

---

Annette M. Stroß

## „Gesundheitserziehung“ als Norm?

Historische Stationen eines pädagogischen Praxisfeldes in der Moderne

„Health Education“ as a Standard? Historical Phases of a Practical Field of Pedagogics from the Beginning of the Modern Age

---

*Vorgestellt werden historische Konzepte einer „Gesundheitserziehung“ (Gesundheitslehre, -unterricht etc.) im deutschen Raum seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert. Anhand ausgewählter Beispiele wird der Wandel beschrieben, den Gesundheitserziehung in ihren Inhalten und Methoden bis in die Gegenwart vollzogen hat. Die Analyse zeigt, daß hinter gesundheitserzieherischen Programmen bis heute normative Gesundheits- und Erziehungsvorstellungen stehen, die überkommenen Paradigmen der Pädagogik entsprechen und sich wissenschaftlich nicht mehr rechtfertigen lassen. Eine zukünftige Kritik der theoretisch-konzeptionellen Grundlagen von Gesundheitserziehung sollte hier ansetzen.*

*Schlüsselwörter: Gesundheitserziehung, Gesundheitsunterricht, Medizingeschichte, Erziehungsgeschichte, Normierung, Individualität*

*The author presents historical concepts of „health education“ (health theory, health instruction) pertaining to Germany since the end of the eighteenth century. On the basis of selected literature, the changes in health education with respect to its topics and methods will be described up to the present time. The analysis shows that normative ideas of health and education still exist in the background of current programs of health education, which are related to outdated paradigms of education and can no longer be scholarly legitimized. A new constructive critique of the theoretical basis of health education should begin here.*

*Keywords: health education, health instruction, history of medicine, history of education, standardization, individuality*

Gesundheitserziehung in ihrer traditionellen Form beschränkt sich zumeist auf die Institution Schule und die heranwachsende Generation. Als „Praxisfeld“ der Fachrichtung Gesundheitspädagogik ist sie gegenwärtig der Erziehungswissenschaft zugeordnet. Gleichwohl ist diese Zuordnung weder eindeutig noch ausschließlich: Teilten sich im ausgehenden 18. und 19. Jahrhundert Medizin und Pädagogik – in Gestalt der physischen und der moralischen Erziehung – weitgehend das Feld der Gesundheitserziehung, beanspruchen seit einigen Jahren neben zahlreichen „Bindestrich“-Disziplinen wie etwa der Sozial- und Präventivmedizin, der Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie der Sozialpädagogik weitere Disziplinen das Thema Gesundheit: die Soziologie und Psychologie, besonders aber die zur Zeit in Entstehung begriffenen Gesundheitswissenschaften [1].

Läßt man die Geschichte der Gesundheitserziehung im Zeitalter der medizinischen Aufklärung und der hygienischen Volkserziehung, spätestens also im ausgehenden 18. Jahrhundert, beginnen, so werden – aus pädago-

gischer Sicht – bis in die Gegenwart hinein einige Schwerpunktverschiebungen deutlich, die zugleich im Zusammenhang mit den historisch wechselnden Themenkonjunkturen der Gesundheitserziehung und ihrer Vorläufer stehen. Gemessen an dem Umfang des vorliegenden Schrifttums innerhalb der Fachliteratur sowie an dem Stellenwert von Gesundheitserziehung in der öffentlichen Diskussion lassen sich heute drei zeitlich grob umgrenzbare Phasen des gesundheitserzieherischen Diskurses in Deutschland voneinander unterscheiden. Die erste umfaßt die letzten Jahrzehnte des ausgehenden 18. und die ersten Jahrzehnte des frühen 19. Jahrhunderts (I.), die zweite etwa ein Jahrhundert später das Kaiserreich und die Weimarer Republik (II.). Schließlich lassen sich die sechziger und siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts als Beginn bzw. Ausbau einer dritten, bisher nicht abgeschlossenen Phase der wissenschaftlichen und politischen Diskussion um Gesundheit kennzeichnen (III.). Die neunziger Jahre sind durch eine Reihe weiterer – z. T. im Ausbau befindlicher – Innovationen gekennzeichnet (IV.).

