

Zur Problematik einer Gesundheitserziehung

E. Tondeur

Zusammenfassung

Der Vortrag versucht, dort einzusetzen, wo bisher die meisten Plädoyers für die Gesundheitserziehung geendet haben: im Aufzeigen ihrer Voraussetzungen, Fragwürdigkeiten und Aussichten. Im ersten Teil wird nach dem Begriffsinhalt von «gesund» und «krank» in der heutigen Gesellschaft gefragt; ein Krankheitsbild zeichnet sich ab, dessen Deutung nicht mehr der Biologie und Naturwissenschaft, sondern der Sozialwissenschaft obliegt. «Die heutige Medizin ist bestimmt durch die innige Verschränkung von Naturwissenschaft, Psychologie und Soziologie» (Hans Schaefer). Im zweiten Teil wird die Abgrenzung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitspolitik skizziert, wobei wiederum die soziologische Natur des Menschen als Maßstab dient. Die Bekämpfung und Verhütung der Krankheiten ist bereits seit vielen Jahrzehnten in den industrialisierten Ländern nicht nur dem einzelnen, sondern auch der Öffentlichkeit zur Aufgabe gestellt. Gesundheitserziehung soll daher nicht zuletzt auch als Erziehung zur kollektiven, staatsbürgerlichen Willensbildung aufgefaßt werden im Hinblick auf jene Zweige der Gesundheitsvorsorge, die nur die Allgemeinheit bewältigen kann. Abschließend wird der institutionelle und didaktische Standort der Gesundheitserziehung innerhalb der gesamten Erziehung umrissen.

Résumé

La conférence essaye de poursuivre à un point où, jusqu'à présent, se sont arrêtés tous les plaidoyers en faveur de l'éducation sanitaire: à la démonstration de ses conditions, ambiguïtés et perspectives.

Dans la première partie l'auteur examine le contenu du terme «sain» et «malade» dans la société actuelle; il se dégage un genre de maladie dont l'interprétation n'incombe plus à la biologie et aux sciences naturelles mais aux sciences sociales. «La médecine actuelle est déterminée par la liaison étroite entre les sciences naturelles, la psychologie et la sociologie» (Hans Schaefer).

La deuxième partie comporte un aperçu de la différenciation entre l'éducation sanitaire et la politique sanitaire en utilisant comme mesure la nature de l'homme. Depuis plusieurs siècles la tâche de la lutte contre les maladies ainsi que de leur prévention incombe dans les pays industrialisés non seulement à l'individu mais également au public tout entier. Le terme d'éducation sanitaire est donc aussi à entendre en tant qu'éducation en vue de la formation d'une volonté civique collective comprenant les branches de l'activité sanitaire que seule l'universalité d'un peuple peut accomplir.

Dans la conclusion l'auteur esquisse la place institutionnelle et didactique que prend l'éducation sanitaire dans le cadre de l'éducation toute entière.

Am Anfang einer Tagung für Gesundheitserziehung steht die stillschweigende Annahme, daß es möglich und wünschbar sei, auf die Menschen so einzuwirken, daß sie ein möglichst gesundes Leben führen. Und zwar soll sich diese gesunde Lebensführung nicht beschränken auf den Gebrauch von Seife, Zahnbürste und Kamm; dafür wäre die Gesundheitserziehung im Zeitalter der Schönheits-

pflege kaum zum Programm erhoben worden. Auch der Konsum von Lebensmitteln und Getränken, der Genußmittelverbrauch, die körperliche Betätigung und Erholung, das Schlafpensum, die Verwendung der Freizeit . . . kurzum ein schöner Teil des täglichen Lebens wird jetzt nach Gesichtspunkten der Hygiene abgeklopft, zum Gegenstand gesundheitserzieherischen Bemühens erklärt.

Damit ist ein starkes Stück *Zeitkritik* verbunden. Die Wortbildung «Psychohygiene» ist dafür bezeichnend. Überträgt man nämlich Hygienevorstellungen in die komplexe Sphäre des Geistig-Seelischen, wird sogleich ein Gegensatz zwischen Gesellschaft und Individuum heraufbeschworen, mit dem es sich ähnlich verhielte wie mit dem Gegensatz des Menschen zur Natur. Den biologischen Viren würden dann die sozialen Viren entsprechen, Hygiene wäre in beiden Fällen durch Opposition und Widerstandsfähigkeit gegen die Umwelt erreicht.

Es wäre nun möglich, die weitere Diskussion auf das «technische» Problem zu beschränken, welche Mittel anzuwenden sind, um dieses Ziel zu erreichen. Darüber wird tatsächlich in den folgenden Referaten eingehend die Rede sein. Vorgängig sollten wir eine Antwort suchen auf die Frage: *Hat die Gesundheitserziehung als Postulat überhaupt Bestand?* Kann dieses Postulat, so logisch es klingt, Fuß fassen außerhalb der Publikationen, Vorträge und Tagungen, die es aus der Taufe hoben? Kann es über die Autosuggestion seiner Begründer hinausgedeihen, also wirksam werden in all den Prozessen, die wir dem Erziehungsleben zuordnen?

