

Gesundheitserziehung – ihre Realisierbarkeit aus pädagogischer Sicht

Fortsetzung von Heft 30/1981, Seite 1446 ff., und Schluß

Klaus Brauner

Im ersten Teil seines Beitrages hatte der Autor auf Zusammenhänge zwischen primärer Prävention, Gesundheitsbildung und -erziehung aufmerksam gemacht und den Stand der Diskussion über die Gesundheitserziehung kurz rekapituliert. Im zweiten Teil beschäftigt er sich nun mit den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitserziehung namentlich in der Schule. Er weist vor allem auf die Interaktionen zwischen Individuum und Gruppe hin, die es auch bei der Gesundheitserziehung zu beachten gilt.

Ansätze zu einer Theorie der Gesundheitserziehung

Obwohl Gesundheitserziehung noch nicht ausreichend theoretisch fundiert ist, lassen sich doch einige erfolgversprechende Ansätze finden. So wurde im Jahre 1976 die „Gesellschaft für Gesundheitsbildung e. V.“ auf Initiative von Ärzten, Pädagogen, Psychologen und Journalisten ins Leben gerufen. Sie hat sich die Aufgabe gestellt, einen Beitrag zur Theorie der Gesundheitsbildung zu leisten sowie Modelle praktischer Gesundheitsbildung anzubieten und zu erproben. Zu diesem Zwecke wurde an der Universität Heidelberg eine Arbeitsgruppe „Gesundheitstheorie und Dokumentation“ gebildet.

Recht positive Anstöße zu einer Neuorientierung der Gesundheitserziehung gehen auch von dem Medizinsoziologen J. von Troschke aus. Er will vor allem die Motivation des gesundheitsnegativen Verhaltens erforschen sowie in Lernprogrammen alternative Verhaltensweisen entwickeln und einüben. W. Pfeiffer erläutert dazu: „Ziel dieser Unternehmung ist es, daß diese alternativen Verhaltensweisen schließlich vom Betroffenen in einem eigenen souveränen Entscheidungsakt übernommen werden und daß sie ebenso viel Spaß machen wie das Fehlverhalten („Lustbilanz“)" (31). Auf einer

Informationstagung skizzierte von Troschke „eine Wirkungskette, die beginnt mit dem Erregen von Interesse und sich fortsetzt als Vermittlung von Kenntnissen, der Änderung von Einstellungen, der Änderung des Verhaltens, der Verstärkung der Änderung und schließlich der Kontrolle der Änderung“ (32) (Darstellung 2 auf Seite 1500).

In der „Einstellung“ sieht der Psychologe W. Meyer nicht nur den Zentralbegriff der Sozialpsychologie, sondern auch der Gesundheitserziehung. Er definiert Einstellung als „beständiges System von positiven und negativen Bewertungen bzw. emotionalen Reaktionen bzw. Pro- und Kontratenden zu einem sozialen Objekt“ und betont: „Die Einstellung ist die Voraussetzung für das Verhalten. Sie ist Brücke zwischen Reiz und Handlung“ (33). Meyer wirft der traditionellen Gesundheitserziehung vor, sie bliebe oft bei der reinen Informationsvermittlung stehen und erwarte eine beinahe zwangsläufige Willenshandlung. Er sieht den Zusammenhang so: „Reine Informationsvermittlung hat kaum Einfluß auf die Einstellungen, es sei denn, die Information ginge mit anderen Komponenten der Einstellung bereits einher“ (34). Diese seien Eigeninteresse, Gruppennorm und Institutionalisierung der Risikorolle. Was ist damit gemeint? ▷

Gesundheitserziehung

Die Menschen scheinen für alles besonders aufgeschlossen zu sein, was ihrem eigenen Interesse entgegenkommt und was ihnen Nutzen bringt. Steht die angestrebte Einstellung nicht im Einklang mit der Einstellung der Gruppe oder wichtiger Bezugspersonen, so besteht nur eine geringe Chance zur Übernahme der gewünschten Einstellung durch das Gruppenmitglied. Unter der „Institutionalisierung der Risikorolle“ versteht Meyer eine Schärfung des gesundheitlichen Risikobewußtseins beim Vorliegen eines bestimmten gesundheitsschädlichen Verhaltens. Damit soll erreicht werden, daß „der einzelne nicht immer wieder in sein altes gesundheitswidriges Verhalten zurückfällt“ (35).

