

ANNETTE STROSS

„Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin

*Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme
in Deutschland 1770–1930*

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Beitrag werden anhand ausgewählter Literatur Themen- und Methodenkonjunkturen der schulischen Gesundheitserziehung seit dem 18. Jahrhundert diskursgeschichtlich rekonstruiert. Die Analyse demonstriert die bereits diskursimmanent deutlich werdenden konkurrierenden Professionsinteressen von Pädagogen und Medizinem und ihre Wirkung auf gesundheitserzieherische Vorstellungen und Programme. Des weiteren wird für den Zeitraum von 1770 bis 1930 ein Phasierungsmodell vorgeschlagen, das in Abhängigkeit von der wechselnden Dominanz von Pädagogik und Medizin im wissenschaftlichen Diskurs zugleich die inhaltlichen und (unterrichts-)methodischen Eigenarten schulisch-gesundheitserzieherischer Konzeptionen zu erschließen vermag.

Als moralisches Programm hat eine auf individuelle bzw. gesellschaftliche Gesundheit zielende Gesundheitserziehung¹ stets von der Legitimität und Relevanz ihrer Ideen gezehrt. Mit den Postulaten von Glaubwürdigkeit und Wichtigkeit verbinden sich in der Geschichte der Gesundheitserziehung bis heute weitere Erwartungen, so z. B. die eines steten Fortschritts, etwa durch eine zunehmende Orientierung auf Prävention (heute gar: primordiale Intervention) oder durch eine Effektivierung in den methodischen Verfahren (vgl. z. B. LAASER/HURRELMANN/WOLTERS 1993). Dennoch läßt sich für den hier untersuchten Zeitraum zugleich ein erstaunliches Beharrungsvermögen bereits in den immanent gelieferten Begründungen für die Notwendigkeit von Gesundheitserziehung feststellen. Diese Persistenz fällt mit einer weiteren, diskursübergreifenden strukturellen Kontinuität zusammen, die sowohl die diachronen inhaltlichen und (unterrichts-)methodischen Veränderungen als auch die z. T. synchrone Verschiedenheit und Konkurrenz gesundheitserzieherischer Programme mitbedingt und zum Ausbau des Bereichs „Gesundheitserzie-

¹ Die eigenständig lexikalisch erst seit wenigen Jahrzehnten aufgeführte „Gesundheitserziehung“ (ROMBACH 1970, Bd. 2) wird in der vorliegenden Untersuchung als heuristischer Oberbegriff für historisch differente Termini wie „physische Erziehung“ (seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert), „Gesundheitslehre“, „Hygiene“, „Diätetik“ und „Gesundheitspflege“ (seit dem 19. bzw. beginnenden 20. Jahrhundert) verwendet. Unter Gesundheitserziehung werden im folgenden direkte Instruktionsformen ebenso wie strukturelle Vorschläge und Maßnahmen (so z. B. im „Überbürdungs“-diskurs) subsumiert. Sofern Präzisierungen in den Quellen selber vorgenommen werden, wird der jeweils historisch adäquate Begriff benutzt. Auf den Terminus Gesundheitspädagogik wird angesichts des hier gewählten prä- bzw. peridisziplinären Zeitraumes der deutschen Pädagogik/Erziehungswissenschaft völlig verzichtet. Auf die Problematik des – zumeist unreflektiert gebrauchten – Erziehungsbegriffs in gesundheitserzieherischen Theorien und Ansätzen wird im folgenden nicht eingegangen.

hung“ entscheidend beigetragen hat. Sie artikuliert sich in den spezifischen Professionsinteressen von Medizinerinnen und Pädagogen an Fragen der Gesundheitserziehung und ist ihrerseits rückgebunden an wissenschaftliche und institutionelle Entwicklungsprozesse in Medizin und Pädagogik als zwei seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert in die Dynamik von Forschungs-, Professions- und Praxisorientierung sehr unterschiedlich eingebundenen Fächern. Vor diesem Hintergrund lassen sich thematische und methodische Inhalte nicht länger als primär motivierte, d. h. im Dienste ihrer Klientel stehende „authentische“, begreifen, sondern sind vor dem komplexen Geflecht von kulturellen, politischen und wissenschaftlichen Entwicklungen wie auch damit einhergehenden professionsgebundenen Interessenlagen zu verstehen.

Die den folgenden Ausführungen zugrundeliegende Untersuchung basiert auf einer diskursgeschichtlichen Analyse² des sich in Lesebüchern, Enzyklopädien und Handbüchern verschiedener Staaten des Deutschen Reiches bzw. seiner Vorläufer, insbesondere Preußens, artikulierenden Selbstverständnisses von Pädagogen und Medizinerinnen. Sie umfaßt den Zeitraum von 1770 bis 1930³ und unterscheidet drei Phasen: eine erste Phase pädagogischer Ambitionen im ausgehenden 18. und am Beginn des 19. Jahrhunderts, die vor allem durch die Aufklärungspädagogik ausgelöst worden ist („Pädagogisierung“); eine zweite Phase des Aufschwungs der medizinischen Wissenschaft im 19. Jahrhundert („Medizinisierung“); schließlich eine dritte Phase der „Repädagogisierung“ durch geisteswissenschaftlich und kulturtheoretisch orientierte pädagogische Bestrebungen im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Entgegen existierenden Darstellungen zur Geschichte der Gesundheitserziehung, die vor allem an der Medizin orientiert sind (vgl. HENKELMANN/KARPF 1982; JANSSEN 1980; LABISCH 1992; SCHIPPERGES 1977), kann der Diskurs zur Gesundheitserziehung im folgenden als ein im Schnittfeld zwischen Pädagogik und Medizin liegender rekonstruiert werden, wobei beiden Bereichen – der Pädagogik wie auch der Medizin – in verschiedenen Phasen ein jeweils unterschiedlicher Stellenwert hinsichtlich inhaltlich-thematischer und (unterrichts-)methodischer Diskursentwicklungen zukommt. Demnach läßt sich:

- das Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert als durch die zentrale – methodische und methodologische – Bedeutung der Medizin für die Legitimation der Pädagogik als Wissenschaft geprägt beschreiben;
- der schulische Diskurs zur Gesundheitserziehung im ausgehenden 18. Jahrhundert als ein weitgehend „medizinloser“, an bürgerlichen Moralvorstellungen orientierter rekonstruieren;

2 Analysiert wurden Themen, Methoden und Begründungen der Gesundheitserziehung. Als Darstellungs- und Analysedimensionen wurden die für Gesundheitserziehung historisch übergreifenden Bereiche Krankheit(en), Ernährungsgewohnheiten und allgemeine Körperhygiene ausgewählt.

3 Hier vor allem die Jahre 1770 bis 1800, in denen eine Gesundheitslehre sich erstmalig in den neu entstehenden Elementarschullesebüchern präsentiert, sowie die Jahre 1860 bis 1930, die durch die Bearbeitung des Themas „Gesundheitserziehung“ in pädagogischen Enzyklopädien sowie durch eine fortgesetzte und sich ausdifferenzierende Bearbeitung des im 20. Jahrhunderts zunehmend verrechtlichten Diskurses zur Gesundheitserziehung in einschlägigen (Lehrer-)Handbüchern gekennzeichnet sind.

