem sich das Verhältnis des Menschen zu seinem Körper als ein doppeltes Verhältnis verstehen lässt, möchte ich in diesem Beitrag der Frage nachgehen, ob (und inwiefern) dieses Verständnis im praktischen Felde auf das Erleben körperbehinderter Tänzer_innen angewandt werden kann. Gugutzer sagt, dass die Trennung von Körper-Haben und Leib-Sein eine theoretisch-analytische und keine natürliche sei (vgl. ebd., S. 31).[3] Ist Gugutzers theoretisch-analytischer Vorschlag von Leib und Körper als eine Dualität im Sinne der Zweiheit von Leib-Sein und Körper-Haben auch für die Praxis des Körpererlebens von Menschen mit Behinderung im Kontakttanz anwendbar? Anwendbar im Sinne der Frage: Welches Verhältnis von Körper-Haben und Leib-Sein im Kontakttanz

3 Gugutzer zufolge lässt sich das Verhältnis des Menschen zu seinem Körper als ein doppeltes verstehen, als zwei Facetten menschlichen Daseins, die sich gegenseitig bedingen. Leib und Körper bilden eine Dualität im Sinne von Zweiheit. Er unterscheidet diese zwei Facetten menschlichen Daseins in Leib-Sein und Körper-Haben.

Abb. 3: Bewegungen in verschiedenen Raumebenen



Quelle: Brinkmann 1999, S. 26 u. S. 28.

erleben sie? Erleben sich Menschen mit Behinderung in ihrer Wahrnehmung vor dem Tanzen zu einem stark überwiegenden Teil bis nahezu ausschließlich aus einer Perspektive des Körper-Habens und kommt, wenn sie tanzen, ein Erleben des Leib-Seins dazu?

In einem weiteren Schritt möchte ich in einer Diskussion über das Potenzial des Themas für queer-feministische Theorieansätze auch der Frage nachgehen, wie es im Hinblick auf gesellschaftliche Perspektiven zu einer so verstärkten Wahrnehmung des Körper-Habens bei Menschen mit Behinderung kommen kann.

Da es zu der Thematik des Körpererlebens von Menschen mit Behinderung im Tanz und auch zu der Themenstellung von Körper-Haben und Leib-Sein von Tänzer_innen mit Behinderung nahezu keine Studien oder Literatur gibt, möchte ich hierfür einerseits die Aussagen in der vorhandenen Literatur heranziehen und mich andererseits auf Interviewpassagen beziehen, die im Rahmen meiner Diplomarbeit zu den oben genannten Thematiken zusammengetragen wurden. In dieser Arbeit mit dem Titel: „Tanz und

Abb. 4: Der Tanz mit dem Rohlstuhl

Foto: Thomas Richter

Körpererleben bei physischer Behinderung. Über die Wirkungsweise des Kontakttanzes DanceAbility auf das Körpererleben von fortgeschrittenen und teilweise professionellen TänzerInnen mit physischer Beeinträchtigung“ wurden mittels qualitativer Interviews sieben teilweise professionelle körperbehinderte Tänzer_innen zur Veränderung ihres Körpererlebens durch den Kontakttanz befragt.

Die Körpererlebens-Forschung erfährt auf nationaler sowie internationaler Ebene derzeit einen wachsenden Stellenwert (vgl. Joraschky/Loew/Röhricht 2009, S. V). Seit den 1950er-Jahren bemühen sich unzählige Studien darum, die Phänomenologie des Körpererlebens zu ergründen (vgl. Röhricht 2009, S. 35). Generell ist Körpererleben in Bezug auf Tanz jedoch ein nahezu unerforschtes Gebiet.

Veränderte Perspektive

Die Aussage der seit einigen Jahren choreografisch tätigen körperbehinderten Tänzerin Vera Rebl macht das Objekt-/Subjekt-Verhältnis und die sich durch den Tanz veränderte Perspektive von „Körper-Haben“ zu „Leib-Sein“ besonders deutlich: Sie sagte in einem Zeitschriftenartikel über die Veränderung ihres Körpererlebens durch DanceAbility: *„Mir persönlich hat es geholfen, aus meinem selbstgestrickten Körper-Gefängnis auszubrechen. Seit meiner Kindheit habe ich mich immer in meinem Körper eingesperrt gefühlt – habe ihn bloß als Objekt erlebt, an dem ständig examiniert, untersucht, versorgt, ‚gewartet’ wurde. Körperlichkeit hat für mich weder Spaß, noch Freude, noch Wohlbefinden bedeutet.*

Abb. 5: Ein Beispiel für „sharing weight“ und „shifting“

Foto: Cláudio Pereira. Quelle: Kaltenbrunner 2009, S. 149

Abb. 6: Der Rollstuhl im Tanz

Foto: Thomas Richter

Dank DanceAbility habe ich die Lust an meinem Körper und seinen Bewegungsmöglichkeiten mehr entdeckt“ (Rebl 2008, S. 55).

Elisabeth Löffler, die jahrelang hauptberuflich als professionelle körperbehinderte Tänzerin tätig war, sagt dazu, dass auch sie u.a. durch den Kontakttanz ihren „Körper als Teil ihrer Person“ erleben gelernt hat: *„Als etwas, an dem nicht nur kritisiert, korrigiert und operiert wird, sondern als Körper, der Lust empfangen und bereiten kann [...]. [Sie hat sich dadurch; Anm.d.Verf.] ein positives Grundgefühl [erkämpft] [...]“* (Löffler zit.n. Santler/Schreuer 2008, S. 26).

Nahezu alle der in meiner Diplomarbeit interviewten sieben Gesprächspartner_innen beschreiben in deutlichen Worten explizit das objekthafte Verhältnis des Körper-Habens, das sie vor dem Tanzen zu ihrem Körper hatten, welches sich in ein subjektives Verhältnis des Leib-Seins gewandelt hat, das ihnen davor total verloren schien: Beispielsweise sagte die befragte Person B3: *„Vorher ist halt irgendetwas am Kopf dran gehängt, wo es nicht wirklich ein Verhältnis dazu gab“* (B3, Z. 111-113 zit.n. Magdlener 2012, S. 108). B1 spricht davon, dass sich die zuvor empfundene Trennlinie zwischen ihrem Kopf und dem Rest in ein Verbundenheitsgefühl mit ihrem Körper umgewandelt hat. Sie erlebt sich selbst jetzt ganzheitlicher und spricht von einem Ganzheitserleben von Körper, Seele und Geist (vgl. B1, Z. 186-187 in ebd.). Auch einige andere Textstellen im Interviewmaterial verweisen in impliziterer, aber deutlicher Weise auf einen Perspektivenwechsel und eine Trennung von Körper-Haben und Leib-Sein. Die interviewte Person B2 beschreibt das Körpererleben während Physiotherapie und Tanz folgendermaßen: *„Das war zum ersten Mal in meinem Leben, dass [...] ich meinen Körper erlebe durch das ganze Bewegen, durch den Tanz und, dass ich ihn als etwas Positives erlebe, also niemand doktert an mir rum und sagt mir dauernd, was ich nicht kann, sondern es ist ganz im Gegenteil [...] ich hab dauernd das Gefühl, ich kann so viel und ich lern so viel dazu, dadurch, dass ich mich bewege und, dass die andern sich mit mir bewegen. [...] Also etwas Positives erleben [mit meinem Körper] und was der alles kann und wie schön der ist und wie stark der ist. In DanceAbility hatte ich zum ersten Mal das Gefühl, ich kann jemand tragen, jemand stützt sich auf mich usw., usw. Also das war fürs Selbstvertrauen eine ganz wichtige Erfahrung [...] einfach durch das Tun, das Selbstvertrauen und durch den Körper ganz anders wahrnehmen“* (B2, Z. 38-58 zit.n. ebd., S. 103).

Nachfolgend führt B2 noch weiter aus: *„Ich hab mich zum ersten Mal interessiert für meinen Körper. Es war nicht nur, funktioniert er jetzt oder funktioniert er nicht [...] Sondern, wie funktioniert er und wie funktioniert er weich und leicht“* (B2, Z. 342-344 zit.n. ebd.). Vor der Begegnung mit Tanz ging es um das Korrigieren des Körpers und um das, was er nicht kann und noch lernen soll/muss. Man bekommt stets vor Augen geführt, was am Körper zu schief oder kurz ist und nicht passt (vgl. B1, Z. 56-57 in ebd., S. 102). *„Es stand [vor der Begegnung mit Tanz; Anm.d.Verf.] entweder der behinderte Körperteil im Vordergrund, dem Rest des Körpers wurde wenig Beachtung geschenkt oder er wurde gar nicht wahrgenommen“* (B1, Z. 189-190 zit.n. ebd., S. 100). Es gab *„eine Trennlinie zwischen dem Kopf und dem*

Rest" (ebd.) und keinen Bezug zum eigenen Körper. Der Körper war etwas, „an dem man arbeiten muss", das korrigiert werden muss, „nichts Herzeigbares", sondern so etwas wie „eine Last" (vgl. B1, Z. 210-212 in ebd.). Wenn irgendetwas mit Bewegung zu tun hatte, war es immer Therapie und überhaupt nicht lustvoll (vgl. B1, Z. 59-61 in ebd., S. 102). Daran kann man sehen, dass die Befragten vor dem Tanzen massiv und einseitig mit einem Körpererleben des Körper-Habens konfrontiert waren, welches sich durch den Tanz immer mehr auch zu einem Leib-Sein hin entwickelt hat.

Schlussfolgerung

Alle sieben von mir in meiner Diplomarbeit interviewten körperbehinderten Tänzer_innen sprechen sehr deutlich die Trennung von Körper-Haben und Leib-Sein, von Objekt und Subjekt an: Der Körper wird vor dem Tanzen bloß als Objekt erlebt, das ständig verändert werden muss. Sie alle verweisen demnach meiner Ansicht nach in ihrem Erleben auf einen Dualismus im Gegensatz zu Gugutzers Ansatz einer Dualität von Körper und Leib. Auch in ihren impliziten Aussagen werden diese Trennung und die Gegensatzpole ersichtlich. Durch das Tanzen wird die Lust am Körper entdeckt (vgl. Rebl 2008, S. 55). Martin Seidler, Vera Rebl, Elisabeth Löffler und die hier angeführten Interviewten beschreiben damit sehr deutlich und explizit einen Perspektivenwechsel von Körper-Haben zu Leib-Sein, von Körper als Objekt zu Leib als Subjekt, durch den Kontakttanz. „Der Leib, der ich bin" im Tanz im Gegensatz zu dem objektivierten „Körper, den ich habe" bei physiotherapeutischen und medizinischen Maßnahmen: Der durch Korrekturen und medizinische Eingriffe objektivierte Körper, der nur kritisiert wird und nicht Teil der eigenen Person zu sein scheint, wird zum „Körper als Teil der eigenen Person", der Lust empfangen und bereiten kann. Es wird ein positives Grundgefühl erkämpft (vgl. Löffler in Santler/Schreuer 2008, S. 26).

Somit zeigt sich, dass Gugutzers theoretisch-analytischer Vorschlag von Leib und Körper als eine Dualität im Sinne von Zweiheit auch für das leibliche Erleben des Körpers von Menschen mit Behinderung im Kontakttanz gut anwendbar ist. Auch wird deutlich, dass diese theoretisch-analytische Kategorie nicht nur anwendbar ist, sondern auch dem eigenen Erleben des behinderten Körpers der beeinträchtigten Menschen vor dem Tanzen entspricht.

Potenzial des Themas für queer-feministische Theorieansätze

In beiden Fällen, in queer-feministischen Theorieansätzen sowie jenen zu Behinderung, wird in besonderer Weise die Subjekt-Objekt-Thematik menschlicher Leiblichkeit untersucht[4]. In beiden Fällen geht es um die Kritik an der Normvorstellung von Körper und wie dieser zu sein hat. Das Gemeinsame an der Kritik der Normvorstellung von Frauenkörper und behindertem Körper ist, dass ein allzu extremes und ausschließliches Augenmerk auf den „Körper als Objekt" gelegt wird. Die gesellschaftlichen Normen schreiben fest, wie man den behinderten und den Frauenkörper zu erleben hat. Beide, der Frauenkörper und der behinderte Körper, haben also gemeinsam, dass sie zum Objekt gemacht werden, jedoch geht es meiner Meinung nach, wie aus dem oben genannten prägnanten Ausführungen ersichtlich, beim behinderten Körper stärker als beim Frauenkörper um den Körper als Objekt. Der behinderte Körper kann für queer-feministische Theorieansätze interessant sein, weil er als eine Art von Extremform von Objektivierung verstanden werden kann.

Gabriele Klein meint: *„Es ist eine grundlegende Annahme sozialwissenschaftlicher Körpertheorie, dass die Wahrnehmung und Erfahrung des Körpers mit kulturellen Körperkonzepten eng verbunden ist"* (Klein 2004, S. 131). Behinderung wird den gesellschaftlichen Normvorstellungen nach als Tragödie gefasst – die Tragödie der Behinderung, die es möglichst zu eliminieren und einzudämmen gilt. Dies ist das Extrem, dass die Behinderung des Körpers möglichst durch medizinische und therapeutische Maßnahmen eliminiert werden muss.

4 An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Subjekt-Objekt-Thematik von Leiblichkeit und der Umgang mit Körperlichkeit im Allgemeinen selbstverständlich auch für andere Kategorien, wie beispielsweise Alter, Hautfarbe, kulturelle Herkunft oder auch soziale Stellung u.v.m., eine große Rolle spielen, da diese immer miteinander verwoben und verknüpft sind. Alle Facetten dieser Thematik herauszuarbeiten, würde jedoch den Rahmen dieses Beitrages sprengen, deshalb möchte ich mich erstmals auf die Auseinandersetzung mit den Kategorien von Behinderung und Frauenkörper beschränken.

Eine Anforderung, die unmöglich zu erfüllen ist, da Behinderung nun mal physische Realität ist, die nicht weggemacht werden kann. Das eigentliche Erleben von Menschen mit Behinderung selbst ist jedoch anders. Ich denke nicht, dass eine Person ihre Behinderung per se als Tragödie erleben würde, wenn sie nicht in diesem Denken und in den jeweilig dazugehörigen Erfahrungen von Rahmenbedingungen aufwächst. Zunächst ist Behinderung lediglich eine Lebensrealität und keine Tragödie. Zur Tragödie wird es erst, wenn die Möglichkeiten nicht gegeben sind, das eigene Leben selbstbestimmt nach persönlichen Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten und zu leben. Ebenso wird Behinderung erst dann zur Tragödie, wenn es darum geht, was mit dem Begriff Behinderung an Zuschreibungen wie Asexualität etc. mittransportiert wird, welche ursächlich gar nichts mit Behinderung zu tun haben. Auch dies ist mit dem Frauenkörper gemeinsam, obzwar der Frauenkörper stark sexualisiert wird. Eine interviewte Person aus der Diplomarbeit nennt in diesem Zusammenhang das Ideal des schönen, geraden Körpers, der sich schnell bewegen kann, als ihr lange Zeit angestrebtes Vorbild, das es zu erreichen galt. Den eigenen Körper zählte sie nicht zu den Idealkörpern (vgl. B2, Z. 251-252 in Magdlener 2012, S. 100). Sie erzählt, welche Auswirkungen dieses Streben nach dem idealen, aber unerreichbaren nicht-behinderten Körper hatte, ein Körperbildmodell, das durch die gesellschaftlichen Normen des nicht-behinderten Körpers vorgelebt wird und durch physiotherapeutische, den Körper korrigierende Maßnahmen verstärkt wird. So konnte sie sich selbst lange nicht auf Tanzvideoaufnahmen betrachten, da sie ihren eigenen Körper, der diesen Idealen nicht entsprach, nicht sehen wollte. An diesem Beispiel wird deutlich, wie sehr die Betrachtungsweise des eigenen Körpers mit den gesellschaftlichen Normen des nicht-behinderten Körpers verbunden ist (vgl. B2, Z. 251-252 in ebd., S. 100f.).