Versucht man, diese einstellungsbestimmenden Faktoren zu kombinieren, so läßt sich daraus ein Modell der Verhaltensbeeinflussung konstruieren, das besonders auf die Belange der Gesundheitserziehung abgestimmt ist.

Die an eine Zielperson oder Zielgruppe gerichtete Information soll zunächst deren Einstellung beeinflussen. Sie muß mit einer Schärfung des Risikobewußtseins verbunden sein und Elemente enthalten, die wesentlichen Eigeninteressen der Zielperson entsprechen. Die so „angereicherte“ Information soll

nicht isoliert an die Zielperson gerichtet werden, sondern muß als Adressaten auch deren wichtigste Bezugsperson und -gruppen berücksichtigen. Die mögliche Vielzahl dieser Personen oder Gruppen wird im Modell durch die Berücksichtigung zweier Bezugspersonen bzw. -gruppen angedeutet.

Das angestrebte Verhalten hat dann die größte Chance der Verwirklichung, wenn die übermittelte Information mit den Einstellungen der Zielperson und den Normen der Bezugsgruppen in Einklang gebracht werden kann. Durch die Interaktion der Zielperson mit ihren Bezugsgruppen soll das angestrebte Verhalten der Zielperson bestärkt und sozial verankert werden. Das tatsächliche Endverhalten läßt sich nunmehr mit dem beabsichtigten Endverhalten vergleichen und, falls erforderlich, durch Übermittlung variiert oder neuer Informationen erneut beeinflussen. Theoretisch kann sich der dargestellte Prozeß also mehrmals wiederholen (36).

Wie in mehreren Zitaten erwähnt wurde, muß Gesundheitserziehung schon im Kindesalter, das heißt vor allem in der Schulzeit einsetzen. Doch hier stößt das angeführte Modell auf zweierlei Schwierigkeiten. Erstens sind Einstellungen im Kindes- und Jugendalter noch kein „be-

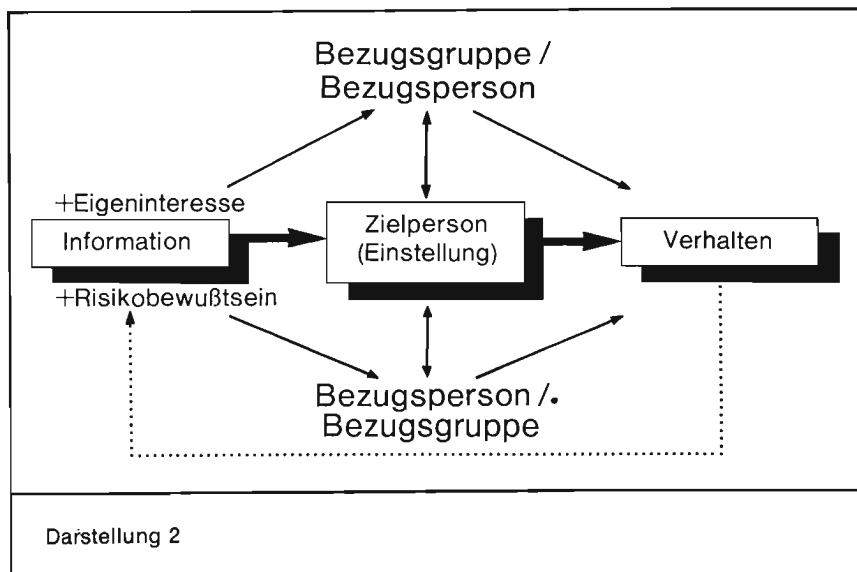
ständiges System“ (Meyer), was bei der Verhaltensänderung aber auch von Vorteil sein kann, zweitens messen Kinder und Jugendliche ihrer Gesundheit nur geringe Bedeutung bei; sie haben nach Meyer „ein ichfernes Verhältnis“ zur Gesundheit.