### I. „Gesundheitserziehung“ im ausgehenden 18. Jahrhundert: Einübung bürgerlicher Verhaltensstandards

Im ausgehenden 18. Jahrhundert zeigten sich in Preußen – und zwar zeitgleich mit der Übernahme des ersten Lehrstuhls für Pädagogik durch Ernst Christian Trapp 1779 – erstmals Bemühungen um Einrichtung eines regelmäßigen Gesundheitsunterrichts in den Volksschulen. Dieser diente vor allem der Einübung bürgerlicher Verhaltensstandards. Dementsprechend fielen die Lehrstücke aus: es ging darum, Gesundheit in Verbindung mit Tugenden wie Bescheidenheit, Achtsamkeit und Einsicht, vor allem aber auch mit maßvollem und rücksichtsvollem Verhalten zu bringen. Daneben diente die Gesundheitserziehung der Abwendung von konkreten Ansteckungsgefahren in den zumeist überfüllten, dunklen, schlecht eingerichteten und belüfteten Räumen der Volksschule. Der Lesestoff, den die Schüler hierzu vorgelegt bekamen, operierte mit Beispielen, welche die Gefahren nicht gesundheitsgerechten Verhaltens veranschaulichten und welche zugleich – moralisch unterlegte – Verhaltensaufforderungen lieferten.

„Ferdinand“, so heißt es in einem der damals gängigen Lesebücher für Volksschulen von 1800, „nahm sich des Morgens nie die Zeit, sich zu waschen und zu kämmen, und seine Kleidungsstücke gehörig zu säubern. Er spottete wohl gar über seine reinliche Schwester Marie, wenn sie sich bei dem Aufstehen sorgfältig den Mund mit reinem und kaltem Wasser ausspülte, die Zähne putzte, das Gesicht, den Kopf und die Ohren wusch, und dann ihr langes Haar mit vieler Mühe auskämmte. Diesem guten Beispiele folgte der unreinliche Ferdinand nicht ... Daher erlebte er auch manche Schande. Kam er in die Schule, so hieß ihn der Lehrer oft wieder hinausgehen und sich waschen, und eben so oft mußte er im Winkel stehen ... Ja, er bekam sogar endlich einen ekelhaften ansteckenden Ausschlag an den Händen, den man die Krätze nennt, und durfte nun eine lange Zeit gar nicht mit anderen Menschen umgehen. Jeder verachtete ihn, und keiner mochte bei dem schmutzigen Ferdinand sitzen. Dagegen wurde die reinliche Marie überall gern gesehen, und von allen Menschen wegen ihrer Reinlichkeit geschätzt und geliebt. Sie sah immer gesund und frisch aus, und durfte sich nie schämen“ [2].

Gesundheitserziehung im ausgehenden 18. Jahrhundert war also, übrigens bis weit in das 19., teilweise sogar noch bis in das 20. Jahrhundert hinein, sehr stark mit einem Typus moralisierender Gesinnungsliteratur verbunden, die vor allem mit abschreckenden Beispielen arbeitete.