Elisabeth Löffler sagt dazu: *„Für mich bedeutet tanzen, meinen Körper als meinen Körper zu erleben und nicht über die abwertenden Maßstäbe der Gehenden [sic!] Mehrheit definieren zu müssen“* (Löffler zit.n. Kopf 2010, S. 33). Klein plädiert in diesem Zusammenhang dafür, dass *„eine Soziologie der Bewegung der Tatsache Rechnung tragen [muss], dass Bewegungen kulturelle Techniken des Körpers sind, die einem normativen Code des Sozialen folgen“* (Klein 2004, S. 145). Vielleicht müssten Menschen mit Behinderung zum Zwecke ihrer Selbstermächtigung analog der Slogans der Frauenbewegung der 1970er-Jahre (in Anlehnung an „Mein Bauch gehört mir!“) sagen: „Mein Körper gehört mir!“, „Ob Körper-Haben oder Leib-Sein, das bestimme ich allein!“. Und weiters: „Ob objektive Betrachtung oder keine, das entscheiden wir alleine!“ (Synonym zu: „Ob Kinder oder keine entscheiden wir alleine!“).

Das emanzipatorische Potenzial, das dem Kontakttanz innewohnt, zeigt sich beispielsweise in der Aussage der Interviewten B1 sehr deutlich, indem sie sagt: *„Ich glaub [...], dass [der Kontakttanz] auch einen großen [...] Teil dazu beigetragen hat, dass ich eine Beziehung führen kann. Dass ich mich auch selber als sexuelles Wesen sehe. Weil dieses Selbstvertrauen fehlt dir natürlich als behinderte Jugendliche oder behinderte junge Frau völlig. [...] Ja ich glaub, ich hab mich selber mehr als Frau annehmen können und [...] das konnte ich natürlich auch ausstrahlen. Wahrscheinlich auch wegen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper“* (B1, Z. 197-203 zit.n. Magdlener 2012, S. 136). Dieses emanzipatorische Potenzial des Kontakttanzes spiegelt sich auch in Alltagssituationen wider. B2 meint dazu beispielsweise, dass sie durch die Kontaktimprovisation gelernt hat, ihren Körper ganz anders wahrzunehmen, stark an Selbstvertrauen dazugewonnen hat und sich dadurch des Weiteren sehr intensiv mit dem Thema Sexualität und Behinderung auseinandergesetzt hat (vgl. B2, Z. 147-148 in ebd., S. 139).

Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen

Das Phänomen des Dualismus bezogen auf das Körpererleben von Menschen mit Behinderungen im Sinne eines feindlichen Gegenüberstehens von Körper-Haben und Leib-Sein, von Körper-Objekt und Leib-Subjekt bedarf fundierterer Erkundungen, als sie hier möglich sind. Spannend wäre es, genauer aufzuzeigen, wie der Perspektivenwechsel von Körper-Haben und Leib-Sein im Tanz erfolgt. Auch könnten das emanzipatorische Potenzial und seine Wirkungen auf die Alltagssituationen konkreter herausgearbeitet und die Geschlechtsspezifik dieser Thematik noch stärker konkretisiert werden, um

Aussagen darüber machen zu können, wie Frauen im Vergleich zu Männern die Transformationen erleben. Des Weiteren wären die Verschränkungen und Verwobenheiten von Behinderung mit anderen Kategorien wie u.a. Hautfarbe, kulturelle Herkunft, Alter, sexuelle Orientierung, religiöse Überzeugung, soziale Stellung, Sprache wesentlich und von Interesse. Welche Rückschlüsse können beispielsweise von der Geschlechtsspezifik auf kulturelle Repräsentationspraktiken gezogen werden? Zentral wäre es auch zu erkunden, welche weiteren Maßnahmen abgesehen von Kontakttanz diesem Dualismus entgegenwirken können und zu einer Dualität, also zu einer Zweiheit von Körper-Haben und Leib-Sein, von Körper-Objekt und Leib-Subjekt führen und gesamtgesellschaftlich damit einen positiven Umgang mit behinderter Körperlichkeit bewirken können.

DanceAbility

DanceAbility ist eine erweiterte Tanzform der Kontaktimprovisation. Sie ist die einzigartige künstlerische Praxis einer heterogenen, vielfältigen Tanzgemeinschaft. Die Philosophie dahinter ist eine künstlerische Gemeinschaft, in der alle Menschen einen Platz haben sollen, ganz gleich ob Anfänger_innen oder Berufstänzer_innen, Beeinträchtigung oder nicht, welche Herkunft, Religion, Sexualität sie auch immer haben (vgl. Rebl 2008, S. 54f.). Die Kontaktimprovisation ist eine Tanzform, die ohne jegliche vorgegebene Tanzfigur auskommt. Sie lebt von Bewegungsfreude und Kreativität. Die Bewegungselemente werden auf der Basis der gemeinsamen tänzerischen und körperlichen Möglichkeiten experimentierend erkundet. Sie ergeben sich aus dem gemeinsam geschaffenen und immer wieder neu entstehenden Bewegungsdialog der Tänzer_innen. Die Basisübungen der Kontaktimprovisation wurden hierfür so modifiziert, dass diese Tanzform alle Menschen ausführen können.

Literatur

Dinold, Maria/Zanin, Kathalin (1996): MiteinanderS. Handbuch einer kreativen Arbeitsweise für behinderte und nichtbehinderte Menschen mit den Mitteln Körpererfahrung, spontanem Spiel, Tanz und Theater. Wien [u.a.]: hpt-Breitschopf.

Gugutzer, Robert (2006): Der body turn in der Soziologie. Eine programmatische Einführung. In: Ders. (Hrsg.): body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: transcript, S. 9-53.

Joraschky, Peter/Loew, Thomas/Röhricht, Frank (Hrsg.) (2009): Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Kaltenbrunner, Thomas (2009): Contact Improvisation. Bewegen, sich begegnen und miteinander tanzen. 3. Aufl. Aachen: Meyer & Meyer.

Klein, Gabriele (2004): Bewegung denken. Ein soziologischer Entwurf. In: Dies. (Hrsg.): Bewegung. Sozial- und kulturwissenschaftliche Konzepte. Bielefeld: transcript, S. 131-154.

Kopf, Xenia (2010): Wenn man jemandem Kultur verbietet, dann tötet man ihn auf eine gewisse Weise. Von den vielfältigen Barrieren in der darstellenden Kunst Österreichs und ihren ÜberwinderInnen: Die integrative und inklusive Theater- und Tanzszene. In: Gift – Zeitschrift für freies Theater, Februar 2010, S. 28-36.

Magdlener, Elisabeth (2012): Tanz und Körpererleben bei physischer Behinderung. Über die Wirkungsweise des Kontakttanzes DanceAbility auf das Körpererleben von fortgeschrittenen und teilweise professionellen TänzerInnen mit physischer Beeinträchtigung (= unveröff. Dipl., Wien).

Pfeffer, Werner (1986): Leibhaftes Lernen bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung, H. 2, Jg. 25, S. 94-104.

Rebl, Vera (2008): DanceAbility. Im Tanz – wo Sprache endet wird Bewegung zur Kommunikation. In: Wege miteinander, H. 1, Jg. 22, S. 54-55.

Röhricht, Frank (2009): Ansätze und Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens – eine Übersicht. In: Joraschky, Peter /Loew, Thomas/Röhricht, Frank (Hrsg.): Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart [u.a.]: Schattauer, S. 35-52.

Santler, Helmuth/Schreuer, Eva (2008): Enthinderte Lust. In: Wege miteinander, H. 1, Jg. 22, S. 24-27.

Seidler, Martin (2003): Irgendwann kann ich auf dich zugehen und dich berühren. DanceAbility – den eigenen Körper (neu) entdecken. In: Zusammen. Behinderte und nicht behinderte Menschen, H. 5, Jg. 23, S. 16-18.

Teegen, Frauke (1992): Die Bildsprache des Körpers. Gesundheit kann gelernt werden. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Zanella, Renato (2005): Kommunikation mit sich selbst zur Arbeit von „off ballet special". In: Gerber, Gisela et al. (Hrsg.): Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis. Wien: Empirie, S. 24.

Foto: K. K.

Elisabeth Magdlener

elisabeth.magdlener@gmx.at

Elisabeth Magdlener ist selbst körperbehinderte Tänzerin und Mitglied der Performancegruppe A.D.A.M. (Austrian DanceArt Movement, vormals Austrian DanceAbility Movement). Sie studierte nach dem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns!" Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien. Ein Master in Gender Studies ist angestrebt. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Dis/Ability- und Queer-(Dis/Ability) Studies sowie Gender Studies mit Fokus auf den Thematiken Tanz und Körpererleben im Spannungsfeld von Körper, Leiblichkeit, Empowerment und physischer Beeinträchtigung.

From Having a Body to Being a Body

The example of contact dance

Abstract

The topic of experienced corporeality has been inadequately treated when people with disabilities are confronted with their bodies as part of medical and physiotherapeutic interventions and in special education and therapeutic education. Usually their body is objectified and thus the "subjectivity of human corporeality" is neglected. Having a body or being a body is a well known contrasting pair from philosophical anthropology, phenomenology and other scientific fields. The concept of "being a body" („Leib-Sein" in German) signifies the living, lived and felt. The term "having a body" („Körper-Haben" in German), however, primarily refers to the material object, the matter making up the body which is dealt with in anatomy and physiology or in medical interventions and physiotherapy. This article is concerned with exploring the relationship of people with disabilities to their sense of having a body and being a body in contact dance. Making use of literature and excerpts from interviews, it questions how people experience this relationship. Does contact dance allow a change in perspective from having a body to being a body? And: how is this experienced through the lens of queer-feminist theory?

Qualitätsrahmen Ö-Cert zieht klare Grenzen zu Therapie, Freizeitgestaltung und Esoterik

Elke Gruber, Dieter Gnahs und Erich Ribolits

Gruber, Elke/Gnahs, Dieter/Ribolits, Erich (2015): Qualitätsrahmen Ö-Cert zieht klare Grenzen zu Therapie, Freizeitgestaltung und Esoterik.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitsbildung, Erwachsenenbildung, Qualitätsrahmen, Ö-Cert, Therapie, Freizeit, Gesundheit, Esoterik, Erwachsenenbildungsanbieter, Qualitätsstandards, Bildungspolitik, Professionalität, Beurteilungsraster

Kurzzusammenfassung

Ö-Cert ist ein bundesweit einheitlicher Qualitätsrahmen für Anbieter der Erwachsenenbildung in Österreich. Erwachsenenbildungsorganisationen können sich für Ö-Cert seit Ende 2011 im Rahmen eines Akkreditierungsverfahrens bewerben. In der Akkreditierungsarbeit selbst kristallisierten sich von Anfang an Abgrenzungsprobleme zwischen den Angeboten aus Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik und Erwachsenenbildung heraus. Welche Angebote entsprechen dem Bildungsverständnis von Ö-Cert und welche nicht? Aus einer Innensicht beschreibt dieser Beitrag den langen, partizipativ angelegten Entwicklungs- und Aushandlungsprozess zwischen Verantwortlichen aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft und Praxis der Erwachsenenbildung, um ein diesbezügliches Beurteilungsraster zu entwickeln. Dieser Ö-Cert-Beurteilungsraster wird vorliegend erstmals öffentlich vorgestellt. Er präzisiert Kriterien im Bestreben, eine objektive Einschätzung und Abgrenzung vornehmen zu können. Nun kommt es, wie die AutorInnen abschließend ausführen, darauf an, den Ö-Cert-Beurteilungsraster in der konkreten Akkreditierungsarbeit zu erproben. (Red.)

Qualitätsrahmen Ö-Cert zieht klare Grenzen zu Therapie, Freizeitgestaltung und Esoterik

Elke Gruber, Dieter Gnahs und Erich Ribolits

Die Ö-Cert-Akkreditierungsgruppe entschloss sich schon sehr bald, der Abgrenzungsproblematik von Erwachsenenbildung im Unterschied zu Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Die Herausforderungen bei dieser Abgrenzungsarbeit sind vielfältig. Dazu gehören: die Komplexität und emotionale Aufladung des Themas, Definitionsfragen, Pro- und Kontrastandpunkte, Fragen des Selbstverständnisses, Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen und vieles andere mehr.

Was ist Ö-Cert?[1]

Ö-Cert, der von den Ländern und dem Bundesministerium für Bildung und Frauen (BMBF) geschaffene Qualitätsrahmen für Erwachsenenbildungsorganisationen, startete am 1. Dezember 2011. Rechtliche Grundlage ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über die Anerkennung des Qualitätsrahmens für die Erwachsenenbildung Ö-Cert.

Ö-Cert trägt dazu bei, qualitätsfördernde Maßnahmen zu setzen und die Erwachsenenbildung weiter zu professionalisieren. Mit den Ö-Cert-Grundvoraussetzungen wurden erstmals österreichweit einheitliche Qualitätsstandards für Anbieter im Bereich der Erwachsenenbildung geschaffen. Diese stellen sicher, dass z.B. die Kernaufgabe einer Organisation, die sich für Ö-Cert bewirbt, Erwachsenenbildung ist, der Bildungsanbieter über ein Qualitätsmanagementsystem/-verfahren verfügt und das pädagogische Personal entsprechend aus-/weitergebildet ist.

Ö-Cert schafft Transparenz und Verwaltungsvereinfachungen: Aufgrund der österreichweiten Anerkennung von Ö-Cert durch Länder und Bund entfallen die Mehrfachzertifizierungen für Erwachsenenbildungsorganisationen. Bildungsinteressierte haben gleiche Möglichkeiten beim Zugang zur Förderung ihrer Weiterbildung, auch wenn diese nicht im eigenen Bundesland stattfindet.

Der Erwerb von Ö-Cert ist für Bildungsanbieter keine Verpflichtung und Ö-Cert begründet für KursteilnehmerInnen keinen Rechtsanspruch auf Individualförderung. Auch Bildungsinteressierte und Fördergeber profitieren von der „Marke“ Ö-Cert: Sie sehen auf den ersten Blick, wer ein Ö-Cert-Qualitätsanbieter ist.[2]

1 Siehe dazu auch die Einleitung zum Leitfaden für die Ö-Cert-Bewerbung. Nachzulesen unter: http://oe-cert.at/media/Leitfaden-2014-10-01.pdf; Anm.d.Red.

2 Das aktuelle Verzeichnis der Ö-Cert-Qualitätsanbieter ist auf http://oe-cert.at/qualitaetsanbieter abrufbar.

Erfahrungen aus der Akkreditierung als Anstoß für die Entwicklung des Ö-Cert-Beurteilungsrasters

Die Akkreditierungsgruppe, die über den Erhalt von Ö-Cert entscheidet, setzt sich aus fünf nationalen und internationalen ExpertInnen aus Wissenschaft, Forschung und Praxis der Erwachsenenbildung zusammen. Bereits 1.047 Bildungsanbieter (inklusive Zweigstellen) erhielten Ö-Cert (Stand 30.9.2014).

In der bisherigen Akkreditierungsarbeit hat sich die dem Ö-Cert zugrunde liegende Art. 15a B-VG-Vereinbarung als ein brauchbares und valides Instrument zur Beurteilung von Einreichungen erwiesen.

Gleich zu Beginn wurde es notwendig, die Grundvoraussetzungen von Ö-Cert in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung zu schärfen. Dies erfolgte im Rahmen von Diskussions- und Aushandlungsprozessen, die jeder Beschlussfassung über die Verleihung von Ö-Cert in der Akkreditierungsgruppe vorausgehen. Im „Leitfaden für die Ö-Cert-Bewerbung", der auf der Ö-Cert-Website veröffentlicht ist, sind alle Präzisierungen der Grundvoraussetzungen und Erläuterungen zu den Nachweisen zusammengefasst. Damit gelingt es in einem hohen Maß, Ab- und Eingrenzungen bzw. Präzisierungen bei den meisten Grundvoraussetzungen im Detail vorzunehmen.

Bei einigen Grundvoraussetzungen ist es jedoch weiterhin schwierig, eine präzise Definition, schärfende Kriterien und entsprechende Nachweise zu finden. Das liegt zum einen daran, dass die Erwachsenenbildung eine relativ junge Disziplin ist, die nach wie vor um ihr Selbstverständnis, ihre Gegenstandsbestimmung, Professionalität und Qualität ringt; zum anderen handelt es sich bei der Erwachsenenbildung um ein stark ausdifferenziertes und parzelliertes Praxisfeld mit hohen Eigeninteressen der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen und einer eher schwach ausgeprägten (bildungs-)politischen Steuerungskultur.[3]

Was ist Erwachsenenbildung im Sinne von Ö-Cert?

Ein Problem, mit dem die Akkreditierungsgruppe von Anfang an konfrontiert war, ist die Tatsache, dass eine durchaus beachtliche Anzahl einreichender Anbieter eine mehr oder minder große Zahl von Veranstaltungen im Programm hat, die hinsichtlich ihres Bildungscharakters kritisch zu betrachten sind.