Obwohl noch viele Probleme ungeklärt sind, kommt der Sozialpsychologie das Verdienst zu, der Gesundheitserziehung neue und wissenschaftlich fundierte Zugangsmöglichkeiten zum Individuum und zu Gruppen erschlossen zu haben. Eine zeitgemäße Gesundheitserziehung darf sich nicht mehr ausschließlich auf medizinische und pädagogische Grundlagen stützen, sondern muß im Interesse der Steigerung ihrer Effektivität auch auf die Forschungsergebnisse der Verhaltenswissenschaften zurückgreifen. Nach J. Métneki (Wissenschaftliches Institut für Gesundheitserziehung, Budapest) lassen sich die Grundlagen einer modernen Gesundheitserziehung in folgendem Schema darstellen (37):

Medizin und Biologie versuchen Gesundheit zu umschreiben und stellen gesundheitsgerechtes Verhalten dar. Sozialpsychologie und Soziologie zeigen auf, von welchen sozialen Faktoren Einstellungen und Verhalten des Menschen abhängen und durch welche sozialen Einflüsse Verhaltensänderungen ermöglicht werden. Pädagogik und Didaktik greifen medizinisch-biologische Inhalte auf, formen sie nach methodisch-didaktischen Prinzipien um und vermitteln sie unter Berücksichtigung psychologischer, soziologischer und kultureller Faktoren in erzieherischer Absicht an die Adressaten der Gesundheitserziehung.

Gesundheitserziehung ist Aufgabe der Pädagogen

Ausgehend von Darstellung 3 (s. Seite 1501) zu den Grundlagen der Gesundheitserziehung, müssen wir uns nochmals der Frage zuwenden, ob Ärzte oder Lehrer für eine zeitgemäße Gesundheitserziehung besser geeignet seien. Wenn wir Gesundheits-

