

Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter statistischen Gesichtspunkten

Bernd Käpplinger

Zusammenfassung

Nach kurzen einführenden Anmerkungen zur historischen und gesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsbildung wird in dem Artikel die quantitative Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen anhand von Statistiken und Programmanalysen nachgezeichnet. Insgesamt ist die Gesundheitsbildung von einem deutlichen Wachstum gekennzeichnet.

1. Gesundheitsbildung: Vom „unbeachteten Schattendasein“ ins Rampenlicht

Die gesellschaftlichen und individuellen Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit sind historisch großen Veränderungen ausgesetzt und aufs engste mit politischen Prozessen verwoben (vgl. Foucault 2001, Hoh/Barz 2010). Allein schon deswegen sollte man vorsichtig damit sein, individuelle Bildungsbewegungen im Bereich Gesundheitsbildung als reine Privatinteressen einzustufen. In der Erwachsenenbildung/Weiterbildung hat sich die Bedeutung der Gesundheitsbildung in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. So weist Venth (2001, S. 513) darauf hin, dass dieser Programmbereich lange Zeit „statistisch nicht in Erscheinung trat“ und mit historischem Blick erst seit relativ kurzem präsent ist. Körber u. a. (1995, S. 155) kamen zu vor gar zu der Schlussfolgerung, „dass sich die Entwicklung der Gesundheitsbildung besonders eignet, um Veränderungen in der Struktur der gesamten Weiterbildung zu kennzeichnen“, was die Autoren letztlich damit begründen, dass dieser Bereich gemeinsam mit dem EDV Bereich zu den „folgenreichsten Innovationen“ der achtziger Jahre zähle und „von vornherein marktorientiert geplant“ worden sei (ebenda, S. 156). Bewertungen, die sicherlich zur Diskussion reizen und weiter geprüft werden müssten. Die Gesundheitsbildung sieht sich immer wieder Kritiken ausgesetzt. Ganz aktuell zum Beispiel, wenn der Bund der Steuerzahler (2011) medienwirksam fordert, dass Yoga und Bauchtanz Kurse aus dem Kursangebot von Volkshochschulen „aus sortiert“ werden müssten, da sie dem gesetzlichen Bildungsauftrag nicht entsprechen

würden. Auffällig ist dabei, dass die Kritik an Gesundheits- und Frauenbildung oftmals implizit mit relativ uninformierten und speziell frauendiskriminierenden Haltungen verbunden ist (vgl. ebenda). Gesundheitsbildung selbst und der Blick auf die Gesundheitsbildung legen Strukturen des Geschlechterverhältnisses offen (vgl. Gieseke/Opelt 2003, S. 312). Insgesamt weist der quantitative Bedeutungszuwachs der Gesundheitsbildung auf ein interessantes Forschungsfeld hin, was allerdings bislang nicht zu umfangreichen Aktivitäten der Weiterbildungsforschung geführt hat.

2. Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter statistischen Gesichtspunkten

2.1 Gesamtüberblick zu statistischen Daten für die Gesundheitsbildung

Wer sich mit der Gesundheitsbildung unter statistischen Gesichtspunkten befasst, kann sich auf eine Reihe von Datenquellen und Studien stützen. Allerdings sollten verschiedene Datenquellen nur mit genauem Blick auf die Erfassungsmethodik verglichen werden, da der Gesundheitsbereich unterschiedlich erhoben wird. So konnte man in der Vergangenheit dem Berichtssystem Weiterbildung (BSW) entnehmen, dass 2003 von der Teilnahmequote von 26 Prozent an der allgemeinen Weiterbildung 4 Prozent auf den Bereich „Fragen der Gesundheit und der gesundheitsgerechten Lebensführung“ sowie 2 Prozent auf „Kenntnisse für die Ausübung von Sportarten“ entfielen (BMBF 2005, S. 17). Lediglich „Sprachkenntnisse“ (6 Prozent) und „Computer/EDV/Internet“ (5 Prozent) verzeichneten größere Teilnehmezahlen (ebenda). Gemäß dem Adult Education Survey (AES), entfielen dann 2010 16 Prozent aller Kurse in der beruflichen und nicht beruflichen Weiterbildung auf den Themenbereich „Gesundheit und Sport“ (Bilger/von Rosenblatt 2011, S. 15), was diesen wiederum zum drittgrößten Bereich nach den doch recht großen Sammelkategorien „Wirtschaft, Arbeit, Recht“ (31 Prozent) sowie „Natur, Technik, Computer“ (26 Prozent) macht. Wenngleich die Zahlen zur Gesundheitsbildung von AES und BSW aufgrund konzeptioneller Unterschiede in der Erhebung nur schwer vergleichbar sind¹ und der AES zu einer Untererfassung der allgemeinen Weiterbildung bzw. im AES Duktus der „nicht berufsbezogenen Weiterbildung“ führen dürfte (vgl. Seiverth 2008), so bestätigt sich doch die große Bedeutung der Gesundheitsbildung für die Weiterbildung insgesamt.

