

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.

In die pädagogische Fachsprache übersetzt, fragt das Thema nach einer «entwicklungsgemäßen» Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung und Gesundheitslehre, wobei es der Gesundheitspflege um das Gesundheitsgewissen, der Gesundheitserziehung um den Gesundheitswillen und der Gesundheitslehre um die Gesundheitseinsicht geht.

Entwicklungsgemäße Gesundheitserziehung

Wo immer dabei diese pädagogischen Funktionen der Pflege, Erziehung und Lehre einen natürlichen Umbildungsprozeß respektieren, bei dem ein Organismus in der richtigen Weise – ausdifferenzierend, ordnend, zielstrebig und perfektionierend – ein anderer wird, spricht man von einer «stufen- bzw. phasengerechten» Beeinflussung und meint damit alle die altersspezifischen Modifikationen, die notwendig sind, wenn im Ablauf eines menschlichen Lebens Übergänge in verschiedene Alters- und Reifeebenen nicht verpaßt werden sollen.

Stufen und Phasen

Im Verlauf einer Entwicklungsdynamik also, die mit der Zeugung beginnt und mit dem Tode endet, die eine Periode des «Aufbaus» bis zum 20. Lebensjahr, eine Periode der «Ausreifung» bis zum 40. Lebensjahr, eine Periode der «Bewährung» bis zum 60. Jahr und eine Periode der «Vergreisung» bis zum Ende des Lebens kennt, ohne daß natürlich diese Daten allzu wörtlich genommen und fließende Übergänge außer acht gelassen werden dürfen.

Für die Gesundheitserziehung ist zunächst einmal die «Aufbauperiode» von besonderem Interesse, bei der in der Regel 3 nicht wiederkehrende Zeitabschnitte – die Kindheit, das Buben- und Mädchenalter und die Jugendzeit – unterschieden werden. Einmalig in Erscheinung tretende «Stufen» also, von denen jede wieder 3 Unterabschnitte – periodisch wiederkehrende «Phasen» – mit jeweils ganz charakteristischen Um-, Auf- und Ausbaufunktionen erkennen läßt.

Verschiedene Welten

Grob umreißen kann man dann mit A. Huth von einer Entwicklung sprechen, bei der sich zunächst einmal das Kind eine ihm gemäße «Eigenwelt» ausbaut, das Knaben- und Mädchenalter dann versucht in der dem Kind noch fremden «Sachwelt» heimisch zu werden, bis sich schließlich der Jugendliche auch noch mit der spezifisch menschlichen «Wertwelt» auseinanderzusetzen beginnt.

Indikatorenproblematik

Wer sich nunmehr mit dieser entwicklungspsychologischen Standardvorstellung kritisch auseinandersetzen will, muß nach den schwachen Stellen suchen. Er muß dabei zunächst einmal ernsthaft fragen, wieweit Entwicklungseinschnitte nun aber auch wirklich gerechtfertigt sind, wenn etwa auf das «Intelligenzerwachen» nach dem ersten Lebensjahr, auf die beiden «Trotzalarne» und auf die sogenannte «Jugendkrise» verwiesen wird. Er wird die auffallende «Existenzlabilität» in den verschiedenen «Umbauphasen» nicht übersehen dürfen, wenn etwa die «Geburtsschockwirkung» des Säuglings, die «kleine Pubertät» der Schulanfänger oder aber die «negative Phase» der Dreizehnjährigen Medizin und Erziehung in Unruhe versetzen. Er wird aber auch genauso wachsam den besonderen «Lebensschwung» der einzelnen «Aufbauphasen» würdigen, wenn es um die Welteroberungsstimmung des kleinen «Umhausers» im Kindergartenalter, den «Max-und-Moritz-Übermut» im naiven Realismus oder aber den «Sturm und Drang» der Hochpubertät geht. Und er wird endlich auch noch die «Abklärungsruhe» der sogenannten Ausbau- oder Ausklungsphasen zu verstehen haben, wenn sie als Seligkeit der kindlichen «Spielselbstgenügsamkeit», als Abenteuerromantik des «Robinsonalters» und als das Glück der ersten «Adoleszentenliebe» die Erinnerung an die Jugend verklären.

