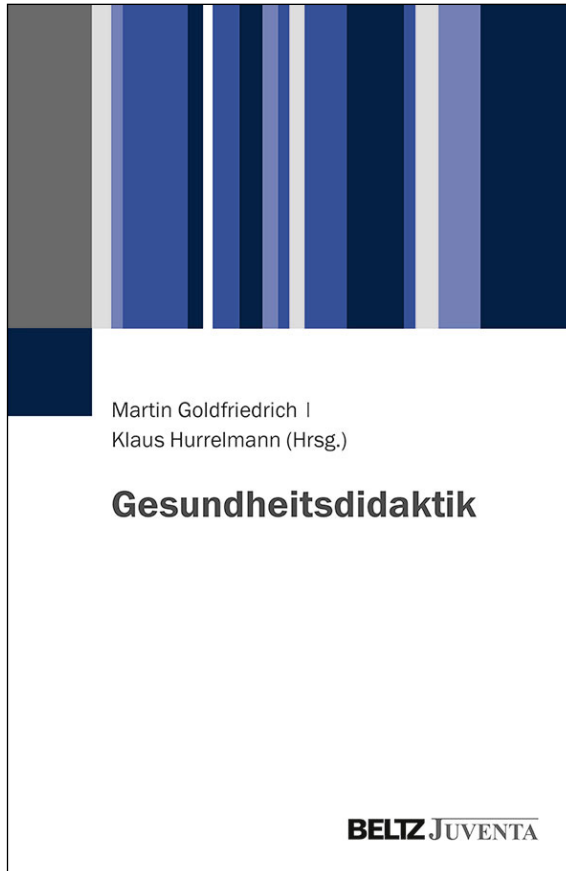




Leseprobe aus Goldfriedrich und Hurrelmann, Gesundheitsdidaktik,
ISBN 978-3-7799-6371-4 © 2021 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6371-4](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6371-4)

Inhalt

Der Entwicklungsstand von Gesundheitspädagogik und Gesundheitsdidaktik

Martin Goldfriedrich und Klaus Hurrelmann 11

I Erziehungswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsdidaktik 41

Erziehungswissenschaftliche Grundlagen für eine Gesundheitspädagogik und -didaktik
Georg Hörmann 42

Curriculare Grundlagen für eine „Gesundheitspädagogik und -didaktik“. Ein neues Studienfach für angehende Grundschullehrerinnen und -lehrer?
Annette M. Stroh 65

Gesundheitsförderliche Inklusion: Inklusionspädagogische Grundlagen zur Gesundheitsdidaktik
Martin Goldfriedrich und Andrea C. Schmid 85

Soziale Arbeit – Schule – Gesundheit
Martin Staats 108

II Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsdidaktik 133

Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für den Gesundheitsunterricht. Gesundheit und Vielfalt in Schule, Ausbildung und Studium
Stephanie Hoffmann, Marie Tallarek und Jacob Spallek 134

Gesundheitskompetenz als Gegenstandsbereich und Ziel von Unterricht
Kevin Dadaczynski, Kira Maur, Katharina Rathmann und Orkan Okan 156

Körperliches Wohlbefinden als Ziel des Gesundheitsunterrichts
Yvonne Müller und Karl Porges 176

Soziales Wohlbefinden als Ziel des Gesundheitsunterrichts
Kathrin Witek und Stefanie Kruse 189