Neben diesen statistischen Bevölkerungsbefragungen ist es wichtig, die Entwicklung des Programmangebotes immer wieder anhand von vertiefenden Regional- und Institutionalstudien nachzuzeichnen, die Längsschnitt- und Querschnittanalysen umfassen. Bevölkerungsbefragungen liefern einige wichtige Grundinformationen über die Weiterbildungsteilnahme, aber insgesamt sind die Informationen, die BSW und AES zur Gesundheitsbildung parat halten, doch recht oberflächlich und wenig detailreich; insbesondere mit Blick auf Inhalte und Themen der Kurse. Multivariate Analysen der BSW- und AES-Daten zu den Teilnahmemustern im Bereich Gesundheitsbildung fehlen jedoch und könnten wichtige nähere Aufschlüsse zur sozialen Lage von TeilnehmerInnen bieten.

Programmanalysen liefern dahingegen wesentlich detailliertere Informationen zur Programm- und Trägerstruktur, die bei Bevölkerungsbefragungen eher unterbelichtet sind (vgl. Gieseke 2011). So zeigen Körber u. a. (1995, S. 156 ff.), Gieseke/Opelt (2003, S. 309 ff.) sowie Schrader (2010, S. 290 f.) auf, wie sich die Gesundheitsbildung untergliedert und wie sie sich auf verschiedene Anbieter Typen verteilt. Demnach war zum Beispiel in Bremen die Volkshochschule mit 30 Prozent des Gesamtangebotes der größte Anbieter von Gesundheitsbildung mit weitem Abstand vor der Angestelltenkammer (Körber u. a. 1995, S. 160). Der Dresdner Studie kann man für 1997 entnehmen, dass „Entspannung/Mediation“ mit 68 Prozent der größte Teilbereich vor „Erkrankungen/Heilmethoden“ mit 20 Prozent ist (Gieseke/Opelt 2003, S. 310), was den Schluss nahelegt, dass in der Gesundheitsbildung präventive vor kurativen Funktionen Vorrang haben. Insofern sollten Statistiken (Befragungen und Trägerdaten) sowie Programmanalysen komplementär analysiert werden.

Im Folgenden wird sich allein auf die Volkshochschul Statistik des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) gestützt, da diese statistische Quelle die mittlere längste und kontinuierlichste Zeitreihe anbietet und der Fokus auf der Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen liegen soll.

2.2 Gesundheitsbildung an Volkshochschulen – Entwicklung im Längsschnitt²

Die Entwicklung und der Stellenwert der Gesundheitsbildung im Vergleich zu anderen Programmbereichen an Volkshochschulen kann man vor allem anhand von drei Indikatoren einschätzen. Die Tabelle 9 der VHS Statistik (s. z. B. Huntemann/Weiß 2009, S. 29 ff.) bietet an:

- Absolute Zahl und Anteil der *Kurse* (in Prozent aller Kurse)
- Absolute Zahl und Anteil der *Unterrichtsstunden* (in Prozent aller Unterrichtsstunden)
- Absolute Zahl und Anteil der *Belegungen* (in Prozent aller Belegungen)

Vergleicht man die Entwicklung dieser drei Indikatoren zwischen 1991 (erster gesamtdeutscher Datensatz) und 2010 (aktuellste Zahlen) dann kann man folgende Entwicklungen nachzeichnen:

Tabelle: Prozentuale Anteile der Kurse, Belegungen und Unterrichtsstunden in der Gesundheitsbildung gegenüber dem Gesamtangebot an deutschen Volkshochschulen (Quelle: VHS-Statistik 1991 und 2010)

Kurse in Prozent aller Kurse			Belegungen in Prozent aller Belegungen			Unterrichtsstunden in Prozent aller Ust.		
1991	2010	Änderung 2010 zu 1991	1991	2010	Änderung 2010 zu 1991	1991	2010	Änderung 2010 zu 1991
21 %	32 %	+52 %	24 %	34 %	+42 %	13 %	19 %	+46 %

Die Entwicklung zeigt ein deutliches Wachstum der Gesundheitsbildung im Vergleich zu anderen VHS Programmbereichen auf. Dies gilt für alle drei Indikatoren.