Voraussetzungen, Fragwürdigkeiten und Aussichten unseres Postulates sollen hier näher analysiert werden. Diese Analyse wird selbst vor dem Begriff der Gesundheitserziehung nicht haltmachen dürfen. Würden wir nämlich den Begriff stillschweigend übernehmen, so hielte ich es für unvermeidlich, daß wir an Ort treten. Leicht genug, sich einzureden, das gelte, was man reichlich wiederholt. Oft wirken die Wiederholungen von Aussagen nur auf ihre Urheber zurück. Allmählich finden sie aus der Scheinwelt, die sie sich abgerungen haben, nicht mehr hinaus zur Konfrontation. Ideen erstarren zur Ideologie. Die Beglaubigung am eigenen Begriffssystem kann zum Teufelskreis werden, etwa der Art: Verhielten sich die Menschen besser, wären sie gesünder – also muß die Gesundheitserziehung gefördert werden; leider aber sehen die Menschen den Wert dieser Erziehung noch nicht ein . . .

Solches Kreisdenken wäre nicht neu. Man findet abschreckende Vorläufer in der Debatte über die staatsbürgerliche Erziehung, den Jugendschutz, die Konsumentenschulung usw. Die *Gefahr, im Kreise zu drehen*, nimmt mit dem persönlichen Engagement in einer Aussage zu. Darin liegt die Tücke jeder Leidenschaft, die auf Weltveränderung und Weltverbesserung zielt. Die Psychologie spricht in diesem Zusammenhang von Fixationen. Ihr Ergebnis sind häufig politische, pädagogische, kulturelle Programme, die zwar eine Geschichte,

aber keinen Niederschlag haben, weil sie von den realen Entwicklungen des gesellschaftlichen Lebens ignoriert werden. (Ich erinnere daran, daß die Zahl der Fernsehkonzessionäre in den letzten Jahren unbeirrbar zugenommen hat, obgleich Ärzte, Pädagogen, Politiker und Kulturkritiker dem neuen Medium in großer Zahl den Krieg erklärt haben.) Solche Mahnungen und Anklagen geraten relativ schnell in den Schmollwinkel von Sekten, die zwar als Bestandteil der Lebensvielfalt toleriert werden, deren Dogma aber keineswegs Entscheidungen der Mitwelt prägt. Dadurch wird laufend neue Kritik jener isolierten Gruppen ausgelöst, die das Mißverständnis vergrößert, schließlich zur Kommunikationskrise führt.

Es lohnt sich, einleitend all das zu sichten, was unseren Absichten zuwiderläuft. *Methodisches Zweifeln* bringt immer eine gewisse Läuterung. Es wird uns erlauben, Schritt um Schritt ein Handlungsmodell aufzubauen, eine Strategie, die der Verwirklichung unseres Postulates innert bestimmter Grenzen, die man kennen muß, zu dienen vermag. Auf der Gedankenroute, die ich in ihrer Begleitung einschlagen will, sind drei Stationen eingetragen.

1. *Wer sind heute eigentlich die Gesunden und die Kranken?* (Wozu will uns die Gesundheitserziehung befähigen?)
2. *Was muß der Einzelne, was die Gesellschaft für die Gesundheit tun?* (Wie verhält sich innerhalb der gesamten Gesundheitsvorsorge die Gesundheitserziehung zur Gesundheitspolitik?)
3. *Wie steht es mit der Gesundheitserziehung innerhalb der gesamten Erziehung?* (Wo bringt sie zusätzliche, spezifische Impulse, wo verschmilzt sie mit andern Sparten der Erziehung?)

Die Prüfung dieser drei Fragen könnte so etwas ergeben wie eine «Ortsbestimmung» der Gesundheitsvorsorge. Sie kann hier, zeitlich bedingt, nur summarisch ausfallen. Präzisere Abklärungen müssen folgen. Sie sind, wie mir scheint, die Aufgabe Nummer 1.

1. Wer sind heute die Gesunden und die Kranken?

Auf diese Frage hat der Heidelberger Physiologe *Hans Schaefer* in umfassender Weise zu antworten versucht. Sein jüngstes Buch¹ – «Die Medizin heute» – gehört zur Pflichtübung für alle, die sich mit Gesundheitserziehung befassen; es liegt auch den nachfolgenden Hinweisen zugrunde.

Als Sieg über die Krankheit fassen heute viele Laien die Meinung zusammen, die sie von der Medizin haben. Was im Kampf gegen die Infektionskrankheiten erreicht wurde, gegen die Kindersterblichkeit und hohe Mortalität der Erwachsenen, in jüngster Zeit gegen Tuberkulose und Kinderlähmung, zu schwei-

¹ Hans Schaefer, Die Medizin heute, Verlag R. Piper & Co., München, 1963.

gen von den Fortschritten der Chirurgie, das ist, grob gesagt, die Unterwerfung der Natur unter die Gesetze der Heilkunst.

Tatsächlich hat die *Herrschaft des Menschen über die Natur* in den industrialisierten Ländern einen gewissen Abschluß erreicht. Neue Krankheiten, zutreffend als Zivilisationskrankheiten bezeichnet, ergeben sich aus der neuen Qualität und neuen Intensität des menschlichen Zusammenlebens. Nicht mehr das Auskommen des Menschen mit der Natur, sondern das *Auskommen des Menschen mit dem Menschen* bildet den Angelpunkt des Nachdenkens. Es treten die chronischen Krankheiten auf den Plan, die Alterskrankheiten, Frühinvalidität, hoher Blutdruck, Rheumatismus, Magen- und Darmleiden, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten, Nervenkrankheiten. Sie alle haben dazu geführt, daß man von Gesundheitserziehung spricht. Nur zeigt sich jetzt, daß man nicht mehr definieren kann, wer krank und wer gesund ist. Und noch weniger ist die Definition verwendbar, welche die *Weltgesundheitsorganisation* für die Gesundheit gibt, spricht sie doch utopisch genug von einem Zustand «vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens», was alles und darum nichts bedeutet.