Psychische Gesundheit als Ziel schulischer Bildung
Ludwig Bilz 203

III Gesundheitserziehung und -bildung im Vorschulbereich	217
Gesundheitspädagogik in Institutionen für Kinder unter drei Jahren <i>Angela Gosch, Michael Erhart und Anja Voss</i>	218
Gesundheitspädagogik in Kindertageseinrichtungen <i>Anja Voss, Michael Erhart und Angela Gosch</i>	240
IV Gesundheitsunterricht im Schul- und Hochschulbereich	263
Allgemeine Didaktik und inklusiver Gesundheitsunterricht <i>Martin Goldfriedrich und Hilbert Meyer</i>	264
Gesundheitserziehung und -bildung an Schulen mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt <i>Mareike Rabe und Heike Rosenberger</i>	289
Gesundheitsunterricht im Primarbereich <i>Almut Krapf</i>	315
Gesundheitsunterricht in der nichtgymnasialen Sekundarstufe I der allgemeinbildenden Schulen <i>Julia Maria Folz-Antoniadis und Peter Paulus</i>	336
Gesundheitsunterricht in Gymnasien <i>Philipp Schwegmann</i>	358
Gesundheitsunterricht in der Berufsschule <i>Silke Trumpa und Tobias Dorn</i>	375
Gesundheitsbildung an Hochschulen <i>Max Sprenger</i>	395
Gesundheitsbildung an Volkshochschulen <i>Marion Klinger und Marjanne Meeuwssen</i>	414
Gesundheitsunterricht in Europa: Deutschlands Nachbarländer Österreich und Polen <i>Manfred Cassens und Maria A. Marchwacka</i>	429
Gesundheitserziehung in chinesischen Grund- und Sekundarschulen <i>Cui Ximeng, Chen Yumeng, Su Jiao, und Martin Goldfriedrich</i>	455

V Gesundheitsbildung im außerschulischen Bereich	467
Gesundheitsbildung und digitale Gesundheitskommunikation <i>Janine Brill und Constanze Rossmann</i>	468
Gesundheitspädagogik in gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen <i>Manfred Cassens, Robert Zucker, Maria A. Marchwacka, Robert Dengler und Tanja Kistler</i>	488
Gesundheitsbildung in Unternehmen <i>Stefanie Kruse und Kathrin Witek</i>	503
Autor*innenverzeichnis	517

Der Entwicklungsstand von Gesundheitspädagogik und Gesundheitsdidaktik

Martin Goldfriedrich und Klaus Hurrelmann

Einführung

1. Der Entwicklungsstand der Gesundheitspädagogik
 - 1.1 Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen für eine Gesundheitspädagogik
 - 1.2 Geeignete Theorien und Begriffe von Gesundheit
 - 1.3 Geeignete Theorien und Begriffe von Erziehung und Bildung
 - 1.4 Empirische Forschung zu gesundheitspädagogischen Konzeptionen
 2. Der Entwicklungsstand der Gesundheitsdidaktik
 - 2.1 Wissenschaftstheoretische Voraussetzung für eine Gesundheitsdidaktik
 - 2.2 Bildungspolitische Rahmensetzungen für eine Gesundheitsdidaktik
 3. Zur Konzeption eines Gesundheitsunterrichts und seine Didaktik
 - 3.1 Kern-Werte eines Gesundheitsunterrichts
 - 3.2 Internationale Ansätze eines Gesundheitsunterrichts
-

Einführung

Sucht man in Enzyklopädien und Wörterbüchern nach dem Stichwort „Gesundheitsdidaktik“, stößt man meist auf eine Fehlanzeige. Es scheint, als ob diese Teildisziplin, die sich auf Grundlage von allgemein- und bereichsdidaktischen sowie gesundheitspädagogischen Gegenstandsbereichen mit der Theorie und der Praxis des Gesundheitsunterrichts und den daraus resultierenden Besonderheiten des Lehrens und Lernens auseinandersetzt, bisher kaum existiert. Das ist erstaunlich angesichts der immer stärker werdenden Diskussion um die Bedeutung von Gesundheit für den schulischen Bildungs- und Lernprozess und der Risiken wachsender gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann/Richter 2013, Lampert et al. 2019). Und das steht in eklatantem Widerspruch zu den intensiven wissenschaftlichen und politischen Aktivitäten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland durch einen „Nationalen Aktionsplan“ nachhaltig zu stärken (Schaeffer/Hurrelmann/Bauer/Kolpatzik 2018).

In diesem Beitrag versuchen wir, eine Grundlegung der wissenschaftlichen Diskussion zur Gesundheitsdidaktik vorzunehmen. Im Mittelpunkt stehen Überlegungen dazu, wie sich die Gesundheitspädagogik entwickeln und konstituieren muss, wenn sie sich als Wegbereiter einer Gesundheitsdidaktik verstehen will. Wir erörtern, wie die Gesundheitsdidaktik im Wissenschaftssystem verortet werden sollte und welche Kern-Werte einen schulformübergreifenden Gesundheitsunterricht bestimmen könnten.