## II. Gesundheitsunterricht an der Wende zum 20. Jahrhundert: Notwendige Erhöhung der „Volkskraft“!

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erlebten die Bemühungen um Weiterführung und Ausbau eines gesundheitsgerechten Unterrichts zahlreiche Rückschläge, so z. B. durch die 1819 gesetzlich festgelegte (und erst 1837 wieder aufgehobene) Abschaffung des Turnunterrichts. Erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, nach der Reichsgründung, wurden die Forderungen nach einem Gesundheitsunterricht in den Schulen wieder zahlreicher. So wurde etwa auf dem 7. Deutschen Lehrertag 1888 die Einführung eines Faches Gesundheitslehre in der Lehrerausbildung gefordert. Verbindlich wurde die Gesundheitslehre allerdings erst 1926/29 in preußischen Schulen eingeführt [3]. In der Seminarbildung der Volksschullehrer wurde seit der Jahrhundertwende vor allem *ein* Argument geltend gemacht, das die Notwendigkeit eines Gesundheitsunterrichts demonstrieren sollte: „Wie der staatliche Organismus gefährdet ist, wenn die einzelnen Glieder durch eine übergroße Zunahme von körperlichem Elend und Siechtum physischen Schäden erleiden ...“, heißt es hier, „so ist umgekehrt auch das Wohlergehen des Individuums bedingt durch die Gesundheit des Gesamtorganismus ... Nur bei völliger Gesundheit und verlängerter Lebenszeit ist die Möglichkeit ungehinderten Erwerbes gegeben, so daß nun die Produktionszeit nicht abgekürzt und weder dem Personalvermögen noch dem Nationalreichtum Verluste entstehen.“ Und schließlich: „Die bessere Gesundheit erhöht die Wehrkraft des Landes und steigert die industrielle Leistungsfähigkeit“ [4]. Für den weiblichen Nachwuchs galt ähnliches: „Besonders wichtig ist die Gesundheitsbelehrung der heranwachsenden Mädchen, der Mütter des kommenden Geschlechts. Sie müssen in Säuglingspflege unterrichtet und durch Kochkurse auf ihren künftigen Hausfrauenberuf vorgebildet werden“ [5].

Wirtschaftliche und soziale Mißlagen durch Kriegsfolgen, Urbanisierungsprozesse und die damit einhergehende Vermassung und Verelendung des Proletariats in den sich ausbreitenden Großstädten banden die Frage einer Gesundheitserziehung in diesem Zeitraum an ein nationales Bewußtsein und an allgemeine Überlegungen zur Volksgesundheit. Dennoch geriet auch hier das „Wohlergehen“ des einzelnen in den Blick, etwa in den reformpädagogisch gestützten Forderungen nach einer Individualisierung des Schulsports zu Beginn des 20. Jahrhunderts [6].

Die klassischen Aufgabenfelder dessen, was in der deutschen Pädagogik des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts als Gesundheitspflege oder Gesundheitslehre bezeichnet und bis in die sechziger und siebziger Jahre dieses Jahrhunderts noch weitgehend kritiklos unter Gesundheitserziehung gefaßt wurde, bestanden – neben Maßnahmen zur Krankheitsverhütung – in „Fragen über Luft und Wetter, Ernährung, Kleidung und Wohnung“ [7] sowie, in den sechziger und siebziger Jahren dieses Jahrhunderts

zunehmend, in der Suchtproblematik [8]. Der Seminararzt Alfred Baur nennt 1913 folgende Themen, welche den Lehrern im Rahmen der „Gesundheitslehre in den Schulen“ bekannt sein sollten:

- „Entstehung der Rückgratsverkrümmungen und deren Verhütung“
- „Sehstörungen als Schulkrankheiten und deren Verhütung“
- „Die Nervenkrankheiten, wie sie in der Schule entstehen und von dieser verhütet werden können“
- „Entstehung und Verbreitung von ansteckenden Krankheiten und deren Verhütung in der Schule“
- „Fürsorge für die kranken Kinder in der Schule“
- „Fürsorge der schwach veranlagten und der psychopathisch minderwertigen Kinder in der Schule“
- „Psychogene Störungen und Sprachfehler bei Kindern“
- „Gute Zahnpflege“
- „Folgen des Alkoholmißbrauchs“ [9]