Schematisierungsschwierigkeiten

So nahe nun aber auch immer die Versuchung liegen mag, in einer etwas radikalen Verschlechtungstendenz ganz einfach die Gesundheitspflege der Kindheit, die Gesundheitserziehung dem Knaben- und Mädchenalter und die Gesundheitslehre der Jugendzeit zuzuordnen, so gefährlich wäre ein solches Verfahren, weil es die Totalität der kindlichen Existenz unterschätzen würde, die auf jeder einzelnen Stufe und Phase die Pflege des Gesundheitsgewissens, die Zucht des Gesundheitswillens und spezifische Gesundheitseinsichten und -fertigkeiten erfordert. Eine Gefahr, die sich aber in dem Maße verflüchtigt, in dem man bei voller Anerkennung des Rechtes jeder Phase und Stufe auf eine altersgemäße Gewissens-, Willens- und Einsichtsbetreuung der Kindheit nicht mehr eine ausschließliche, wohl aber bevorzugte «Gesundheitspflege» im Sinne eines hauptsächlich instinktiven Bedürfnisbestandes, dem Knaben- und Mädchenalter nicht mehr eine alleinige, wohl aber überlagernde «Gesundheitserziehung» im Sinne einer Leitung der Entwicklung durch den Geist und der Jugend nicht mehr eine reservierte, wohl aber akzentuierte «Gesundheitslehre» im Sinne einer erleichternden, beschleunigenden und vertiefenden Lernhilfe zubilligt.

Gesundheitspflegerische Ansätze

Was dabei nun aber bereits von einer elementaren Gesundheitspflege im frühesten Kindesalter erwartet werden kann, ist zunächst nicht viel mehr, aber auch nicht viel weniger als ein erstes ahnendes Erleben einer Daseinsordnung. Ein erstes Angemutetwerden von richtigen hygienischen Verhaltensweisen in der Zeit der reinen Pflegebedürftigkeit, denn ungeistige Willkür öffnet hier schon der inneren Verwahrlosung Tor und Tür. Die Psychosomatik weiß davon auch immer wieder zu berichten, wenn sie etwa von den Auswirkungen der frühen Mutter-Kind-Trennung schon aus der Zeit des Hohenstauferkaisers Friedrich erzählt, wie Kinder ohne Liebe aufgezogen verkümmert zugrunde gingen. Sie ist längst nicht mehr erstaunt, wenn ihr von den frappierenden Erfolgen jenes Detroitter Kinderarztes berichtet wird, der auf den skurrilen Einfall kam, die verdauungsgestörten Babies seiner Klinik nicht mehr vom Pflegepersonal, sondern von den allerdings besonders instruierten Müttern füttern zu lassen. Und die Psychosomatik verweist auch selbst schon auf den seltsam mißlungenen Versuch mit Glutaminsäurepräparaten bei Berliner Waisenkindern, bei dem auch Scheinpräparate positive Wirkungen zeitigten, weil der persönliche Versuchskontakt allein schon ausreichte, um bei diesen Kindern eine behinderte Entwicklung nachweisbar zu regulieren.

Humanisierung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Vielleicht wäre es überhaupt um die zwischenmenschlichen Beziehungen in dieser unserer Welt besser bestellt, wenn unsere Kinder bereits in der Frühzeit ihres Lebens entschiedener vor den krankhaften und krankmachenden zwischenmenschlichen Fehlhaltungen geschützt würden. Vor jener offenen und getarnten «Liebesablehnung», wie sie etwa unsere unerwünschten Kinder mit der Ahnkraft ihres Herzens zu spüren bekommen und sie dann später nur zu leicht zu Gegenhassern oder unglücklichen Lebensversagern werden läßt. Vor jener launenhaften «Liebesinkonsequenz», mit der viele unserer Kinder als «Wunschfilialen» ihrer Eltern bald der Liebe auf Zeit, bald dem Haß auf Zeit ausgesetzt werden, bis diese seelische Aprilwitterung entweder liebesmißtrauische oder existenzunsichere Menschen verschuldet. Vor jener grausamen «Liebesindifferenz», die unsere Luxus- und Industriewaisen zu spüren bekommen, wenn man für sie zwar immer Geld als «Liebesenthebungstaxe», nie aber Zeit hat und sich dann wundert, wenn daraus Menschen werden, die sich ihre verweigerten Beachtungsrechte mit dem Ellbogen ertrotzen oder aber, an sich selbst irre geworden, jedes Schicksal resignierend hinnehmen. Vor jener überhitzten «Liebeshypertrophie» schließlich aber auch noch, der vor allem einzige Kinder solange ausgesetzt werden, bis sie je nach Temperament und Veranlagung entweder aus dieser «Fürsorgesklaverei» brutal ausbrechen, aus

solcher Liebesverhaftung raffiniert berechnend Kapital schlagen oder aber in einem solchen Treibhausklima hoffnungslos verweichlichen.