Ziel unserer Überlegungen und Vorschläge ist es, eine Diskussion um die Frage anzustoßen, wie die Schule sich zukünftig mit einer regelmäßig stattfindenden, effektiven Gesundheitsförderung ausgestalten kann. Eine Antwort auf diese Frage liegt nach unserer Auffassung in der Etablierung einer Gesundheitsdidaktik, aus der ein schulformübergreifender Gesundheitsunterricht resultiert, der langfristig – um zukünftig nicht mehr randständig wahrgenommen zu werden – in einem Schulfach Gesundheit mündet.

1. Der Entwicklungsstand der Gesundheitspädagogik

1.1 Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen für eine Gesundheitspädagogik

Wir verstehen die Gesundheitspädagogik als Teildisziplin, die sich auf Grundlage von erziehungs- und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen mit der Methodik von gesundheitserzieherischen Prozessen, mit der Entwicklung von gesundheitsbildnerischen Konzeptionen und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz auseinandersetzt.

Seit den 1950er Jahren gibt es intensive Versuche, Gesundheitspädagogik professionsorientiert, wissenschaftlich fundiert und bildungspolitisch motiviert zu etablieren. Es wurden in diesem Zusammenhang verschiedenste Termini, insbesondere die Begriffe *Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsbildung* verwendet. Diese beiden Begriffe haben sich ständig weiterentwickelt. Eine Analyse von 902 Publikationen zur Gesundheitspädagogik in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg hat gezeigt, dass der Begriff Gesundheitserziehung bis zur Wiedervereinigung sowohl in der früheren BRD als auch in der früheren DDR verwendet wurde. Der Begriff Gesundheitsbildung kam hingegen ausschließlich in der BRD vor.

Anhand der Publikationsraten und auf der Basis der Untersuchung des Informationsgehaltes von gesundheitspädagogischen Veröffentlichungen wird sichtbar, dass gesundheitserzieherische Konzeptionen ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre bis in die zweite Hälfte der 1980er Jahre im besonderen Maße vorhanden sind. Diese Konzeptionen verweisen meist auf *Gesundheitssport*, *Hygienemaßnahmen* und Programme zur *gesunden Lebensführung* an Schulen, Kindertagesstätten und Betrieben.

Der Terminus Gesundheitsbildung etabliert sich mit Bezug auf die Themenbereiche *Bewegung, gesunde Ernährung, Heilmethoden* und *Entspannungsverfahren* dagegen erst in den 1980er Jahren. Mit Bezug auf die Publikationsraten ergibt sich nach einem Rückgang in den 1990er Jahren in der zweiten Hälfte der Nullerjahre eine deutliche Wiederbelebung der Verwendung des Begriffes, meist in Kombination mit den neu hinzukommenden Begriffen Gesundheitsförderung und (etwa seit 2010) auch Gesundheitskompetenz (health literacy).

Historisch kann die Gesundheitspädagogik an eine lange Tradition anknüpfen, die bis in die Spätaufklärungszeit zurückreicht. Zwei epochale Werke bilden den Anfang: Zum einen der *Gesundheitskatechismus* von Faust (1794) und zum anderen das *System einer vollständigen medicinischen Polizey* von Frank (1786). Nicht nur wegen ihrer aufklärerischen Haltung, sondern insbesondere wegen ihrer Verschiedenheit sind beide Werke unter grundlegend gewandelten Bedingungen bis heute aktuell. Diese Aktualität ergibt sich darin, dass Frank die Krankheitsursachen in den sozialen Bedingungen der Gesellschaft sucht, während Faust darauf abstellt, Gesundheit durch gezielte Beeinflussung des persönlichen Verhaltens zu fördern. Hörmann versteht diese beiden Vertreter daher als frühe Repräsentanten von *Verhaltens- und Verhältnisprävention* (Hörmann 2007, S. 234). Stroß (1995, S. 174) bezeichnet die Spätaufklärungszeit als eine eigenständige Phase innerhalb der Geschichte der Gesundheitserziehung, in der besonders unter der Perspektive der Moralerziehung eine Lebensführung erreicht werden soll, in der sich Gesundheit *als Produkt von Leistung*, Krankheit dagegen *als Reaktion auf Unmäßigkeiten* ergibt.