- der wissenschaftliche Diskurs zur Gesundheitserziehung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als ein von den Entwicklungen in der Medizin und der sich etablierenden wissenschaftlichen Hygiene dominierter definieren;
- der sich zwischen den Polen Krankheit und Prävention bewegende unterrichtsorientierte Diskurs zur Gesundheitserziehung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als ein durch wissenschaftliche Entwicklungen, aber auch professionsgebundene Interessen und Kompetenzstreitigkeiten determinierter deuten;
- die präventionsorientierte Neustrukturierung eines in schulischen Zusammenhängen von organisatorischer Kulturphilosophie sowie methodisch-didaktischer Vielfalt beherrschten Diskurses zur Gesundheitserziehung in der Phase der Konsolidierung der Pädagogik als Disziplin nach 1920 hervorheben.

1. Moral und Gesundheit: Pädagogische Konstituierung des Diskurses 1770–1800

Seit seinen Anfängen im ausgehenden 18. Jahrhundert hat sich der Diskurs zur Gesundheitserziehung im Schnittfeld von Pädagogik und Medizin bewegt. Während der (vor allem pädiatrischen) Medizin im ausgehenden 18. Jahrhundert – idealiter – häufig die „physische Erziehung“ zugewiesen wurde, beanspruchte die Pädagogik die „moralische“ bzw. die „geistige“ Erziehung für sich. Gleichwohl waren die Grenzen fließend. Sowohl von ärztlicher Seite wurden Fragen der allgemeinen Kindererziehung besprochen als auch im pädagogischen Diskurs „physische“ bzw. „medizinische Erziehung“ ausdrücklich erwähnt. Eine noch weitgehend jenseits der Problematik institutioneller Vermittlungen liegende pädagogische Nutzung medizinischen Wissens erfolgte vor allem durch die in der Medizin seit dem 18. Jahrhundert zur Anwendung gekommenen empirischen Verfahren. Als einer der führenden Vertreter zeigte sich der hallische Philanthropist und erste Lehrstuhlinhaber für Pädagogik, E. CHR. TRAPP. Naturwissenschaftlich-medizinische, mit objektiven Klassifikationen und Vorstellungen von exakter Meßbarkeit arbeitende Verfahren fanden hier zur Legitimation einer in den Anfängen stehenden Erziehungswissenschaft Eingang in pädagogische Theorie (KERSTING 1992, S. 182ff.). Neben der von TRAPP postulierten Unendlichkeit der Forschung und der Notwendigkeit empirischer Beobachtungen durch die Pädagogik (TRAPP 1780, S. 61f.) wurde – von Pädagogen und Ärzten gleichermaßen – vor allem die Erziehung als „das vorzüglichste Mittel, wodurch medizinische Volksaufklärung befördert und allgemein werden kann“, angesehen (OSTERHAUSEN 1798, S. 38).

Erste Bestrebungen zur Einführung eines Gesundheitsunterrichts in Elementarschulen gehen ebenfalls auf die Philanthropisten, insbesondere auf F.E. v. ROCHOW, zurück. Gleichwohl werden die im ausgehenden 18. Jahrhundert erscheinenden, teils von Ärzten, teils von Lehrern, Pfarrern etc. verfaßten „Gesundheitskatechismen für Kinder“ auch von Befürwortern einer Gesundheitserziehung standesbewußt kritisiert. Einer der herausragenden

Vertreter der „medizinischen Volksaufklärung“, der Nürnberger Arzt J. K. OSTERHAUSEN, bemängelt im Jahre 1798: „Meine erste Einwendung ist: daß mehrere dieser Schriften von Nichtärzten geschrieben sind“ (ebd., S. 42). Den (Elementarschul-)Lehrern als Vermittlern gesundheitsbezogener Inhalte wird vor allem mangelnde Professionalität vorgeworfen (NEUGEBAUER 1985, S. 320ff.). OSTERHAUSEN schreibt: „Zweitens moechte ich ... einwenden: daß man das Geschaef, die in diesen benannten Schriften enthaltenen Scienzen der Jugend zu lehren, Maennern auftraegt, welche demselben groeßtentheils nicht gewachsen sind“ (S. 44f.). Kritisiert werden fehlende Bildung, geringe (Allgemein-)Kenntnisse sowie finanzielle Nöte, die den Elementarschullehrern u. a. die notwendige Anschaffung von Büchern nicht erlauben würden (S. 44f.).

Eine Verschränkung von wissenschaftlicher (Forschungs-)Perspektive und unterrichtlicher Praxis läßt sich auf der Ebene des schulischen Diskurses zur Gesundheitserziehung zur damaligen Zeit kaum erkennen. Statt dessen konzentrieren sich die im ausgehenden 18. Jahrhundert, in der Phase einer sozialpolitisch erstmals in großem Maßstab angelegten medizinischen Volksaufklärung, konzipierten Lesebücher auf Gesundheit und Krankheit als Alltagsphänomene. Entgegen der seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert immer wieder geäußerten Kritik an ihrer Krankheitsorientierung (z. B. JANKE 1895) lassen die zwischen 1770 und 1800 erstmalig veröffentlichten Lesebücher (u. a. FAUST 1794; ROCHOW 1772, 1776/1779; WILMSEN 1800) eine weitgehend „medizinlose“, an moralischen Inhalten orientierte Aufbereitung gesundheitlicher Themen für den schulischen (Elementar-)Unterricht erkennen.

Unberücksichtigt bleiben etwa die Fortschritte der anatomischen und physiologischen Medizin, die zunehmende Einrichtung von Krankenhäusern oder auch die – schulhygienisch erst etwa 100 Jahre später bedeutsame – Entdeckung des Sauerstoffs im Jahre 1775. Eine Ausnahme stellt WILMSENS „Brandenburgischer Kinderfreund“ dar. Er hebt sich von den anderen Lesebüchern durch seinen enzyklopädischen, anatomische und physiologische Zusammenhänge darstellenden Anspruch ab: „Will der Eigenthümer eines Hauses sein Haus in Ordnung und bewohnbarem Stande erhalten, so muß er die Theile desselben genau kennen. Eben so muß der Mensch auch die Theile seines künstlichen und sehr zusammengesetzten Körpers genau kennen, wenn er für die Erhaltung desselben sorgen, und gesund bleiben will“ (WILMSEN 1800, S. 135). Angeknüpft wird hiermit erstmals an ein Verständnis der notwendigen Vermittlung medizinischer Forschungsstände, welches in den Jahrzehnten zuvor noch in der an ein Fachpublikum gerichteten Literatur zum Ausdruck kommt (z. B. Magazin für Schulen 1770, Bd. 1, S. VII).

Unproblematisiert bleibt weiterhin – gegenüber der bereits begonnenen wissenschaftlichen Diskussion – die Stellung des Lehrers als eines Vermittlers gesundheitsorientierter Inhalte. Gesundheitliche Belehrung wird – noch ohne methodische Explikation – mit dem Vorlesen, Abschreiben und Auswendiglernen von Lehrstücken verbunden, die in wechselnden schriftlichen Formen (Erzählung, Gespräch, Beschreibung) dargeboten werden (ROCHOW 1772, S. VII u. S. XIII sowie WILMSEN 1800, S. V).