Die Grenzen zwischen gesund und krank sind ebenso fließend geworden wie etwa zwischen normal und abnorm. Unsere Definitionen, meint Schaefer, beißen sich in den Schwanz, da wir normal mit gesund, gesund aber mit normal erklären. *Krank und gesund sind keine selbständigen Begriffe mehr*. Ihr Inhalt wird erst deutlich, wenn man sie in Beziehung setzt zu andern Befindlichkeitsmerkmalen, etwa zur Leistungsfähigkeit, zum Wohlbefinden, zur sozialen Geltung, zum Urvertrauen usw.

Möglichkeit und Unmöglichkeit von Antrieben, Kontaktverluste mit der Umwelt, Vereinsamung und Frustration rufen, oft über den Weg kompensatorischen Verhaltens (z. B. bei Süchtigkeit), Krankheitssymptome hervor. Hierher gehört die Beobachtung, daß sogar die Tbc-Häufigkeit bei Alleinstehenden größer ist als bei Menschen, die in Familien leben. Oder daß Arbeiter bestimmter Branchen, ungeachtet der körperlichen Beanspruchung, bis zu 15mal öfter krank sind als Berufstätige anderer Branchen. Der Einfluß des Betriebsklimas, der Besoldung, der betrieblichen Sozialpolitik, der Stellung im Beruf usw. auf die Häufigkeit der Krankheitsurlaube ist durch die Betriebspsychologie und -soziologie längst belegt. *Heddy Neumeister* von der «Frankfurter Allgemeinen Zeitung» verdichtet diese Zusammenhänge zur Satire. Sie läßt einen Gewährsmann auf die Frage, ob er schon die Grippe gehabt habe, bündig antworten: «Nein, ich bin selbständig.»

Offensichtlich hat das Kranksein – mit ihm auch das Gesundsein – einen neuen Charakter bekommen. Einer großen deutschen Firma gelingt es, den Krankenbestand unter ihrem Personal dadurch zu senken, daß sie jedes Jahr drei Autos unter jenen verlost, welche die Krankenkasse nicht beansprucht haben. Das Beispiel gewinnt an Profil, wenn man zum Vergleich auf *Ent-*

wicklungsländer hinweist, wo die naturhaften Krankheiten (Infektionen, Mangelkrankungen, Seuchen), gegen die sich der einzelne praktisch nicht aus eigener Initiative schützen kann, die Medizin in Atem halten. Verglichen damit, meint Schaefer, sei das, was zivilisierte Europäer und Amerikaner krank macht, Leistungspanne, sozusagen selbstverschuldet. *Dem Recht zur Gesundheit tritt das Recht zur Krankheit zur Seite*. Die Sozialversicherung begünstigt den Anspruch, auf widrige Umstände oder Lebenskonflikte durch individuelles Streiken zu antworten.

Ein Krankheitsbild zeichnet sich ab, dessen Deutung nicht mehr der Biologie und Naturwissenschaft, sondern der *Sozialwissenschaft* obliegt. Es ist die Struktur der Gesellschaft, welche teils krank macht, teils Krankheit vorspiegelt, auch dort, wo der Patient unter andern Umständen noch als gesund und leistungsfähig gelten würde. Die *Politisierung der Medizin* und des Arztberufes – ich erinnere an die jüngsten Ereignisse in Belgien, aber auch an die Krankenversicherungsdebatten in allen europäischen Ländern – ist nur eine Folge der gesellschaftlichen Verflechtungen, in denen sich heute die Befindlichkeit des Menschen entscheidet. Viel zu selten wird die Bedeutung dieser Befindlichkeit für das Entstehen von Gesund- und Kranksein beachtet. Schon vor Jahren hatte *Karl Jaspers* in seiner «Psychopathologie» formuliert, «was krank im allgemeinen sei, das hängt weniger vom Urteil der Ärzte, als vom Urteil des Patienten ab und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise». Ganz in der Richtung dieses soziologischen Krankheitsbildes liegt die Erkenntnis der Angst als einer sehr häufigen Ursache für Erkrankungen. Ich verweise nur stichwortartig auf die Arbeiten von *Viktor Frankl*¹ in Wien. Von hier ist der Schritt nicht weit zur Befundskala psychosomatischer Medizin, die das körperliche Krankheitsgeschehen geradezu unter die *Ausdrucksbestrebungen der Seele* reiht, so als wollte der Körper durch sein Versagen etwas ausdrücken, was sonst unausgesprochen geblieben wäre. Hinzu kommt die Sichtung immer neuer Umgebungsdeterminanten, die über Gesund- und Kranksein entscheiden. Es gibt z.B. heute kaum eine Krankheit, deren Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung in freier Luft, Lärm, Hast des beruflichen Alltags, Motorisierung, städtischer Wohnweise usw. nicht diskutiert wird.

Wie sehr sich das Geschehen, welches über Kranksein und Gesundsein des modernen Menschen entscheidet, dem Zugriff der Medizin entzogen hat, soll ein Hinweis auf die *volkswirtschaftliche Größenordnung* des Krankseins belegen. Der Umsatz der Krankenkassen und Versicherungsanstalten in der Bundesrepublik wird zur Zeit auf 13 Milliarden DM jährlich beziffert (Vergleichszahl Schweiz etwa 1,2 Milliarden Franken). Ein harmloser Betrag, wenn man hinzurechnet, daß die Arbeitsbevölkerung Westdeutschlands im Durchschnitt um 6 Jahre zu früh, mit 59 statt mit 65 Jahren, wegen Invalidisierung aus dem

¹ Vgl. vor allem: Viktor E. Frankl, *Das Menschenbild der Seelenheilkunde*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1959.