Neben inhaltlichen Aspekten spielte bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert die methodische Herangehensweise eine große Rolle. Die Frage lautete: Auf welchem Wege kann eine – auf Kinder und Jugendliche gerichtete – „Erziehung zur Gesundheit“ überhaupt wirksam werden? In ihrer noch wenig ausgefeilten Beantwortung bezeichnete der Volksschullehrer Otto Janke im Jahre 1895 die *Gewöhnung* als das wichtigste Mittel einer gesundheitlichen Erziehung. Dementsprechend galt vor allem für die untersten Klassenstufen: „Im allgemeinen wird man die hygienische Lehre in einen kurzen Befehl, in eine möglichst anschauliche Forderung fassen und von derselben auch wohl in einigen Worten die Notwendigkeit und hohe Wichtigkeit hervorheben“. In der Oberstufe hingegen müsse, so Janke weiter – obgleich auch hier „die Gewöhnung noch nicht entbehrt werden kann“ –, das „Hauptgewicht auf die Belehrung gelegt werden“ [4]. Die von den Schulkindern damals zu erlernenden Spruchweisheiten sind zum Teil heute noch bekannt: „Gut gekaut, ist halb verdaut!“ oder – zur Verhütung von Tuberkulose –: „Wo die Sonne nicht hinkommt, kommt der Arzt hin!“ usw. In eine ähnliche Richtung wiesen auch die von Mitgliedern sogenannter Gesundheitsklubs abzulegenden Klubgelöbnisse [10].

Die methodischen Konzepte der Gesundheitserziehung erschöpften sich aber in der Folgezeit keineswegs in der Weitergabe von Informationen und auch nicht in der Erziehung durch Gewöhnung. Sie setzten mehr und mehr auf innere Einsicht und gezieltes Lernen [11]. Verschiedene Kinderbücher aus den 20er und 30er Jahren, wie z. B. „Die Gesundheitsfee“, „Die Hexe in der Fingernagelgrube“, „Cho Cho“, der Gesundheitsharlekin, sowie illustrierte Kinderreime und „Gesundheitsalphabete“ demonstrieren das Bemühen um Anschaulichkeit und „Lebensnähe“ [10]. Gesundheitsgerechtes Verhalten sollte also durch Gewöhnung und Belehrung sowie durch praktische Anschauung hervorgebracht werden, und sie sollte eine Stärkung des Verantwortungsgefühls nach sich ziehen.

Um diese Ziele tatsächlich zu erreichen, bedurfte es – neben geeigneter Materialien – ausgebildeten Personals. Der Mangel hieran wurde bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert gesehen [12]. Maßnahmen zu seiner Behebung scheinen bis heute auszustehen. So schreibt Thomas Bals in einer kürz-

lich erschienenen Studie, „daß *professionelles Lehren im Berufsfeld Gesundheit erst in Ansätzen ... stattfindet*“ und daß „für die überwiegende Zahl der Gesundheitsfachberufe gilt, daß der Unterricht bisher von pädagogisch-didaktischen Dilettanten und Autodidakten erteilt wird ...“ [13]. Unentschieden bleibt bis in die Gegenwart auch die Frage nach der Verteilung von Kompetenzen. Bei Hans Rodrega heißt es hierzu: „Wenn wir an die Auseinandersetzungen zwischen Pädagogen und Ärzten anknüpfen, die am Ausgang des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts in Streitgesprächen darzulegen versuchten, welcher Stand nun der geeigneter sei, diese Aufgaben in den Schulen zu übernehmen, so wird man heute die Hauptaufgabe eher den Pädagogen erteilen ... Fällt jedoch die Entscheidung zu Gunsten der Pädagogen, so ist hier unbedingt zu verlangen, daß die künftigen Pädagogen in ihrer Berufsausbildung mehr mit den Themen der Gesundheitserziehung vertraut gemacht werden“ [14].

