

Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung

Plädoyer für einen Perspektivenwechsel oder: Vom Fehlen und von der Notwendigkeit gesundheitspädagogischer Grundlagenreflexion

1. Ausgangslage

Dem Praxisfeld *Gesundheitserziehung* korrespondiert in Deutschland (wie auch in anderen Ländern) bislang keine ausgebaute erziehungswissenschaftliche Teildisziplin. Allerdings wird von deutscher Seite seit einigen Jahren verstärkt auf das Defizit einer der Gesundheitserziehung korrespondierenden erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin *Gesundheitspädagogik* hingewiesen. Vor dem Hintergrund der langen Tradition der wissenschaftlichen Pädagogik im deutschen Sprachraum und der berechtigten Forderungen nach Etablierung einer eigenständigen Bezugsdisziplin ist Gesundheitspädagogik demzufolge als wissenschaftlicher Bezugsrahmen des bislang weder begriffsgeschichtlich noch systematisch akzentuierten Praxisfeldes Gesundheitserziehung zu konstituieren. In diesem Zusammenhang sind grundlegende erziehungswissenschaftliche Postulate wie auch Forschungsergebnisse der letzten Jahre bezogen auf ein mittlerweile sehr altes Praxisfeld fruchtbar zu machen. Hierzu gehört u.a. die Reflexion des Erziehungsbegriffs und – damit verbunden – das Problem der normativen Setzung von 'Gesundheit' als Erziehungsziel. Als Konsequenz der Anbindung des Praxisfeldes 'Gesundheitserziehung' an erziehungswissenschaftliche Grundlagenreflexion wird darüber hinaus die Arbeit am Mythos 'Gesundheit' postuliert. Erst auf diese Weise lassen sich die traditionsbedingten Normierungen innerhalb des Praxisfeldes Gesundheitserziehung hinterfragen mit weitreichenden Konsequenzen sowohl für den professionellen Umgang mit Fragen der Krankheit und Gesundheit als auch für die je individuelle und lebensphasenspezifische Herausbildung von Gesundheitsverständnissen bei Kindern und Jugendlichen.

2. Traditionelle Zugänge: Zur Geschichte des integrativ-pragmatischen Paradigmas

Gesundheitserziehung erster Ordnung wird in der Aufklärungszeit im 18. Jahrhundert mit den Normen und Wertvorstellungen des entstehenden Bürgertums (Tugendhaftigkeit, Fleiß, Sauberkeit, Ordnung etc.) verbunden. Das Selbstverständnis einer auf gesellschaftliche Anpassungsprozesse zielenden und

mit Methoden der individuellen Abschreckung arbeitenden Gesundheitserziehung lässt sich für das 19. und 20. Jahrhundert anhand differierender Leitvorstellungen und -begriffe (wie z.B. Gesundheitslehre, Gesundheitsunterricht, Gesundheitsförderung) noch bis in die sechziger und siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein rekonstruieren¹. Wurden die Kinder in den Volksschullesebüchern des 18. und 19. Jahrhunderts etwa vor den gesundheitlichen Schäden durch Müßiggang und ‚Lasterhaftigkeit‘ gewarnt und gerieten im sog. nervösen Zeitalter – um 1900 – beispielsweise körperliche Erkrankungen bis hin zur Suizidgefährdung der Gymnasiasten durch schulische ‚Überbürdung‘ in den Blick, so richteten sich die normierenden Ratschläge in den sechziger und den frühen siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts auf spezifische Verhaltensweisen (wie mangelhaftes Stress-Coping), auf Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck als ‚Risikofaktoren‘². Um die Vorherrschaft in der – schulischen – Gesundheitserziehung konkurrierten vom 18. bis ins 20. Jahrhundert hinein Lehrer und Ärzte³. War *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* noch bis in die frühen siebziger Jahre vorwiegend am sog. medizinischen Risikofaktorenkonzept orientiert, findet seit den siebziger und achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts – zunächst in den USA und Großbritannien, später auch in Deutschland – eine multidisziplinäre Öffnung in Richtung auf Psychologie, Soziologie, aber auch Hilfswissenschaften wie Politikwissenschaft statt. Wichtig für diesen Öffnungsprozess ist auch die Entstehung der neuen Multidisziplin Gesundheitswissenschaften in Deutschland, die sich u.a. als grundlagenorientiertes Gegenmodell zu einem politiknahen Public-Health-Verständnis im angloamerikanischen Raum etabliert hat⁴. Ungeachtet der seit den achtziger Jahren vollzogenen inhaltlichen Umorientierungen (Partizipation, Empowerment, strukturelle Maßnahmen etc.) gilt ‚Gesundheit‘ bis heute als *normative Vorgabe*⁵. Damit kann *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* als eine – von der Medizin über weite Strecken funktionalisierte – erziehungswissenschaftlich jedoch kaum reflektierte, an einem autoritativen Erziehungsverständnis (1950/60er Jahre) bzw. an Verhaltens- und Lerntheorien (1970er Jahre) sowie zunehmend an einem partizipativen Erziehungsverständnis (seit den 1980er Jahren) orientierte, methodisch und inhaltlich noch weitgehend eklektisch zusammengesetzte Instanz verstanden werden, die trotz der Erweiterung der individuums- und gruppenbezogenen Perspektive auf gesundheitsförderliche bzw. -verhindernde Rahmenbedingungen⁶ seit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts weiterhin auf gesundheitsförderliche Maßnahmen erster Ordnung, d.h. auf Gesundheit als normative Vorgabe, zielt. *Gesundheitspädagogik erster Ordnung kann somit auch als integrativ und pragmatisch bezeichnet werden.*