Bezugnehmend auf die Allgemeinen Grundvoraussetzungen von Ö-Cert hat die Akkreditierungsgruppe das dem Ö-Cert zugrunde liegende Bildungsverständnis im Beurteilungsraster wie folgt ausformuliert:

Bildungsverständnis von Ö-Cert[4]

Auch wenn der Begriff „Bildung" in der Fachwelt über weite Strecken durchaus kontrovers diskutiert wird und eine wissenschaftlich unstrittige Definition von Bildung nicht vorliegt, kann dennoch festgehalten werden, dass keine Bildungstheorie von Rang in Zweifel zieht, dass Bildung mit einem reflektierten Verhältnis zu sich und der Welt korreliert. Von keiner Theorie wird bestritten, dass Bildung damit zu tun hat, auf Basis und durch die rationale Auseinandersetzung mit aktuell als gesichert geltendem Wissen ein kritisches Bewusstsein auszubilden und persönlich, beruflich und gesellschaftlich relevantes und abgesichertes Handlungswissen zu erlangen. Wenn von Bildung gesprochen wird, geht es letztendlich immer um eigenverantwortliches Denken und Handeln gegenüber sich selbst, Natur und Gesellschaft. Bildung verträgt sich somit nicht mit der unkritischen Vermittlung von Ideologien, vorgeblich nicht hinterfragbarem Geheimwissen oder Glaubenssystemen.

Bildungsveranstaltungen lösen ihr immanentes Versprechen nur ein, wenn in ihrem Zentrum die Vermittlung von wissenschaftlich anerkanntem Wissen und die Förderung der Fähigkeit steht, TeilnehmerInnen zur vernünftig-kritischen Auseinandersetzung und zum Handeln mit diesem zu

3 Diese alternative Steuerungskultur, die mit dem Begriff „Governance" bezeichnet wird, wird in der Ausgabe 18, 2013 des Magazin erwachsenenbildung.at ausführlich diskutiert. Nachzulesen unter: http://erwachsenenbildung.at/magazin/13-18/meb13-18.pdf; Anm.d.Red.

4 Der vollständige Beurteilungsraster ist Teil des „Leitfaden für die Ö-Cert-Bewerbung" und auf der Ö-Cert-Website abgebildet. Dies bezieht sich ebenfalls auf die Beschreibungsboxen im Kapitel „Aufbau des Beurteilungsrasters".

befähigen. Zur Bildung in diesem Sinne gehören Angebote der beruflichen, allgemeinbildenden, politischen und kulturellen Bildung für Erwachsene.

Durch ein derartiges Klarstellen der Zielsetzung von Bildungsveranstaltungen wird keineswegs infrage gestellt, dass für Menschen auch seelische, emotionale oder körperbezogene Formen der Auseinandersetzung mit den Bedingungen ihres Lebens bedeutsam sind und es ihnen auch gut tun mag, auf durch rationale Auseinandersetzung nicht beantwortbare Fragen Trost zu finden. Rituale und sinnlich-emotionale Erlebnisse sind genauso wie körperliches Agieren oder therapeutische Innenschau wichtige Aspekte menschlichen Daseins.

Unzweifelhaft stellt das Finden einer rationalen Position gegenüber dem aktuell Gültigkeit beanspruchenden Wissen nur einen Teilbereich des Versuchs von Menschen dar, sich in der Welt zu verorten und ihr Leben in den Griff zu bekommen. Allerdings stellt der rationale Zugang einen spezifischen und durchaus wichtigen Aspekt menschlicher Auseinandersetzung mit sich selbst und der ihn umgebenden Welt dar und bedarf dementsprechender Unterweisung und Unterstützung.

Es ist somit durchaus berechtigt, die Qualität von Bildungsinstitutionen daran zu messen, inwieweit sie ihrer ursächlichen Bildungsaufgabe – Aneignung von Fähigkeiten zur politischen, beruflichen, gesellschaftlichen Teilhabe und zur persönlichen Entfaltung – nachkommen oder sich von dieser zugunsten anderer, von „Abnehmern“ möglicherweise durchaus nachgefragter Angebote entfernen.

Aufbau des Beurteilungsrasters

Anschließend an den Bildungsbegriff von Ö-Cert erfolgt eine Einteilung von als Aus- und Weiterbildungsangebote deklarierten Maßnahmen aus dem Bereich Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik in zwei Gruppen.

Gruppe 1

In Gruppe 1 sind jene Angebote beispielhaft gelistet, die eindeutig der Intention der Ö-Cert-Grundvoraussetzungen widersprechen und Ö-Cert nicht erhalten. Dazu gehören:

Übersinnliches/Dämonenkult/Kontakt mit dem Jenseits

Hexenkult, Satanskult, Engelskult, Feenkult, Weltverschwörungstheorien, Rechte/neonazistische Esoterik (z.B. Jan van Helsing), Rückführung/Reinkarnation, Germanische Neue Medizin, Kabbala, Channeling, Astralreise, Voodoo, Schwarze/Weiße Magie, ...

Vorhersagetechniken/Wahrsagen/Ausdeuten

Orakelbefragung, Kartenlegen, Tarot, Handlesen, Zahlenmystik/Numerologie, ...

Gruppe 2

In Gruppe 2 werden exemplarisch Angebote genannt, bei denen nicht eindeutig ist, dass sie sich im Rahmen der Intention der Ö-Cert-Grundvoraussetzungen befinden. Diese werden unter besonderer Beachtung des Gesamteindruckes und des Anteils am Bildungsprogramm der jeweiligen sich bewerbenden Organisation bewertet.

Notwendigkeit der fallbezogenen Betrachtung des Gesamteindrucks

Die Praxis der Umsetzung von Esoterik oder vergleichbarer fragwürdiger Inhalte bei alternativmedizinischen oder therapieähnlichen Verfahren ist nicht einheitlich. So deklariert ein Anbieter seine Angebote (z.B. Yoga, Shiatsu, NLP) als ergänzend und orientierend, ohne übertriebene Wirkungserwartungen zu erwecken, ein anderer Anbieter bettet die gleichen Inhalte in einen ideologischen, häufig religiös verbrämten Überbau ein (z.B. „auf dem Weg zur Erleuchtung“, „das innere Licht entdecken“, „verborgene Energien freisetzen“) und stellt unrealistische Wirkungen in Aussicht oder suggeriert sie zumindest. Nominell handelt es sich um dasselbe Thema, doch faktisch unterscheiden sich der Grad der Irreführung und das Gefährdungspotenzial.

Deshalb ist eine nur auf die Thematik abstellende Beurteilungsmechanik problematisch, weil sie die beschriebenen Unterschiede unberücksichtigt lässt und harmlose und gefährdende Veranstaltungen/Veranstalter in einen Topf wirft. Bei der Bewertung

eines Anbieters nehmen wir deshalb eine fallbezogene Beurteilung vor. Diese bezieht dann neben der Thematik auch noch weitere Informationen zur Beurteilung heran und verschafft sich so ein Gesamtbild (Auftritt auf der Homepage, Werbeaussagen, Rolle der Lehrenden etc.).

Eine Ö-Cert-Vergabe kann nicht erfolgen, wenn zum Beispiel eines oder mehrere der folgenden Kriterien zur Einschätzung des Gesamtauftritts erfüllt sind:

- Widerspruch zu gesetzlichen Bestimmungen
- Therapeutische Versprechungen zur Bewältigung von Lebenskrisen bzw. zur Heilung von Krankheiten und körperlichen Gebrechen
- Vorwiegend Ein- und Ausüben von Praktiken (Sport, Musik, Religion etc.)
- Schaffen von Abhängigkeiten mit Blick auf bestimmte Personen bzw. Verfahren
- Versprechen unrealistischer Wirkungen/überzogene Erfolgsdarstellung
- Reißerische Werbung
- Hybrides Selbstverständnis der Lehrenden (Guru, Master etc.)

Zur Gruppe 2 gehören inhaltlich:

Körperarbeit (Entspannungs- und Atmungstechniken, Gymnastik, Körperbeherrschung):

Yoga,Tai Chi, Qigong, Feng Shui, Aikido, Taekwondo, ...

Alternative Medizin/Naturheilkunde/sanfte Heilmethoden/unkonventionelle Verfahren:

Bachblüten-Therapie, Aromatherapie, Biochemie nach Schüssler, Heilsteine/Talismanologie, Kinesiologie, Shiatsu/Naikan, Ayurveda, Reiki, Schamanismus, Astrologie, Pendeln, Einsatz von Wünschelruten (Radiästhesie) und Geopathie, Geomantie, Feldenkrais, Fußreflexzonenmassage, Rolfing, Cranio-Sacral-Therapie, Auramassage, Farbtherapie, Akupressur, Akupunktur, Traditionelle chinesische Medizin, Strömen, ...

Selbstfindung/alternative Psychotherapie:

Familienaufstellung, NLP, Human- und Tierenergetiker, Hypnose, Psychosomatische Energetik, Spirituelle Psychotherapie, ...

Abgrenzungsproblematik von Erwachsenenbildung im Unterschied zu Gesundheit/Esoterik

Im Gegensatz zum Bildungsverständnis von Ö-Cert lässt sich derzeit eine Renaissance von Weltbildern konstatieren, die das menschliche Sein – zumindest in Teilaspekten – durch Kräfte beeinflusst sehen, die dem rationalen Begreifen entzogen sind (siehe u.a. Jugendabteilung des Landes Steiermark 2013; vgl. profilwissen 2014, S. 16ff.). Besonders deutliche Beispiele dafür sind ein anwachsender Glaube an Astrologie, Tarot, unbelegbare Energien, karmische Einflüsse oder an einen geheimen, sich der menschlichen Vernunft nicht erschließenden Sinn, der allen Dingen innewohnt. Oftmals verbunden – und vielfach auf diese aufsetzend – sind derartige wieder erstarkende Glaubenssysteme mit einer großen Zahl an Lehren, die Menschen Hilfe versprechen, wenn sie sich rational nicht begründbarer Verhaltensweisen bedienen. Im Kielwasser derartiger Verfahren sind vielfach – selbsternannte – Gurus oder MeisterInnen unterwegs, die ihre TeilnehmerInnen häufig nicht nur in geistige Abhängigkeiten bringen, sondern auch finanziell schädigen.

Insbesondere bei Angeboten im weiten Feld der Gesundheitsbildung ist ein derartiger Trend zu verzeichnen. In einschlägigen Kursausschreibungstexten wird ein schneller Weg zu Gesundheit und Glück, eine rasche Problemlösung in Aussicht gestellt und es werden Erwartungen geweckt, die wohl kaum einzuhalten sind. Bei den Seminaren wird mit wissenschaftlich nicht anerkannten Verfahren gearbeitet, es werden ungesicherte und spekulative Inhalte vermittelt. Derlei Angebote entziehen sich der rationalen Bewertbarkeit und bauen bewusst auf „magische Kräfte“.

Die Gründe für das durchaus reichhaltige Bildungsangebot in diesem Bereich können nur holzschnittartig genannt werden. Da ist zum einen die Sinnsuche der Menschen aufgrund der Erschütterung altgewohnter Sicherheiten, zum anderen sicher auch die Tatsache, dass Erwachsenenbildungseinrichtungen aus finanziellen Gründen und Auslastungsansprüchen der durchaus gegebenen Nachfrage am Markt nachkommen.

Grundsätzlich ist die Ö-Cert-Akkreditierungsgruppe der Meinung, dass sie als eine durch Bund und Länder eingesetzte und aus BildungsexpertInnen bestehende Kommission bei der Vergabe von Ö-Cert vorsichtig sein muss, wenn eine Erwachsenenbildungseinrichtung derartige, den Bildungsanspruch zwar oft in Anspruch nehmende – diesen jedoch in Wirklichkeit konterkarierende – Angebote im Programm hat. Sie entschloss sich deshalb schon sehr bald – und zwar bereits in ihrer zweiten Sitzung – der Abgrenzungsproblematik von Erwachsenenbildung im Unterschied zu Therapie/Freizeit[5]/Gesundheit/Esoterik verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen.

Entwicklung und Implementierung des Beurteilungsrasters

Die Herausforderungen bei dieser Abgrenzungsarbeit sind vielfältig. Dazu gehören: die Komplexität und emotionale Aufladung des Themas, Definitionsfragen, Pro- und Kontrastandpunkte, Fragen des Selbstverständnisses, unterschiedliche Interessen und vieles andere mehr. Mit Blick auf diese Herausforderungen sowie im Sinne einer Beteiligung wesentlicher Akteure und Akteurinnen an einem für die Erwachsenenbildung letztendlich profilbildenden Prozess – aber auch im Hinblick auf das Gelingen des Transfers in die Praxis wurde ein partizipativer Entwicklungsansatz gewählt.

Das Kernstück solcher Ansätze (siehe Bergold/Thomas 2012) stellt die Kommunikation auf Augenhöhe dar – eine Umschreibung für ein Miteinander von Akteuren und Akteurinnen unterschiedlicher institutioneller Herkunft und Trägerschaft einerseits wie auch unterschiedlicher Logiken, Kulturen und Interessen andererseits. Ziel ist es, angemessene und konsensfähige Lösungen über bestehende Systemgrenzen hinweg zu finden. Deshalb wurden von der Akkreditierungsgruppe und der Geschäftsstelle VertreterInnen von Bund, Ländern, Sozialpartnern, KEBÖ, Sektenberatungsstellen und Bildungsanbietern in den Prozess der Entwicklung eines Beurteilungsrasters einbezogen. Neben ExpertInnen-Runden wurde im Dezember 2013 eine Enquete[6] abgehalten. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand – neben den ebenfalls viel diskutierten Themen des pädagogischen Nachweises in den Grundvoraussetzungen sowie der Frage nach den organisatorischen Merkmalen von Einrichtungen, die diese als solche der Erwachsenenbildung auszeichnen – die Abgrenzungsproblematik von Erwachsenenbildung zu Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik.

Parallel zu den genannten Aktivitäten wurde in den Sitzungen der Akkreditierungsgruppe laufend sowohl anhand einzelner „Fälle“ als auch generalisierend zum Thema diskutiert. Dabei wurde auf die unterschiedliche Expertise der Mitglieder der Akkreditierungsgruppe[7] zurückgegriffen. Die Geschäftsstelle unterstützte diese Arbeit durch umfangreiche Analysen, Zusammenstellungen und Gespräche, z.B. mit Interessenvertretungen aus dem Gesundheitsbereich. Im Laufe des mehr als zwei Jahre dauernden Diskussionsprozesses entstand so ein Beurteilungsraster, der nach dem Durchlauf der oben beschriebenen Diskursschleifen nun in einer von der Lenkungsgruppe beschlossenen Form vorliegt.

Freilich muss in diesem Zusammenhang festgestellt werden, dass es die hundertprozentige Abgrenzung durch valide Kriterien und Nachweise – insbesondere bei so „weichen“ Faktoren wie Gesundheit, Bildung und Esoterik – nicht geben kann und wird. Vielmehr bedarf es bei solch komplexen Prozessen, wie es die Einschätzung von Qualität im Rahmen von Ö-Cert darstellt, immer auch der fortlaufenden diskursiven Präzisierung, der Aushandlung und letztendlich der Entscheidung der Mitglieder der Akkreditierungsgruppe – zumal diese dafür eingerichtet wurde. Gleichzeitig sollte die Beschlussfassung zur Vergabe von Ö-Cert auf so klar präzisierten Kriterien und geschärften Definitionen wie nur möglich basieren,

5 Freizeitbetätigungen könnten wie folgt definiert werden: All jene Tätigkeiten, die vorrangig der Unterhaltung, Erholung und Entspannung dienen und bei denen Lernen allenfalls als Nebeneffekt auftritt (z.B. Ausüben von sportlichen oder musischen Praktiken, Geselligkeit, Reisen, Wanderungen).

6 Ein ausführlicher Bericht über die Enquete findet sich unter: http://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten_details.php?nid=7264; Anm.d.Red.