Produktionsprozeß ausscheidet. Dem Sozialprodukt werden so pro Jahr 36 Milliarden DM entzogen. Rechnet man weitere 15 Milliarden DM als Einbuße für die jeweils «krank feiernde» Bevölkerung hinzu (im Mittel 5 Prozent), ferner die Aufwendungen für Krankenhäuser, Spitäler und medizinische Ausbildungsstätten, so kommt man zum Schluß, daß der Preis des Krankseins in der Bundesrepublik pro Jahr ungefähr 60 Milliarden DM erreicht. Die österreichische und schweizerische Bilanz dürfte sich in verwandten Proportionen bewegen.

Was steckt nun hinter diesen Zahlen? Nicht so sehr der steigende Kostenaufwand für medizinischen Fortschritt, nicht so sehr die Bevölkerungszunahme, das Anwachsen der Lebensdauer, sondern eine ganz *neue Konstellation von Faktoren*, die den Menschen, heute, als krank oder gesund erscheinen lassen. So kommt es, daß fast die Hälfte der Kranken, die heute den Arzt aufsuchen, keinen nachweisbaren Befund an ihren Organen haben; sie wenden sich gleichsam an die falsche Adresse, finden aber keine bessere. Im englischen Sprachgebrauch ist mehr und mehr von «disease» die Rede, von Unbehagen. Krankheit – dürfen wir mit Schaefer schließen – ist das Resultat eines seltsamen Dreiecks aus natürlicher objektiver Bedrohung, subjektiver Reaktion und sozialer Umwelt. Die Gleichung: mehr Krankheitsbehandlung = mehr Gesundheit geht nicht mehr auf. Kann die Gleichung: mehr Gesundheitserziehung = weniger Krankheit in die Bresche treten?

2. Was muß der Einzelne, was die Gesellschaft für die Gesundheit tun?

Führt man zur Beantwortung dieser Frage ein politisches Gespräch, so gerät man unversehens in eine Frontbildung zwischen links und rechts. *Links* sammeln sich die Kräfte, die das Schwergewicht der Gesundheitsvorsorge auf staatliche Maßnahmen legen – Impfwang, Trinkwasserfluoridierung, Genußmittelbesteuerung, Werbeverbote, Einführung staatlicher Gesundheitsdienste usw. Von *rechts* erschallt der Ruf nach Selbstverantwortung, freier Wahl des Individuums, nach Aufklärung und Erziehung, damit der einzelne selber entscheiden könne, ob er gesund oder krank sein will.

Beide Standpunkte lassen sich begründen, um innerhalb von Raum und Zeit, von bestimmten Gegebenheiten also, einen Vorrang der einen oder andern Tendenz auszusprechen¹. Planer und Individualisten, Erzieher und Sozialpolitiker, Pädagogen und Soziologen sind aber gut beraten, wenn sie sich immer wieder bewußt machen, wie *komplementär* ihre Betrachtungsweisen sind. Denn so richtig es ist, daß heute viele Menschen gleichsam selbstverschuldet krank werden, so zwingend ist der andere Gesichtspunkt: daß sich dieses individuelle Versagen nicht einfach im Raum des freien Willens und der

¹ Dazu sehr aufschlußreich: Hans Achinger, Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik, Rowohlt Hamburg, 1958.

Selbstverantwortung entscheidet, sondern *in enger Wechselwirkung steht zu Gegebenheiten der Umwelt*, die der Einzelne oft mehr erleidet als gestaltet. Überhaupt ist die Verwendung eines Freiheitsbegriffs, der gemeinhin nur politisch, als Abwesenheit von Terror, verstanden wird, im Gespräch, das wir zu führen haben, eher unproduktiv. Der Mensch kann ja nur als Gesellschaftswesen gedacht werden; *seine Gesellschaftsstruktur gehört zu seiner Wesensstruktur*. Schaefer spricht von der soziologischen Natur des Menschen, die wir in der Medizin am Werk finden. Als Freiheit des Menschen möchte er lediglich dessen Lösung aus einer Umwelt verstanden wissen, in der das Tier noch völlig verhaftet ist. *Max Scheler* hat diese Freiheit als «Weltoffenheit» umschrieben. Streng genommen besteht sie darin, daß die Zahl der Faktoren, welche das menschliche Handeln bestimmen, unübersehbar groß, im Vergleich zur Instinktgebundenheit des Tieres unendlich ist¹. Dies müßte den Eindruck von Freiheit erwecken, selbst wenn auch die Handlungen des Menschen letztlich vollständig determiniert blieben. So erklärt sich die immer wieder aktuelle «höhere Einsicht» in den Zwang, das Schicksal, die Untrennbarkeit von Personen und Mitwelt. Diese Einsicht tritt heute weniger religiös als rational zutage. Sie bestätigt sich nicht mehr magisch und gefühlsmäßig, sondern eher durch die Einbeziehung laufend neuer Informationen und wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Handlungsentwurf. Das Wollen bleibt so oder so die Bejahung eines Könnens . . .²