Die Funktion des Arztes beschränkt sich in den vorgelegten Lesestücken auf das Kurieren von Krankheiten. Allerdings erhält der „von der Obrigkeit“ be-

stellte Arzt eine herausragende Bedeutung gegenüber den – vom gemeinen Volk zur damaligen Zeit häufig konsultierten – sogenannten Quacksalbern. Neben zahlreichen Hinweisen auf die Gefährlichkeit von „Quacksalbern“, „Hexen“ und anderen „betrügerischen“ Personen (WILMSEN 1800, S. 201ff.) wird immer wieder an die Einsicht der Kranken appelliert, sich den Anweisungen des Arztes zu fügen und diesem eine hinreichende Anamnese zu ermöglichen (WILMSEN 1800, S. 201/204; auch ROCHOW 1776, S. 63f.). Dennoch läßt die hier bereits geforderte „compliance“ weder ungebrochene Gegenwartsbezüge herstellen (vgl. ELKELES 1991), noch kann die Ärzteschaft selbst als eine weitgehend professionalisierte und homogene Gruppe gesehen werden. Sie zerfällt im ausgehenden 18. Jahrhundert in eine Reihe extrem heterogener Berufs- und z. T. dilettierender Gruppen von Wahrsagern, Teufelsfängern, Beschwörern, Alchemisten etc., die ihre Klientel vornehmlich in der Unterschicht sowie in den unterversorgten Landregionen haben, eine kleinere Gruppe „gelehrter“ Ärzte, die ein Universitätsstudium an einer medizinischen Fakultät absolviert haben, daneben Chirurgen, Wundärzte, Barbieri und Bader mit – bestenfalls – handwerklicher Ausbildung (SPREE 1981, S. 140f.).

Betrachtet man die in den Lesebüchern dargelegten Gesundheits- und Krankheitsverständnisse, so bevorzugen die Texte eher simpel anmutende Regeln für die Ursachenbeschreibung und die Heilung von Krankheiten. Eine Heilung wird meist bereits durch einfache Hausmittel versprochen oder – in schwierigen Fällen – durch den Arzt. Gesundheit wird als subjektives Wohlbefinden beschrieben, während Krankheiten als körperliche und seelische Beeinträchtigung geschildert werden (WILMSEN 1800, S. 168). Die Themenwahl zeigt weiterhin, daß die Gesundheitslehre in den Schulen der Abwendung von konkreten Ansteckungsgefahren in den zumeist überfüllten, dunklen, schlecht eingerichteten und belüfteten Räumen der Elementarschule dient. So wird – neben Infektionskrankheiten wie Pocken, Masern und Ruhr – insbesondere vor der Ansteckung mit Läusen und Krätze gewarnt (WILMSEN 1800, S. 171/175). Außerdem wird die Schädlichkeit des Alkohols hervorgehoben (z. B. WILMSEN 1800, S. 181ff.), und es werden Impfungen zum Schutz vor den „Blattern“ empfohlen (ROCHOW 1779, S. 52ff.).

Die in den Lesebüchern genannten Begründungen gesundheitserzieherischer Maßnahmen lassen ein durch das aufstrebende Bildungsbürgertum des 18. und 19. Jahrhunderts angelegtes (LACHMUND/STOLLBERG 1989) – sich im Verlaufe des 19. Jahrhunderts auf weitere Bevölkerungsschichten ausdehnendes und bis ins 20. Jahrhundert hinein erhaltendes – Verständnis von Gesundheit erkennen, welches Gesundheit u. a. als Resultat und Ausdruck einer „richtigen“ Lebensweise, Gesundheit als Produkt eigener Leistung und Krankheit als Reaktion auf „Unmäßigkeiten“ in der Lebensführung begreift. Wird die Erhaltung der Gesundheit an den Erwerb bürgerlicher Tugenden und Verhaltensnormen (Mäßigkeit, Reinlichkeit etc.) gebunden, so folgt die Umsetzung sittlich-moralischer Ansprüche einem appellativen Muster, das vor allem mit Vorbildern arbeitet (z. B. WILMSEN 1800, S. 175). Begründungen zur Notwendigkeit von Gesundheitserziehung verweisen im ausgehenden 18. Jahrhundert – wie auch im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert – neben der Vermeidung in der Schule auftretender Krankheiten, der Verhinderung

eines unmoralischen Lebenswandels, der Körper/Seele-Einheit und dem Volkswohl vor allem auf die Notwendigkeit kriegstüchtiger Soldaten. Als „tüchtiger und gehorsamer Soldat“, schreibt ROCHOW in seinem „Versuch eines Schulbuches“, habe der einzelne „die nöthige Sorge für die Gesundheit“ zu tragen, „damit, am Tage des Streits, er nicht zum Schaden des Staats, im Lazareth liege, und in seinem Gliede fehle“ (ROCHOW 1772, S. VI). Der forschungsgeschichtlich bis heute eher am Rande thematisierte Bezug zwischen Gesundheitserziehung und Militärgeschichte/-wissenschaft (SCHNEIDER 1938, S. 9), der sich – neben den wiederkehrenden volkswirtschaftlichen, (sozial-) politischen und kulturellen, an ein bürgerliches Leistungs- und Individualitätsverständnis gebundenen Motiven – in der Gesundheitserziehung seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert durchgängig zeigt, wird hier bereits in Ansätzen deutlich.

In erkennbarer Fortschrittsorientierung kritisiert der Volksschullehrer O. JANKE etwa ein Jahrhundert später, im Jahre 1895, daß die hier vorliegenden, einer ersten moralisierenden Phase zuzuordnenden Lesestücke (JANKE 1895, S. 34) aus dem ausgehenden 18. Jahrhundert insgesamt ein zu „geringes Maß an vernünftiger hygienischer Belehrung“ enthielten und „Ratschläge für eine gesundheitsgemäße Lebensweise nur ganz nebensächlich Erwähnung finden“ würden (S. 10). Statt dessen ließen sie sich – so JANKE weiter – auf das „die ältere medizinische Schule einseitig beherrschende Prinzip“ ein, „den erst krank gewordenen Menschen zu heilen“ (S. 11). WILMSENS „Brandenburgischer Kinderfreund“ wird schließlich „als ein wissenschaftlich ungenügendes und pädagogisch gänzlich verfehltes Machwerk“ bezeichnet, „mit dem ein Kind aus freiem Willen sich selten wohl mehr als einmal beschäftigt hat“ (S. 20). Dennoch ist der „Brandenburgische Kinderfreund“ für JANKE, zumindest in Teilen, bereits in die Reihe der „realistischen“ Lesebücher zu rechnen, die gegen Ende des 18. Jahrhunderts aufkommen und im beginnenden 19. Jahrhundert eine zweite, bis in die sechziger und siebziger Jahre des 19. Jahrhunderts währende realistische Phase gesundheitlich orientierter Lesebücher eingeleitet haben würden (S. 16 ff.). Erst nach 1854 hätte, z. T. unter Verwendung der in den ausgehenden dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts für den Schulunterricht eingeführten „literarischen“ sowie unter fortdauernder Benutzung der „realistischen“ Lesebücher, eine dritte Periode begonnen („Regulativ-Phase“), die mit der Vernachlässigung der Gesundheitslehre einhergegangen wäre. Die Gesundheitslehre wäre erst mit Beginn einer vierten Periode („Reform-Phase“), im Anschluß an die „Allgemeinen Bestimmungen“ von 1872, wieder stärker berücksichtigt worden (S. 31 ff.). Differenzen allerdings, so JANKE, würden sich hauptsächlich in der formalen Gestaltung der Lesestücke zeigen, während die Themen sich bis ins ausgehende 19. Jahrhundert wiederholten.