Bezogen auf die angebotenen Kurse war 2010 der Gesundheitsbereich mit 32 Prozent knapp der größte Bereich vor den Sprachen (30 Prozent). Ähnliches gilt für die Belegungen. Dort ist der Gesundheitsbereich bereits seit 1994 zumeist der größte Programmbereich. Lediglich bei den Unterrichtsstunden liegt der Sprachenbereich mit einem Anteil von 41 Prozent deutlich vor dem zweitgrößten Bereich Gesundheit mit 19 Prozent. 1991 waren außerdem die Bereiche „Kultur Gestalten“ sowie „Arbeit Beruf“ je nach Indikator auch größer als der Gesundheitsbereich. Da das gesamte Programmangebot der Volkshochschulen sowohl für die Kurse, Belegungen als auch Unterrichtsstunden zwischen 1991 und 2010 ein Wachstum von 5 bis 28 Prozent je nach Indikator zu verzeichnen hat, ist der Gesundheitsbereich sowohl relativ im Vergleich zu den anderen Programmbereichen als auch in absoluten Zahlen deutlich bedeutsamer geworden. So verzeichneten 2010 rund 182.500 Gesundheitskurse knapp 2,2 Mio. Belegungen (VHS Statistik 2010). Leider bietet die VHS Statistik keine direkten Informationen darüber, welche Einnahmen die Volkshochschulen im Gesundheitsbereich generieren können.

Insgesamt ist der Gesundheitsbereich zu einem der bedeutendsten – wenn nicht sogar dem quantitativ bedeutsamsten – Programmbereich der Volkshochschulen in den letzten 20 Jahren geworden. Diese Entwicklung hat komplexe Hintergründe und individuelle Bildungsbedürfnisse zeigen sich in der Verwobenheit mit gesellschaftlichen Entwicklungen (vgl. Dietel 2012). Gieseke/Heuer (1995) verweisen auf ein geschlechtsrollenspezifisches Unwohlsein bei Frauen, die an berufliche Beschränkungen geraten oder körperbezogene Abwertungen erleben. Diese Erfahrungen wirken sich in diffusum Unwohlsein und somatisch über Umwege aus. Auch besteht ein zunehmendes Interesse an östlichen Entspannungstechniken aufgrund des „Zeitgeistes Stress“. Die Vereinseitigung von Bewegungsformen in Alltag und Beruf führt dazu, dass Körperlichkeit von alltäglichen in institutionalisierte Lernsettings auswandert, was aber nicht die überwiegende Teilnahme von Frauen an der Gesundheitsbildung erklärt.

2.3 Gesundheitsbildung an Volkshochschulen – Stand im Querschnitt

Die Analyse der VHS Statistik im Querschnitt zeigt wie bereits erwähnt auf, dass die Gesundheitskurse mehrheitlich von Frauen (84,6 Prozent, Huntemann/Weiß 2010, S. 36) besucht werden und ihr dortiger Anteil noch einmal deutlich über ihrem Gesamtanteil an Volkshochschulen von 74,8 Prozent liegt. Zweitens ist zu beobachten, dass die Bedeutung des Gesundheitsbereichs stark regional schwankt (vgl. ebenda, S. 29 ff.). So hat Gesundheitsbildung in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei allen drei Indikatoren die geringste, während sie in den süddeutschen Flächenländern Baden Württemberg, Bayern, Rheinland Pfalz sowie Thüringen gemeinsam mit Schleswig Holstein eine sehr große Bedeutung hat. Es entfallen beispielsweise nur 14,7 Prozent aller Belegungen in Hamburg auf den Gesundheitsbereich, während es in Bayern sehr hohe 41,4 Prozent sind. Bezogen auf die regionale Bedeutung der Gesundheitsbildung kann man anhand der deskriptiven Daten vor allem einen Stadt Land Unterschied betonen, der wahrscheinlich u. a. in dem gegenüber Volkshoch

schulen größeren alternativen Weiterbildungsangebot in Großstädten begründet ist, während in den Flächenländern Volkshochschulen eine zentrale Bedeutung in der Grundversorgung haben. Nur kurz sei darauf hingewiesen, dass auf der Ebene von Bundesländern eher eine Nord Süd Differenz (mit Ausnahme von Schleswig Holstein) und weniger eine Ost West Differenz zu beobachten ist, d. h. an süddeutschen Volkshochschulen tendenziell mehr Gesundheitskurse als im Norden angeboten werden. Eine provokante Interpretation und Forschungshypothese wäre, dass gerade in katholisch konservativ geprägten Regionen, Frauen besonders vielfältigen beruflichen und körperlichen Abwertungen ausgesetzt sind, sodass Gesundheitsbildung hier auf eine besonders große Nachfrage stößt. Innerhalb des Gesundheitsbereich (vgl. ebenda, S. 31) ist der Teilbereich „Gymnastik/Bewegung/Körpererfahrung“ mit knapp 50 Prozent am deutlich größten. „Autogenes Training/Yoga/Entspannung“ folgt mit rund einem Viertel aller Belegungen vor Kursen zu „Ernährung“, die von jeder zehnten Person belegt werden. Auftrags /Vertragsmaßnahmen (vgl. ebenda, S. 33) haben viertens im Gesundheitsbereich gegenüber anderen Programmbereichen eine eher geringe Bedeutung. 94,9 Prozent aller Kurse sind offene Kurse im Gesundheitsbereich (ebenda, S. 57). Hier weist zum Beispiel der eigentlich kleinere Programmbereich „Arbeit Beruf“ zum Beispiel fast zehnmals mehr Belegungen als die Gesundheit auf. Dies dürfte ein Anhaltspunkt dafür sein, dass Gesundheitskurse an Volkshochschulen sich primär auf die Bildungsbewegungen der Subjekte stützen und nicht durch Auftragsvergaben/Kooperationen z. B. mit den Krankenkassen in ihrer großen und wachsenden Bedeutung erklärt werden können. Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wird nicht verordnet, sondern aufgesucht.