7 An dieser Stelle sei ausdrücklich Sabine Pelzmann und Peter Schwarzenbacher (Mitglieder der Akkreditierungsgruppe) sowie Johanna Weismann und Sabine Püskül (Geschäftsstelle Ö-Cert) für die interessanten Beiträge und Diskussionen gedankt, die zur Entstehung des Ö-Cert-Beurteilungsrasters wesentlich beigetragen haben.

sodass eine in hohem Maß objektive Einschätzung gelingen und Konflikte oder Fehleinschätzungen möglichst vermieden werden können. Der Akkreditierungsgruppe ist bewusst, dass eine derartige Vorgehensweise einen sehr pragmatischen Charakter hat, trotzdem ist sie der Meinung, dass auf diese Art und Weise noch am ehesten der Spagat zwischen bildungstheoretischem Anspruch und bildungspraktischer Realität gelingen kann.

Einrichtungen, denen auf Grund der in Gruppe 1 genannten Kriterien kein Ö-Cert zuerkannt wird oder deren Qualitätszertifikat nicht verlängert wird, werden darauf hingewiesen und erhalten eine zeitliche Frist, um zu entscheiden, ob sie das beanstandete Angebot aus dem Bildungsprogramm entfernen wollen oder nicht.

Ausblick

Die Abgrenzungsproblematik von Therapie/Freizeit/Gesundheit/Esoterik zur Erwachsenenbildung wurde mittlerweile auch von anderen Akteuren aufgegriffen. So hat der Verband Österreichischer Volkshochschulen 2014 Esoterik-Richtlinien entwickelt und auf seiner Website veröffentlicht und das Oberösterreichische Qualitätssiegel (EB-OÖQS) hat in seinem Handbuch einen entsprechenden Zusatz aufgenommen. Ebenso haben erst kürzlich (Herbst 2014, Jänner 2015) Veranstaltungen zur Thematik, die von Bildungsanbietern im Burgenland und in der Steiermark initiiert wurden, stattgefunden. Damit konnte bereits ein wichtiger Schritt in Richtung Sensibilisierung und Diskursbeteiligung der Community an der Thematik gegangen werden. Dies gilt es noch weiter auszubauen.

Nun kommt es darauf an, den Ö-Cert-Beurteilungsraster in der konkreten Akkreditierungsarbeit zu erproben. Darüber wird regelmäßig auch im Lenkungsgremium berichtet werden. Gleichzeitig wäre anzuregen, dass das Thema „Selbstverständnis der Erwachsenenbildung“ auch einer weiteren wissenschaftlichen Analyse und eines intensiven Diskurses innerhalb der Praxis bedarf.

Literatur

Bergold, Jarg/Thomas, Stefan (2012): Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 13(1). Online im Internet: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801/3332 [Stand: 2014-12-05].

Gruber, Elke/Schlögl, Peter (2007): Diskussionsvorschlag für einen Rahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der österreichischen Erwachsenenbildung. Kurz: QUEB – Qualitätsrahmen der Erwachsenenbildung in Österreich. Wien (unveröffentlicht).

Gruber, Elke/Schlögl, Peter (2011): Das Ö-Cert – ein bundesweiter Qualitätsrahmen für die Erwachsenenbildung in Österreich. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 12, 2011. Wien. Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/11-12/meb11-12.pdf. [Stand: 2014-12-05].

Jugendabteilung des Landes Steiermark (Hrsg.) (2013): Der steirische ESO-Jahresbericht 2013. Zwischen Wellness-Yoga & Dachstein-Göttinnen. Jugend und Familien im Taifun weltanschaulicher Veränderungen. Online im Internet: https://www.logo.at/esoinfo/esobericht2013 [Stand: 2015-01-13].

profilwissen – Das Wissenschaftsmagazin der profil-Redaktion (2014): Warum Alternativmedizin nicht wirkt (aber manchmal hilft). Nr. 01/2014 vom 19.03.2014.

Foto: AK Vorarlberg

Univ.-Prof.in Dr.in Elke Gruber

elke.gruber@uni-graz.at
http://erziehungs-bildungswissenschaft.uni-graz.at
+43 (0)316 380-2601

Elke Gruber ist Inhaberin des Lehrstuhls für Erwachsenenbildung/Weiterbildung an der Karl-Franzens-Universität Graz. Sie lehrt und forscht in den Bereichen Erwachsenenbildung/Weiterbildung/Lebenslanges Lernen, Berufspädagogik und hier insbesondere zu den Themen Organisation und Steuerung, Qualität, Professionalisierung sowie Lehren und Lernen. Sie ist Vorsitzende der Akkreditierungsgruppe von Ö-Cert.

Foto: Karin Dollhausen

Prof. Dr. Dieter Gnahs

dieter.gnahs@uni-due.de
https://www.uni-due.de/eb-wb

Dieter Gnahs ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen und war bis zum Eintritt in den Ruhestand 2013 in leitender Funktion im Deutschen Institut für Erwachsenenbildung tätig. Arbeitsschwerpunkte sind Qualitätsmanagement, Kompetenzmessung und Bildungsstatistik. Er ist Mitglied der Ö-Cert-Akkreditierungsgruppe.

Foto: K.K.

Univ.-Prof. Dr. Erich Ribolits

erich.ribolits@univie.ac.at
http://homepage.univie.ac.at/erich.ribolits
+43 (0)664 1246641

Erich Ribolits ist Bildungswissenschafter und wirkt aktuell als Privatdozent an mehreren österreichischen Universitäten und Fachhochschulen. Ursprünglich war er Berufsschullehrer, dann LehrerInnenbildner, schließlich Leiter der Abteilung für Aus- und Weiterbildungsforschung am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien. Er lehrt und forscht insbesondere zum Verhältnis von Arbeit, Bildung und Gesellschaft. Er ist Mitglied der Ö-Cert-Akkreditierungsgruppe.

Quality Framework Ö-Cert Sets Clear Boundaries between Therapy, Leisure Activities and Esotericism

Abstract

Ö-Cert is a federally standardized quality framework for courses in adult education offered in Austria. Adult education organizations have been able to apply to Ö-Cert as part of an accreditation process since the end of 2011. From the very start of accreditation work, problems have arisen in distinguishing between offerings in the areas of therapy/leisure/health/esotericism and in those of adult education. What course offerings correspond to Ö-Cert's understanding of education and which do not? This article describes the long participatory development and negotiation process leading to the evaluation questionnaire from an insider's perspective. Its developers come from the spheres of politics, administration, and science and include practitioners of adult education. This Ö-Cert evaluation questionnaire is made available to the public for the first time. It states the criteria precisely in the hope of providing an objective assessment and definition. The Ö-Cert evaluation questionnaire must now be tested in actual accreditation work. (Ed.)

Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt

Schlüsselbereiche, Erfolgsfaktoren und Hürden in der Projektarbeit

Rainer Saurugg-Radl, Christine Weiss und Melanie Wiedner

Saurugg-Radl, Rainer/Weiss, Christine/Wiedner, Melanie (2015): Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt. Schlüsselbereiche, Erfolgsfaktoren und Hürden in der Projektarbeit.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitsförderung, Zweiter Arbeitsmarkt, Beschäftigungsprojekt, Betriebliche Gesundheitsförderung, Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden, Suchtprävention

Kurzzusammenfassung

Wie können Workshops zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung auf möglichst niederschwelliger Basis gestaltet werden? Was bedarf es, um Transitarbeitskräften Themen wie Sucht, Entspannung und gesunde Ernährung nachhaltig und gelingend zu vermitteln? Der vorliegende Beitrag beschreibt und reflektiert das Projekt „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“ (Laufzeit Herbst 2012 bis Oktober 2014). Dieses Projekt der ISOP (Innovative Sozialprojekte) GmbH in Graz fokussierte auf verhaltenspräventive Maßnahmen für Personen in Transitarbeitsverhältnissen. Angeboten wurden in Kooperation mit vierzehn sozialökonomischen Betrieben bzw. gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten zielgruppengerechte, praktische Workshops zu den Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden und Suchtprävention, aber auch Weiterbildungen für die Schlüsselkräfte dieser Betriebe. Wesentlich für das Gelingen des Projekts waren dabei nicht nur die Kooperation mit den ArbeitgeberInnen der Transitarbeitskräfte, zielgruppengerechte Materialien und PädagogInnen, die Know-how aus dem Basisbildungsbereich und der Erwachsenenbildung mitbrachten, sondern auch die Integration des Angebots in den Betriebsalltag, die Stimmung und Atmosphäre im Betrieb und die Raumsituation. (Red.)

Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt

Schlüsselbereiche, Erfolgsfaktoren und Hürden in der Projektarbeit

Rainer Saurugg-Radl, Christine Weiss und Melanie Wiedner

Zahlreiche internationale Studien belegen, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status – niedrigem Bildungsniveau, niedriger beruflicher Stellung und geringerem Einkommen – einen ungesünderen Lebensstil haben, häufiger erkranken und auch früher sterben. Außerdem sind diese Personen für gesundheitsförderliche Maßnahmen schwerer erreichbar. Niederschwellige Angebote sollen diesem Umstand entgegenwirken.

Das Projekt „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“[1]

In Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Beschäftigungsbetriebe Steiermark“ (BBS) startete im Herbst 2012 das Projekt „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“ (Laufzeit bis Oktober 2014). Entwickelt und umgesetzt wurde das Projekt von den MitarbeiterInnen der „Innovative Sozialprojekte GmbH“, kurz ISOP, mit Sitz in Graz.[2] Als ProjektpartnerInnen konnten vierzehn sozialökonomische Betriebe (SÖB) bzw. gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) aus der Region gewonnen werden. Übergeordnetes Ziel war es, Personen während ihrer Zeit als Transitarbeitskräfte in steirischen Beschäftigungsbetrieben mit Angeboten zur Gesundheitsförderung zu begleiten, ihnen theoretisches wie praktisches Wissen zu vermitteln und ihnen während dieser Zeit Lust auf einen gesunden Lebensstil zu machen.

In unserem Handeln sahen und sehen wir uns von ISOP als GesundheitsvermittlerInnen, als Schnittstelle zwischen Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung. Unser Team hat seine Wurzeln in der Basisbildung und daher auch die Erfahrung, wie Bildungsinhalte den jeweiligen Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst werden können. Wichtig war und ist für uns, dass sämtliche Angebote zur Gesundheitsförderung für unsere TeilnehmerInnen während ihrer Dienstzeit stattfinden können, um möglichst viele Personen direkt in ihrem Betrieb zu erreichen. Die Integration unseres Angebots in die eigene Weiterbildungsschiene der Betriebe ermöglichte dabei die Einbindung von Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie. Damit unser

1 Eine umfangreiche Projektbeschreibung und Workshopreportage einschließlich reichen Bildmaterials findet sich in der Ausgabe 2014/83 der ISOP-Zeitschrift ISOTOPIA. Forum für gesellschaftspolitische Alternativen. Nachzulesen unter: http://www.isop.at/wp-content/uploads/ISOTOPIA-Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf; Anm.d.Red.

2 Finanzielle Unterstützung erhielt das Projekt durch den Fonds Gesundes Österreich, das Land Steiermark, das AMS Steiermark und das BBS-Netzwerk.

Thema auch nachhaltig verankert bleibt, offerierten wir den Betrieben ein dreiteiliges Weiterbildungsangebot für MultiplikatorInnen im Ausmaß von insgesamt zwanzig Stunden. Besonders gut angenommen wurde unser „BEST OF"-Programm, bei dem MultiplikatorInnen die Rolle der TeilnehmerInnen einnehmen konnten, um einen Teil unseres Workshop-Programms selbst zu erleben.

Rückblickend nahmen zwischen Herbst 2012 und Oktober 2014 gesamt 291 Transitarbeitskräfte an 124 inhaltlich aufeinander abgestimmten Workshops mit insgesamt 466 Einheiten teil. Im Durchschnitt hatte ein Workshop die Länge von 3,4 Einheiten. Im Schnitt konsumierte ein/e TeilnehmerIn 17,6 Einheiten verteilt auf fünf Workshops. Die durchschnittliche Gruppengröße kann mit acht bis neun TeilnehmerInnen angenommen werden.

Tätigkeitsfelder und Ziele

Zu den Tätigkeitsfeldern und Zielen des Projektes zählten:

- Konzeption und Durchführung eines Workshop-Angebots zu ausgewählten Themen der Gesundheitsförderung
- Steigerung des körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens der Transitarbeitskräfte
- Eröffnung von Handlungsspielräumen für eine gesunde Lebensführung
- Verbesserung der Gesundheitschancen der Zielgruppe
- Positives Arbeitsklima durch erhöhte Zufriedenheit im Betrieb
- Nachhaltige Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Unternehmenskultur durch Weiterbildungen von MultiplikatorInnen und Schlüsselkräften steirischer Beschäftigungsbetriebe.

Workshops im Überblick

Wesentlich für Workshops zur Gesundheitsförderung, die sich an diese Zielgruppe richten, sind unserer Erfahrung nach:

- die Wissensvermittlung auf einer persönlichen, alltagstauglichen Ebene
- in einer Sprache und in Portionen, die für die Zielgruppe gut verwertbar sind und
- die unmittelbares Umsetzen des Erlernten und Erfahrenen ermöglichen

Die Konzeption als Workshopreihe sollte verhindern, dass nur einmalige Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung stattfinden. Wissenserwerb, Austausch und Reflexion sollen über einen längeren Zeitraum möglich sein. Wichtig in diesem Kontext war die personelle Stabilität der Gruppe während dieser Zeit, damit gemeinsame Lern- und Austauschprozesse unter den TeilnehmerInnen stattfinden konnten.

Den Anfang machte jeweils der Startworkshop „Meine Gesundheit und ich". Darauf aufbauend konnte jeder Betrieb aus dem Angebot (Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden, Kommunikation und Suchtprävention) mehrere Workshops wählen. Hierbei wurde auf personelle und strukturelle Gegebenheiten der Betriebe besonders Rücksicht genommen, damit die Angebote für die TeilnehmerInnen zum einen in deren Arbeitszeit stattfinden konnten, zum anderen der sozialökonomische (Teil-)Betrieb möglichst aufrechterhalten blieb. Besonderes Augenmerk wurde – neben dem gemeinsamen Start – auf einen gemeinsamen Abschluss gelegt, bei dem den TeilnehmerInnen die Möglichkeit geboten wurde, alle Inhalte und die sich daraus ergebenden Interdependenzen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen von ISOP zu reflektieren und zu diskutieren.

Im Rahmen unserer Evaluation wurde jeweils am Anfang und am Ende der Workshopreihe ein Datenblatt ausgefüllt, welches Aufschluss über auf das Gesundheitsverhalten bezogene Daten unserer Zielgruppe gewährt. Darüber hinaus gab es Einzelinterviews mit dem Ziel, Einstellungs- und Verhaltensänderungen im individuellen Gesundheitsverhalten zu erfragen und zu dokumentieren.

„Meine Gesundheit und ich"

Jede Workshopreihe startete mit diesem Workshop, der konzipiert wurde, um das Gesundheitsbewusstsein von Transitarbeitskräfte zu stärken und Strategien zur Steigerung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens in die eigene Lebenswelt

zu integrieren. Die Reflexion über das eigene Gesundheitsverhalten stand deshalb im Zentrum und setzte Impulse für die weiteren Themen der Gesundheitsförderung. Dieser erste Workshop war besonders wichtig für die Beziehungsarbeit und das Herstellen einer guten Vertrauensbasis zwischen den TrainerInnen und der Zielgruppe, da das vielschichtige Thema Gesundheit große Sensibilität erfordert.

„Genuss statt Sucht"

In diesem Workshop reflektierten die TeilnehmerInnen durch diverse Übungen Zusammenhänge von Genuss und Sucht und das eigene Verhalten dazu. Herangeführt an das Thema wurden sie mit einer Schokoladenverkostung, wobei hier der Fokus auf das bewusste und möglichst langsame Genießen lag. Anschließend wurde in einer Kleingruppenarbeit diskutiert, wo Genuss aufhört und Gewohnheit beginnt. Meist folgten an diesem Punkt bereits intensive Diskussionen, eiserne Standpunkte und „Aha"-Erlebnisse der TeilnehmerInnen. In einem nächsten Schritt ging es um Wissenserweiterung bzw. -aufbau über Begrifflichkeiten zum Thema Sucht. Der theoretische Input wurde durch persönliche Erfahrungen und Lebensgeschichten der TeilnehmerInnen ergänzt und so ein realistischer Zusammenhang mit dem Thema Sucht erfahrbar gemacht. Daten und Fakten rund um Suchterkrankungen und Abhängigkeiten wurden anhand eines von uns erstellten Quiz erarbeitet und diskutiert. Schwerpunkte wurden in den Bereichen Alkohol und Tabak gesetzt, die für die TeilnehmerInnen besondere Relevanz haben. Unterlagen der Suchtpräventionsstelle Vivid, der GKK und der WHO gaben zusätzlich Referenzwerte und Empfehlungen für den verantwortungsbewussten Umgang mit Rauschmitteln. In einem abschließenden Experiment mit sogenannten „Rauschbrillen" konnten die TeilnehmerInnen einen Rauschzustand mit verschiedenen Promillestärken ohne Risiko erleben.