Die von JANKE selbst genannten und in Lesebüchern bis ins Jahr 1895 am häufigsten aufgeführten Themen lassen eine hier supponierte Fortschrittsorientierung von der (medizinischen) Krankheitsprophylaxe zur (allgemeinen) Prävention allerdings keineswegs deutlich werden. Sie lauten, bei nahezu gleichbleibenden Inhalten, seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert: „Der Lebenslauf“, „Gesundheit und Krankheit“, „Der Körper und seine Teile“, „Das Blut und sein Kreislauf“, „Die Atmung“, „Vom Essen und Trinken“, „Mittel

zur Förderung der Gesundheit“, „Das Auge“, „Essen und Trinken“ (S. 36 ff.).

JANKE selbst war einer der zentralen pädagogischen Vertreter der im ausgehenden 19. Jahrhundert neu eröffneten und hier vor allem durch Differenzen zwischen Medizinern und Pädagogen gekennzeichneten Diskussion um Gesundheitserziehung. Der Publizierung der unterschiedlichen Sichtweisen dienten u. a. die um 1860 entstehenden modernen pädagogischen Enzyklopädien⁴, in denen sowohl Pädagogen als auch Mediziner zu Fragen der Gesundheitserziehung Stellung nahmen.

2. Krankheit versus Prävention: Professionelle Differenzierung und „Medizinisierung“ des Diskurses 1860–1910

Die Bedeutung von Pädagogik und Medizin für den schulischen Diskurs zur Gesundheitserziehung verschiebt sich im Verlaufe des 19. Jahrhunderts u. a. durch Professionalisierungstendenzen im Bereich der Volksschulen (Lehrerbildung), durch Institutionalisierungstendenzen in der schulischen Gesundheitserziehung (curriculare Aufnahme) sowie durch professionsgebundene wissenschaftliche und technologische Fortschritte in der Medizin. Die mit der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – zunächst in großen Städten vollzogenen – Vereinheitlichung des Ärztestandes einhergehende Verwissenschaftlichung zeigt sich vor allem auf den Gebieten der Zellulärpathologie (VIRCHOW), der Bakteriologie (KOCH) und der wissenschaftlichen Hygiene (PETTENKOFER). Neben der Medizin erlangt auch die Psychologie im ausgehenden 19. Jahrhundert einen wichtigen Stellenwert innerhalb der Debatte zur Gesundheitserziehung. Weitere Schwerpunktverschiebungen finden statt durch die sich etablierende Psychiatrie und die Heilpädagogik sowie einen in der Folge einsetzenden – erst schulspezifischen, dann schulübergreifenden – „Normalisierungsdiskurs“ (vgl. KOST 1983). Unterstützt wird die Aufnahme zahlreicher Einzelforschungsergebnisse aus der sich etablierenden wissenschaftlichen Hygiene durch eine sich experimentell begreifende Pädagogik (vgl. PREYER 1887). Auch die auf Vermittlung von Inhalten ausgerichtete schulische Gesundheitserziehung ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gekennzeichnet durch einen Prozeß der Verwissenschaftlichung, der vor allem in einer „Medizinisierung“ ihrer Inhalte besteht.

Gleichzeitig gerät die Schule unter einem neuen, dilemmatischen Blickwinkel in den Interessensbereich der Gesundheitserziehung. Wurde sie im ausgehenden 18. Jahrhundert weitgehend unter dem Aspekt ihrer positiven (Gesundheits-)Erziehungsmöglichkeiten gesehen, erweist sie sich im Verlaufe des 19. Jahrhunderts zunehmend als eine eigene Ursache für die Notwendigkeit von Gesundheitserziehung. Die Schule, vor allem das Gymnasium, tritt als „krankheitsverursachende“ (Kurzsichtigkeit, Wirbelsäulenschäden etc. hervorrufoende) in das Bewußtsein von Experten und Öffentlichkeit (LORINSER

⁴ Auf die frühmodernen Vorläufer pädagogischer Enzyklopädien im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert sei an dieser Stelle nicht eingegangen. Den Hinweis hierzu verdanke ich FRIEDRICH ROST.

1836). In der Folge erweisen sich auch die seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert erhobenen Forderungen nach Einrichtung von Gesundheitserziehung als eigenständiges Lehrfach als problematisch. Sie werden mit dem – ebenfalls gesundheitserzieherisch legitimierten – Argument der „Überbürdung“ von Schülern wiederholt zurückgewiesen (GROSS in: SCHMID ²1881, Bd. 4, S. 118).

Gesundheitsbezogene Inhalte werden in die seit Mitte des 19. Jahrhunderts erscheinenden Fachzyklopädien zunächst eher zögerlich aufgenommen (vgl. SCHMID 1859–1878 u. ²1876–1887), dann jedoch auf eine Vielzahl von Themenbereichen ausgedehnt (vgl. REIN 1895–1899 u. ²1903–1910). Vier Artikeln in der SCHMIDSchen Enzyklopädie stehen, psychologische Themen nicht mit eingerechnet, allein rund 70 Artikel zu Fragen der Gesundheit und Krankheit im REINSchen Handbuch gegenüber. Vor allem im REINSchen Handbuch wird ein nichtdualisierendes, differenzierteres Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickelt (ZIEHEN in: REIN 1896, Bd. 2, S. 828ff.; ²1905, Bd. 3, S. 553ff.). Welche Probleme mit der hier von medizinischer (und psychologischer) Seite vorausgesetzten „Meßbarkeit“ des Menschen für eine pädagogische Argumentation verbunden sein können, zeigt sich allerdings erst Jahrzehnte später (NOHL 1957 [1933], S. 114ff.). Noch teilen selbst emphatische, an PESTALOZZI geschulte Pädagogen mit Schulärzten, Hygienikern und anderen Medizinern das Interesse an der exakten Beobachtung und statistischen Erfäßbarkeit von Schülern (z.B. BERNINGER 1903).

Begründet werden gesundheitserzieherische Maßnahmen weiterhin mit der an ein individuelles Leistungsverständnis, an Moralitäts- und Einheitsvorstellungen geknüpften Notwendigkeit der „Hebung der Volkskraft“ (GROSS in: SCHMID ²1881, Bd. 4, S. 88 sowie JANKE in: REIN 1896, Bd. 2, S. 831). Methodisch bevorzugt werden seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert Formen der Gewöhnung und Belehrung bei gleichzeitiger praktischer Anschauung. So werden das Anbringen von Plakaten, das Erlernen von Versen sowie der gelegentliche Besuch von Vorträgen etc. als Erweiterung des methodisch-didaktischen Repertoires empfohlen. Galten bereits seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert „innere Einsicht“ und Verhaltensänderung anstelle der bloßen Wissensaufnahme bzw. -reproduktion als wichtig, wird überdies seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert die ständige Präsenz gesundheitlicher Themen durch ihre Verbindung mit anderen Unterrichtsgegenständen hervorgehoben (JANKE in: REIN 1896, Bd. 2, S. 835).

Während die Durchdringung des pädagogischen Denkens von den naturwissenschaftlich-medizinischen Fortschritten vor allem auf dem Gebiet der Hygiene genutzt und auch goutiert wird – „so ist wohl kein Gebiet der Schulhygiene vorhanden, das nicht von den Fortschritten der Physiologie Nutzen gehabt hätte“ (JANKE in: REIN 1899, Bd. 6, S. 441f.) –, stößt sie für den Unterricht selber, hier vor allem bei Volksschullehrern, auf Widerstände. Diese sprechen sich gegen die Vermittlung detaillierter anatomischer und physiologischer Kenntnisse ebenso aus wie gegen die Darstellung von Krankheitsbildern und deren Therapiemöglichkeiten (JANKE in: REIN 1896, Bd. 2, S. 837).