3. Fazit

Die statistisch leicht nachweisbare wachsende Bedeutung der Gesundheitsbildung sollte Anlass sein, die Bemühungen der Forschungen und der Praxis für diesen in der öffentlichen Wahrnehmung eher unterrepräsentierten und auch oft eher kritisch gesehenen Weiterbildungsbereich zu intensivieren. In dem Artikel wurde skizziert, dass dieses Wachstum gesellschaftliche Hintergründe hat und sich in individuellen Lernwegen niederschlägt. Über die Wirkungen der Gesundheitsbildung weiß man bislang allerdings auch noch viel zu wenig, wenngleich es hier interessante, aktuelle Forschungsbefunde gibt (Diétel 2012).

Anmerkungen

- 1 Es gilt: „Der Übergang vom BSW zum AES bleibt dennoch ein konzeptioneller Bruch“ (von Rosenblatt 2007, S. 30).
- 2 An dieser Stelle möchte ich Hella Huntemann vom DIE herzlich danken für die Zusammenstellung von Zeitreihen.

Literatur

- Bilger, F./von Rosenblatt, B. (2011): Weiterbildungsverhalten in Deutschland AES 2010 Trendbericht. Bonn/Berlin
- BMBF (2005): Berichtssystem Weiterbildung IX. Bonn/Berlin 2005
- Bund der Steuerzahler Nordrhein Westfalen: Volkshochschulen zu teuer? Pressemitteilung vom 15.09.2011, [www.steuerzahler.nrw.de/Volkshochschulen zu teuer/38215c46235i1p137/index.html](http://www.steuerzahler.nrw.de/Volkshochschulen_zu_teuer/38215c46235i1p137/index.html) [Abrufdatum: 29.12.2011]
- Dietel, S. (2012): Gefühls Wissen als emotional körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung. Zugl. Dissertation an der Humboldt Universität Berlin. Wiesbaden. Im Erscheinen
- Foucault, M. (2001): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/Main
- Gieseke, W./Heuer, U. (1995): Weiterbildung für Frauen. Expertise BE 3. In: Strukturkommission Weiterbildung des Senats der Freien Hansestadt Bremen (Hrsg.): Untersuchungen zur bremischen Weiterbildung Expertisen. Bremen, S. 79 126
- Gieseke, W./Opelt, K. (2003): Erwachsenenbildung in politischen Umbrüchen Das Programm der Volkshochschule Dresden 1945 1997. Opladen
- Gieseke, W. (2011): Programme und Programmforschung als spezifisches Steuerungswissen für Weiterbildungsorganisationen? In: Hessische Blätter für Volksbildung, H. 4, S. 314 322
- Hoh, R./Barz, H. (2009): Weiterbildung und Gesundheit. In: Tippelt, R./von Hippel, Aiga (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 729 746.
- Huntemann, H./Weiß, C. (2010): Volkshochschul Statistik 2009. Bonn: www.die.bonn.de/doks/huntemann1001.pdf [Abrufdatum: 13.11.2011]
- Körper, K. u. a. (1995): Das Weiterbildungsangebot im Lande Bremen Strukturen und Entwicklungen in einer städtischen Region. Bremen
- von Rosenblatt, B. (2007): Unterscheidung von beruflicher und allgemeiner Weiterbildung in empirischen Erhebungen zur Weiterbildungsteilnahme. In: REPORT, H. 4, S. 21 31
- Schrader, J. (2011): Struktur und Wandel der Weiterbildung. Bielefeld
- Seiverth, A. (2008): Die Auflösung der Allgemeinen Erwachsenenbildung im Zeichen europäischer Bildungs- und Machtpolitik. In: Gnahn, D./Kuwan, H./Seidel, S. (Hrsg.): Weiterbildungsverhalten in Deutschland Berichtskonzepte auf dem Prüfstand, Bielefeld, S. 89 96
- Venth, A. (2001): Gesundheitsbildung für Frauen. In: Gieseke, W. (Hrsg.): Handbuch zur Frauenbildung, S. 513 519