„Kraft tanken – zur Ruhe kommen"

Der Entspannungsworkshop bot den TeilnehmerInnen einfache und alltagstaugliche Methoden zur Entspannung. Persönliche Ressourcen wurden erarbeitet, auf die die TeilnehmerInnen zurückgreifen können, um sich Ruhephasen zu verschaffen, sich zu entspannen und Kraft zu tanken. In Einzel- oder in Kleingruppenarbeit wurden persönliche Erfahrungen ausgetauscht. Personen, die vielleicht schon längere Zeit tagtäglich zusammenarbeiteten, lernten nun ganz neue Seiten ihrer ArbeitskollegInnen kennen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede wurden wahrgenommen und boten Anknüpfungspunkte für weitere Gespräche. Die von uns eingesetzten einfachen Übungen zur Entspannung waren verschiedene Atemübungen, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, eine Phantasiereise zum Thema Kraftquellen, eine angenehme Rückenmassage mit Massagebällen und Rapporttanzen. Für das Gelingen des Workshops musste eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden. Dafür war es unbedingt notwendig, einen adäquaten Raum zu haben, damit die mitgebrachten Matten und Decken in angenehmen Abständen aufgelegt werden konnten.

„Gemeinsam miteinander"

In diesem Workshop konnten sich die TeilnehmerInnen Grundlagen der Kommunikationspsychologie erwerben. Der Schwerpunkt lag auf praktischen Übungen, bei denen die Zielgruppe den eigenen Kommunikationsalltag reflektierte und die eigene Wahrnehmung dafür schärfte. Durch eine einfache Übung mit Bausteinen wurde die komplexe Wechselwirkung zwischen „SenderIn" und „EmpfängerIn" für die TeilnehmerInnen nachvollziehbar und sie erkannten die Vielzahl an Möglichkeiten zu „senden" und zu „empfangen". Dadurch lässt sich im (Berufs-)Alltag die Wahrscheinlichkeit für eventuelle Missverständnisse verringern, das Verständnis für andere wird sensibilisiert. „Haus, Baum, Hund", eine Methode aus dem KoSo®-Training (Kommunikation und Soziale Kompetenz), bot die Möglichkeit zur Wahrnehmung unterschiedlicher Perspektiven und Weltsichten. Zudem konnten die TeilnehmerInnen dabei unterschiedliche Strategien zur Entscheidungsfindung in Kooperationen erproben.

„In Schwung kommen"

Beschwingte Musik, das Appellieren an den Spieltrieb und erreichbare Herausforderungen, sprich einfache praktische Übungen sind u.E. Schlüsselbereiche, um im Rahmen eines Bewegungsworkshops auf möglichst niederschwelliger Basis Menschen wirklich in Bewegung zu bringen. Unsere Entscheidung fiel deshalb bewusst gegen einen Gymnastik- oder Walking-Workshop, sondern wir bauten unsere

eigenen Vorlieben und Stärken ein, um so als TrainerInnen authentisch Freude an der Bewegung transportieren zu können. Wichtig war uns, dass die TeilnehmerInnen Übungen ausprobierten und sich mit Neuem konfrontierten. Voraussetzung für gutes Gelingen waren aber auch adäquate Räumlichkeiten.

Geboten wurde konkret ein bunter Mix an unterschiedlichen Bewegungsanlässen (z.B. Funny Warm-Ups zu rasanter Musik, Spiele mit Reissackerln, Kreistanz, Jonglieren mit Tüchern und Bällen, eine Gruppenjonglage und ein SeniorInnen-Sitz-Tanz). Ergänzt wurden die Bewegungsteile durch theoretisches Wissen wie z.B. Empfehlungen zum täglichen Bewegungsbedarf und ein Bewegungsquiz, das sich mit Auswirkungen von Bewegung auf den Körper und die Psyche beschäftigt. Weiters diskutierten wir über den Zusammenhang von Bewegung und Ernährung und führten ein Brainstorming über die erfolgreiche Integration von mehr Bewegung in den Alltag durch. Jugendliche Teilnehmende nahmen gemeinsam mit den ISOP-TrainerInnen an geführten Klettertouren durch den Adventure Park im Grazer Leechwald teil.

„Gesundes Fastfood, Zuckerquiz und Co."

Die Ernährungsworkshops bestanden aus einem theoretischen Teil und dem gemeinsamen Kochen. Die TeilnehmerInnen erfuhren Wissenswertes über die Grundlagen einer gesunden Ernährung, darüber, wie man gut und günstig einkauft, und erhielten Einblick in ökologische, soziale und ökonomische Aspekte des Themas. Die Ernährungspyramide oder „10 goldene Regeln einer gesunden Ernährung" wurden dabei genauso wie einfache Berechnungen des persönlichen Energiebedarfs oder aktuelle Fragen rund um Zucker und Zuckerersatzstoffe anschaulich vermittelt. Wesentlich für den praktischen Teil war, dass die Zielgruppe neue Lebensmittel entdeckt, einfache Rezepte ausprobiert und vor allem, dass sie erlebt, dass Kochen Spaß machen und gesundes Essen auch gut schmecken kann. Die gemeinsam zubereiteten Speisen stärkten den Selbstwert der TeilnehmerInnen, das gemeinsame Essen am Ende jedes Ernährungsworkshops das Gemeinschaftsgefühl.

Rückblickend zeigen sich uns folgende Schlüsselbereiche, Erfolgsfaktoren und Hürden in der Projektarbeit.

Was trug zum Erfolg des Projektes bei?

Konzeption und Durchführung als ein betont niederschwelliges Angebot

Ein wichtiger Faktor war sicherlich unser niederschwelliger, d.h. einfach verständlicher Zugang zum Thema Gesundheit. Die von uns entwickelten Workshops konnten zum Mitmachen und Selbermachen animieren. Die Materialien wurden in ihrer Gestaltung als zielgruppengerecht und einladend wahrgenommen. Inhalte und Materialien konnten die Neugier wecken und Gusto aufs Mittun machen. Das Angebot schuf somit für die Zielgruppe günstige Voraussetzungen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz in den eigenen Lebenswelten. Das Bewusstmachen der gesundheitlichen Ressourcen erhöht u.E. die Chance der Transitarbeitskräfte auf eine Reintegration in den 1. Arbeitsmarkt.

TrainerInnenerfahrung

Ein weiterer Faktor war die langjährige Erfahrung von uns als TrainerInnen im Umgang mit der Zielgruppe. Wir kommunizierten mit den TeilnehmerInnen auf Augenhöhe, wodurch ein entspanntes Klima entstand. Die Transitarbeitskräfte fühlten sich wertgeschätzt, fast jede/r machte überall mit, es wurde viel gelacht, aber auch ernsthaft diskutiert.
Rückmeldungen zeigen auch, dass die TeilnehmerInnen die Flexibilität von uns als TrainerInnen schätzten, weil wir uns jederzeit auf besondere Wünsche und Bedürfnisse einstellen konnten. Aus unserer Sicht macht es sich sehr bezahlt, dass wir alle aus der Erwachsenenbildung kommen und quasi sekundär auf das Thema Gesundheitsförderung gestoßen sind. Bei diesem persönlichen und sensiblen Thema ist das Gespür für die Zielgruppe, das Wissen um Bedürfnisse und Problemlagen und die Erfahrung mit BildungsteilnehmerInnen von großem Vorteil: Eine gute Atmosphäre fördert den Austausch innerhalb der Gruppe, damit sich die TeilnehmerInnen wertgeschätzt fühlen und sich öffnen können. Dadurch lernen TeilnehmerInnen und TrainerInnen voneinander.

Auf Zielgruppe abgestimmter Rahmen

Als Erfolg bewerten wir die Tatsache, dass die Teilnahme an den Workshopreihen auf freiwilliger Basis und während der Arbeitszeit erfolgte. Während es

manche Gruppen schätzten, dass die Workshops im gewohnten Arbeitsumfeld stattfanden, war anderen ein „Ortswechsel“, weg vom Betrieb, lieber. Positiv wirkte sich auch aus, dass sich die TeilnehmerInnen kontinuierlich mit dem Thema Gesundheit befassten und so ein gruppendynamischer Prozess in Gang gesetzt wurde, der sich auch im Arbeitsalltag fortsetzen kann.

Engagement der ProjektpartnerInnen

Das Interesse der sozialökonomischen Betriebe am Gesundheitsprojekt war sehr groß. Zwölf verschiedene Trägervereine mit gesamt vierzehn Projekten beteiligten sich daran. Die drei ganztägigen Weiterbildungsveranstaltungen, die für Schlüsselkräfte der Betriebe angeboten und sehr gut angenommen wurden, verstärkten den Gesundheitsgedanken noch und gaben ihnen die Wichtigkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung mit auf den Weg. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Materie Gesundheit in den teilnehmenden Betrieben war die Folge. Dadurch ergab sich noch ein weiterer erfreulicher Nebenaspekt: In den meisten Betrieben verbesserte sich das Arbeitsklima, weil man ein verbindendes Thema gefunden hat.

Installation eines Fachgremiums

Die Installation eines Fachgremiums erwies sich als sehr förderlich. Die umfassenden Diskussionen zwischen den externen Gesundheits- und SozialexpertInnen, den Mitgliedern der ProjektpartnerInnen im Fachgremium und uns als Projektteam brachten uns immer auf neue Ideen und gaben uns Anregungen für die Fortsetzung unseres Projekts.

Was waren die Herausforderungen?

Zeit(mangel)

Aufgrund der Projektlaufzeit und des kontinuierlichen Wechsels der Transitarbeitskräfte sahen wir uns in unserer Arbeit vor allem als ImpulsgeberInnen. Wir gestalteten einen Raum zum Ausprobieren, konnten aber auf Grund des zeitlich begrenzten Angebots kein dauerhaftes, fortwährendes Training anbieten. Eine Frage begleitete uns seit Beginn des Projekts: Wie viele Stunden Gesundheitsförderung wären für eine realistisch dauerhafte Verhaltensänderung wirklich notwendig?

Bedürfnisse und Problemlagen der Zielgruppe

Die Problemlagen der TeilnehmerInnen sind teilweise sehr komplex, dadurch waren manche Personen nicht zu jedem Zeitpunkt für das Thema Gesundheit zugänglich.

Arbeitsökonomischer Druck auf den ProjektpartnerInnen

Arbeitsaufträge, die von den sozialökonomischen Betrieben zeitgerecht erfüllt werden mussten, führten vereinzelt dazu, dass es Transitarbeitskräften nicht immer möglich war, an den Workshops teilzunehmen. Dadurch war das Ziel, durch kontinuierliche Vermittlung gesundheitsförderlicher Maßnahmen das Gesundheitsbewusstsein zu wecken und Gesundheitsressourcen zu stärken, nicht immer erreichbar. Einzelne Betriebe haben deshalb von einem weiteren Durchgang abgesehen.

Resümee: Schlüsselbereiche in der Projektumsetzung

Die Integration des Angebots in den Betriebsalltag war ein Schlüsselbereich unseres Projekts. Sind die TeilnehmerInnen von der Arbeit freigestellt, können sie sich stressfrei auf unsere Workshops einlassen. Wenig hilfreich ist es dagegen, wenn Transitarbeitskräfte von 7:00 Uhr an Stiegenhäuser reinigen und dann gestresst und mit einigen Minuten Verspätung zum Workshop hetzen. Hier hing alles von der Planung der Schlüsselkräfte oder SozialpädagogInnen ab – das Arbeiten vor oder nach einem Workshop selbst stellte an sich kein Hindernis dar.

Ein weiterer Schlüsselbereich betraf die Stimmung und Atmosphäre im Betrieb. Diese werden maßgeblich von der Geschäftsführung oder den SozialpädagogInnen gestaltet. Auch die Frage, welchen Stellenwert Fortbildungen „im Haus“ haben bzw. wie hoch die Motivation der Transitarbeitskräfte ist, sich an solchen zu beteiligen, wirkt auf das Arbeitsklima.
Wir konnten in den Betrieben beobachten, dass nahezu gleiche Arbeiten anders bewertet werden:

Während die Transitarbeitskräfte im Betrieb „A“ ihre Arbeit als „nur Putzen“ abtaten, traten ihre KollegInnen im Betrieb „B“ komplett anders auf und berichteten über ihre Tätigkeiten als „Reinigen“. Beobachtbar war dabei die Wechselwirkung zwischen der persönlich erlebten Arbeitssituation und dem „Sich-öffnen-Können“ für gesundheitsförderliche Impulse.

Wichtig zu erwähnen ist die Raumsituation. Wenn Transitarbeitskräfte zu uns kommen, dann sollen sie die Zeit des Workshops als Auszeit wahrnehmen, in der ihre eigenen Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Wenn aber nun ein Workshop in einem Raum stattfindet, der emotionell mit „Arbeit“ besetzt und darüber hinaus zu klein ist und eine wenig entspannende Atmosphäre hat, dann wird es zu einem Erfolgsfaktor des Projekts, dass wir externe Seminarräume anmieten, um den passenden Rahmen anbieten zu können.

Zukunftsperspektiven

Die Laufzeit des Projekts „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“ endete mit 31. Oktober 2014. Was geschieht nun mit den Ergebnissen, den entwickelten Methoden und Materialien? Aufgrund des großen Interesses einiger ProjektpartnerInnen plant ISOP eine Fortführung des Angebots zur Gesundheitsförderung für steirische Beschäftigungsbetriebe – allerdings ohne öffentliche Fördermittel. Damit wäre eine nachhaltige Nutzung von Produkten eines Entwicklungsprojekts möglich.

Foto: K.K.

Dipl.-Päd. Mag. Rainer Saurugg-Radl

rainer.saurugg-radl@styriavitalis.at
http://www.styriavitalis.at
+43 (0)316 822094-55

Rainer Saurugg-Radl absolvierte die Lehramtsausbildung an der Pädagogischen Akademie in Graz und studierte anschließend Soziologie. Zwischen 2004 und 2009 war er als Lehrer im Ausland und als Erwachsenenbildungstrainer für Alphabetisierung und Grundbildung bei ISOP in Graz tätig, wo er ab 2010 zwei FGÖ-geförderte Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen leitete. Mit Ende 2014 wechselte er beruflich zu Styria vitalis in die Abteilung Gesunde Gemeinde, um weiterhin in der Gesundheitsförderung tätig zu sein.

Foto: K.K.

Mag.ª Christine Weiss

http://www.isop.at
+43 (0)699 14600015

Christine Weiss absolvierte die Akademie für Sozialarbeit in Graz und studierte im Anschluss daran Erziehungswissenschaften an der Karl-Franzens-Universität Graz. Seit 1996 war sie in verschiedenen steirischen Einrichtungen der Erwachsenenbildung als Trainerin und Beraterin tätig. Im Rahmen eines EU-Projekts zum Thema lifelong learning hat sie neue Methoden des Lernens für bildungsferne Personen entwickelt und umgesetzt. Seit 2010 arbeitet sie bei ISOP in den Bereichen Basisbildung, Gesundheitsförderung und Bildungsberatung.

Foto: K.K.

Melanie Wiedner, BEd

melanie.wiedner@isop.at
http://www.isop.at
+43 (0)699 14600032

Melanie Wiedner ist Lehrerin für das Lehramt an Hauptschulen (Deutsch und Ernährung/ Haushalt), diplomierte Lebens- und Sozialberaterin und absolviert derzeit das Masterstudium „Psychosoziale Beratung" an der Donau-Universität in Krems. Sie verfügt über langjährige Erfahrung in der Erwachsenenbildung und ist seit 2002 Projektmitarbeiterin bei ISOP. Dort ist sie verantwortlich für die Sozialpädagogische Betreuung im Kurs „Basisbildung für Erwachsene" in Graz und Bruck an der Mur und startet ab Februar 2015 mit einem neuen Projekt zum Thema Bildungsberatung.