Gleichwohl öffnet die von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Gesundheitserziehung vorherrschende medizinische

Betrachtungsweise den Unterricht an niederen und vor allem aber an höheren Schulen zunehmend für medizinische, d. h. für hygienische, physiologische und anatomische Themen. Nach SCHULZE ist für den Unterricht an höheren Schulen folgende – von Anatomie und Physiologie beherrschte – Anordnung von Themenschwerpunkten zu setzen: Knochen, Muskeln, Nerven, Blut, Sinnesorgane, Atmungs- und Verdauungsorgane (SCHULZE in: REIN 1897, Bd. 3, S. 765ff. sowie ²1906, Bd. 4, S. 466ff.). „Wissenschaftliche Werke“ bleiben auch hier vom Hygieneunterricht ausgeschlossen (ebd., S. 768).

Als zunehmend strittig zeigt sich die bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts geforderte ärztliche Beaufsichtigung des Schulwesens. Die fortbestehende Konkurrenz von Lehrern und Ärzten dokumentiert sich vor allem in der Debatte um die Funktion von Schulärzten und in der damit verbundenen Frage der Kompetenz, Unterricht in Hygiene bzw. Gesundheitslehre erteilen zu dürfen. Diese Fragen werden auf zahlreichen Versammlungen und in einschlägigen Publikationen thematisiert. In einem Rückblick schreibt LEUBUSCHER 1914: „So einmütig die Ärzteschaft für den Schularzt eintrat, so heftig wurde die Einführung durch die Lehrerschaft bekämpft. ... Die Lehrer fürchteten in dem Schularzte nur einen neuen Vorgesetzten zu bekommen, sie sahen ihre eigene Autorität beeinträchtigt, sie sahen eine Störung des Unterrichts durch die Schularztstätigkeit voraus. Und vor allen Dingen betonte die Lehrerschaft, daß für eine gesundheitliche Beaufsichtigung innerhalb der Schule nur der Lehrer die geeignete Person darstelle ...“ (LEUBUSCHER in: SELTER 1914, S. 11).

Gegen die Einstellung von Schulärzten votieren allerdings nicht nur Lehrer, vor allem die der höheren Schulen, sondern – mit dem Hinweis auf zu hohe Kosten – zunächst auch die Behörden. Erst in den achtziger und neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts nehmen Schulärzte in den Großstädten Deutschlands (Frankfurt a. M., Breslau, Leipzig, Dresden, Nürnberg, Königsberg u. a.) ihre Tätigkeit auf. Ihre Aufgabe besteht zunächst vor allem in der hygienischen Kontrolle des Schulgebäudes und seiner Einrichtungen, später dann auch in der ärztlichen Untersuchung der Schulkinder. Im Jahre 1914 sind bereits zwischen 1200 und 1500 Schulärzte in Deutschland, größtenteils nebenamtlich, beschäftigt (ebd., S. 14). Medizinische Vorlesungen über Schulhygiene werden zu dieser Zeit von der akademisch gebildeten Lehrerschaft jedoch eher in geringem Maße besucht. Gleichwohl halten Ärzte an den höheren Schulen seit der Jahrhundertwende gelegentlich hygienische Vorträge (sexuelle Aufklärung u. ä.), und auf den meisten Lehrerseminaren wird bereits Hygieneunterricht durch Ärzte erteilt.

Betrachtet man die Argumente von Gegnern und Befürwortern einer – von Ärzten veranlaßten oder zumindest kontrollierten – Gesundheitserziehung seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert, so lassen sich die bis auf wenige Ausnahmen professionsspezifisch differenzierten Positionen weitgehend eindeutig zuordnen.

Medizinalrat Gross schreibt im Jahre 1881: „Die mangelnde Unterweisung in den Grundsätzen der Gesundheitslehre setzt die heranwachsende Generation Schädlichkeiten aus, gegen welche sie zunächst durch geeignete Belehrung der Lehrer in den Seminaren und auf den Universitäten, dann der Schüler in der Volksschule sowohl wie in den höheren Lehranstalten geschützt werden

sollte“ (GROSS in: SCHMID ²1881, Bd. 4, S. 89). Gefordert wird die – gleichberechtigte – Hinzuziehung von Ärzten in den Schulbehörden (ebd.). Demgegenüber hält der Volksschullehrer JANKE 15 Jahre später allein den Lehrer für berechtigt und auch tauglich, einen in die „allgemeine Bildung“ des Schülers eingebundenen Hygieneunterricht zu erteilen (JANKE in: REIN 1896, Bd. 2, S. 832). Auch Gymnasialdirektor SCHULZE schreibt kurz darauf, aus seiner Warte durchaus berechtigt: „... die Schule muß Bedenken hegen, der meist von ärztlicher Seite vertretenen Forderung, daß man den Unterricht Ärzten von Fach überlasse, zuzustimmen und so sich gewissermaßen einen Dorn ins Fleisch zu stechen. Denn daß manche Ärzte, wenn sie in spezielleren Unterrichtsfragen mitzureden hätten, zu wenig Rücksichten auf die sonstigen Interessen der Schule walten lassen würden, ist klar“ (SCHULZE in: REIN 1897, Bd. 3, S. 768). Um den „Wirkungskreis der Mediziner“ zu verringern, spricht sich der Direktor des Erziehungsheims Sophienhöhe, J. TRÜPER, 1898 für „eine bessere und reichere Besetzung der Pädagogik an den Universitäten und für eine bessere pädagogische Vorbildung der Lehrer an höheren wie an niederen Schulen“ (TRÜPER in: REIN 1898, Bd. 5, S. 184) aus. 1907 wiederholt er seine Forderung im gleichen Wortlaut (TRÜPER in: REIN ²1907, Bd. 6, S. 501). Auch W. REIN, einer der wenigen Lehrstuhlinhaber für Pädagogik vor 1920, weist eine naturwissenschaftlich orientierte Pädagogik bereits 1902 zurück, indem er die der Medizin untergeordneten Gebiete „Physiologie“ und „Hygiene“ zu bloßen Hilfswissenschaften der Pädagogik erklärt: „Von einer physiologischen Pädagogik würde erst dann die Rede sein können, wenn die Naturwissenschaften in der Lage wären, über die ethische Bestimmung des Menschen Aufschluß zu geben“ (REIN 1902, S. 88).

