

Vorträge und Aufsätze

Arbeitsbereich Allgemeine Pädagogik

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Karl-Franzens-Universität Graz

Jg. 2021

Denkwerkstatt

Allgemeine Pädagogik

Heft 26

Verena Gangl (Marchner)

„Gesundheit“ ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung



„Gesundheit“ ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung.

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.)

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

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. Rekuriert 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 ökosomatisches¹ 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*

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

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 biopsychosozialen, 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, 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).

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 zuallererst bedeutet, seine Grundbedürfnisse befriedigen zu können (siehe WHO 1979).

Gesundheitsförderung will Menschen in die Lage versetzen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu befriedigen sowie mit ihrer Umwelt produktiver umzugehen. Klar im Vordergrund stehen nichttherapeutische 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 Erziehungswissenschaftler 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 oder pflegerische medizinische Versorgung aufgewendet: Obwohl 62% der Lebensgesundheit durch den Lebensstil beeinflussbar sind und nur 10% die kurative Medizin betreffen, fließen in Österreich 90% der Gesundheitsressourcen in letztgenannte. Im Jahr 2012 betrugen die Gesundheitsausgaben ca. 34 Milliarden Euro oder 10,7% des BIP; davon entfielen jedoch nur 474 Millionen, also rund 1,4%, auf Präventionsmaßnahmen und den öffentlichen Gesundheitsdienst (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 Erziehungswissenschaftlerin 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 Gesundheitswissenschaftler 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 Sozialwissenschaftler 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 Erziehungswissenschaftler 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 substantiell 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- Rumpfmair, 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_huegeli.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. Voll. 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.

Impressum

© 2021 Verena Gangl (Marchner)

Erstveröffentlichung 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.

Bildhinweis:

Das Titelbild zeigt die Tischlerei-Werkstatt im Bauhaus Weimar – Filmset (Nachbau).

Zu finden unter: <https://bauhaus.daserste.de/frauen-am-bauhaus>

Die Verwendung dieses Beitrags erfolgt mit freundlicher Genehmigung von
Verena Gangl (Marchner).