Zur Verdeutlichung läßt sich sagen: Der Einzelne lebt nicht autark. Er bezieht seine Antriebe und sein Selbstbewußtsein mehrheitlich aus der Rolle, die er in der Gemeinschaft spielt, und die Meinung der Gemeinschaft wirkt als Ethos auf sein Verhalten zurück. Der Mensch muß eine Rolle spielen, in der er irgendeine Form von Wertgefühl entwickeln kann. Nur das Bewußtsein, eine solche Rolle zu haben, bewahrt ihn vor der Fangfrage nach dem Sinn seines Lebens. Schaefer spitzt diesen Zusammenhang zu. *Nur als Unternehmer sei der Mensch existenzfähig*. Es liege in seiner Natur, daß er aktiv sei, solange ein Ziel noch vor ihm liegt. Ich zitiere: «Die Theorie der affektiven Aktivierung des Sympathikus sagt uns, daß aus solchem Streben dem Menschen auch starke vegetative Kräfte zuwachsen. Ist das Ziel erreicht, tritt die vagale Erschlafung ein und, im chronischen Zustand, Langeweile. Ihre Folgen sind auch im Medizinischen bedeutend. Die Selbstmordquote ist gerade in Zeiten und Gesellschaftsschichten mit Sättigungserscheinungen besonders hoch. Es ist biologisch gesehen ganz verständlich, daß das Leben immer nach Zielen streben muß, weil es ohne sie einen Antrieb nicht mehr hat.»

Die Kriegsjahre haben es deutlich gemacht. Wer ums Leben kämpft, findet keine Zeit, krank zu werden. Äußere Belastung wirkt oft innerlich entlastend,

¹ Eingehend befaßt sich mit diesen Fragen: Arnold Gehlen, *Antropologische Forschung*, Rowohlt Hamburg, 1961.

² Von Schopenhauer stammt der Ausspruch: «Der Mensch kann zwar tun, was er will, aber nicht *wollen*, was er will.»

Zwang mitunter befreiend. Viktor Frankl schreibt von der Hingabe an eine Aufgabe, die von Existenzangst befreit. Bei Jaspers ähnlich: Was der Mensch ist, das ist er durch die Sache, die er zur seinen macht.

Ohne vorzugreifen, darf man schon jetzt fragen, inwieweit also eine starke Beschäftigung mit Krankheitsgefahren geeignet sein kann, ein sogenanntes Gesundheitsgewissen zu entwickeln. Wird nicht, ebenso wahrscheinlich, *ein Krankheitsgewissen geweckt*, welches seinerseits Nährboden für Medikamentenmißbrauch sein könnte? Wo zu viele Hinweise auf das Kranksein sind, da wird es einem schwer gemacht, gesund zu bleiben. Gefahr ist, daß wir unseren Mitmenschen, in reinster Absicht, ein Bewußtsein des gefährdenden Lebens aufdrängen, ihnen aber weder den Mut noch die Gewißheit vermitteln, daß sie sich diesen Gefahren entziehen können. Gesundheitserziehung und Gesundheitspolitik müssen arbeitsteilig zusammenspielen, damit beide zu Ergebnissen gelangen. Selbstverantwortung bleibt leeres Geschwätz, wenn die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt sind. Zahlreiche Hemmnisse wirken ihr heute entgegen. Die Antriebssphäre des Einzelnen wird häufig verstellt durch Faktoren des Berufes, der Wohnweise, der sozialen Organisation, der versickernden Gemeinschaft mit andern. Die Größe und Kompliziertheit moderner Lebenszusammenhänge läßt praktisch keine direkte Einblicke mehr zu, und was wir an Bildung normalerweise mitbekommen, genügt nicht für den Blick über den Zaun. Auch unterliegt der einzelne zahlreichen Sachzwängen, die zu beeinflussen er kaum imstande ist.

Gesundheitserziehung ist daher nicht außerhalb, sondern nur innerhalb einer allgemeinen Gesundheitspolitik zu begreifen. Wir brauchen primär Lebensumstände, d.h. eine Gesellschaft, die uns hilft, als Individuen zu bestehen. Ja von einem bestimmten Grad der Industrialisierung an ist die Öffentlichkeit mindestens ebenso an der Gesundheit der Bevölkerung interessiert wie der Einzelne. Die Krankheit und das Verhalten im Falle der Erkrankung sind immer in irgendeinem Umfang eine öffentliche Angelegenheit. Sie alle kennen wohl das Experiment von *Hawthorne*. In einem Betrieb sollte untersucht werden, wie man die Leistungen der Arbeiterinnen verbessern könnte. Die Forscher trennten eine Gruppe vom Rest der Belegschaft ab und veränderten ihre Arbeits- und Lebensbedingungen. Es erwies sich, daß *jede* Änderung dieser Bedingungen, auch ihre Verschlechterung, die Leistung der untersuchten Gruppe hob. Die Arbeiterinnen empfanden sich plötzlich als wichtigen Teil des Betriebes, ihr Geltungsbedürfnis war geweckt und befriedigt. Die *Stimmungsermüdung* war also folgenreicher als die Leistungsermüdung.