Gesundheitspflegerische Ansprechbarkeit

Keine verantwortungsbewußte Gesundheitserziehung wird deshalb diese Altersstufe unterschätzen. Wer auch nur einmal erfahren hat, wie gute Eß- und Pflegegewohnheiten auch schon in einer guten «Gesundheitskinderstube» Anklang finden, wer die verschiedenen Spieltheorien – die Lazarus'sche Erholungs-, die Schiller'sche Kraftüberschuß-, die Groos'sche Vorübungs-, die Freud'sche Katharsis-, die Hall'sche Entwicklungs-, die Claparède'sche Fiktions-, die Haigis'sche Begegnungs- und die Fuxloch'sche Kommunikationstheorie – auf ihren gesundheitserzieherischen Ertrag hin überprüft hat, wer wie Beate Hahn die gesundheitserzieherischen Möglichkeiten der gärtnerischen Beschäftigung auch schon im Kindergarten erkannt hat, wer um jene Sexualerziehung weiß, die Aufklärungsaktionen bewußt in das sexualtriebfreie Kleinstkindalter verlegt, wer schon einmal gesehen hat, zu welchen Schwimmleistungen an das Wasser gewöhnte Kleinstkinder fähig sind, wird die Vorstellung von einem auf der ganzen Linie tolpatschigen Kinderdasein bald revidieren müssen und es in Erinnerung an Sigmund Freud wieder mehr als bisher einer aktiven gesundheitspflegerischen Assimilations- (Essgewohnheiten!), Zirkulations- (Beschäftigung!), Respirations- (Freiluftziehung!), Sekretions- (Körperpflege!), Regulations- (Geistshygiene!) und Sekurationsbetreuung (Gefahrenverhütung!) für würdig erachten.

Das Knaben- und Mädchenalter

Zumal man annehmen darf, daß diese gesundheitserzieherische Ansprechbarkeit in der Folgezeit kaum geringer oder größer, wohl aber anders wird. Dann nämlich, wenn aus dem Kleinkind nach dem ersten Gestaltwandel das Schulkind wird und nun im sogenannten phantastischen Realismus der Gesundheitserziehung immer wieder neue Aufgaben stellt. Mit einem neuen, dem sogenannten «magischen» Denken. Mit erweiterten Reiz- und Triebinteressen. Mit einem unrationellen aber treuen Gedächtnis. Mit einer auffallenden Aktivität und vorerst noch recht egoistischen Gemeinschaftstendenzen.

Der phantastische Realismus

Wer diese Phase versteht, wird recht tun, wie weiland der gute Dr. Hoffmann mit seinem unsterblichen Struwelpeter ein hygienisches Warnbild aufzurichten, an dem sich zunächst einmal der Wille zum Gesundsein entzünden und ausrichten kann. Er wird es zweckmäßig so anschaulich und lebendig vor

die Augen der Kinder stellen, bis es gleichsam die kleinen hygienischen Unarten der Kinder alle abgesaugt hat und die damit befreiten Gemüter auf Abhilfe für die Zukunft sinnen läßt. Auf Vorschläge, die dann natürlich auch praktisch ausprobiert werden und zu lustigen Gesundheitsspielen – zu einem Wettkampf im Händewaschen, zu einem vergnüglichen Gesundheitsquiz, zu einer kleinen Gerichtsszene mit einem anklagenden Zahninvaliden – führen und zuguterletzt sogar noch eine Sandkasten-, Bilder- oder reine Phantasiereise auf den Plan rufen. Eine Reise ins Gesundheitsland, wo alle Stationen – Schönbaden, Wasserstadt, Obstdorf, Suppenquell, Langschlafwald, aber auch die verbotenen Wege nach Bierhausen und Tabaksweiler – genug Anlaß zu besinnlichen Späßen bieten, wenn es etwa um die rechten Badesitten in Schönbaden, um die guten Eßgewohnheiten in Obstdorf, um die Geheimnisse der Siebenschläfer in Langschlafwald u. a. m. geht.