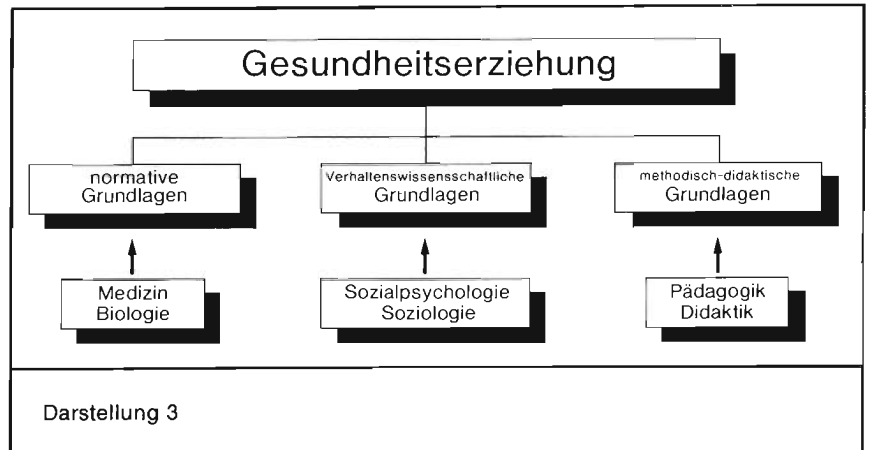


erziehung im eigentlichen Sinne verstehen, scheidet die Beratung in der Sprechstunde aus. Der Haus- oder Familienarzt kann sehr gezielte Informationen geben, betreibt aber deshalb noch keine eigentliche Gesundheitserziehung. So muß nur noch der geeignete Gesundheitserzieher für Schule und Erwachsenenbildung gefunden werden. In diesen Bereichen des Bildungswesens gehören zu den normativen auch die verhaltenswissenschaftlichen und methodisch-didaktischen Grundlagen. Ein Arzt ohne Spezialausbildung verfügt zweifellos über die notwendigen medizinisch-biologischen Grundlagen. Doch sie allein führen nicht weit, denn moderne Gesundheitserziehung ist längst keine Krankheitslehre und auch keine reine Informationsvermittlung mehr.

Der Arzt könnte zusätzlich nur sein höheres Sozialprestige in die Waagschale werfen. Doch mit diesem Vorzug allein könnte sein Einsatz bestenfalls in der Erwachsenenbildung erwogen werden. In der Schule aber kann nur der Pädagoge als geeigneter Gesundheitserzieher betrachtet werden.

Wenn der Pädagoge Biologielehrer ist, verfügt er von der Ausbildung her über die Grundlagen für eine echte Gesundheitserziehung. Dennoch müssen in der Praxis auch hier erhebliche Abstriche gemacht werden. In den Studiengängen für Grund- und Hauptschullehrer beispielsweise sind Psychologie und Soziologie vertreten, doch nur in den Grundzügen. Im Hinblick auf eine wirksame Gesundheitserziehung aber sollte das Studium mit Theorien der Motivation und der Verhaltensmodifikation sowie mit praktischen Übungen ergänzt werden. Das diesbezügliche Angebot der Hochschulen ist bis heute recht unterschiedlich.

Ein weiteres Plus für den Lehrer als Gesundheitserzieher ist die emotional positive Atmosphäre zwischen Schülern und Lehrer, wie sie vor allem in der Grundschule und in der Orientierungsstufe noch anzutreffen ist.



Ein weiteres Problem der schulischen Gesundheitserziehung ist deren zweckmäßige Einbettung in den Kontext des übrigen Unterrichts. In diesem Zusammenhang werden Forderungen nach dem Unterrichtsfach „Gesundheitslehre“ laut. Im übrigen geht es um die Frage, ob Gesundheitserziehung Unterrichtsprinzip oder ein Anhängsel des Biologieunterrichts sein sollte. Wenn heute immer wieder über stoffliche und zeitliche Überlastung der Schüler geklagt wird, muß die Forderung nach einem neuen Fach, sei es noch so berechtigt, auf Ablehnung stoßen. Wer dennoch ein neues Unterrichtsfach einführen möchte, muß zuerst sagen, welche anderen Fächer deshalb gekürzt werden sollen.

Namhafte Erziehungswissenschaftler und Mediziner sprechen sich eindeutig dafür aus, die als berechtigt anerkannten Ansprüche der Gesundheitserziehung nicht in einem neu zu schaffenden Unterrichtsfach zusammenzufassen, sondern Gesundheitserziehung zum Unterrichtsprinzip zu erheben. Wenn A. Beiler meint, „Die Humanbiologie als Erziehung zu einer gesunden Verhaltensweise ist Unterrichtsprinzip“ (38), so beschränkt er den Prinzipcharakter der Gesundheitserziehung mit Recht auf den Biologieunterricht. Auch U. Freyhoff verteidigt Gesundheitserziehung als Prinzip, betrachtet aber „Naturkunde oder Biologie gleichsam als ihr Hauptansiedlungsgebiet in einer besonderen Weise“ (39). Daneben sollten seiner

Meinung nach auch Hauswirtschaft, Leibeserziehung, Physik, Erdkunde, Heimatkunde, Geschichtsunterricht/ und Politische Bildung inhaltliche Aspekte der Gesundheitserziehung aus der jeweils verschiedenen Perspektive dieser Fächer vermitteln. Andere Autoren beziehen auch Deutsch, Mathematik und Bildnerische Erziehung noch in den erwähnten Fächerkanon ein.