Als weiterer Meilenstein in der frühen Geschichte der Gesundheitspädagogik kann die *Makrobiotik* gesehen werden, die von Hufeland (1798) etabliert wurde. Durch seinen Ruf an die Berliner Charité, seine Arbeit als Leibarzt des Königspaares und besonders durch seine Publikation *Guter Rath an Mütter über die wichtigsten Punkte der physischen Erziehung der Kinder in den ersten Jahren* (1799) erlangt Hufeland weltweite Beachtung (Henner 1998, S. 201; Cassens 2014). Ein erster Gesundheitsunterricht wird besonders im Philanthropismus im Rahmen von Leibeserziehung und Gymnastik umgesetzt. Pädagogen wie Salzmann und GutsMuths orientieren sich an einer christlich motivierten Leibeswertschätzung und entwickeln am Philanthropin zu Schnepfental bei Gotha erste Modelle des heutigen Sportunterrichts (Goldfriedrich 2014). Diese Geburtsstunden der Gesundheitspädagogik haben die darauffolgenden pädagogischen Strömungen bis in die heutige Zeit hinein im besonderen Maße beeinflusst.

In den letzten zwanzig Jahren gab es immer wieder Versuche, Gesundheitspädagogik von anderen Teildisziplinen wie der Pflege-, Schul-, Sozial- und Sonderpädagogik methodisch, thematisch, professionell und institutionell zu unterscheiden und den erkenntnisleitenden Fokus erzieherischer und bildnerischer Prozesse auf das gesundheitliche Wohlbefinden von Menschen zu lenken (Cassens 2014; Wulfhorst 2002; Wulfhorst/Hurrelmann 2009; Zwick 2004,

Goldfriedrich 2020). In der Theorie der Gesundheitspädagogik von Wulforst (2002) werden nicht nur Aufgaben und Funktion des Gegenstandsbereiches formuliert. Vielmehr wird auf die Bedeutung und die Legitimation dieser Teildisziplin aufmerksam gemacht. Zwick (2004) setzt sich mit den Fragen auseinander, inwiefern Gesundheitspädagogik als erziehungswissenschaftliche Teildisziplin etabliert werden kann und welches Wissen und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten Pädagoginnen und Pädagogen benötigen, um in der Praxis gesundheitsförderlich zu handeln. Cassens (2014) beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlegungen der Gesundheitspädagogik sowie ihrer Geschichte und ihren Forschungsthemen, Institutionen, Arbeitsfeldern und Studienmöglichkeiten. Im *Handbuch der Gesundheitserziehung* (Wulforst/Hurrelmann, 2009) wird nicht nur die Interdisziplinarität des Gegenstandsbereiches aufgezeigt, sondern es werden einschlägige Theorien, Settings, Leitlinien und Entwicklungsperspektiven der Gesundheitserziehung verdeutlicht.

Bis heute ist es aber trotz aller dieser Bemühungen nicht gelungen, Gesundheitspädagogik als anerkannte eigenständige Teildisziplin zu konstituieren. Folgen wir den systematischen Kennzeichen einer eigenständigen wissenschaftlichen Teildisziplin von Stichweh (1994, S. 17), dann fehlt es an einem regelmäßig tagenden Netzwerk aus Wissenschaft und Profession, an der abgestimmten Verwendung von theoretisch und empirisch fundierten Fachbegriffen, am Vorhandensein von fachtypischen Forschungsfragen, die eindeutig unter der „Schirmherrschaft“ der Gesundheitspädagogik stehen und nicht zuletzt an einer breiten akademischen Repräsentanz, weil das Gebiet bisher nur an Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen vertreten und dort auch meist nur mit Nachbardisziplinen wie der Pflege-, Medizin- oder Sozialpädagogik verbunden ist. Entsprechend schwach sind die disziplinspezifischen Karrieremöglichkeiten, weil das Berufs- und Handlungsfeld sehr schnell den Nachbardisziplinen zugeschrieben wird. Darüber hinaus fehlt der Gesundheitspädagogik die Orientierung am Forschungsstand ihrer Hauptdisziplinen, der Erziehungswissenschaft und der Gesundheitswissenschaft.