Der naive Realismus

Wenn die Kinder dann allerdings um das 8. Lebensjahr herum anfangen, sachlicher und nüchterner zu werden, weil die Phase des naiven Realismus begonnen hat, muß der Gesundheitserzieher rechtzeitig spüren, daß nunmehr ein Stilwechsel fällig ist. Daß er der wachsenden Fähigkeit zur analytischen Wahrnehmung, der gesteigerten Wißbegier, der erwachenden Kameradschaft und der sich jetzt bereits anbietenden willkürlichen Aufmerksamkeit märchenhafte Phantastereien nicht mehr so ohne weiteres zumuten darf. Dafür ist es jetzt ein neues Verhalten, das für die Gesundheitserziehung Fingerzeige geben kann: jene sympathischen, wenn auch nicht immer ganz bequemen Max-und-Moritz-Gaunereien, die nicht nur gefährlich, sondern auch ungefährlich abreaigiert werden können. In einer rechten Katharsis etwa, wo man die Kinder in frisch-fröhlicher Abenteuerkumpanei zu Gegenspielern des Unfallteufels werden läßt, wenn sie als richtige «Unfalldetektive» ihm immer mehr und mehr auf die Schliche kommen. Mit der Auflösung eines Rätselbildes vielleicht, wo der Unfallteufel überall seine Spuren hinterlassen hat: am offengelassenen Tablettenschrank, am zum Kleiderhaken zweckentfremdeten Elektroschalter. Jetzt ist aber auch schon die Zeit gekommen, wo sie im Heimatkundeunterricht eine heimatliche Gefahrenkarte, mit den Giftpflanzenplätzen, den gefährlichen Tümpeln, den Todesstrecken entwerfen, wo die Klasse einen Führerschein für Radfahrer einführt, Verkehrsschilder in die Altersmundart übersetzt und sogar Steckbriefe gegen gefährliche Pflanzen, Tiere und Menschen überlegt. Solange, bis dann auch positive Aktionen spruchreif werden: Einsätze unter dem Motto: «Helfen können, das ist schön!», bei denen die Sorge um unsere Haustiere, um die hungernden Vöglein, aber auch bereits die Möglichkeiten einer Ersten Hilfe für Menschen auf den Plan ruft, die in der Regel viel zu spät in Erwägung gezogen werden.

Die Robinsonphase!

Und dann ist sie auf einmal da, die Zeit, wo das Kind gesättigt von der Fülle der konkreten Erfahrungen mit der reflektierten Betrachtung der Umwelt beginnt. Mit der Selbst- und Fremdkritik, wenn sich um das 10. Lebensjahr herum das Kraftgefühl übersteigert und der Mensch den Verlust seiner Kindheit zu ahnen beginnt. In dieser Phase des kritischen Realismus «stirbt man nicht», ist die Gesundheit des Kindes in der Regel so einzigartig, daß die Gesundheits-erziehung jetzt ruhig etwas tun kann, um den Kindern den Wert dieses Gesundheitsgutes zum Bewußtsein zu bringen. Verschreiben wir uns darum unbekümmert dem vielleicht etwas altklugen Motto, daß Gesundheit Übungssache sei, wenn wir in Voraussicht der bevorstehenden hormonalen Umstimmung den endokrin bedingten Schlafstörungen mit den Kunstgriffen für einen gesunden Schlaf begegnen. Tragen wir ruhig jetzt schon den zu erwartenden hormonalen Hautschwierigkeiten der Pubertät mit der Unterweisung in einer vernünftigen Körperpflege vorsorglich Rechnung, ohne sich dabei zu scheuen, bis in die Region einer die Kinder ja doch einmal faszinierenden Kosmetik vorzustößen! Regen wir jetzt aber auch in der Zeit des Heißhungers gemeinsame Überlegungen an über die Grundsätze einer richtigen Ernährung, wobei nicht ein Unterrichtsformenmonismus – und mag er noch so modern anmuten –, sondern ein Pluralismus, der allen Möglichkeiten sinnvoll Rechnung trägt, anzupfehlen ist. Der situationsgemäße Wechsel im Vortrag, der Demonstration, der Lehrer- und Schülerfrage, der Diskussion, der Gruppen-, Partner- und Einzelarbeit und in Zukunft wohl auch dem Einsatz des programmierten Lernens und der Lernmaschinen, wobei weder auf die Möglichkeiten eines phasengemäßen Denksportes – welche Medizinflaschen sind gefährlicher: eckige, runde, dunkle, helle, beschriftete, unbeschriftete? –, einer humorvollen Auseinandersetzung – mit den lustigen Marterlsprüchen des Grünen Kreuzes, einer basteienden Problemzuwendung – die Umwandlung einer Puppenstube in ein Musterkrankenzimmermodell – noch auf die Wirkung einer szenisch-dramatischen Darstellung – mit Diasstehbildgeschichten, Stegreifversuchen, aber auch textgebundenen Schatten-, Puppen- und Personenspielen – verzichtet zu werden braucht.