Hier fragen wir: wollen wir Verbesserungen im Betrieb, in der Personalführung, in der beruflichen Förderung, in der Planung und Gestaltung von Wohnsiedlungen, im Verkehrswesen, im kulturellen Leben, ja im gesamten Aufgabenbereich des öffentlichen Lebens – wollen wir solche Verbesserungen zur Gesundheitspolitik rechnen? Inwieweit ist die Lösung solcher Aufgaben so-

gar Voraussetzung, daß dann auch der Appell an den Einzelnen, gesund zu leben, Gehör findet? Ich präzisiere: hat zum Beispiel die Mahnung, gesünder zu leben, Aussicht auf Echo in Lebensverhältnissen, die als ungesund oder entmutigend empfunden werden, sagen wir bezüglich Ernährung, Erholungsmöglichkeiten, Luftverpestung, Wasserverschmutzung, Enge des Lebensraumes? Wäre es wünschbar, daß man dem einzelnen nicht nur sagt, was er individuell zur Erhaltung seiner Gesundheit vorkehren kann, *sondern daß er als Staatsbürger auch darüber zu bestimmen hat, was durch die Gesellschaft kollektiv, also gesundheitspolitisch, zu leisten ist?* Beispielsweise für den Gewässerschutz, den Ausbau von Gesundheitsdiensten, die Reform der medizinischen Ausbildung, die Rekrutierung und Ausbildung des Krankenpflegepersonals usw.

Eine staatspolitische Besinnung wäre dazu notwendig. Sie ist mit Sätzen anzudeuten, die ich dem neuen Buch des Schweizers *Markus Kutter*¹ entnehme.

«Der Staat regelt, indem er die mögliche, die als hundertprozentig denkbare Freiheit beschneidet. Wir stimmen dieser Beschneidung zu, weil wir den Mißstand, der sich einzustellen droht oder schon einzustellen beginnt, anders nicht vermeiden können. (Ein Beispiel dafür ist die Tuberkulose-Gesetzgebung, ein neueres der Gewässerschutz.) Zwischen völliger Freiheit und Behebung des Mißstandes treffen wir eine Wahl der Vernunft. Daß der Staat jedoch sich anschickt, in die Zukunft zu blicken und zur Vermeidung noch inexistenten oder noch nicht manifester Mißstände schon heute unsere Freiheit beschneidet – das konzederen wir nicht. Stadt- und Landesplanung sind Schulbeispiele dafür, daß unsere Politik eine spekulative Vorwegnahme und Bearbeitung zukünftiger Möglichkeiten nur mit unendlicher Mühe und einem fast völlig untauglichen Instrumentarium an die Hand nehmen kann . . . Dabei nehmen die Rechnungen, in denen wir mit Maximalwerten zu operieren haben und nicht mehr freie Größen einsetzen können, im ganzen Bereich des Sozialen beängstigend zu. Nicht unter Zwang operieren zu müssen, wird bald als das verschwundene Privileg alter Zeiten gelten.»

Die Trennung zwischen individueller und kollektiver Prophylaxe, oder gar deren Alternative im Sinne von freiheitlich und dirigistisch, ist also fiktiv. Nicht geringe Schuld an dieser Trennung trägt die bei Ärzten und Erziehern verbreitete Neigung, eine *Gesundheitserziehung gegen die Umwelt und nicht aus dem Lebenszusammenhang dieser Umwelt zu verfolgen*. Die Ohnmacht dieser Einstellung wird besonders deutlich, wo man versucht, unter dem Motto einer Zivilisationsaskese die gesamte moderne *Konsumordnung* als schädlich hinzustellen, ja sogar als böses Spiel kommerzieller Mächte zu diffamieren. Dabei war die Wirtschaft nie ein isolierter Lebensbereich. Wie beim Schaffen der Güter, so ist der Mensch auch bei ihrem Konsum mit ganzer Person beteiligt, mit Erwartungen und Wünschen, die nicht bloß wirtschaftliche, sondern kul-

¹ Markus Kutter, *Sachen und Privatsachen*, Walter-Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau, 1964.

turelle Abläufe darstellten. Nicht Welt und Gesellschaft werden heute auf ökonomische Gesetzmäßigkeiten verkürzt – das ist das hartnäckige Vorurteil –, sondern die Wirtschaft der Konsumgesellschaft wird differenziert und unüberschaubar wie die Welt. Noch nie hat die Wirtschaft nach so viel unökonomischen Motiven handeln müssen wie heute. Es ist daher *zwecklos, von rein wirtschaftlichen oder materiellen Bedürfnissen auszugehen, über denen dann noch geistige oder ideelle Bedürfnisse zu unterscheiden wären*. Jedes Bedürfnis ist wesentlich bestimmt von der Gesamtheit der Lebensverhältnisse, auf die es seinerseits wieder einwirkt.

Sicherlich muß das ungeheuer gewachsene Feld des Konsums auch mit dem gesundheitspolitischen Maßstab bewertet werden. Nicht anders übrigens, als wie es bisher im Bereich der Arbeit geschah. Jüngere soziologische Arbeiten¹ unterstreichen geradezu, daß die *soziale Frage von morgen in der Nachfrage und nicht mehr in der Produktion liege*, von wo sie mit Marx ihren Ausgang nahm. Ich denke aber, daß eine Gesundheitspolitik, die sich dieser neu gestellten sozialen Frage annähern will, letztlich mit allen wichtigen Richtungen der Gesellschaftspolitik zusammenfällt, mit Wirtschaftspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Bildungspolitik und – im Hinblick auf die Integrationsbestrebungen – selbst mit der Außenpolitik.

Der Begriff der Gesundheit zeigt hier erneut seine Schwäche, seine *Bedeutungsverschwommenheit*, sobald man daran geht, ihn zu realisieren. Dies gilt bereits für die Rehabilitation, also das Wiedergesundmachen der Kranken, erst recht aber gilt es in der Prävention, wo die starken Antriebe zur Wiedererlangung der Gesundheit beim einzelnen nicht vorausgesetzt werden können.