Wenn die Gesundheitspädagogik sich als eigenständige Teildisziplin aus den Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften herausbilden soll, ist es von besonderer Bedeutung, die Theorien der Erziehung und Bildung mit den vorhandenen Theorien zur Gesundheit zu verknüpfen. Im Mittelpunkt steht die Fragestellung, welche Erziehungs- und Bildungstheorien sich dafür eignen, die Gesundheit des Individuums positiv zu beeinflussen, also ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden herzustellen oder zu erhalten. Deshalb gehen wir zunächst auf die geeigneten Theorien und Definitionen von Gesundheit ein, um dann in einem zweiten Schritt einschlägige Erziehungs- und Bildungstheorien zu erörtern, die die Gesundheit des Individuums zum Ziel haben.

1.2 Geeignete Theorien und Begriffe von Gesundheit

Der Begriff Gesundheit wird je nach Disziplin uneinheitlich definiert und weist abhängig von Disziplin und Profession eine hohe Heterogenität bezüglich seines Bedeutungsinhalts auf (Hurrelmann/Laaser/Razum 2012, S. 43; Waller 2006, S. 9–11; Wulfhorst 2002, S. 19–24; Spijk 1991). In der Scientific Community wird Gesundheit heute mehrheitlich als Prozess und nicht als Zustand verstanden. Spätestens mit der Gesundheitsdefinition der WHO (1946), die Gesundheit als „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1946) begreift und damit „nicht nur das Fehlen von Krankheit“ (WHO 1946) meint, wurde der statische Zustand von Gesundheit hinterfragt und stattdessen auf Gegenstandsbereiche von Prozesshaftigkeit und Dynamik rekurriert.

Sozialmedizinische Ansätze

In der wissenschaftlichen Diskussion haben besonders der Soziologe Parsons (1958) und der Gesundheitswissenschaftler Antonovsky (1997) den Gegenstandsbereich von Gesundheit mitgeprägt. Für Parsons ist die Gesundheit einerseits eine Voraussetzung für eine funktionierende Gesellschaft, andererseits aber auch ein „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parsons 1967, S. 344). Eine der bekanntesten Gesundheitstheorien hat sich durch Antonovsky etabliert, der Gesundheit in seinem Modell der *Salutogenese* als aktives und dynamisches Geschehen bezeichnet und sie als Pol innerhalb des Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit betrachtet. Je nach Einfluss von belastenden (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) orientiert sich eine Person mehr oder weniger an einem der beiden Pole. Einen starken Einfluss bei dieser Orientierung hat der *Kohärenzsinn*, der eine positive Grundhaltung einer Person gegenüber der Umwelt, dem eigenen Körper und der Psyche beschreibt (Antonovsky 1997). In diesen Ansatz sind aus der psychologischen Tradition Theorien der *Resilienz* eingegangen, in denen die Bedeutung des Abwehrmechanismus eines Menschen im Angesicht von Widrigkeiten betont wird (Friedli 2009).

Sozialisierungstheoretische Ansätze

Im Anschluss an Antonovsky definieren Hurrelmann und Richter im Rückgriff auf sozialisierungstheoretische Ansätze Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils

gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 147).

Auch in sozialisationstheoretischer Sicht werden Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien verstanden. Sie haben nach diesem Ansatz eine körperliche, psychische und soziale Dimension, die in Wechselwirkung miteinander stehen. „Gleichgewichts- oder Ungleichgewichtssituationen beeinflussen auf jeder Ebene die auf den jeweils anderen. Auf der körperlichen Ebene spielen die Leistungsfähigkeit der innerindividuellen Systeme (Nervensystem, Hormonsystem, Immunsystem) und die Anpassungsfähigkeit, Resistenz, Adaptionfähigkeit und Plastizität des Organismus die entscheidende Rolle für die Auslösung einer salutogenetischen Dynamik. Auf der psychischen Dimension sind es Selbstwirksamkeits- und Kohärenzüberzeugungen. Im sozialen Bereich haben ein guter sozioökonomischer Status und ein hohes Ausmaß von sozialer Integration und Unterstützung eine salutogene Funktion“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 142).