Pubertätsschwierigkeiten

Solange, bis aus der immer doch mehr beiläufigen Gesundheitserziehung eine erleichternde, beschleunigende und vertiefende Lernhilfe zur Gesundheitsorientierung – eine systematische Gesundheitslehre also – wird. Aus einem Prinzip ein Fach, weil nunmehr der junge Mensch in ein neues Stadium seiner Entwicklung getreten ist: in die Pubertät. In eine Lebensphase, die mit ihren besonderen Akzelerations-, Emanzipations-, Negations-, Reflexions- und

Sexualitätsschwierigkeiten schon so im Brennpunkt der öffentlichen Diskussion steht, daß sie als bekannt vorausgesetzt werden darf.

Gesundheitserzieherische Lebenshilfe

Da nun aber auch für die Gesundheitserziehung das allgemeine Prinzip gilt, einem Menschen schon zu helfen, wenn er Schwierigkeiten hat und nicht erst, wenn er Schwierigkeiten macht, ist jetzt mit einer Menschenkunde, die nichts anderes im Schilde führt, als den Menschen als das unbekanntes Wesen zu enträtseln, nicht viel getan. So daß sich also nunmehr eine Gesundheitslehre erst dann als wirklich entwicklungsgemäß erweist, wenn sie in der Lage ist, dem jungen Menschen eine echte Lebenshilfe in seinen Schwierigkeiten anzubieten.

Mit einer umfassend konzeptionierten Orientierung über die Selbsthilfemöglichkeiten bei den Desintegrationsschwierigkeiten einer akzelerierten Jugend, statt sie ihren Lernkrisen, Lebensängsten und sozialen Bedrängnissen allein zu lassen.

Mit einem modernen Askesebeistand gegenüber den Suchtverlockungen einer emanzipierten Jugend, statt sie einer skrupellosen Freizeitindustrie und den vielen anderen Gegenmächten der Erziehung in die Hände zu spielen.

Mit einer taktvollen Psychohygiene gegenüber den Isolierungsverfahren einer negierenden Jugend, statt ihrer Anschlußscheu in autoritativer Erwachsenenüberheblichkeit entgegenzutrotzen.

Mit einer besinnlichen Sportgesinnung gegenüber aktivitätslähmenden Reflexionsverhaltungen, statt über solche Verstiegenheiten verächtlich die Nase zu rümpfen.

Mit einer biologisch, soziologisch und ethisch-religiös motivierten Sexualerziehung gegenüber dem Drängen des erwachenden Geschlechtstriebes, statt diese Problematik mit ein paar pädagogischen Hausrezepten abzutun.

Revisionsbesinnung

Aufgaben, die freilich nur erfüllt werden können, wenn zunächst einmal die vier Versuchungen unserer schulischen Gesundheitslehre im Auge behalten werden:

1. Die Gefahr einer zu sehr tradierenden statt reformierenden Gesundheitslehre, für die vielleicht nichts symptomatischer ist als der makabre Knochenmann schon auf den ersten Seiten unserer Lehrbücher und Schülerhefte. Als wenn es für die Gesundheitslehre nichts Wichtigeres gäbe als die Zahl und Namen der menschlichen Knochen!

2. Die Gefahr einer zu biologischen statt hygienisierenden Gesundheitslehre, der es mehr auf den Bau und die Funktion des menschlichen Bewegungs-

apparates ankommt und weniger darauf, daß die Muskulatur unserer Kinder nicht zu einem rudimentären Organ wird.