### III. „Gesundheitserziehung“ seit den 1970er Jahren: „Soziales Lernen“, Problembewußtsein und individuelle Handlungskompetenzen

In den siebziger und achtziger Jahren dieses Jahrhunderts sind – im Zusammenhang der allmählichen Pädagogisierung und Ansprache einer Erwachsenen-Klientel – Vorstellungen und Konzepte der Gesundheitserziehung zunehmend kritisiert worden. Der Gesundheitserziehung wird vorgeworfen, ihre Klientel unmündig zu halten und „autoritativ“ zu verfahren [15]. Weiterhin wird festgestellt, daß die Gesundheitserziehung fast ausschließlich die Veränderung gesundheitschädigender Verhaltensweisen des einzelnen im Blick habe, also keineswegs präventiv, sondern bislang „weitgehend als eine Verlängerung kurativer Medizin“ tätig sei [16]. Darüber hinaus sei Gesundheitserziehung, weil „zielgruppenunspezifisch“, weitgehend erfolglos: weder würden Mittlergruppen wie Eltern, Ärzte oder Lehrer angesprochen noch würden personale Daten wie Alter, Geschlecht oder Familienzugehörigkeit berücksichtigt. Und das, obgleich „die einschlägige sozialmedizinische Forschung fest[stellt], daß Zielgruppenspezifität der Gesundheitserziehung das wesentliche Moment ihres Erfolges ausmacht“ [17].

Nun haben diese Vorwürfe gegenüber einer autoritativen, an Krankheiten orientierten und individuelle Lebenslagen unberücksichtigt lassenden „Gesundheitserziehung“ bei einigen Autoren mittlerweile dazu geführt, den Begriff der Gesundheitserziehung fallenzulassen und ihn gegen Begriffe wie z. B. „Gesundheitsbildung“ [18] oder „Gesundheitsförderung“ [19] zu ersetzen. Andere Autoren verwenden ihn – auf Kinder und Jugendliche bezogen – zwar weiter, möchten ihn jedoch kritisch verstanden wissen. In diesen Fällen wird eine ausdrückliche Betonung etwa darauf gelegt, „Kindern ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen und ihnen zu helfen, persönliche Gesundheitsziele zu definieren“ [20]. „Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung“, so erläutern Ulrich Laaser, Klaus Hurrelmann und Paul Wolters, „bezeichnen vorzugsweise die Aktivitäten, die vor allem in Familien und in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen ablaufen, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln,

die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewußte Verhalten eines Menschen fördern“ [19]. Die zu behandelnden Themenkomplexe umfassen heute:

- „Natürliche Umwelt und Gesundheit
- Seelische und soziale Gesundheit
- Körperliche Gesundheit
- Ansteckende und nicht ansteckende Krankheiten
- Tabak, Alkohol und illegale Drogen
- Arzneimittel und Medikamente
- Ernährung
- Menschliche Sexualität
- Körperhygiene allgemein
- Mund- und Zahnhygiene
- Körperliche Fitneß
- Verbraucherverhalten und Verbraucherschutz
- Unfallverhütung
- Öffentliche Gesundheit und Sozialpolitik“ [19]

Geändert haben sich in den letzten Jahren auch die didaktisch-methodischen Herangehensweisen. Kritisiert wird heute vor allem eine Pädagogik der „Abschreckung“, die mit den „negativen Folgen gesundheitswidrigen Verhaltens“ arbeitet (und damit „Furcht, Angst und Schuldgefühle“ erzeugt); ebenso kritisiert wird eine Pädagogik, die über Aufklärung im Sinne der Vermittlung von bloßen Informationen nicht hinausgeht. Bevorzugt werden statt dessen Verfahren, die kognitive, soziale und affektive Lernziele ermöglichen sollen, d.h. Verfahren, die Informationen liefern und gleichzeitig Einstellungs- und Verhaltensveränderungen bewirken [19]. So sollen psychologische Verfahren wie Entspannung, Hypnose und Autosuggestion insbesondere die Selbstwahrnehmung und Körpererfahrung intensivieren, soziales Gruppentraining Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten verbessern. Laaser, Hurrelmann und Wolters unterscheiden „Übungen zur Entwicklung psychosozialer Identität“, „Übungen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung“ und ein „Bewußtmachen von Werten und Normen“ voneinander [19]. Diese Vorschläge entsprechen ihrerseits einem Erziehungsverständnis, wie es in den siebziger Jahren für die allgemeine pädagogische, hier vor allem die schulische Praxis aufbereitet worden ist. Unter dem Stichwort „soziales Lernen“ galt es damals, die Handlungskompetenzen und das soziale Problembewußtsein von Schülern zu stärken. Inhaltlich gehörte „zu einem so verstandenen sozialen Lernen“ unter anderem: „a) Sich selbst kennenlernen, die eigenen Fähigkeiten, Möglichkeiten, Wünsche und Ziele ..., b) Bewußtsein der eigenen Lebenssituation ..., c) Entwicklung von Kommunikationsfähigkeit ..., d) Steigerung der Interaktionsfähigkeit und Handlungskompetenz durch Entwicklung von Ich-Stärke, Frustrationstoleranz, Widerstandsfähigkeit, Kreativität und Neugier ...“ [21].