In der jüngsten Vergangenheit, als der Volksschullehrer seine Klasse noch in fast allen Fächern selbst unterrichtete, lag es im Bereich des Möglichen, gesundheitserzieherische Probleme aus der Perspektive verschiedener Fächer anzugehen.

Doch der heute praktizierte Fachunterricht läßt diese Vorstellung fast utopisch erscheinen. In der Realität muß man davon ausgehen, daß jeder Fachlehrer ausschließlich Kernwissen seines Faches vermittelt. Damit bleibt für die Gesundheitserziehung allein das Unterrichtsfach Biologie diskutabel.

Kooperation mit Ärzten ist dringend notwendig

Welche Aufgabe bleibt noch für den Arzt in der Schule, wenn man vom schulärztlichen Dienst in der Form rein medizinischer Schüleruntersuchungen einmal absieht? Keinesfalls sollte ein ungesundes Konkur-

Gesundheitserziehung

renzdenken aufkommen, wie es den Anschein hat, wenn der Lehrer vom Arzt als „Laie“ und der Arzt vom Lehrer als „Nichtpädagoge“ abgewertet wird. Die dargestellten Bestrebungen der „Gesellschaft für Gesundheitsbildung e. V.“ und von Trotschkes Programm zeigen den richtigen Weg.

In der Kooperation zwischen Ärzten, Sozialwissenschaftlern und Pädagogen sollten sich Ärzte an der fachkundigen Entwicklung von Lehrprogrammen in der Art und Weise beteiligen, daß eine medizinisch einwandfreie Grundlegung erfolgt. Doch die fachkundige Umsetzung der Lehrinhalte in der Schulpraxis sollte den Pädagogen überlassen bleiben.

Zusammenfassung

Zahlreiche Beiträge zum Thema Gesundheitserziehung in medizinischen Fachzeitschriften gehen von einer zu weiten Definition dieses Begriffs aus. Neuere Ansätze einer Theorie der Gesundheitserziehung zeigen, daß Gesundheitserziehung im engeren Sinne eine gezielte Verhaltensbeeinflussung anstrebt und ohne sozialwissenschaftliche Grundlagen scheitern muß. Deshalb ist sie auch allein als Unterrichtsprinzip illusorisch. Sie sollte vielmehr zu einem festen Bestandteil des humanbiologischen Unterrichts werden. In Kooperation zwischen Ärzten, Sozialwissenschaftlern und Pädagogen werden derzeit gesundheitserzieherische Programme erarbeitet; ihre Realisierung im Unterricht aber kann allein Aufgabe der Pädagogen sein.

Literatur im Sonderdruck

Anschrift des Verfassers:
Dipl.-Päd. Klaus Brauner
Steinstraße 9
6741 Göcklingen (Pfalz)

BEKANNTMACHUNGEN

Kassenarztsitze

Koblenz

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Koblenz werden folgende Kassenarztsitze zur Besetzung ausgeschrieben:

Dierdorf, Kreis Neuwied, Augenarzt. Der in Dierdorf ansässige Augenarzt scheidet spätestens zum Jahresende 1981 aus Altersgründen aus. Es wird ein Nachfolger gesucht, der die Möglichkeit hat, seine Praxis zu übernehmen. Der fachärztliche Planungsbereich Neuwied/Dierdorf zählt 112 000 Einwohner, die von vier in Neuwied niedergelassenen und dem in Dierdorf tätigen Augenarzt versorgt werden. Die Stadt Dierdorf mit 4000 Einwohnern ist Sitz der Verbandsgemeindeverwaltung und verfügt über alle Schularten.