¹ vgl. Kost 1985; Labisch 1992

² vgl. Stroß 1996

³ vgl. Stroß 1995, 2000

⁴ vgl. Hurrelmann 1999, S. 5; Stroß 1999

⁵ vgl. auch Kühn 1993; Seedhouse 1997

⁶ vgl. auch Ottawa-Charta 1986

3. Reflexivierung der Tradition: ‚Erziehung‘ und ‚Gesundheit‘ unter neuen Vorzeichen

Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung knüpft an ein partizipatives und auf Empowerment gerichtetes Erziehungsverständnis an, lehnt in ihrer Einbettung in erziehungswissenschaftliche Grundlagenreflexion allerdings die Orientierung an ‚Gesundheit‘ im Sinne einer *normativen Vorgabe* ab. Kritisiert worden sind im Vorfeld disziplinspezifischer Überlegungen zur Gesundheitspädagogik bereits ein verkürztes Partizipationsverständnis (z.B. Compliance gegenüber medizinischen Anweisungen), unreflektierte ‚Blaming-the-victim‘-Strategien (im Sinne persönlicher Schuldzuweisungen) sowie eine in Teilen bis heute unhinterfragte Mittelschichts-Orientierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen⁷. Eine „disziplinabhängige Akzentuierung“⁸ im Sinne eines „eigenständigen Beitrags“⁹ aus erziehungswissenschaftlicher Sicht steht allerdings – so die Defizitdiagnose der an der Ausformulierung einer erziehungswissenschaftlichen Gesundheitspädagogik interessierten Fachvertreterinnen und -vertreter – nach wie vor in den Anfängen¹⁰. Gleichwohl finden sich auch in den ersten Ansätzen einer erziehungswissenschaftlich ausgerichteten Gesundheitspädagogik historiografische und systematische Probleme bzw. Unschärfen, so z.B. in dem Versuch, mit Blick in die jüngere Geschichte einen spezifischen erziehungswissenschaftlichen Zugang zu zeigen bzw. die Eigenständigkeit einer erziehungswissenschaftlichen Gesundheitspädagogik mit Verweis auf die zweihundert Jahre alte Forderung des Begründers der wissenschaftlichen Pädagogik, Johann Friedrich Herbart, nach ‚einheimischen Begriffen‘ zu legitimieren. Um grundlegenden Postulaten und neueren Forschungsergebnissen aus der Erziehungswissenschaft Rechnung zu tragen, hat *Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung* sich deshalb konsequenterweise an einer Meta-Ebene zu orientieren: durch kritische Reflexion des Erziehungsbegriffs und – damit zusammenhängend – durch Kritik an der normativen Setzung von ‚Gesundheit‘ als Erziehungsziel.