Health Promotion on the Second Job Market

Key areas, success factors and hurdles in project work

Abstract

How can workshops on the topic of health and health promotion be made as easily accessible as possible? What is required to sustainably and successfully convey topics such as addiction, relaxation and good nutrition to workers making the transition from long-term unemployment to the regular job market? The following article describes and reflects on the project "Health Promotion on the Second Job Market" (duration: autumn 2012 to October 2014). This project of ISOP (Innovative Sozialprojekte) GmbH in Graz focused on preventative behavioural measures for people in such working conditions. In cooperation with fourteen socioeconomic enterprises and non-profit employment projects, ISOP offered practical workshops on the topics nutrition, exercise, psychosocial well-being and addiction prevention oriented to the target group as well as continuing education for key employees of these enterprises. The success of the project was contingent upon cooperation with the employers of workers making the transition, target group-oriented materials and teachers with know-how in basic education and adult education as well as the integration of the workshops into the daily life of the enterprises, the atmosphere in the enterprise and the specific workspace. (Ed.)

Was sich junge Frauen für ihr Leben wünschen

Ein ganzheitlicher Ansatz für eine an Gesundheit und Wohlbefinden orientierte Mädchenförderung

Veronika Spannring

Spannring, Veronika (2015): Was sich junge Frauen für ihr Leben wünschen. Ein ganzheitlicher Ansatz für eine an Gesundheit und Wohlbefinden orientierte Mädchenförderung.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitsförderung, Mädchenförderung, Bildung, Mafalda

Kurzzusammenfassung

Mafalda ist ein Verein zur Förderung und Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen in Graz. Im Mittelpunkt der Vereinstätigkeit steht die Frage, wie sich Mädchen und junge Frauen ein gelingendes Leben vorstellen und welche Unterstützung sie dabei brauchen. Die Praxis zeigt, dass Mädchenförderung einen umfassenden und ganzheitlichen Ansatz auf unterschiedlichen Ebenen verlangt ganz im Sinne der Auffassung von Gesundheitsförderung, wie sie die WHO in der Ottawa-Charta (1986) festgelegt hat. Die WHO-Definition weist über den medizinischen Bezugsrahmen hinaus. Gesundheitsförderung in diesem Sinne will die Mädchen und jungen Frauen dabei unterstützen, sich in der Berufswelt zurechtzufinden, ihre Beziehungen zu gestalten und ihre Freizeit als Ressource für ihre Gesundheit nutzen zu können. Der Beitrag stellt Problemlagen von Mädchen und jungen Frauen dar und Wege und Angebote, um sie in ihrer Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern. (Red.)

Was sich junge Frauen für ihr Leben wünschen

Ein ganzheitlicher Ansatz für eine an Gesundheit und Wohlbefinden orientierte Mädchenförderung

Veronika Spannring

Welche Wünsche haben junge Frauen für ihr Leben? Was erhoffen sie sich? Welche Möglichkeiten haben sie, ihre Träume und Visionen umzusetzen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der Verein Mafalda (Graz/Steiermark) seit 1989. Das Angebot der Vereinstätigkeit erstreckt sich von der Beratung über arbeitsmarktspezifische Angebote bis hin zur Bildungsarbeit für Mädchen und MultiplikatorInnen und dem JAM Mädchenzentrum als Einrichtung der offenen Jugendarbeit.

Die große Bandbreite von Mafalda ergibt sich aus dem Anspruch, Mädchen und junge Frauen in ihrer gesamten Lebenssituation wahrzunehmen und sie umfassend und ganzheitlich zu fördern.[1] So ist Gesundheitsförderung unserer Erfahrung nach nicht denkbar ohne Gewaltprävention und sind Ausbildungs- und Berufsplanung oft ein wesentlicher Teilbereich der psychosozialen Beratung. Daneben bedarf es aber auch der Arbeit an einer Veränderung stereotyper Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit auf gesellschaftlicher Ebene.

Dieser ganzheitliche Ansatz von Mädchenförderung geht konform mit der Sichtweise von Gesundheitsförderung, wie sie die WHO in der Ottawa-Charta festgeschrieben hat. Die WHO-Definition weist über den medizinischen Bezugsrahmen hinaus und legt auf individueller Ebene das Ziel fest, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern. Auf gesellschaftspolitischer Ebene soll an den Rahmenbedingungen gearbeitet werden, die Wohlbefinden in allen Lebensbereichen ermöglichen. Gesundheitsförderung soll demnach den Blick darauf richten, wie Menschen sich in der Berufswelt zurechtfinden, welche Möglichkeiten sie haben, ihre Beziehungen zu gestalten, und wie sehr sie ihre Freizeit als Ressource für ihre Gesundheit nutzen können.

Bildung als Schlüssel

Ob die Mädchen und jungen Frauen, die zu uns kommen, ihre Perspektiven erweitern und ihre Ziele umsetzen können, hängt u.E. letztendlich davon ab, ob sie Zugang zu Bildung – formeller

1 Beispielsweise haben sich im Projekt „Raus aus der box“, einem Bildungsangebot für bildungsferne Mädchen und junge Frauen von 15 bis 24 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund, sechzehn Teilnehmerinnen in mehreren Workshops mit den Themen Gemeinschaften und Beziehungsformen auseinandergesetzt und fanden für sich Antworten zu Fragen nach der perfekten Kindheit, nach den Wünschen und Visionen für ihr Leben und nach für sie stimmigen Beziehungsformen. Sie entwarfen Zukunftsbilder eines für sie guten Lebens und formulierten Kriterien dafür, was Lebensqualität und Wohlbefinden für sie bedeuten (vgl. Spannring 2013, S. 40f.).

und informeller – haben. Ein guter Job und beruflicher Erfolg werden aber auch von den jungen Frauen selbst als erstrebenswerte Ziele definiert und häufig mit dem Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung verknüpft; sie anerkennen die Schlüsselfunktion von Bildung auf dem Weg in ein gutes Leben.

Richard Wilkinson und Michael Marmot untersuchten in ihrem Bericht für die WHO im Jahr 2004, wie sich soziale Faktoren auf die Gesundheit und Lebensdauer der Menschen auswirken. Ihr Ergebnis: Belastende Lebensumstände machen Menschen besorgt und ängstlich und versetzen den Körper in Stress. Andauernde Sorgen, geringe Selbstachtung, soziale Vereinsamung, die fehlende Möglichkeit, selbstbestimmt zu leben, versetzen den Körper in Alarmbereitschaft und ziehen körperliche Ressourcen ab, die langfristig zur Erhaltung der Gesundheit gebraucht würden. Dauert der Stresszustand zu lange an, werden die Betroffenen anfällig für Infektionen, Diabetes, Herzinfarkt, Asthma und Depressionen (vgl. Wilkinson/Marmot 2004, S. 13f.). Bildung verbessert den sozioökonomischen Status und erleichtert soziale Beteiligung.

Bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands haben in einer in der Steiermark durchgeführten Untersuchung Personen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss aufweisen, zu 57% angegeben, eine gute Gesundheit zu haben, jene mit Studium oder einer ähnlichen Ausbildung zu 88% (vgl. Grasser/Wieseneder 2010, S. 42f.).

Welche Problemlagen bringen Mädchen mit?

Die Erfahrung von Mafalda in der Arbeit mit Mädchen ist, dass bestimmte Gruppen von Mädchen und jungen Frauen im Zugang zu Erwerbsarbeit und Bildungsmaßnahmen und somit zu einem subjektiv erlebten auch gesundheitlichen Wohlbefinden besonders benachteiligt sind. Dazu zählen: Pflichtschulabgängerinnen mit schlechtem bzw. fehlendem Schulabschluss, junge Frauen mit Migrationshintergrund, schwangere junge Frauen, junge Frauen mit Unterstützungsbedarf und von Gewalt betroffene und bedrohte junge Frauen.

Pflichtschulabgängerinnen mit schlechtem bzw. fehlendem Schulabschluss

Die Haltung dieser Mädchen ist oft geprägt von Entmutigung und Resignation, sie fühlen sich sozial ausgegrenzt. Vielen fehlt die familiäre, aber auch außerfamiliäre Unterstützung. Ihre Zukunftsaussichten schätzen sie selbst als schlecht ein, sie brauchen immer wieder Unterstützung, um ihre Motivation zur Zielerreichung nicht zu verlieren.

Junge Frauen mit Migrationshintergrund

Migrationshintergrund zu haben, bedeutet nicht gleichzeitig, von Benachteiligungen betroffen zu sein. Der Zugang zu Bildung ist Migrantinnen erschwert, wenn mehrere Risikofaktoren zusammentreffen: fehlende Unterstützung im Elternhaus, geringes Bildungsbewusstsein innerhalb der Familie, schlechte Wohnbedingungen, Sprachbarrieren und Hemmschwellen im Kontakt mit öffentlichen Einrichtungen, Informationsdefizite in Bezug auf das Bildungs- und Sozialsystem.

Schwangere junge Frauen

Schwangere Frauen, die sehr jung sind, kommen meist aus schwierigen Familienverhältnissen, ihnen fehlen Bildungsabschlüsse und sie haben wenige berufliche Perspektiven. Durch die frühe Schwangerschaft und die mangelhafte familiäre Unterstützung ist der Eintritt ins Berufsleben erschwert, Mutter und Kind sind einem hohen Armutsrisiko ausgesetzt.

Junge Frauen mit Unterstützungsbedarf

Junge Frauen, die sich in der Arbeitswelt schwer zurechtfinden, weil sie niedrige Bildungsabschlüsse haben, durch Krankheit, psychische, familiäre und wirtschaftliche Probleme belastet sind, brauchen intensive Begleitung und Unterstützung, damit sie Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Bildungsmaßnahmen finden.

Von Gewalt betroffene und bedrohte junge Frauen

Belästigungen und Übergriffe gehören oftmals zum Alltag von Mädchen und jungen Frauen. Gewalt und sexualisierte Gewalt kommen in allen sozialen

Schichten vor, unabhängig von Bildungsstand, religiöser und ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Familienstand. Traumatische Gewalterfahrungen wirken sich in allen Lebensbereichen aus und stellen ein Gesundheitsrisiko dar. Die Alltagsbewältigung kann zur Herausforderung werden, die den Abschluss einer Ausbildung oder den Eintritt ins Berufsleben erschwert. Die Bewältigung traumatischer Erfahrungen ist besonders schwierig, wenn mehrere Belastungsfaktoren wie fehlende familiäre Unterstützung, schlechte Wohnbedingungen, fehlende Berufsausbildung, wenig finanzielle Ressourcen zusammentreffen. Mädchen, die von Gewalterfahrungen betroffen sind, brauchen ganzheitliche Unterstützung zur Stabilisierung und beim Wiederanknüpfen an das alltägliche Leben. Das beinhaltet die Suche nach einem Arbeitsplatz genauso wie die Gestaltung der Freizeit.

Gewaltfreies Miteinander

In den letzten Jahren haben wir mehrere Angebote entwickelt, um nachhaltige gewaltpräventive Arbeit zu leisten. Wir sehen Gewaltprävention als wesentlichen Teil der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung mit dem übergeordneten Ziel, durch Sensibilisierung, Wissenszuwachs, Erweiterung persönlicher Perspektiven und Handlungskompetenzen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern.

Ein gewaltfrei(er)es Miteinander gelingt, wenn präventive Arbeit auf mehreren Ebenen ansetzt und sowohl die Stärkung von einzelnen auf der individuellen Ebene als auch die Arbeit auf der strukturellen Ebene einschließt. Entscheidend für die Nachhaltigkeit von Präventionsangeboten ist, dass an der Veränderung gewaltfördernder Strukturen gearbeitet und eine klare Haltung gegen Gewalt vermittelt wird (vgl. Kindler 2003, S. 56).

In der Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen steht die Förderung von Autonomie und Selbstbewusstsein im Mittelpunkt. Durch die Erweiterung der Handlungskompetenzen, die gezielte Stärkung des Selbstbewusstseins und die Vermittlung eines positiven Körpergefühls werden die Mädchen befähigt, verantwortungsvoll und selbstbestimmt für sich zu sorgen. Besondere Achtsamkeit wird darauf gelegt, die eigenen Grenzen und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu beachten und den Respekt davor bei anderen einzufordern. Die Mädchen sollen sich als individuelle Persönlichkeiten mit eigenen Fähigkeiten und Talenten jenseits von Weiblichkeitsstereotypen wahrnehmen. Sie werden angeregt, einen kritischen Blick auf Schönheitsideale zu werfen, Klischees zu Herkunft, Religion und sexueller Orientierung kritisch zu beleuchten und ihr Rollenverhalten flexibel zu gestalten. Wir ermutigen sie zur gesellschaftlichen Mitgestaltung und zur demokratischen Beteiligung.

In unserem Präventionsprogramm für Schulen führen wir auch ein Workshopangebot für Burschen. Im Workshop „Mann oh Mann“ geht es um Ich-Stärkung und Identitätsfindung, um die Fragen: „Wie möchte ich als Mann sein?“, „Wie möchte ich Beziehungen gestalten?“. Ein wichtiger Themenbereich ist der Zugang zu Gefühlen: „Welche Gefühle nehme ich wahr?“, „Wie zeige ich Gefühle?“, „Welche Bedürfnisse habe ich?“, „Wie gelingt Kommunikation, ohne Gewalt anzuwenden?“.

Stopp-Übung

Die „Stopp-Übung“ ist eine Methode zum Thema Grenzen wahrnehmen und Grenzen setzen. Das Ziel der Übung ist es, Nähe und Distanz zu spüren, die eigenen Grenzen des Distanzraumes und die Grenzen der anderen zu erkennen und den Respekt vor diesen Grenzen bei anderen angemessen einzufordern. Die Mädchen stellen sich in zwei einander gegenüberliegenden Reihen auf. Zuallererst werden sie dazu angeleitet, einen guten Stand zu suchen: die Füße fest auf dem Boden, die Knie nicht ganz durchgestreckt, der Atem entspannt. Sie imaginieren ihren persönlichen Intim- oder Distanzraum. Denn Menschen, die uns nahe stehen, dürfen diesen Intimraum betreten, wir fühlen uns wohl dabei. Menschen, die uns nicht sehr vertraut sind, verursachen in uns ein unbehagliches Gefühl, wenn sie die Grenzen dieses Distanzraumes nicht respektieren. Die Mädchen gehen aufeinander zu, erspüren Nähe und Distanz und bleiben sozusagen am Gartentor stehen, dort, wo die Distanzräume der Partnerinnen aneinander grenzen. In der nächsten Stufe gehen die Mädchen aggressiv auf eine Partnerin zu. Diese hat die Aufgabe, die Grenze ihres Distanzraumes klar mit Blick, Haltung und Stimme zu signalisieren.

Mädchen und Frauen relativieren ihre verbale Forderung: „Stopp!“, „ Halt!“, „Bleib stehen!“ unserer Erfahrung nach oft, indem sie lächeln. So angenehm ein freundlicher Umgangston im Alltag ist, so hinderlich ist die Sozialisation zu einer angepassten, freundlichen, verständnisvollen, sich zurücknehmenden Frau in Situationen, in denen Frauen Respekt einfordern wollen.

Mädchen und Frauen aus anderen Kulturkreisen haben diese Schwierigkeit oft nicht. Für sie gehört eine freundliche offene Mimik nicht zur alltäglichen Ausdrucksform. Was in unserer Kultur als unfreundlich und abweisend gedeutet wird, ist für diese Mädchen der Ausdruck höflicher Distanz.

Ausblick

Wie also können wir Mädchen und junge Frauen dabei unterstützen, dass sie ihre Lebensträume verwirklichen können? Umfassende Unterstützung ist in allen Lebensbereichen notwendig. Je schwieriger die familiären Verhältnisse, umso bedeutender die Unterstützung durch ein soziales Hilfssystem. Grundlegend für Wohlbefinden und Gesundheit sind u.E. materielle Sicherheit und ein Gefühl der Wertschätzung und Zugehörigkeit. Der Zugang zu Bildung und die Eröffnung von Karrierechancen nehmen dabei eine zentrale Rolle ein. Berufswahlprozesse sind ebenso Teil der Gesundheitsförderung wie medizinische Versorgung und psychosoziale Beratung.

Literatur

Grasser, Gerlinde/Wieseneder, Elisabeth (2010): Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen. Online im Internet: http://public-health.medunigraz.at/archiv/artikel/Artikel%202010/GB%202010%20fuer%20die%20Steiermark.pdf [Stand: 2014-09-24].

Kindler, Heinz (2003): Evaluation der Wirksamkeit präventiver Arbeit gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen. Expertise. München: Amyna e.V. – Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch.