3. Die Gefahr einer verrationalisierenden statt praktischen Gesundheitslehre, bei der die Kinder zwar den Brechungsindex der Augenlinse lernen, aber sofort hilflos dastehen, wenn sie ein Augenlid zum Zwecke der Fremdkörperentfernung umstülpen sollen.

4. Die Gefahr einer übersystematisierten statt exemplarischen Gesundheitslehre, bei der die Kinder von immer mehr Dingen immer weniger lernen, bis sie zuletzt von allen die Namen und sonst nichts mehr wissen.

Packende Einstiege

Die Schwierigkeiten einer diesen Versuchungen ausweichenden Methode der Gesundheitslehre brauchen dabei gar nicht übersehen zu werden. Erfahrene Gesundheitspädagogen begegnen ihnen schon von allem Anfang an. Zunächst einmal mit dem Bemühen um eine richtige «Stimulation», bei der sie von packenden «Einstiegen» aus die Trägheit des Geistes, des Herzens und des Willens angehen. Bei einer Jugend, für die die Gesundheit doch viel zu selbstverständlich ist, als daß man sie schon ohne weiteres damit in Fahrt bringen könnte, braucht man dazu die glückliche Hand für den fruchtbaren Moment, darf dabei allerdings auch wieder nicht übersehen, daß es nicht nur einen glücklichen Moment zum Anfangen, sondern auch einen glücklichen Moment des Aufhörens gibt, wenn solche pädagogische «Initialzündungen» nicht schließlich wieder in schulmeisterlicher Umständlichkeit ersticken sollen.

Die Schürzung des Knotens

Denn alle Einstimmungen, Motivationen, Vorbereitungen, Einstiege nützen nichts, wenn nicht die angeschrirten Kräfte nun auch noch auf das Unterrichtsziel hin ausgerichtet werden. Mit einer zielstrebigem Schürzung des Knotens, für die die Praxis drei bewährte Möglichkeiten bereithält: faszinierende Zielangaben, aktivierende Planungen und eine wohlüberlegte Mittelvorsorge, wobei allerdings überlieferte Zielfloskeln (Wir wollen heute . . .), eine zu autoritative Planungsselbstherrlichkeit des Lehrers (Die Planungsdictatur) und eine Mittelmonomanie (Methodische Steckenpferdreitereien!) immer schlechter im Kurs stehen.

Zur Pädagogik des ersten Eindrucks

Sobald diese Ausrichtung gelungen ist, ist der Augenblick gekommen, wo der Schüler mit dem Gegenstand, mit dem gesundheitserzieherischen Anliegen,

konfrontiert wird, wobei die Hauptsorge des Pädagogen nunmehr der Frage gilt, wie sich das Neue von seiner repräsentativsten Seite aus zeigt. Noch würde für diese Stufe nicht nur eine Psychologie des ersten Eindrucks – die es schon gibt –, sondern auch eine Pädagogik des ersten Eindruckes – die es noch nicht gibt – nötig sein, wenn man der gefährlichen Selbstbeschwichtigung mancher Gesundheitserzieher steuern will, im weiteren Unterrichte schon wieder gutzumachen, was der erste Eindruck verpfuscht hat.

Unterrichtskatalysatoren

Wo immer nämlich dieser erste Eindruck durch eine wirkungsvolle Veranschaulichung, durch eine wohlüberlegte Stoffartikulation und eine entsprechende Interessenfascination nun tatsächlich schon dazu geführt hat, daß Rationales nicht mehr vermutet, sondern erfaßt, Praktisches nicht mehr erledigt, sondern gemeistert wird und Emotionales an- und nicht nur mehr zumutet, kommt es jetzt auch noch darauf an, daß in einer echten Auseinandersetzung diese Konfrontierung zu einer wirklichen Begegnung wird. Mit Hilfe von Impulsen, Fragen, Aufgaben, Ermunterungen, die gleichsam zu Katalysatoren werden, mit denen der intrapersonale Prozeß des Vertrautwerdens mit der Materie ausgelöst wird. Eine Wirkung, die sofort erlischt, wenn der Resonatorenbeistand des Lehrers und der Klasse unecht wird, weshalb Nikotinwarnungen mit dem rauchgebräunten Zeigefinger in der Regel wirkungslos bleiben und Gesundheitsbelehrungen außerhalb einer aufgabeverbissenen Lerngemeinschaft in der Regel so anfällig sind, daß man den isolierenden Lehrmaschinen auch in der Gesundheitserziehung nicht ganz ohne Skepsis gegenübersteht.