Wenngleich Pädagogen bzw. Erziehungswissenschaftler damit, in ihrer praktischen wie theoretischen Kompetenz, auch heute offensichtlich wieder stärker angesprochen werden, bleibt doch die Frage, wie tragfähig solche Konzepte in den neunziger Jahren für eine sich an individuellen Lebenslagen orientierende Gesundheitserziehung – inhaltlich und methodisch – überhaupt sein können.

#### IV. Aussichten einer Gesundheitserziehung in den 1990er Jahren: Normierung oder Individualisierung?

Betrachtet man den Wandel, dem die zahlreichen, bis heute historisch-systematisch nicht hinreichend aufgearbeiteten Ansprüche einer „Erziehung zur Gesundheit“ seit etwa 1800 bis in die Gegenwart unterliegen, so läßt sich dieser Wandel unter den Aspekten von Normierung und Individualisierung als eine zunehmende wechselseitige Verschränkung beider Perspektiven beschreiben.

Sämtliche Vorstellungen einer „Erziehung zur Gesundheit“ sind bis heute von mindestens einer Normierung begleitet, nämlich der Ausrichtung auf das gesunde Leben. Die sozialen, politischen und ökonomischen Begleitumstände variieren hierbei. Als überindividuelle Begründungen für diese Norm galten – neben dem steten Grund der unmittelbaren Abwehr von Krankheiten und Infektionsrisiken – in den preußischen Schulen um 1800 vor allem das Erlernen bürgerlicher Umgangsformen, um 1900 die Sicherung und Vermehrung des Nationalreichtums und militärische Stärke, derzeit sind es – national – vor allem die aktuellen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen, auf die hingewiesen wird, international der verantwortungsvolle Umgang des Menschen mit seinen ökologischen Ressourcen.

Die nun in den letzten Jahren erkennbare Tendenz zur Individualisierung drückt sich in den Bemühungen um eine größere Zielgruppenspezifität und um Beachtung individueller Lebensstile in verschiedenen gesundheitserzieherischen Konzepten aus. So haben institutionelle Vorgaben heute durch den Wandel familiärer Strukturen, aber auch durch veränderte Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt eine geringere Verbindlichkeit, d. h. Arbeitslosigkeit, Berufswechsel, Einelterfamilien usw. stellen keine Ausnahme mehr dar. Daneben ist in den letzten Jahren eine Zunahme der normativen Orientierung auf Gesundheit zu beobachten. Diese Zunahme ist u. a. dadurch bedingt, daß der subjektive Wunsch nach einem gesunden Leben heute weniger denn je klassen- bzw. schichtspezifisch gebunden ist. Er hat sich vielmehr – auch im Zusammenhang mit den Forderungen der WHO – zu einem Phänomen entwickelt, welches zunehmend alle Bevölkerungsschichten tangiert.<sup>1</sup> Kultursoziologische Zugänge thematisieren diese Trends allerdings unter Aspekten neuer sozialer und kultureller Differenzierung [22].