Wurde seitens der Lehrerschaft immer wieder darauf hingewiesen, daß nur der Lehrer geeignet sei, Unterricht in Hygiene zu erteilen, wandten sich Mediziner ihrerseits gegen eine „Popularisierung“ medizinischen Wissens, welche mitunter an „Kurpfuscherei“ grenzen würde. Regierungs- und Medizinalrat WEHMER schreibt 1904: „Seit längerer Zeit ist die Wichtigkeit eines zweckmäßigen Hygieneunterrichts ... betont worden. ... Doch hat diese ganze Strömung in neuerer Zeit vielfach unerwünschte Wege insofern genommen, als Unberufene die Popularisierung der Medizin fortsetzten und für ihre eigensüchtigen Zwecke ausnützten, um im Anschlusse daran für irgend welche einseitigen Kurmethoden, ja Kurpfuscherei Reklame zu machen“ (WEHMER 1904, S. 287). „Demgegenüber kann nicht genug betont werden, daß die Lehre vom Bau und der Pflege des menschlichen Körpers, die Gesundheitslehre nur der Arzt genügend beherrschen kann. Nur er sollte den Hygieneunterricht an die Schüler und ganz besonders sollte auch nur er den Unterricht an Lehrer in Seminarien erteilen“ (S. 287). Mit seiner Kritik am „Kurpfuschertum“ der Lehrer wendet sich WEHMER – wohl unwissentlich – zugleich einem zentralen Problem der pädagogischen Profession zu, welches den Herbartianer P. ZILLIG im selben Jahre für seinen eigenen, sich zwischen Professionalität und Dilettantismus bewegenden Berufsstand fragen läßt: „Wie gelangt man zum pädagogischen Beruf?“ (ZILLIG in: REIN ²1904, Bd. 2, S. 231). ZILLIG antwortet: „Nun, nicht durch bloßes Wissensstreben. Man kann von ihm nicht sagen: Lies diese und diese Bücher! und so erwirbst du dir die Tüchtigkeit dazu. – Aber auch nicht durch bloßes Probieren. Man kann von ihm ebensowenig sagen:

Mache diese und diese Handlungen nach! und so erlernst du ihn. Mit dem pädagogischen Beruf ist es so wie etwa vergleichsweise mit dem künstlerischen. Zum Malen, zum Dichten, zum Tonsetzen kommt man nicht durch Lesen von Schriften über Malerei, Poesie, Musik; jedoch auch nicht durch bloßes Pinselführen, Versemachen, Notenschreiben. Um Künstler zu werden, braucht man vor allem die Begabung, den Genius; dann die ernste Schule“ (S. 231). Die hier artikuliert, für den Übergang zur reformpädagogischen Deutung des Lehrerberufs charakteristische Auffassung läßt immerhin erkennen, daß die alleinige Betonung der kompetenten Vermittlung von Fachwissen ein hier bereits zum Berufsethos stilisiertes Professionsverständnis von Pädagogen schlicht verfehlt haben dürfte (vgl. auch TENORTH 1986).

Trotz zahlreicher Kooperationen in Handbüchern und Enzyklopädien überwiegen bis ins erste Drittel des 20. Jahrhunderts Kompetenzstreitigkeiten zwischen Medizinern und Pädagogen, hier vor allem Lehrern, in Fragen der Gesundheitserziehung. Erst die Beschlüsse auf der Reichsschulkonferenz 1920 weisen Ärzten und Lehrern eindeutige Kompetenzen zu und entscheiden eine jahrzehntelange Debatte schließlich zugunsten der Pädagogen. Die damit einhergehende „Repädagogisierung“ des Diskurses um Gesundheitserziehung, der noch im ausgehenden 19. Jahrhundert – neben der Psychologie – vor allem von der Medizin dominiert wurde, ist begleitet von einem weiteren Wandel innerhalb der Gesundheitserziehung. Gegenüber einem sich an Krankheiten und ihrer Heilung orientierenden medizinischen Verständnis werden Prävention, die Funktionalität des Körpers und seiner Organe sowie die Vermittlungsorientiertheit des Wissens stärker in den Vordergrund gerückt.

3. Prävention als Norm? „Repädagogisierung“ des Diskurses 1910–1930

Neben und zur Überwindung der in der Pädagogik vorherrschenden empirischen, an Psychologie und Medizin gebundenen Betrachtungsweise beginnt sich im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts ein Gegengewicht zu etablieren. Der insbesondere nach dem Ersten Weltkrieg einsetzende Aufstieg der geisteswissenschaftlichen Pädagogik führt zu einem Bedeutungsverlust der empirischen Pädagogik. E. SPRANGER beschreibt diesen Bedeutungsverlust bereits 1913 mit den Worten: „Die Pädagogik ist bisher von manchen Seiten in einem sehr engen Sinne aufgefaßt worden, nämlich als Theorie einer Erziehungstechnik, die ... in ihrer Bedeutung aber kaum über die Grenzen der Schule und die Bedürfnisse des Lehrers hinausreicht. Im Gegensatz zu dieser Auffassung erscheint mir die Erziehung als ein Kulturvorgang, der in den Zusammenhang des ganzen geistigen Lebens eingebettet ist, und folglich die Pädagogik als eine Wissenschaft, die in ihrem historischen, beschreibenden und normativen Teil mit allen übrigen Kulturgebieten eng verwoben ist“ (SPRANGER 1913, S. 479). H. NOHL formuliert 1933, im Bewußtsein der Hochphase der geisteswissenschaftlichen Pädagogik: „Was hier [mit der experimentellen Pädagogik MEUMANN, A. S.] vorliegt, ist im Grunde nichts anderes als die Übertragung des Wissenschaftscharakters der Naturwissenschaft nun auch auf dieses Gebiet [die Pädagogik, A. S.]. Wie die Naturwissenschaft die Natur bezwungen hat, so soll

jetzt auch das seelische Leben in seinen gesetzlichen Zusammenhängen aufgedeckt werden, was uns ermöglichen würde, auch hier durch die Wissenschaft das Leben zu leiten. ... Das letzte Geheimnis des Geistigen ist aber immer seine Einheit: wie sich in dieser Mannigfaltigkeit von Antrieben und Gefühlen, Vorstellungen und Erinnerungen eine Entscheidung, ein einheitlicher Bedeutungszusammenhang, eine Seelengestalt aufbaut, die von einem Zentrum aus jedes Stück dieser Mannigfaltigkeit formt. Der experimentellen psychologischen Methode wird auf allen geistigen Gebieten gerade immer diese wesentliche dynamische Wirklichkeit unzugänglich sein“ (NOHL 1957 [1933], S. 114/118).

Der hier beschriebene, den Zeitraum zwischen 1910 und 1930 mit einer besonderen Dynamik versiehende Wandel macht sich allerdings nicht nur in der wissenschaftlichen Pädagogik bemerkbar, sondern betrifft den schulischen Diskurs zur Gesundheitserziehung ebenso. Gestützt wird der Wandel im Bereich der Gesundheitserziehung vor allem durch den Beschluß auf der Reichsschulkonferenz, den Lehrern die Zuständigkeit für Gesundheitserziehung im Unterricht zu erteilen. Trotz fortlaufender Kooperation zwischen Pädagogen und Medizinern ändert sich damit – in der Zeit der Erstinstitutionalisierung der Erziehungswissenschaft als Universitätsdisziplin – das Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin. Die Medizin wird weitgehend aus ihrer Vorbildfunktion und einer bisher gesetzten – potentiellen – Konkurrenz für Pädagogik entlassen. Gleichzeitig erlangen die inhaltlichen, methodischen und methodologischen Neubestimmungen der geisteswissenschaftlichen Pädagogik auch für den Bereich der Gesundheitserziehung Bedeutung.