Die herausfordernde Ablösung

Zumal auch eine noch so gelungene Auseinandersetzung nun auch noch einen fünften didaktischen Grundakt nötig hat, wenn der Schüler nach dieser vorübergehenden Selbstentfremdung durch das Neue auch wieder zurück zu sich selber finden soll. Wo dieses Wieder-selbständig-Werden durch herausfordernde, probierende Aufgaben von kleinsten Ansätzen aus zu immer riskanteren Wagnissen, zu geistigen Abenteuern im eroberten Gebiet, führt, bekommt der pädagogische Beistand mit dem Prinzip der kleinsten Mittel, des raschen Zugriffs und der individuellen Tönung seine besondere Bedeutung, wie ja überhaupt die Kultur des geistigen Trainings noch weit mehr als bisher die Unterstützung der pädagogischen Theorie auch und gerade in der Gesundheitserziehung verdienen würde.

Begriffsbedenken

Wer in diesem Sinne die Gesundheitslehre also zunächst einmal animierend-stimulierend, dann ausrichtend-orientierend, nun konfrontierend-bekanntmachend, weiterhin kontaktschaffend-auseinandersetzend und schließlich auch noch ablösend-herausfordernd an die Kinder heranbringt, hat im letzten eigentlich nicht viel anderes als eine Begegnung arrangiert. Eine Auffassung, der Bollnow nicht beipflichtet, so daß auch Wagenschein lieber von einem Erlebnis, einer Erfahrung, ja sogar von einer Widerfahrnis spricht. Aber was bedeuten solche Begriffsbedenken schon, wenn es einer Gesundheitserziehung nur ernsthaft darum zu tun ist, ihre Aufgabe nicht nur umwelt- sondern auch entwicklungsgemäß zu bewältigen.

Gesundheitspädagogische Antinomien

Nicht nur sozialisierend, sondern auch individualisierend. Nicht nur leistungs-, sondern auch kindbezogen. Nicht nur lebenszugewandt, sondern auch verinnerlichend. Nicht nur weltoffen, sondern auch heimatnah. Nicht nur tolerierend, sondern auch bekenntnisfreudig. Nicht nur integrierend, sondern auch vertiefend.

Wenn man mit anderen Worten gesundheitserzieherische Anliegen nicht nur «bei», sondern auch wirklich seinen Kindern «nahe» bringt!

Literatur:

- Busemann A.*: Krisenjahre im Ablauf der menschlichen Jugend (1953).
Döpp-Vorwald H.: Grundprobleme der Gesundheitspädagogik, in *Gesundheitserziehung von A-Z*, Bundesausschuß f. ges. Volksbelehrung (1957).
Eckstein L.: Psychologie des ersten Eindruckes (1937).
Guyer W.: Grundlagen einer Erziehungs- und Bildungslehre (1949).
Hahn B.: Gärten für die Jugend mit der Jugend (1960).
Huth A.: Kontrollpunkte im menschlichen Reifen (1962).
Kroh O.: Psychologie des Grundschulkindes (1944).
Ders.: Psychologie der Oberstufe (1940).
Ders.: Revision der Erziehung (1954).
Muchow H.: Jugend und Zeitgeist (1962).
Schelsky H.: Die skeptische Generation (1958).
Schraml W.: Zum Problem der frühen Mutter-Kind-Trennung, in *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (1954, 10).
Remplein H.: Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter (1963).
Wagenschein M.: Zum Begriff des Exemplarischen Lehrens, in *Zschr. f. Päd.* (1956, 3).
Einschlägige eigene Arbeiten. *Theorie des Unterrichts* (1964). – *Der Urfeind der Erziehung* (1962). – *Unterricht in der Menschenkunde* (1952). – *Schulgesundheitsfibel* (1952). – *Gesundheitserziehungsaufgaben in der Schule*, in *Der Landarzt* (1962, 29). – *Möglichkeiten der Gesundheitslehre auf verschiedenen Alters- und Lehrplanebenen*, in *Welt der Schule* (1963, 8). – *Gesundheitserziehung in neuer Sicht*, in *Päd. Welt* (1963, 5).

Adresse: Dr. med. Dr. phil. *Rudolf Wegmann*,
8131 Post Assenhausen, Maxhöhe, Starbberger See