3. Wie steht es mit der Gesundheitserziehung innerhalb der gesamten Erziehung?

Eher neu ist die Erscheinung, daß man sich nicht mehr damit begnügt, ganz kurz von Erziehung zu sprechen. Die Objekte der Erziehung werden jetzt mehr und mehr aufgegliedert und im Sprachgebrauch verselbständigt. Es entsteht ein gewisses Nebeneinander, zuweilen sogar eine Rivalität verschiedener Erziehungssparten. Man spricht von Gesundheitserziehung, Filmerziehung, Fernseherziehung, Erziehung zur Mundhygiene, Verkehrserziehung, staatsbürgerlicher Erziehung, sexueller Erziehung, berufskundlicher Erziehung, Konsumentenerziehung usw. Darin bekundet sich, daß die Erzieher Schritt um Schritt Notiz nehmen von Umweltfaktoren, die sie in ihre Arbeit einbeziehen müssen. Zugleich aber *bleibt die integrierende Weite und Systematik aus*, weil es in der Regel immer wieder andere, durch beruflichen Standort spezialisierte Gruppen sind, die das eine oder andere Postulat «entdecken».

Die Tendenz ist unverkennbar, daß man sich auf Einzelaspekte speziali-

¹ Z. B. Ernest Zahn, *Soziologie der Prosperität*, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln und Berlin, 1960.

siert, wie unter anderem diese Tagung zeigt. Man könnte auch in der Erziehung von einem *Verlust der Mitte* sprechen, am ausgeprägtesten dort, wo man sich nicht einmal die Mühe nimmt, Erziehung von bloßer Beratung oder schlichter Information zu unterscheiden. Was ist zu tun gegen diese Verfächerung der Bildungsarbeit? Ich würde, vom heutigen Thema aus gesehen, zwei Fragen stellen:

1. Wo findet Gesundheitserziehung statt – welches sind ihre Kommunikationswege?
2. Welches ist der Inhalt der Gesundheitserziehung? (Wann dürfen wir annehmen, daß einer imstande ist, ein gesundes Leben zu führen?)

Zur Frage nach den Kommunikationswegen kann ich mich kurz fassen, einmal im Hinblick auf die Referate von heute nachmittag, zum andern durch den einfachen Hinweis, daß wir *neben der Schule vor allem auch die Bildungsmöglichkeiten für Erwachsene berücksichtigen müssen*. Ich denke an die hauswirtschaftliche Fortbildung für Mädchen, an Kurse für Brautleute und junge Mütter, die Mütterberatung, Hausbesuche durch Säuglingsfürsorgeschwestern; ich denke an das Gespräch und den Erfahrungsaustausch in Elterngruppen, die Budget-, Haushalt- und Familienberatung, die ärztlichen Sprechstunden selbstverständlich. Ich denke an das weite, noch sehr undurchsichtige Feld der Erwachsenenbildung, schließlich an Beratungskampagnen mit Hilfe der Kommunikationsmittel Film, Radio, Fernsehen und Presse.

Sobald man unser Anliegen über den Wirkungskreis der Schule hinaus trägt, erscheint es wiederum nur als Teilaspekt einer viel allgemeineren Zeitnotwendigkeit, der sogenannten *éducation permanente*. Beruflich wie außerberuflich stellt uns die Dynamik des heutigen Lebens laufend vor neue Situationen, denen wir unvorbereitet gegenüberstehen. Ich kann hier diesen Zusammenhang nicht näher ausführen, mußte ihn aber erwähnen, um vor *übereilten Institutionalisierungen* in der Gesundheitserziehung zu warnen.

Zur zweiten Frage: Was ist der Inhalt der Gesundheitserziehung? Ich brauche dem, was uns morgen von berufener Seite geboten wird, nicht vorzugreifen. Jeder der genannten Kommunikationswege hat ja auch seine besonderen didaktischen Probleme. Über diese Besonderheiten, über das erzieherische Mögliche und Unmögliche in den einzelnen Bereichen der Bildung, Beratung und Information, besteht allgemein noch keine Klarheit. Das zeigt sich, wenn ein behördlicher Gesundheitsinspektor schreibt: «Es sollte der Bevölkerung Tag für Tag eingehämmert werden, daß es weder ein Medikament noch sinnvoll konstruierte Apparate gibt, die die Durchblutung der Gewebe stärker zu steigern vermögen als die körperliche Bewegung.» In solchen Definitionen scheint mir tatsächlich jenes Kreisdenken hergestellt, welches nur noch auf seine Träger zurückwirkt und in der Erziehungspraxis wirkungslos bleibt. Hier bleibt die Gesundheitserziehung Theorie. Zum Glück Theorie des Einhämmerns und nicht Praxis, Man-sollte-Politik statt Man-kann-Politik.

Für die weitere Diskussion rege ich einen Vergleich zum *sportlichen Training* an. Wir unterscheiden dort zwischen dem Grundtraining oder Konditionstraining und einem differenzierten Leistungstraining, welches auf die einzelne Sport-Disziplin ausgerichtet ist. Kondition ist die optimale Verfügung über Grundeigenschaften, die in jeder Disziplin basisbildend sind. Zusätzliches Training wird dort erforderlich, wo über diese Grundeigenschaften hinaus ein bestimmtes Leistungsziel erreicht werden soll, zum Beispiel ein Rekord im 100-m-Lauf oder im Kugelstoßen.