Wurde bereits auf den Schulkonferenzen 1890 und 1900 wiederholt auf die „Zweckmäßigkeit von ärztlichen Unterrichtskursen für die Lehrer der höheren Schulen“ hingewiesen (EITNER in: Deutsche ... 1890, S. 474; vgl. auch WAPPENHANS in: Deutsche ... 1900, S. 395), fällt doch erst 1920 – während der dritten Reichsschulkonferenz – eine endgültige Entscheidung über funktionale Differenzierungen und Zuständigkeiten (zu den in der Folge erstellten Richtlinien vgl. APEL/BENNACK 1986, S. 370ff.). Über die „hygienische Erziehung der Schüler“ heißt es hier: „Die hygienische Erziehung der Schüler ist notwendig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und als Voraussetzung der gesundheitsgemäßen Lebensführung der Schüler selbst. Sie ist die Grundlage der Verbreitung hygienischer Lehren im Volk, der Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Hebung der Volkskraft. Die hygienische Erziehung der Schüler ist daher an allen Schulen und auf allen Stufen durchzuführen ... *Die hygienische Erziehung in der Schule hat durch den Lehrer zu erfolgen.* In geeigneten Fällen ist die Mitwirkung des Arztes geboten ...“ (Deutsche ... 1920, S. 812 Hervorhebung A.S.). Eine sich für schulische Gesundheitserziehung bereits in der Vorkriegszeit abzeichnende Wende („Im großen und ganzen ist in Deutschland ein Einfluß des Schularztes auf schulhygienische Bestrebungen im Unterricht nicht vorhanden“, LEUBUSCHER in: SELTER 1914, S. 633) wird auf diese Weise konsolidiert, und die Pädagogik „rückerober“ das jahrzehntelang umstrittene Terrain der Gesundheitserziehung in den Schulen. Dies geschieht allerdings nicht folgenlos.

So wird die noch im ausgehenden 19. Jahrhundert von Pädagogen geforderte Separierung der Darstellung von Krankheiten und deren Heilungsmöglichkei-

ten in wissenschaftlichen Abhandlungen und rein präventiven Inhalten im (Volksschul-)Unterricht nicht weiter aufrechterhalten. Statt dessen bilden Informationen über (Infektions-)Krankheiten einen Teil der Lehrpläne (GRAUPNER in: SELTER 1914, S. 311). Neben der in den Handbüchern neu hinzukommenden Sexualpädagogik und den berufsspezifischen „Erkrankung(en) der Lehrer und Lehrerinnen“ (SELTHER 1914, S. VIII) nimmt insbesondere der Stellenwert spezifisch schulbedingter Krankheiten gegenüber differenzierten Darstellungen allgemeiner Krankheiten, schüler- und schulhygienischer Maßnahmen sowie der Funktion und den Erkrankungen einzelner Organe ab (vgl. SELTER 1914; ADAM/LORENTZ 1923). Die Gesundheitsvorstellungen wandeln sich von einem eher analytisch orientierten, von wissenschaftlichen Ambitionen begleiteten und fortschrittsorientierten Verständnis in der Vorkriegszeit (LEUBUSCHER in: SELTER 1914, S. 17f.) zu einem tendenziell ganzheitlichen, teils mystischen und zugleich stärker vermittlungsorientierten Verständnis in der Weimarer Republik (ADAM/LORENTZ 1923, S. VIII). Sie münden schließlich in kulturpessimistische und eugenische Betrachtungen ein (WENDENBURG in: NOHL/PALLAT 1929, Bd. 5, S. 65).⁵ Die Begründungen gesundheitserzieherischer Maßnahmen und Forderungen beziehen sich – auch weiterhin – vor allem auf die notwendige „Stärkung der Volkskraft“, die nun vor allem durch den Ausbau der Schul- und Sozialfürsorge unterstützt werden soll (SELTHER 1914, S. III; GRAUPNER in: SELTER 1914, S. 307; LORENTZ in: ADAM/LORENTZ 1923, S. 1 sowie WENDENBURG in: NOHL/PALLAT 1929, Bd. 5, S. 67).

Im Gesundheitsunterricht werden – nach 1920 – neue Schwerpunkte gesetzt (u. a. Anthropologie; LORENTZ in: ADAM/LORENTZ 1923, S. 3). Auf didaktische Aufbereitung, Methodenvielfalt und Prävention wird zunehmend Wert gelegt (ADAM/LORENTZ 1923, S. VI). Gleichzeitig wird Kritik an bisherigen Hygienehandbüchern geübt (ADAM/LORENTZ 1923, S. Vf.).

Die mit der „Repädagogisierung“ nach 1920 zugleich einhergehende Orientierung an Prävention läßt Vorstellungen vom „gesunden“ Individuum stärker in den Vordergrund rücken, die sich ihrerseits mit normativen Idealen verbinden. HUNTEMÜLLER schreibt hierzu 1929: „Unserer heranwachsenden Jugend darf als Idealgestalt nicht der blasse, Alkohol trinkende und Zigaretten rauchende elegante Lebemann vor Augen schweben, sondern der von der Sonne gebräunte, körperlich und geistig gut gebildete, bescheidene Sportsmann“ (HUNTEMÜLLER in: SCHWARTZ 1929, Bd. 2, Sp. 473; vgl. auch DRESEL in: NOHL/PALLAT 1930, Bd. 3, S. 155/169). Allerdings stellen die hier vorgenommenen Normierungen kein Spezifikum der sich neu etablierenden geisteswissenschaftlich und kulturtheoretisch ausgerichteten Pädagogik dar. Spätestens mit der nach dem Ersten Weltkrieg entstehenden Sozialhygiene (stärker noch mit der sich gleichfalls in diesem Zeitraum konstituierenden „Rassenhygiene“; HARTEN 1993) tritt auch seitens der Medizin eine explizit „normative“ Wissenschaft hervor, die den Gesundheitszustand innerhalb der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Lage zu verbessern sucht (GROTHJAHN

⁵ Die in der Weimarer Zeit vorgenommenen Normierungen deuten indessen nicht auf einen bruchlosen Übergang von der Weimarer Zeit zur nationalsozialistischen Ära hin. Vielmehr zeichnen sich die nationalsozialistischen Schulhygienevorstellungen durch neue, z. T. nicht vergleichbare Charakteristika aus (BENNACK 1990, S. 375ff.).

1923, S. 9). Sie reiht sich ein in einen Diskurs zur Gesundheitserziehung, der von 1770 bis 1930 begleitet war von normierenden Vorstellungen über Sittlichkeit, Moral, Ordnung und Normalität des einzelnen wie auch eines „Ganzen“, hier des Staates, der Nation bzw. der „Volkskraft“. Und sie läßt Gesundheitserziehung auch nach 1920 weiterhin unter dem Verdikt einer Normierung bestehen, die – in ihrer präventiven Orientierung – bei dem Mediziner GROTJAHN 1929 schließlich zu der – überraschenden – Feststellung führt, es sei überflüssig, „dem Kinde die Elemente der Anatomie, Physiologie und Pathologie des menschlichen Organismus systematisch einzutrichtern“. Ausreichend sei „ein aufklärendes Wort über den Wert der Zahnpflege, Reinlichkeit der Haut, Vermeidung alkoholischer Getränke und nikotinhaltiger Genußmittel“ (GROTJAHN in: GROTJAHN/JUNGE 1929, S. 56f.).

Geht die Neustrukturierung des Diskurses zur Gesundheitserziehung nach 1920 mit einer stärkeren Orientierung an Prävention einher, so scheint auch die Medizin, in Teilen zumindest, diesen Wandel offenbar mitzuvollziehen. Er läßt sich jedoch auch als defensive Reaktion von Medizinern gegenüber einer reformpädagogisch erstarkten Lehrerschaft lesen, mit der die Effektivitätsfrage von Gesundheitserziehung zugleich in den „internen“ Diskurs aufgenommen wird: „Stets mögen Schule und Lehrer sich bewußt bleiben, daß sie nur einen bescheidenen Beitrag zur Belehrung und Erziehung der heranwachsenden Jugend liefern können. Auf zahlreiche wichtige Fragen werden sie die Antwort anderen erzieherischen Faktoren überlassen müssen“ (GROTJAHN in: GROTJAHN/JUNGE 1929, S. 175f.).