3.1. Erziehung als interaktionstheoretische ‚Aufforderung zur Selbsttätigkeit‘

Bis in die Gegenwart hinein arbeiten Programme und Konzepte wie auch kritische Überlegungen zur Gesundheitserziehung mit einem reduzierten Erziehungsverständnis. In Erweiterung kognitiver Informationsvermittlungsstrategien und in Anlehnung an verhaltenspsychologische Modelle wird Erziehung häufig als Psychotechnik, d.h. als gezielte, kognitive, emotionale und soziale Faktoren berücksichtigende „Kombination von Informations- und Einstellungsveränderungsstrategien“ aufgefasst¹¹, oder der Erziehungsbegriff wird – mit Blick auf die zweihundertjährige Tradition schulischer Gesundheitserziehung – als mit ‚verkehrten‘ Methoden der Abschreckung (im 20. Jh. z.B. Demonstration von ‚Raucherbeinen‘ in Filmen) verbunden betrachtet und gegenüber unspezifischen Begriffen (wie z.B. Gesundheitsförderung) pauschal zurückgewiesen. Beide Positionen – Psychotechnik wie auch Ablehnung – werden der Komplexität des

⁷ vgl. Franzkowiak/Wenzel 2001, S. 717

⁸ Wulffhorst 2002, S. 87

⁹ Zwick 2004, S. 7

¹⁰ vgl. hierzu die Beiträge von Henner 1998; Hörmann 2002; Wulffhorst 2002; Zwick 2004

¹¹ Laaser/Hurrelmann/Wolters 1993, S. 186

Erziehungsbegriffs nicht gerecht. *Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung* hat deshalb die impliziten ebenso wie auch die dargestellten Erziehungsverständnisse in Programmen und Konzepten der Gesundheitserziehung zu analysieren, um vor dem Hintergrund der historischen (und systematisierbaren) Komplexität des Erziehungsbegriffs¹² ein neues Verständnis (von der Besonderheit) des gesundheitserzieherischen Zuganges zu entwickeln und um *Gesundheitserziehung* alternativen Begriffen wie Gesundheitsbildung, -beratung und -förderung gegenüber deutlich konturieren zu können. *Gesundheitserziehung zweiter Ordnung kann damit begriffen werden als ein spezifischer Zugang in einem interdisziplinären Ensemble theoretisierbarer und methodisierbarer Herangehensweisen zur Frage der Gesundheit(sförderung) von Menschen.* Strukturelle, die Lebensweise und den Lebensstil von Menschen betreffende Aspekte verweisen in diesem Zusammenhang auf weitere notwendige Begriffsklärungen und -abgrenzungen, z.B. zu – ebenfalls zu konturierenden – Begriffen wie Gesundheitshabitus und Gesundheitssozialisation. Wird *Gesundheitserziehung zweiter Ordnung* im Sinne personalisierter Verhältnisse und zwischenmenschlichen Handelns gefasst, kann die „Verbindlichkeit der erzieherischen Absichten“ als „pädagogische(s) Minimum“ definiert werden, „darunter man von Erziehung nicht sinnvoll reden kann“ (ebd., S. 274). Wird Erziehung darüber hinaus interaktionstheoretisch als „Aufforderung zur Selbsttätigkeit“ (ebd., S. 279f.) begriffen, kann 'Gesundheit' zwar als Anspruch gesetzt, dessen Verbindlichkeit allerdings nicht durch eine „die pädagogische Angemessenheit oder Unangemessenheit der Handlungen prüfenden Instanz“ hergestellt werden (ebd., S. 282). Kompetenztheoretisch begründete Asymmetrien zwischen den im Feld der Gesundheitserziehung Agierenden lassen sich auf diese Weise nicht länger voraussetzen insofern, als der im Erziehungsbegriff traditionellerweise aufgehobene Freiheitsgedanke der Inter-Agierenden hier wiederum lediglich in eine – aus der Geschichte der Gesundheitserziehung wohl bekannte – „Art normativer Hermeneutik des erziehenden Bürgertums“ überführt würde (ebd., S. 280). Das verweist zugleich auf das zweite Problem der *Gesundheitserziehung erster Ordnung*: Gesundheitsorientierung als unreflektierte – normative – Setzung.

3.2. Zum Problem der Normativität: 'Gesundheit' als Zielvorstellung und 'Erziehung' als Technik

Erziehung in der Moderne beinhaltet die (Vorstellung einer) Mündigkeit von Individuen. Trotz der im 20. Jahrhundert ins Blickfeld getretenen 'Dialektik der in Barbarei zurückfallenden Aufklärung'¹³, diverser postmoderner Zeitdiagnosen (z.B. zum Ende der „großen Erzählungen“ von Fortschritt, Hermeneutik und Subjekt,¹⁴ und der jüngsten Relativierungen menschlicher Willensfreiheit durch Ergebnisse der Hirnforschung¹⁵) bleibt der Erziehungsprozess auf Reflexivität bzw. auf Reflexivierung (vor)gegebener Normen angelegt. Doch das heißt zugleich, dass Offenheit und Prozesscharakter von Erziehung als 'Aufforderung zur Selbsttätigkeit' durch die inhaltliche Fixierung von Erziehungszielen unterminiert werden. Deshalb kann Erziehung als legitime Formel für den Umgang der Generationen miteinander