Vor dem Hintergrund dieser Tendenzen lassen sich nun einige Perspektiven für eine Gesundheitserziehung der neunziger Jahre aufzeigen. Hierbei kann es zunächst nur darum gehen, Blickrichtungen zu eröffnen, die bislang außer acht oder am Rande geblieben sind. Zum Teil in dezidiert verlängerter, aber auch in Abgrenzung gegenüber der in den achtziger Jahren geäußerten Kritik hat eine Gesundheitserziehung in den neunziger Jahren m. E. folgende Schwerpunkte zu setzen:

1 Daß sich für die im Gesundheitssektor professionell Tätigen das Streben nach Gesundheit als noch nicht hinreichend erweist, muß hierbei nicht als Widerspruch gesehen werden. Denn in der Tat führt mentales Wissen um Notwendigkeiten noch nicht zum richtigen Verhalten; zum anderen sollte auch das Interesse der Profession an ihrer eigenen Selbsterhaltung nicht übersehen werden.

(1) Sie hat erstens die Frage nach dem Umgehen mit Krankheit bzw. den Stellenwert von Krankheiten im Präventionsbereich neu zu diskutieren. Sich mit Fragen der Gesundheitserziehung zu beschäftigen heißt immer auch, sich mit dem Thema Krankheit/Krankheiten auseinandersetzen zu müssen. Eine solche Beschäftigung scheint jedoch in der – primordial ausgerichteten – Gesundheitserziehung in den letzten Jahren immer stärker zurückzutreten [23].

(2) Sie hat sich zweitens, auch vor dem Hintergrund erziehungswissenschaftlicher und -theoretischer Kompetenzen, der Frage nach der kausalen Wirksamkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen zu stellen. Im Zentrum der Überlegungen müßte hierbei die Frage stehen: Kann eine Gesundheits-*erziehung* überhaupt das bewirken, was sie intendiert? Hierbei sollte gar nicht in erster Linie gefragt werden, ob erziehungstheoretische Konzeptionen der siebziger Jahre im Rahmen einer Gesundheitserziehung in den neunziger Jahren noch handhabbar sind. Interessant wäre vielmehr eine andere Frage: Läßt sich das hier intendierte – also gesundheitsgerechte – Verhalten überhaupt auf dem Wege einer erzieherischen Einflußnahme erreichen? Tatsächlich ist die Vorstellung eines „planmäßigen“ Einwirkens auf Heranwachsende sowohl von soziologischer als auch von pädagogischer Seite bereits seit längerem kritisiert worden [24].

(3) Und sie hat sich, drittens, dem Problem einer Ausdehnung gesundheitserzieherischer Ansprüche auf erwachsene Menschen zu widmen [15, 18]. In diesem Zusammenhang gälte es u. a. zu klären, welchen Einfluß die unterschiedlichen Professionen, hier vor allem Medizin und Pädagogik, im Bereich der Gesundheitsprävention in Zukunft haben sollten und welche konzeptuellen Akzentverschiebungen gerade in Hinblick auf eine Erwachsenen Klientel erforderlich sind. Möglicherweise wird die Pädagogik – wieder einmal – stärker ihre Grenzen vermehren (müssen), hier: gegenüber der fachwissenschaftlich gebundenen Vermittlung von Inhalten.