Spannring, Veronika (2013): Welche Beziehungsformen und Modelle von Zusammenleben wünschen sich junge Frauen für ihr Leben? In: Fachreader „Wir passen zusammen“. Zur Rolle von Gemeinschaften und Beziehungsformen im Leben von Jugendlichen, S. 40-47. Online im Internet: http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/betroffene/jugendreader-broschuere.pdf [Stand: 2014-12-16].

Wilkinson, Richard/Marmot, Michael (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. Online im Inernet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf [Stand: 2014-09-24].

Foto: Mafalda

DSA Veronika Spannring

veronika.spannring@mafalda.at
http://www.mafalda.at
+43 (0)316 337300-13

Veronika Spannring ist Sozialarbeiterin, Erwachsenenbildnerin und Theaterpädagogin. Sie ist als Beraterin bei Mafalda – Verein zur Förderung und Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen – tätig mit Arbeitsschwerpunkt Gewalt und Gewaltprävention. Zudem ist sie Referentin in Workshops für Mädchen und Multiplikatorinnen zu den Themen Gewaltprävention und Mädchenarbeit.

What Young Women Wish for in Their Lives

A holistic approach to health and wellbeing oriented support for girls

Abstract

Mafalda is an association that promotes and supports girls and young women in Graz. Central to the activity of the association is the question of what girls and young women envision a successful life to be and what support they need to achieve this. Practice shows that promoting girls' wellbeing requires a comprehensive and holistic approach on different levels in the spirit of the view of health promotion presented by the WHO in the Ottawa Charter. The WHO definition goes beyond the medical frame of reference. Health promotion aims to support girls and young women as they make their way in the world of work, build relationships and make use of their leisure time as a resource for their health. The article presents the problems girls and young women have and ways to promote their self-determination and self-responsibility. (Ed.)

Frauengesundheit heißt Prävention!

30 Jahre Verein Frauentreffpunkt – wie wir arbeiten und denken

Gudrun E. Hagen

Hagen, Gudrun E. (2015): Frauengesundheit heißt Prävention! 30 Jahre Verein Frauentreffpunkt – wie wir arbeiten und denken.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Frauentreffpunkt, Prävention, Geschlechterrollen, Frauenberatung, Gesundheitssystem

Kurzzusammenfassung

Der Verein Frauentreffpunkt ist in Salzburg nun schon seit 30 Jahren Anlaufstelle für Frauen in unterschiedlichsten Lebenssituationen. Die Autorin skizziert die gemeinsamen Erfahrungen der Beraterinnen und Therapeutinnen und die daraus resultierende Sicht auf die Problematiken der eine Beratung aufsuchenden Frauen. Thematisiert werden neben körperlichen Dauerbelastungen, Mängeln im Gesundheitssystem und fehlenden Unterstützungssystemen vor allem krankmachende Handlungsmuster der traditionellen weiblichen Geschlechterrolle. Gesundheitsprävention bedeutet deshalb für den Verein auch, Frauen darin zu bestärken, ihre eigenen Bedürfnisse als Frauen wahr und ernst zu nehmen. (Red.)

Frauengesundheit heißt Prävention!

30 Jahre Verein Frauentreffpunkt – wie wir arbeiten und denken

Gudrun E. Hagen

Seit 30 Jahren bietet der Verein Frauentreffpunkt in Salzburg Frauen einen kostenlosen Zugang zu psychosozialer, psychologischer und rechtlicher Beratung. Wesentliche Prinzipien der Tätigkeit des multiprofessionellen Teams (Juristinnen, Psychologinnen, Politologin, Sozialarbeiterin, Pädagoginnen) sind Ganzheitlichkeit, Parteilichkeit, Freiwilligkeit und Vertraulichkeit. Gesundheitliche Probleme sind vor allem im Rahmen der psychologischen Beratung ein häufiges Thema, spielen aber auch in anderen Beratungszusammenhängen eine wichtige Rolle.

Unsere Arbeit[1]

Wir bieten Frauen eine Anlaufstelle, wo sie mit ihren Ängsten, Problemen und Fragen ankommen können und wahrgenommen werden. Die Beratung der Frauen findet in einem eigens dafür gestalteten Frauenraum statt, der Schutz und Unterstützung, Aufmerksamkeit und Wertschätzung gewähren soll. Im Jahr 2013 nahmen 1.249 Frauen (die meisten zwischen 20 und 59 Jahre alt, 40% von ihnen nicht im Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft) das Beratungs- und Betreuungsangebot unserer Beratungsstelle in der Stadt Salzburg in Anspruch – in Form von persönlichen und telefonischen Gesprächen. Mehr als die Hälfte unserer Klientinnen im Jahr 2013 hatten Kinder und fast ein Drittel bezog die Bedarfsorientierte Mindestsicherung – trotz zumeist eigenen Einkommens. Die Probleme, mit denen Frauen in die Beratung kommen, sehen wir großteils als Effekt der strukturellen Gewalt gegen Frauen und als individuelle Verarbeitungsform von Diskriminierung, Ausbeutung, Gewalt und eingeschränkten Lebenschancen.

Ganzheitliche, frauenspezifische Beratung heißt für uns, Mut zu machen durch das Aufzeigen von rechtlichen Möglichkeiten, durch Informationen zur Existenzsicherung, durch Unterstützung in Krisen, durch Selbstwertstärkung und durch Hinterfragen von traditionellen Rollenbildern. In der Beratung arbeiten wir lösungs- und ressourcenorientiert an individuellen Problemstellungen. Darüber hinaus ist es uns ein Anliegen aufzuzeigen, wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen Frauen an der Verwirklichung ihrer Lebenschancen hindern. Wir wollen uns für die Veränderungen dieser Strukturen einsetzen. Im Sinne der feministischen emanzipatorischen Arbeit legen wir deshalb auch Wert darauf, hierarchisch strukturierte Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zu vermeiden. Die Einbindung aller Mitarbeiterinnen

1 Diese und weitere Informationen sind nachzulesen im Tätigkeitsbericht 2013 unter: http://www.frauentreffpunkt.at/aktuelles

in die inhaltliche und organisatorische Gestaltung der Arbeit erfolgt durch transparente, demokratische Entscheidungsprozesse.

Beratung als Gesundheitsprävention

Unsere Beratung geht von einem ganzheitlichen niederschwelligen Ansatz aus und kann insofern als gesundheitspräventiv betrachtet werden, als die multiprofessionelle, schnelle und – wenn notwendig – längerfristige Unterstützung der Klientinnen oftmals verhindert, dass sich akute psychische Krisen zu manifesten Krankheitsbildern auswachsen. So können in intensiven Beratungsprozessen häufig längere Krankenhausaufenthalte, eine „Psychiatrisierung“ oder der drohende Verlust des Arbeitsplatzes abgewendet werden. Über dieses Angebot hinaus suchen wir für Frauen passende niedergelassene TherapeutInnen mit gendersensibler Haltung. Zusätzlich möchten wir alle Frauen dazu ermutigen, sich ein Netzwerk gegenseitiger Unterstützung aufzubauen, auf das sie nicht nur im Krisenfall zurückgreifen können.

Wer braucht Beratung und wieso?

Armutsgefährdete Frauen, die zu uns kommen, weisen unserer Erfahrung nach eine besondere Anfälligkeit für seelische und körperliche Erkrankungen auf. Sie sind durch körperlich harte Arbeit in schlecht bezahlten, prekären Jobs, durch prekäre Wohnverhältnisse und finanzielle Abhängigkeit einer körperlichen und emotionalen Dauerbelastung ausgesetzt und verfügen über geringe soziale Ressourcen. Eine ähnliche Disposition bringen Alleinerzieherinnen (36%) sowie erwerbstätige Mütter mit, die der Mehrfachbelastung durch Familie und Job nicht standhalten, weil sie z.B. in Jobs beschäftigt sind, die sich schwer mit ihren familiären Pflichten vereinbaren lassen bzw. weil Kinderbetreuungseinrichtungen mit ihren Öffnungszeiten den Erfordernissen des Arbeitsmarktes hinterherhinken. Depressionen, Burnout, Angst- und Essstörungen, aber auch hoher Blutdruck, Bandscheibenvorfall und Diabetes sind oft damit verbunden.
Häufig können wir auch eine erlernte Hilflosigkeit beobachten, die das Verharren in schädigenden Lebenssituationen eher nahelegt als eine aktive Lösungssuche. Eine fehlende Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität in Kombination mit der Tabuisierung von sexualisierten Gewalterfahrungen tut ihr Übriges.

Kein Partner in der Krise? Solidarität unter Frauen

Oft kommen Frauen zu uns in die Beratung, die einen wahren Marathon an ärztlichen Behandlungen, Therapien und Beratungen hinter sich haben. Ihr sozialer Nahraum bietet ihnen wenig bis keine emotionale Unterstützung. Dieses Zurückgeworfensein auf institutionelle Hilfe führt leicht zu einer vorschnellen Patientifizierung und Stigmatisierung. Der Stempel der psychischen Krankheit lässt oft nicht lange auf sich warten. Frau muss sich scheinbar für krank oder sozial bedürftig erklären, um Hilfe zu erhalten – ein weiterer Anschlag auf das oft bereits geringe Selbstwertgefühl und manchmal vielleicht zugleich eine Verlockung, in der Hilflosigkeit das Heil zu suchen.

Aber wieso ist das so? Häufig wird uns in der Beratung ein gelebtes Beziehungsmodell beschrieben, in dem die Unterstützung des eigenen Partners bei seinen Lebensproblemen von den Frauen als Selbstverständlichkeit gesehen wird. Geraten die Frauen selbst in eine Krisensituation, zeigt sich uns, dass sich ihre Partner oft emotional zurückziehen, hinter beruflichen Verpflichtungen verschanzen oder auf sachliche Nebenschauplätze ausweichen, anstatt sich ernsthaft mit den Lebensproblemen ihrer Partnerin auseinanderzusetzen. Vielfach werden Frauen, die zu uns kommen, von ihren Partnern „abgewertet“, sobald sie als Ehefrau, Mutter und Haushaltsführende nicht mehr „funktionieren“. Die Frauen fühlen sich alleine gelassen, entschuldigen die mangelnde Unterstützung aber vorschnell. Argumente wie „Männer können halt nicht so emotional“ oder „Sein Vater war auch so“ sind auch heute noch üblich. In ihrer Not wenden sich Frauen in vielen Fällen wiederum an andere weibliche Bezugspersonen. Oft ist dies die beste Freundin, die Schwester oder eigene Mutter. Wir sind beeindruckt vom oft jahrelangen liebevollen Engagement, mit dem Freundinnen einander unterstützen. Solidarität unter Frauen scheint auch in Zeiten brüchiger und schnelllebiger Beziehungen einen hohen Wert darzustellen.

Prävention besser als „Reparatur“

Diese beobachtbaren Lebensrealitäten treffen auf ein Gesundheitssystem, dessen Fokus vorrangig auf der Behandlung bereits aufgetretener gesundheitlicher Schäden liegt. Es wird also sehr viel Geld in die „Reparatur“ investiert. Geht es darum, Gesundheit – und somit Arbeitsfähigkeit, Erziehungsfähigkeit und soziale Selbsterhaltungsfähigkeit – möglichst lange zu erhalten, wird zumeist mit dem Kostenargument abgewehrt. Die hohen sozialen Folgekosten dieses weitreichenden Verzichts auf präventive Maßnahmen finden kaum Beachtung. Unseres Erachtens stehen die finanziellen und bürokratischen Hürden bis zur Aufnahme einer Therapie einer optimalen Versorgung oft im Weg. Ein gutes Beispiel ist das Fehlen von Psychotherapie auf Krankenschein.

Neulich kam eine junge Mutter mit psychischen Problemen in die Beratung. Die Indiziertheit regelmäßiger Psychotherapie war unschwer zu erkennen, der Bedarf wurde von der Frau auch angemeldet. Sie nahm jedoch keine Therapie auf, weil sie den alleinverdienenden Mann nicht um das Geld für die Therapie bitten wollte. Das Verhältnis wäre ohnedies angespannt und geprägt von dem Vorwurf, sie würde im Vergleich zu Mann und Kindern zu viel Geld verbrauchen. In die Salzburger Regelung für „Wirtschaftlich Schwache“ fällt die Familie nicht hinein. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse würde eine frühere und selbstverständlichere (dafür vielleicht kürzere und zielgerichtetere?) Inanspruchnahme von Psychotherapie ermöglichen.

Beratung hilft, Gewohnheiten zu reflektieren

Unsere Beratung orientiert sich an weiblichen Lebenszusammenhängen und denkt tradierte Geschlechterrollen mit. Wir unterstützen Frauen, aus krankmachenden Handlungsmustern auszusteigen, indem wir sie darin bestärken, ihre eigenen Bedürfnisse wahr und ernst zu nehmen. Oft ist dies ein weiter Weg, der über Schuldgefühle bis hin zu einer völligen Neudefinition des eigenen Selbstbildes führt.

Viele Frauen haben schon in ihrer Kindheit die Pflicht verinnerlicht, zuerst an andere und dann an sich selber zu denken. Sie haben gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse so weit zu verleugnen, dass schon die Wahrnehmung derselben eine schwierige Aufgabe ist. Oft stecken Frauen auch in einem „HelferInnensyndrom“ fest, da sie sich als nützlich erleben und gesellschaftlich aufgewertet fühlen, wenn sie von anderen gebraucht werden. Diese Frauen müssen erst wieder lernen, Nein zu sagen und generalisierte Befürchtungen zu hinterfragen.

In vielen Fällen geht es im Beratungsprozess darum, erst einmal oder erneut (nach einer Trennung oder dem Auszug erwachsener Kinder) ein eigenes Lebenskonzept zu erarbeiten. Wenn die Gewohnheit, sich anzupassen und sich an anderen zu orientieren, aufgegeben werden soll, müssen wir uns fragen, was wir stattdessen tun wollen. Auf der Handlungsebene geht es darum, zu agieren statt zu reagieren.

Oft erleben Frauen, dass ihr Leben und ihre Beziehungen an Qualität gewinnen, wenn sie lernen, ihre eigenen Bedürfnisse zu artikulieren. Ein Eingestehen der eigenen Bedürfnisse kann aber auch die Notwendigkeit wichtiger Lebensveränderungen mit sich bringen. Manchmal gehen Frauen, wenn sie beginnen, an sich selbst zu denken, auf eine Trennung zu, da sie sich innerhalb der bestehenden Partnerschaft nicht entfalten können.

Was wünschen wir uns?

Wünschenswert im Sinne der Gesundheitsprävention wäre neben dem erleichterten Weg zu Psychotherapieangeboten ein möglichst niederschwelliger Zugang belasteter Frauen zu Kurmaßnahmen. Es geht darum, einem Prozess des Ausbrennens oder Krankwerdens möglichst früh gegenzusteuern. Dafür ist im Alltag der Frauen oft zu wenig Raum. In einer Kurmaßnahme (oder Mutter-Kind-Kur – es ist mehr als bezeichnend, dass es in Österreich kaum Kurhäuser für Mütter mit Kindern gibt) können Frauen Raum finden, an Veränderungen zu arbeiten, bevor ihnen alles zu viel wird.

Dabei könnten Frauen eine Vorreiterrolle einnehmen, sie sind häufig die „Gesundheitsmanagerinnen“ der ganzen Familie. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für Frauen sind daher eine gute Investition. Auch heute noch wird in Österreich ein Großteil der

Erziehungs- und Betreuungsarbeit in den Familien von Frauen geleistet. Sie geben Gesundheitswissen sowie Ernährungs- und Lebensstil auf direktem Weg an ihre Familienmitglieder und somit auch an die nächsten Generationen weiter. Umgekehrt können die Folgen von Erschöpfung und chronischer Krankheit ihrer Mütter für Kinder verheerende Folgen haben. Es gibt noch viel zu tun…

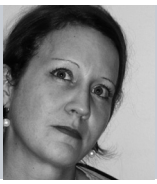


Foto: K.K.

Mag.ª Gudrun E. Hagen

office@frauentreffpunkt.at
http://www.frauentreffpunkt.at
+43 (0)662 875498

Gudrun Hagen ist Psychologin und systemische Familientherapeutin. Seit 2002 arbeitet sie im Verein Frauentreffpunkt, Frauenberatung Salzburg im Bereich psychosozialer und psychologischer Beratung.

Women's Health is Prevention!