Ein ähnliches Bildungsmodell greift heute in der Berufsbildung Platz. Was die Wirtschaft vom beruflichen Nachwuchs erwartet, ist mehr und mehr Kondition, Fähigkeit zum Denken, Urteilskraft, Lernbereitschaft, geistige Beweglichkeit. Erst auf diesem Unterbau von Verhaltensqualitäten erhält die zusätzliche spezialisierte Ausbildung ihr volles Rendement. Die künftige Berufsbildung gründet daher auf zwei Pfeilern: einerseits auf der Vermittlung von Grunderfahrungen in Kernlehren oder Startlehren, andererseits auf der lebenslangen Weiterbildung und – was immer häufiger notwendig wird – der Umbildung in Arbeitsverhältnissen, die sich rasch ändern.

Führen wir diese Vergleiche zurück auf das, was wir Erziehung nennen. Die Kondition, wäre man versucht zu sagen, ist das, was den Leuten heute am meisten abgeht. Die Schule verfällt schon sehr früh ins Spezialtraining, in Fachdisziplinen, in eine Stoffvermittlung, die darauf ausgerichtet scheint, dem Jugendlichen eine abschließende Bildung mit auf den Lebensweg zu geben. Unsere Erziehung bleibt in erstaunlichem Maße Information, Memorisation, bestenfalls Zivilisations-Dressur und leider oft zu wenig: *Geistesentwicklung*. Jede geistige und, im weitesten Sinne, sittliche Leistung stützt sich auf motivierende Kräfte, deren Bedingtheit und Entfaltung uns bis anhin kaum genügend beschäftigt haben. Die Diskussion über das *programmierte Lernen* verspricht hier neue Ansätze, aber vielleicht habe ich damit etwas besonders Ketzerisches ausgesprochen.

Pflege und Herausforderung der geistigen Anlagen eines Menschen ist die Bedingung dafür, daß wir ihm später die gesellschaftliche Bewährung zumuten können. Diese Geistesentwicklung aber ist zunächst nicht Gegenstand einer Gesundheitserziehung, einer Filmerziehung, einer sexuellen Erziehung, einer staatsbürgerlichen Erziehung oder gar des Jugendschutzes – sie verlangt nach einer neuen Haltung für unsere gesamte Schul- und Bildungspolitik. Programmpunkte modifizieren das Handeln noch keineswegs. Erst die methodische Arbeit, die besondere Haltung liefert die Bausteine der Zukunft, entpuppt die Welt als gestaltbar, indem sie dem einzelnen das Erlebnis erschließt, daß er selber, durch sein Denken und Entwerfen, Leben gestaltet. Das ist kein Verdikt gegen die Thematik unserer Zusammenkunft, sondern ein Anlauf zu neuen Akzentuierungen.

Es mag Ihnen scheinen, daß ich mit meinem skeptischen Exkurs die Axt

etwas tief an die Wurzeln dieser Tagung gelegt habe. Sei's denn. Mir oblag es, die Kondition herzustellen, von der soeben die Rede war. Sicher werden die folgenden Referate manches beseitigen, was ich an Zweifeln in Ihr Auditorium gestreut habe.

Adresse: *Edmond Tondeur*, Sihlberg 24, Zürich 2

Wie kann man Kindern der verschiedenen Altersstufen Fragen der Gesundheit nahebringen?

R. Wegmann

Zusammenfassung

Verlangt wurde ein Beitrag zur Problematik einer entwicklungsgemäßen Gesundheitspädagogik. Dieses Prinzip legt zunächst einmal in der frühen Kindheit eine besonders akzentuierte Gesundheitspflege, im Knaben- und Mädchenalter eine betonte Gesundheitserziehung und im Jugendalter eine besonders aktivierte Gesundheitslehre nahe. Während dabei die frühe Kindheit eine sorgfältige und durchaus nicht passive Bedürfnisbefriedigung aus dem Geist liebender Ordnung heraus verlangt, das Knaben- und Mädchenalter einen phasengerechten Wechsel von der mehr phantasiebestimmten über die aktivitätsregelnde zur formenreichen hygienisierenden Gesundheitserziehung erwartet, kommt eine Gesundheitslehre in der Jugendzeit den besonderen Entwicklungsansprüchen am nächsten, wenn sie zur echten Lebenshilfe bei den verschiedenen Pubertätsschwierigkeiten wird. Diese Aufgabe wird erfüllt, wenn die Gefahren unseres modernen Gesundheitslehrbetriebes erkannt und die pädagogischen Grundakte der Stimulierung, Ausrichtung, Konfrontierung, Vertiefung und Ablösung fachkundig gemeistert werden.

Résumé

Il s'agit d'une contribution au problème de la pédagogie sanitaire suivant l'évolution naturelle.

Ce principe comporte dans la première enfance des soins sanitaires particulièrement accentués, à l'âge scolaire une éducation sanitaire prononcée et pendant l'adolescence un enseignement sanitaire particulièrement activé.

Tandis que la première enfance réclame une satisfaction des besoins soigneuse et surtout pas passive issue de l'esprit d'affection et d'ordre, et que l'âge scolaire s'attend à un changement respectant les phases entre l'éducation sanitaire empreinte d'imagination passant par celle réglant les activités à celle de l'hygiène riche en formes, l'enseignement sanitaire de la jeunesse s'approche le mieux des exigences particulières de l'évolution si elle réussit à devenir une vraie aide dans les différentes difficultés de la puberté. Cette tâche peut s'accomplir si l'on reconnaît les dangers inhérents à nos services d'enseignement sanitaire et si l'on maîtrise sciemment les actes fondamentaux de la pédagogie, tels que la stimulation, l'alignement, la confrontation, l'approfondissement et la relève.