#### Literatur

- [1] Hurrelmann K, Laaser U, Hrsg. Gesundheitswissenschaften. Weinheim Basel: Beltz. 1993.
- [2] Wilmsen FP. Der Brandenburgische Kinderfreund. Ein Lesebuch für Volksschulen (1800). In: Wilmsen FP. Kinderfreunde. Nachdrucke mit einer Einleitung herausgegeben von H. Rudloff. Köln Weimar Wien: Böhlau. 1992: 175.
- [3] Bennack J. Gesundheit und Schule. Köln: Böhlau. 1990: 319ff.
- [4] Janke O. Gesundheitslehre in der Volksschule. In: Rein W, Hrsg. Encyklopädisches Handbuch der Pädagogik. Bd. 1-7. Jena. 1985-1899. Band 4: 831 ff.
- [5] Huntemüller: Gesundheitsbelehrung. In: Schwartz, Hrsg. Pädagogisches Lexikon. Bd. 1-4, Bielefeld/Leipzig. 1928-1931, Bd. 2: Sp. 473.
- [6] Streicher M. Körpererziehung. In: Nohl H, Pallat L, Hrsg. Handbuch der Pädagogik. Bd. 1-5. Langensalza. 1928-1933, Bd. 3: 158.
- [7] Kleinert H, Stucki H, Hrsg. Lexikon der Pädagogik. Bd. 1-3. Bern: 1950-1952, Bd. 1: S. 690.
- [8] Roth L. Handlexikon zur Erziehungswissenschaft. München. 1976: 421.
- [9] Baur A. Gesundheitslehre in den Schulen. In: Roloff EM, Hrsg. Lexikon der Pädagogik. Bd. 1-5. Freiburg i. Br. 1913-1917, Bd. 2: Sp. 383f.
- [10] Huntemüller. Gesundheitsbelehrung. In: Schwartz, Hrsg. Pädagogisches Lexikon. Bd. 1-4, Bielefeld/Leipzig. 1928-1931, Bd. 2: Sp. 472f.
- [11] Vonessen F. Gesundheitslehre. In: Spieler J, Hrsg. Lexikon der Pädagogik der Gegenwart. Freiburg 1930. Bd. 1: 1020.

- [12] Groß KH. Körperliche Erziehung. In: Schmid KA, Hrsg. Encyclopädie des gesamten Erziehungs- und Unterrichtswesens. Bd. 1-10. 2. Auflage. Gotha Leipzig. 1876-1887, Bd. 4: S. 89.
- [13] Bals T. Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln: Müller-Botermann. 1990: 324.
- [14] Rodegra H. Die historische Bedeutung der Gesundheitserziehung in Pädagogik und Medizin. In: Schule und Gesundheitserziehung. Bonn-Bad Godesberg: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung: 24.
- [15] Horn K. Gesundheitserziehung. Grenzen individueller Problemlösungsstrategien. In: Venth A, Hrsg. Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. 1987: 146.
- [16] Schipperges H. Struktur und Funktion eines Instituts für Gesundheitsbildung. In: Wittern R, Hrsg. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin. Stuttgart: Hippokrates. 1984: 47.
- [17] Henkelmann T, Karpf D. Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert. Ergebnisse einer Umfrage. In: Venth A, Hrsg. Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. 1987: 111/113.
- [18] Haug CV. Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. 1991.
- [19] Laaser U, Hurrelmann K., Wolters P. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann K., Laaser U., Hrsg. Gesundheitswissenschaften. Weinheim Basel: Beltz. 1993: 176 ff.
- [20] Kiper H. Gesundheitserziehung in der Grundschule. Belastungen von Kindern heute. Grundschule 1993; 5: 8.
- [21] Iben G. Sozialerziehung – Soziales Lernen. In: Wulf C, Hrsg. Wörterbuch der Erziehung. München: Piper. 1974: 539.
- [22] Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Frankfurt/M: Suhrkamp. 1982: 254f.
- [23] Beckers E. Von der Krankheitsvorbeugung zum Lebenssinn. Päd. Extra 1991; 19, H. 7/8: 14-19.
- [24] Luhmann N, Schorr KE. Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In: Luhmann N, Schorr KE, Hrsg. Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Frankfurt/M: Suhrkamp. 1982: 14; vgl. auch Spranger E. Das Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen in der Erziehung. In: Bräuer G, Flitner A, Hrsg. Gesammelte Schriften. Bd. 1. Geist der Erziehung. Heidelberg: Quelle & Meyer. 1969: 349.

Dr. Annette M. Stroß, M.A., Humboldt-Universität zu Berlin, Abt. Historische Erziehungswissenschaft, Unter den Linden 6 (Bebelplatz), 10099 Berlin