30 years of the association Frauentreffpunkt – how we work and think

Abstract

The association Frauentreffpunkt in Salzburg has been a point of contact for women with different situations in life for over 30 years. The author outlines the common experience of counsellors and therapists and their subsequent view of the problems of women who seek counselling. Along with repetitive physical labour, flaws in the health care system and a lack of support systems, topics include harmful patterns of behaviour that go hand in hand with the traditional female gender role. For Frauentreffpunkt, health prevention also means encouraging women to recognize their own needs as women and to take these needs seriously. (Ed.)

Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft

Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.)

Barbara Kreilinger

Kreilinger, Barbara [Rez.] (2015): Paul, Bettina/Schmid-Semisch, Henning (Hrsg.) (2010): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien.
Online im Internet: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf.
Druck-Version: Books on Demand GmbH: Norderstedt.

Schlagworte: Gesundheitsförderung, Gesundheitskommunikation, Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen

„Gesundheit ist zu einem konstitutiven Merkmal gesellschaftlicher Entwicklungen und Entscheidungen geworden und prägt die Lebens-, Befindlichkeits- und Bewusstseinslagen der Individuen. Gleichwohl ist Gesundheit kein Wert an sich, sondern stets Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzungen. Sie steht im Spannungsfeld ökonomischer, politischer und professioneller Interessen, die sie befördern, aber auch im jeweils eigenen Sinne funktionalisieren und instrumentalisieren können. Die hierdurch entstehenden ambivalenten und problematischen Dynamiken sind Gegenstand der Beiträge dieses Bandes.“ (Verlagsinformation)

Bettina Paul, Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.)
Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010
289 Seiten

Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft

Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.)

Barbara Kreilinger

Jede Entscheidung, die wir treffen, so wird suggeriert, ist zugleich eine Entscheidung über unsere Gesundheit.

Henning Schmidt-Semisch und Bettina Paul (2010)

Wie der Titel ankündigt, beschäftigt sich der vorliegende Sammelband mit den Ambivalenzen unserer heutigen Auffassung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Kernthema sind Fragen zur Individualisierung der Verantwortung für (eigene) Gesundheit.

Überblick

Die beiden Herausgeber_innen **Bettina Paul** und **Henning Schmidt-Semisch**, angesiedelt an der Universität Bremen und der Universität Hamburg, problematisieren in ihrer Einleitung die Möglichkeit der Grenzenlosigkeit von Gesundheit: Mehr Gesundheit sei immer möglich. Zum anderen werden auch eigentlich gesunde Prozesse wie Schwangerschaft, Alterungsprozesse, Menopause, um nur einige wenige zu nennen, zunehmend medizinalisiert und problemhaft dargestellt. Immer mehr Verhaltensweisen gelten als gesundheitsschädigend; Versicherungen überlegen Prämien für „gesundes Verhalten". Für diese Art und Weise, Gesundheit zu denken, machen die Herausgeber_innen drei kollektive Gesundheitsakteure aus: die Gesundheitswissenschaft/Public Health, die Gesundheitswirtschaft sowie staatliche und politische Akteure und Akteurinnen.
Insgesamt 17 Autor_innen beleuchten im Sammelband das Thema „Gesundheit" von ihrem jeweiligen wissenschaftlichen Standpunkt aus. Allen gemeinsam ist eine Schlüsselfrage: Wie kann die Verantwortung für Gesundheit angemessen verteilt werden? Der Themenbogen ist breit gespannt und scheint manchmal wie zufällig gereiht. Gleichzeitig ermöglicht gerade dieser Bogen ein spannendes Eintauchen in die Materie.

Einzelne Beiträge und inhaltliche Stränge

Im Gegensatz zu anderen Publikationen wird im Sammelband von Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch Gesundheit als ein Prozess gesehen, der immer wieder hergestellt werden muss. So plädiert **Bettina Schmidt** in ihrem Eröffnungsbeitrag „Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern" dafür, die Verantwortung für ihr Verhalten durchaus den einzelnen Personen zu überlassen, die Folgen dieser Entscheidungen allerdings dem Gemeinwohl zu überantworten.

Die medizinisch-technische Entwicklung wird u.a. am Beispiel von Genom-Analysen im Internet dargestellt. Der/die interessierte Leser_in erfährt im Beitrag „Die Verflüssigung der Norm: Selbstregierung und personalisierte Gesundheit“ von **Barbara Prainsack**, dass es Webdienste gibt, über die man ein individuelles Genom-Profil erstellen lassen kann und dann mittels Networking potenzielle Partner_innen mit ähnlichem Profil vermittelt bekommt. Tatsächlich wird bei dieser Analyse nicht beraten. Diese Möglichkeit könnte m.E. auch als zukunftsträchtige Variante der Partner_innenvermittlung gesehen werden.

Medizinische und naturwissenschaftliche Erkenntnisse sowie deren passende mediale Vermittlung beeinflussen Vorstellung und Bedeutung des eigenen Körpers, so die Argumentation von **Frauke Koppelin** und **Rainer Müller** in „Gesundheit und Krankheit in biopolitischen Zeiten“. Das eigentlich normale Leben wird zum Gegenstand von Regulierung, Verwertung und selbstverständlich: Optimierung. Ausgeschlossen scheinen Sinn und Sinnlichkeit des Leibes zu werden. Dies impliziert ein Bild von vollständiger Unversehrtheit, ständigem Wohlbefinden, Jugend und Schönheit – also keinesfalls von Tod, Not und Leid.

Im Gegensatz dazu stehen biografische Selbstrepräsentanzen, die sehr wohl von Beschädigung, Leid und auch gescheitertem Leben erzählen. Die politische Relevanz von Biografien wird im Beitrag von **Andreas Hanses** „Gesundheit und Biographie – eine Gradwanderung zwischen Selbstoptimierung und Selbstsorge als gesellschaftliche Kritik“ aus drei Perspektiven erörtert. Die Beschädigung und Befähigung des Subjekts bezieht sich dabei sowohl auf „unterdrückte Wissensarten“ als auch auf „beschädigtes Leben“. Der dritte Bezugspunkt „biografische Bedingungsgefüge“ thematisiert Bedingungen biografischer Entfaltungen. Biografien, so die Conclusio von Hanses, können zentral für die Analyse von Gesundheitspraxen sein.

Wir alle kennen das Diktat der Schönheitsindustrie – schlank, schlanker, am schlankesten. Gleichzeitig gehört die schlanke, wohlgeformte (oder hart trainierte) Figur mittlerweile zum Sozialprestige. Die Erkenntnis, dass Personen der unteren Schichten eher übergewichtig sind als Personen der oberen Schichten, ist nicht neu. Neu ist das Stigma, das damit verbunden wird: Übergewicht – Unterschicht – mangelnde Disziplin – mangelnder Erfolg – wenig Sozialprestige, so **Friedrich Schorb** in seinem Artikel „Fit for fun? – Schlankheit als Sozialprestige“. Der Blick richtet sich dabei nicht nur auf bereits übergewichtige Menschen, sondern auch auf alle, die dick werden könnten, also auf eine potenzielle Masse. Diese Stigmatisierung manifestiert sich Schorb zufolge bereits in Zahlen – so sind dicke Menschen weniger erfolgreich am Arbeitsmarkt, zugleich gilt die Unterschicht als beratungsresistent. Ich erinnere mich aber auch an andere Zeiten: Zigarre und Bauch bei Männern galten als Symbol des Wohlstands und Erfolgs. Bei Frauen hingegen war gutes Aussehen das wesentliche Kriterium für ihren Wert am Heiratsmarkt.

Das Thema Sucht wird aus unterschiedlichen Perspektiven thematisiert. Von **Craig Reinarman** wird in „Policing Pleasure – Drogenpolitik und die Politisierung der Nahrungsaufnahme“ die Drogenpolitik in den Blick genommen, von **Henning Schmid-Semisch** der derzeitige Suchtdiskurs.

Reinarman bespricht im Konkreten die Drogen- und Nahrungsmittelpolitik der USA. Erscheint der Zusammenhang zwischen Drogen und Nahrungsmittel auf den ersten Blick verwirrend, so wird er klarer, wenn das Augenmerk auf die Ähnlichkeiten der Genüsse gelegt wird. So ist schon die Wortwahl ähnlich: Auch beim Essen wird mittlerweile von Suchtverhalten und Krankheit gesprochen. Essstörungen sind bereits in Diagnosen gefasst und behandlungswürdig. Ironischerweise wurden viele sogenannte Drogen wie Alkohol (Bier) und psychoaktive Pflanzen in früheren Zeiten zu Nahrungsmitteln gezählt, und zwar für Erwachsene und Kinder.

Schmid-Semisch hinterfragt in „Doing Addiction. Überlegungen zu Risiken und Nebenwirkungen des Suchtdiskurses“ kritisch die Kombination von „Sucht“ und „Abhängigkeit“. Jedes Verhalten kann mittlerweile mit dem Etikett „Sucht“ verbunden werden: Sexsucht, Fresssucht; Spielsucht, Computersucht etc. Schmid-Semisch vertritt die Auffassung, dass Sucht in einem Prozess immer wieder hergestellt werden muss. Die Forschungsperspektive „Doing Addiction“ richtet sich demnach auf die Wechselwirkung zwischen kulturellem Wissen über Sucht und süchtiges Verhalten und dem Handeln der Akteure

und Akteurinnen bzw. im Grunde auf das aller Beteiligten, also auch das der Angehörigen, Helfenden etc. Die Forschungsergebnisse, die vorgestellt werden, revidieren Bilder vom kranken, unkontrollierten, fremdbestimmten süchtigen Menschen.

Weitere Beiträge des Sammelbandes kreisen um die Themen (kurz kommentiert):

- Drogentests (Achtung: Pinkeln unter Aufsicht ist angesagt)
- Rauchen (Lucky Luke raucht nicht mehr! Er trinkt dafür Whisky – gesünder!)
- Gesundheitsverweigerer (Wann ist ein Mann ein echter Kerl?)
- Die elektronische Gesundheitsakte (schöne Grüße von der NSA)
- Psychische Probleme (und wie man diese Menschen präventiv kriminalisieren kann)
- Prävention (darf keinesfalls fehlen)
- Nationale Sicherheit (der Dauerbrenner)
- Nutzer_innenorientierung (der Mensch darf manchmal mitentscheiden)

Packungsbeilage

Zu Risiken und Nebenwirkungen dieses Sammelbandes lesen Sie bitte die Packungsbeilage oder fragen Sie Ihre Ärztin und Apothekerin! Wenn Sie meine Konstitution haben, was wir mittels Genom-Analyse feststellen können, so vertragen Sie den Inhalt interessiert und problemlos. Er wird Sie sogar zu neuen Gedanken anregen!

Foto: K.K.

Mag.ª Dr.in Barbara Kreilinger

barbara.kreilinger@vhs.or.at
http://www.vhs.or.at
+43 (0)1 2164226

Barbara Kreilinger studierte Pädagogik/Sonderheilpädagogik in Wien und Bremen. Sie ist pädagogische Mitarbeiterin der Pädagogischen Arbeits- und Forschungsstelle des Verbands Österreichischer Volkshochschulen (VÖV), Redakteurin der Zeitschrift „Die Österreichische Volkshochschule" (ÖVH), Nachrichten-Korrespondentin von www.erwachsenenbildung.at und verantwortlich für den pädagogischen Ausschuss sowie die MitarbeiterInnenfortbildung des VÖV. Außerdem ist sie Mitglied der Plattform 20000frauen.

Impressum/Offenlegung

Meb
Magazin erwachsenenbildung.at

Magazin erwachsenenbildung.at

Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs

Gefördert aus Mitteln des BMBF

erscheint 3 x jährlich online, mit Parallelausgabe im Druck

Online: www.erwachsenenbildung.at/magazin

Herstellung und Verlag der Druck-Version:
Books on Demand GmbH, Norderstedt

ISSN: 1993-6818 (Online)
ISSN: 2076-2879 (Druck)
ISSN-L: 1993-6818
ISBN: 9783734763762

Projektträger

CONEDU – Verein für Bildungsforschung und -medien
Marienplatz 1/2/L
A-8020 Graz
ZVR-Zahl: 167333476

Medieninhaber

Bundesministerium für Bildung und Frauen
Minoritenplatz 5
A-1014 Wien

Bundesinstitut für Erwachsenenbildung
Bürglstein 1-7
A-5360 St. Wolfgang

HerausgeberInnen der Ausgabe 24, 2015

Dr.in Mag.a Barbara Kreilinger (Verband österreichischer Volkshochschulen)
DSA Elisabeth Schalk (Volkshochschule Linz)
Dr. Christian Kloyber (Bundesinstitut für Erwachsenenbildung)

HerausgeberInnen des Magazin erwachsenenbildung.at

Mag.a Regina Rosc (Bundesministerium für Bildung und Frauen)
Dr. Christian Kloyber (Bundesinstitut für Erwachsenenbildung)
Mag. Wilfried Hackl (Verein CONEDU)

Fachredaktion

Univ.-Prof.in Dr.in Elke Gruber (Universität Klagenfurt)
Dr. Lorenz Lassnigg (Institut für höhere Studien)
Mag. Kurt Schmid (Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft)
Dr. Stefan Vater (Verband Österreichischer Volkshochschulen)
Ina Zwerger (ORF Radio Ö1)

Online-Redaktion und Satz

Mag.a Bianca Friesenbichler (Verein CONEDU)
Mag.a Sabine Schnepfleitner (Verein CONEDU)

Fachlektorat

Mag.a Laura R. Rosinger (Textconsult)

Übersetzung

Übersetzungsbüro Mag.a Andrea Kraus

Design

Karin Klier (tür 3))) DESIGN)

Website

wukonig.com | Wukonig & Partner OEG

Medienlinie

Das „Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs" enthält Fachbeiträge von AutorInnen aus Wissenschaft und Praxis und wird redaktionell betrieben. Es richtet sich an Personen, die in der Erwachsenenbildung und verwandten Feldern tätig sind, sowie an BildungsforscherInnen und Studierende. Jede Ausgabe widmet sich einem spezifischen Thema. Ziele des Magazin erwachsenenbildung.at sind die Widerspiegelung und Förderung der Auseinandersetzung über Erwachsenenbildung seitens Wissenschaft, Praxis und Bildungspolitik. Weiters soll durch das Magazin der Wissenstransfer aus Forschung und innovativer Projektlandschaft unterstützt werden. Die eingelangten Beiträge werden einem Review der Fachredaktion unterzogen. Zur Veröffentlichung ausgewählte Artikel werden lektoriert und redaktionell bearbeitet. Namentlich ausgewiesene Inhalte entsprechen nicht zwingend der Meinung der HerausgeberInnen oder der Redaktion. Die HerausgeberInnen übernehmen keine Verantwortung für die Inhalte verlinkter Seiten und distanzieren sich insbesondere von rassistischen, sexistischen oder sonstwie diskriminierenden Äußerungen oder rechtswidrigen Inhalten.

Alle Artikel und Ausgaben des Magazin erwachsenenbildung.at sind im PDF-Format unter www.erwachsenenbildung.at/magazin kostenlos verfügbar. Das Online-Magazin erscheint parallel auch in Druck (Print-on-Demand) sowie als eBook.

Urheberrecht und Lizenzierung

Wenn nicht anders angegeben, erscheinen die Artikel des „Magazin erwachsenenbildung.at" unter der „Creative Commons Lizenz".

BenutzerInnen dürfen den Inhalt zu den folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich aufführen:

- Namensnennung und Quellenverweis. Sie müssen den Namen des/der AutorIn nennen und die Quell-URL angeben.
- Keine kommerzielle Nutzung. Dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.
- Keine Bearbeitung. Der Inhalt darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.
- Nennung der Lizenzbedingungen. Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter die dieser Inhalt fällt, mitteilen.
- Aufhebung. Jede dieser Bedingungen kann nach schriftlicher Einwilligung des Rechtsinhabers aufgehoben werden.

Die gesetzlichen Schranken des Urheberrechts bleiben hiervon unberührt. Nähere Informationen unter www.creativecommons.at.

Im Falle der Wiederveröffentlichung oder Bereitstellung auf Ihrer Website senden Sie bitte die URL und/oder ein Belegexemplar elektronisch an redaktion@erwachsenenbildung.at oder postalisch an die angegebene Kontaktadresse.

Kontakt und Hersteller

Magazin erwachsenenbildung.at
Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs
p. A. CONEDU – Verein für Bildungsforschung und -medien
Marienplatz 1/2/L, A-8020 Graz
redaktion@erwachsenenbildung.at
http://www.erwachsenenbildung.at/magazin