Quellen

- ADAM, C./LORENTZ, F. (Hrsg.): Gesundheitslehre in der Schule. Leitfaden für Lehrer und Lehrerinnen zur hygienischen Unterweisung in der Schule. Leipzig 1923.
- BERNINGER, J.: Ziele und Aufgaben der modernen Schul- und Volkshygiene. Winke und Ratschläge für Lehrer, Schulärzte und Eltern. Wiesbaden 1903.
- DEUTSCHE SCHULKONFERENZEN. Verhandlungen über Fragen des höheren Unterrichts. Bd. 1–3. Berlin 1890/1900/1920. (Neudruck der Ausgaben Halle 1891/1902/1921.)
- FAUST, B. C.: Gesundheits=Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und bey dem häuslichen Unterrichte. Bückeburg 1794.
- GROTJAHN, A./JUNGE, G.: Massvolle Schulreform. Praktische Vorschläge eines Arztes und eines Lehrers. Leipzig 1929.
- GROTJAHN, A.: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene. 3., neubearb. Aufl. Berlin 1923.
- JANKE, O.: Die Gesundheitslehre im Lesebuch. Pädagogisches Magazin. Heft 57. Langensalza 1895.
- LORINSER, I.: Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen. Berlin 1836. (Sonderdruck der Preussischen Medizinischen Vereins-Zeitung, Nr. 1.)
- MAGAZIN FÜR SCHULEN und die Erziehung überhaupt. Bd. 1–6. Frankfurt/Leipzig 1766–1772.
- NOHL, H./PALLAT, L. (Hrsg.): Handbuch der Pädagogik. 5 Bde. und ein Ergänzungsband. Langensalza 1928–1933.
- NOHL, H.: Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie. 4., unveränd. Aufl. Frankfurt a. M. 1957.
- OSTERHAUSEN, J. K.: Ueber medicinische Aufklärung. Bd. 1. Zuerich 1798.
- PREYER, W.: Naturforschung und Schule. 2. Aufl. Stuttgart 1887.
- REIN, W. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Pädagogik. Bd. 1–7. Jena 1895–1899 sowie Bd. 1–10. Jena 1903–1910. (Die erste Auflage wird im Text ohne Nennung der Auflage zitiert.)

- REIN, W.: Pädagogik in systematischer Darstellung. Bd. 1: Die Lehre vom Bildungswesen. Langensalza 1902.
- ROCHOW, F. E. v.: Der Kinderfreund. Ein Lesebuch zum Gebrauch in Landschulen. 2 Theile. Frankfurt 1776/1779. (Nachdruck 1988.)
- ROCHOW, F. E. v.: Versuch eines Schulbuches für Kinder der Landleute oder zum Gebrauch in Dorfschulen. Berlin 1772. (Nachdruck 1988.)
- SCHMID, K. A. (Hrsg.): Encyklopädie des gesamten Erziehungs- und Unterrichtswesens. Bd. 1–11. Gotha 1859–1878 sowie Bd. 1–11. Gotha/Leipzig 1876–1887. (Die erste Auflage wird ohne Nennung der Auflage zitiert.)
- SCHNEIDER, K.: Die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsfürsorge des gesunden und kranken Soldaten. (Diss.) Köln 1938.
- SCHWARTZ, H. (Hrsg.): Pädagogisches Lexikon. 4 Bde. Bielefeld/Leipzig 1928–1931.
- SELTNER, H. (Hrsg.): Handbuch der deutschen Schulhygiene. Dresden/Leipzig 1914.
- SPRANGER, E.: [Kommentar]. In: Zeitschrift für pädagogische Psychologie 14 (1913), S. 479.
- TRAPP, E. C.: Versuch einer Pädagogik. Berlin 1780. (Nachdruck 1977.)
- WEHMER, R. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. Wien/Leipzig 1904.
- WILMSEN, F. P.: Der Brandenburgische Kinderfreund. Ein Lesebuch für Volksschulen. Berlin 1800. (Nachdruck 1992.)

Literatur

- APEL, H.-J./BENNACK, J. (Hrsg.): Hygiene in preussischen Schulvorschriften. Eine Zusammenstellung unter besonderer Berücksichtigung der Rheinlande 1800–1945. Köln/Wien 1986.
- BENNACK, J.: Gesundheit und Schule. Zur Geschichte der Hygiene im preussischen Volksschulwesen. Köln 1990.
- ELKELES, B.: Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patienten-Beziehung des 19. und 20. Jahrhunderts. In: R. JÜTTE (Hrsg.): Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin. Stuttgart 1991, S. 63–91.
- HARTEN, H.-C.: Rasse und Erziehung. Zur pädagogischen Psychologie und Soziologie des Nationalsozialismus. Ein Forschungsbericht. In: Zeitschrift für Pädagogik 39 (1993), H. 1, S. 111–134.
- HENKELMANN, T./KARPF, D.: Gesundheitserziehung gestern und heute. Stuttgart 1982.
- JANSSEN, M.: Zur Geschichte der schulischen Gesundheitslehre im Norddeutschen Raum. Ihre Entwicklung zwischen 1880 und 1930 und ihr Niederschlag in zeitgenössischen Lehrerhandbüchern. (Diss.) Hamburg 1980.
- KERSTING, CH.: Die Genese der Pädagogik im 18. Jahrhundert. CAMPES „Allgemeine Revision“ im Kontext der neuzeitlichen Wissenschaft. Weinheim 1992.
- KOST, F.: Die „Normalisierung“ der Schule. Zur Schulhygienebewegung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Pädagogik 29 (1983), H. 5, S. 769–782.
- LAASER, U./HURRELMANN, K./WOLTERS, P.: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: K. HURRELMANN/U. LAASER (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel 1993, S. 176–203.
- LABISCH, A.: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M. 1992.
- LACHMUND, J./STOLLBERG, G.: Zur medialen Kultur des Bildungsbürgertums um 1800. Eine soziologische Analyse anhand von Autobiographien. In: W. F. KÜMMEL (Hrsg.): Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin. Bd. 1. Stuttgart 1989, S. 163–184.
- NEUGEBAUER, W.: Absolutistischer Staat und Schulwirklichkeit in Brandenburg-Preussen. Berlin 1985.
- ROMBACH, H. (Hrsg.): Lexikon der Pädagogik. Bd. 1–4. Freiburg 1970–1971.
- SCHIPPERGES, H.: Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung. In: M. BLOHMKE u. a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 2. Stuttgart 1977, S. 550–567.
- SPREE, R.: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981.
- TENORTH, H.-E.: „Lehrerberuf s. Dilettantismus“: Wie die Lehrprofession ihr Geschäft verstand. In: N. LUHMANN/K. E. SCHÖRR (Hrsg.): Zwischen Intransparenz und Verstehen. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt a. M. 1986, S. 275–322.

Abstract

On the basis of selected literature, the author reconstructs the trends in topics and methods in the discourse on health education in school since the eighteenth century. The analysis reveals the competing interests of the pedagogical and the medical profession, already apparent within the discourse, and their effect on conceptions and programs of health education. Furthermore, the author proposes a model for subdividing the period from 1770 to 1930 into individual phases; this allows to infer from the scientific discourse the peculiarities of conceptions of health instruction in school with regard to both content and methods as a function of the changing dominance of pedagogics and medicine.

Anschrift der Autorin:

Dr. Annette M. Stroß, Humboldt-Universität, Institut für Allgemeine Pädagogik,
Unter den Linden 6, 10099 Berlin