heute nur noch gelten, wenn sämtliche Prämissen (wie z.B. die einseitige Zuweisung von Verantwortung an die jeweils ältere, d.h. 'erzogene' Generation, die Annahme eines Wissens- und Erfahrungsvorsprungs der älteren Generation usw.) als Setzungen gesehen und als solche hinterfragbar werden. Aus einer erziehungstheoretischen Perspektive stellt sich die Verbindung von Erziehung und Gesundheit damit als problematisch dar, sofern 'Gesundheit' die nicht zu füllende Leerstelle weltanschaulich normativ besetzt und zum festgelegten Erziehungsziel wird und sofern Gesundheitserziehung technologisch normativ auf Handlungsanweisungen zur Erreichung eben' dieses Ziels reduziert wird¹⁶. *Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung versteht sich mithin als kritische Instanz gegenüber Normierungsversuchen, die Gesundheit im Sinne eines festgelegten Erziehungsziels und Erziehung als Technologie, d.h. hier als Mittel zur Erreichung des Ziels 'Gesundheit', auslegen.*

4. Professions- und biografiebezogene Konsequenzen oder: Die Arbeit am Mythos 'Gesundheit'

Als kritische Grundlagendisziplin hat erziehungswissenschaftliche Gesundheitspädagogik die neueren Ansätze innerhalb der Gesundheitserziehung und -förderung (setting-Ansatz, life-events-Ansatz, salutogenetisches Modell etc.) daraufhin zu untersuchen, inwiefern sie die Zielvorgabe 'Gesundheit' offen halten und – vor dem Hintergrund eines kritisch-sozialen Verständnisses – Spielräume für die Entwicklung individueller Gesundheits- und Krankheitsverständnisse kreieren. Darüber hinaus sind die mit 'Gesundheit' unterschwellig verbundenen Mythen (in den Köpfen professionell Handelnder) zu fokussieren und zum Anlass für die – ausbildungs- und adressatenbezogene – Entwicklung je eigener Verständnisse von sowie eines bewussten Umganges mit Krankheit und Gesundheit zu nehmen. Dabei sind vor allem vier Mythen wichtig: der mit Vorstellungen von Krankheit als Ausdruck individueller bzw. kollektiver Bestrafung (z.B. „Strafe Gottes“) einhergehende *Schuldmythos*, der von der Vorstellung einer 'Herstellbarkeit' von Gesundheit sowie der Wirksamkeit gesundheitsbezogenen Handelns begleitete *Kausalitätsmythos*, der mit dem Glauben an eine – durch die Fortschritte in Medizin, Naturwissenschaften und Technik – zunehmende Effektivität gesundheitsbezogenen Handelns einhergehende *Fortschrittsmythos* und der von der Vorstellung, Krankheiten bzw. die Tatsache des Krankseins von Menschen wenn nicht gänzlich abschaffen, so doch wirksam vermindern zu können, getragene *Überwindungsmythos*. Erst im Durchgang durch das mythische Denken, und dass heißt in der Bewusstwerdung unterschwellig wirkender Mythen werden die Möglichkeiten für ein kritisch-reflektiertes Handeln im Rahmen einer *Gesundheitserziehung zweiter Ordnung* bereitgestellt. Zu problematisieren ist in diesem Zusammenhang beispielsweise ein Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als herstellbar, als 'machbar' betrachtet, sei es durch die richtige Medikation, durch Technik und Techniken. Zu hinterfragen ist der Wunsch, zu immer 'mehr Gesundheit' zu gelangen, trotz des Wissens, dass der wissenschaftliche, der technische Fortschritt permanent neue Risiken produziert. Als fragwürdig betrachtet werden müssen die Folgen eines Gesundheitsdiskurses,

¹² Vgl. Langewand 2003

¹³ vgl. Horkheimer/Adorno 1971

¹⁴ vgl. Lyotard 1986

¹⁵ vgl. Singer 2002

¹⁶ vgl. Langewand 1991, S. 47ff

der in seiner massiven Ausrichtung auf das Gesundheitsideal Krankheiten tendenziell verdrängt, der die Tatsache des 'Krankseins' von Menschen als einen anthropologischen Tatbestand aus dem Blick verliert.