Montabaur (Westerwald), Hautarzt. Am 30. September 1981 scheidet der einzige im Westerwaldkreis niedergelassene Hautarzt aus. Zur Versorgung des ca. 85 000 Einwohner zählenden Einzugsgebietes ist die baldige Neubesetzung der Stelle dringend erforderlich. Die Stadt Montabaur hat 10 725 Einwohner und verfügt über alle Schulen. Falls nicht die Praxis des ausscheidenden Arztes übernommen wird, kann die Stadtverwaltung bei der Beschaffung der erforderlichen Räume behilflich sein.

Wallmerod (Westerwald), Allgemein-/Praktischer Arzt. Am 1. Oktober 81 wird einer der beiden Kassenarztsitze in der Gemeinde Wallmerod (800 Einwohner) im unteren Westerwald frei, weil der Stelleninhaber aus Altersgründen seine Tätigkeit aufgibt. Die Praxis kann an einen Nachfolger abgegeben werden. Zum allgemeinärztlichen Planungsbereich Wallmerod gehören weitere Ärzte in Meudt und Hundsangen. Es besteht ein geregelter Notfalldienst. Die Gemeinde Wallmerod hat eine Grundschule; weiterführende Schulen können in Montabaur oder Westerburg (ca. 10 km) besucht werden. Bei der Beschaffung der erforderlichen Wohnräume wird die Gemeinde behilflich sein.

Zell, Mosel, Augenarzt. Im Kreis Cochem-Zell mit 62 500 Einwohnern besteht je ein Augenarztsitz in Cochem und Zell. Der Augenarzt in Zell ist am 30. Juni 1981 ausgeschieden. Die Stelle sollte möglichst bald wiederbesetzt werden.

Die Stadt Zell hat 4800 Einwohner. Grund-, Haupt- und Realschule können am Ort besucht werden. Gymnasien bestehen in Traben-Trarbach und Cochem (ca. 20 km).

► Die Kassenärztliche Vereinigung Koblenz gewährt zur Finanzierung der Praxiseinrichtung neu zugelassener Ärzte Zinszuschüsse zu Darlehen bis zur Höhe von 40 000 DM.

Nähere Auskünfte erteilt die KV Koblenz, Emil-Schüller-Straße 14-16, 5400 Koblenz, Telefon (02 61) 1 25 52.

Niedersachsen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen werden folgende Kassenarztsitze als vordringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Langenhagen (Wiesenu), Landkreis Hannover, Arzt für Allgemeinmedizin. In der Stadt Langenhagen (etwa 50 000 Einwohner, Entfernung zur Landeshauptstadt Hannover etwa 9 km) ist durch die Aufgabe einer allgemeinärztlichen Praxisgemeinschaft sowie einer weiteren Allgemeinpraxis die Niederlassung eines Arztes für Allgemeinmedizin dringend erforderlich. Praxisräume können zur Verfügung gestellt werden. In Langenhagen befinden sich alle weiterführenden Schulen.

► Einem der zugelassenen Bewerber wird eine Umsatzgarantie gemäß § 5 I der Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in Höhe von 30 000 DM vierteljährlich für ein Jahr gewährt. Außerdem kann ein zinsloser Honorarvorschuß in Höhe von 30 000 DM bewilligt werden.

Landeshauptstadt Hannover, Ortsteil Linden-Mitte, Arzt für Neurologie und Psychiatrie. In dem Ortsteil Linden-Mitte ist wegen einer beabsichtigten Praxisaufgabe die Stelle eines Arztes für Neurologie und Psychiatrie dringend zu besetzen. Die noch laufende Praxis kann zum 1. 9. 1981 übernommen werden. Das Einzugsgebiet beträgt etwa 100 000 Einwohner.

Laatzen 1, Landkreis Hannover, Arzt für Allgemeinmedizin. Wegen einer beabsichtigten Praxisaufgabe ist die Wiederbesetzung einer Kassenarztsitze mit einem Arzt für Allgemeinmedizin in Laatzen dringend erforderlich. Die Stadt Laatzen hat rd. 34 000 Einwohner. ►