Die Notwendigkeit, solchen und anderen, in den Köpfen professionell Handelnder unterschwellig wirkenden Mythen, 'auf die Spur' zu kommen, wird innerhalb der erziehungswissenschaftlichen Forschung bereits seit einiger Zeit erkannt. Ihre Notwendigkeit wird etwa im Rahmen qualitätsentwickelnder Programme, so zum Beispiel in der Schulentwicklungsforschung, diskutiert¹⁷. Für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich ist eine solche Aufklärungsarbeit noch nicht geleistet worden. Als eine der in Zukunft wichtigen Aufgaben im Rahmen der Gesundheitserziehung kann deshalb die „Arbeit am Mythos“ bezeichnet werden. Erst auf diese Weise kann die Orientierung an Gesundheit als normative Zielvorgabe auch im professions- und biografiebezogenen Diskurs relativiert werden, kann an die Stelle normativer Orientierung das Nachdenken über den Stellenwert von Gesundheit im menschlichen Leben und im eigenen Lebenslauf gesetzt werden und kann *Gesundheitserziehung zweiter Ordnung* schließlich als Aufforderung zur Selbsttätigkeit und zur kritischen Reflexion (vor)gegebener Normen begriffen werden.

¹⁷ vgl. Böhme 2000, S. 259

LITERATUR

- Böhme, J.: Schulmythen und ihre imaginäre Verbürgung durch oppositionelle Schüler. Ein Beitrag zur Etablierung erziehungswissenschaftlicher Mythosforschung. Bad Heilbrunn/Obb. 2000.
- Franzkowiak, P./Wenzel, E.: Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, hg. v. H.-U. Otto u. H. Thiersch. 2. völlig neu überarb. u. aktualisierte Aufl. Neuwied 2001, S. 716-722.
- Henner, G.: Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik. 2500 Jahre Gesundheitsförderung in Texten und Bildern. Ein wissenschaftliches Lesebuch. Würzburg 1998.
- Horkheimer, M./Adorno, T.W.: Dialektik der Aufklärung (1944). Frankfurt a. M. 1971.
- Hörmann, G.: Gesundheitserziehung. In: Studienbuch Gesundheit: Soziale Differenz – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen, hg. v. H. G. Homfeldt u.a. Neuwied 2002, S. 87-106.
- Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin u.a. 1999.
- Kost, F.: Volksschule und Disziplin. Aus der Zürcher Schulgeschichte zwischen 1830 und 1930. Zürich 1985.
- Kühn, H.: Healthismus. Berlin 1993.
- Laaser, U./Hurrelmann, K./Wolters, P.: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Hg. v. K. Hurrelmann u. U. Laaser, Weinheim/Basel, 1. Aufl. 1993, S. 176-203.
- Labisch, A.: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M./New York 1992.
- Langewand, A.: Historische Beispiele normativer Pädagogik. Eine kritische Analyse. In: D. Benner/Lenzen, D. (Hg.): Erziehung, Bildung, Normativität. Versuche einer deutsch-deutschen Annäherung. Weinheim/München 1991, S. 41-54.
- Langewand, A.: Über die Schwierigkeit, Erziehung als Aufforderung zur Selbsttätigkeit zu begreifen. In: Zeitschrift für Pädagogik 49, 2003, S. 274-289.
- Lyotard, J.-F.: Das postmoderne Wissen. Ein Beitrag. Graz/Wien 1986 (frz. 1979).
- Seedhouse, D.: Health promotion: Philosophy, prejudice, and practice. Chichester 1997.
- Singer, W.: Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung. Frankfurt a. M. 2002.

Stroß, A.M.: „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770-1930. In: Zeitschrift für Pädagogik 41, 1995, S. 169-184.

Stroß, A.M.: „Gesundheitserziehung“ als Norm? Historische Stationen eines pädagogischen Praxisfeldes in der Moderne. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften⁴, 1996, S. 102-110.

Stroß, A.M.: Qualitätssicherung durch Interdisziplinarität? Transferpotentiale erziehungswissenschaftlichen Wissens am Beispiel der Gesundheitswissenschaften. Antrittsvorlesung als Privatdozentin an der Humboldt-Universität zu Berlin (Manuskript), gehalten am 1. Dezember 1999.

Stroß, A.M.: Pädagogik und Medizin: Ihre Beziehungen in 'Gesundheitserziehung' und wissenschaftlicher Pädagogik 1779-1933, Weinheim 2000.

Stroß, A.M.: Eine Einführung in das Themenfeld „Gesundheit“ aus erziehungswissenschaftlicher Sicht, Stuttgart u.a., 2006, i. Vorb.

Wulfhorst, B.: Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim/München 2002.

Zwick, E.: Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Münster 2004.