Mehrdimensionale Ansätze von Gesundheit

Goldfriedrich (2020) nimmt diese Definition auf, präzisiert und erweitert sie. Nicht die Gesundheit ist demnach als Zustand oder als Prozess zu bezeichnen, sondern der *menschliche Organismus* befindet sich in einem *Alternsprozess*, wobei er in seiner Geschichte mehrere Gesundheits- oder Krankheitszustände durchlebt. Kurz: Prozess und Zustand beziehen sich auf den Organismus selbst und nicht auf den Begriff der Gesundheit oder der Krankheit. Nach Goldfriedrich ist es daher notwendig, Gesundheit sowohl aus linguistischer als auch aus philosophischer Hinsicht unabhängig vom menschlichen Alternsprozess zu definieren, der als eine Aneinanderreihung von Zuständen der Gesundheit oder Krankheit zu verstehen ist.

Auch Goldfriedrich plädiert dafür, zwischen körperlichem, geistigem und sozialem Befinden zu unterscheiden und diese drei Dimensionen in ein „Raumgefüge“ zu stellen. Aus seinen Ausführungen ergibt sich die folgende Definition: „Gesundheit ist ein individueller Raum, der eine Vielzahl von möglichen Zuständen des Wohlbefindens, beeinflusst durch die drei Eigenschaften bzw. Dimensionen FKö (körperliches Befinden), FGe (geistiges Befinden) und FSo (soziales Befinden), innerhalb der realiter gegebenen Möglichkeiten bereithält“ (Goldfriedrich 2020, S. 17). Ähnlich verhält es sich auch beim Krankheitsbegriff: Verändert sich der Organismus im Laufe seines Alternsprozesses derartig, als

dass der Zustand des Befindens sich aus dem Zustandsraum der Gesundheit heraus entwickelt, tritt selbiger direkt in den Zustandsraum der Krankheit ein:

„Krankheit ist ein individueller Raum, der eine Vielzahl von möglichen Zuständen des körperlichen ($F_{K\phi}$), geistigen (F_{Ge}) und sozialen (F_{So}) Nicht-Wohlbefindens be-reithält und dabei alle Zustände des Wohlbefindens unbeachtet lässt“ (Goldfriedrich 2020, S. 18).

Versteht man Gesundheit also als Raum, der sich aus den besagten Dimensionen zusammensetzt, ist das für die Allgemeine Pädagogik und Didaktik aber auch für die Gesundheitspädagogik insofern von Vorteil, als dass man sich damit auseinandersetzen kann, wie gesundheitserzieherische und -bildnerische Konzeptionen dazu beitragen können, das Individuum dauerhaft im Gesundheitsraum zu verorten oder das Individuum wieder in den Gesundheitsraum zurückkehren zu lassen. Ein weiterer Vorteil dieses Gesundheitsverständnisses ist die interdependente, ganzheitliche Sicht von körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden, die für die Konstituierung der Gesundheitspädagogik wesentlich sein sollte.

Unter Anerkennung der obigen Ausführungen zum Gegenstand der Gesundheit ergibt sich die folgende Zielstellung¹: *Die Gesundheitspädagogik hat das Ziel, wissenschaftliche und professionsorientierte Konzeptionen für ein gesundheitserzieherisches Handeln, für gesundheitsbildnerische Prozesse und letztlich für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz zu entwickeln und umzusetzen.*

1.3 Geeignete Theorien und Begriffe von Erziehung und Bildung

Wenn sich die Gesundheitspädagogik gleichberechtigt an den Erziehungswissenschaften orientieren will, muss sie sich mit einschlägigen Erziehungs- und Bildungstheorien auseinanderzusetzen, um eine Antwort auf die Frage zu finden, inwiefern sich diese Theorien eignen, das Individuum in den Gesundheitsraum zu geleiten beziehungsweise es im Gesundheitsraum zu belassen.

Im Folgenden soll auf zwei ausgewählte Erziehungstheorien (Brezinka 1995; Mollenhauer 1974) und eine ausgewählte Bildungstheorie (Klafki 2007) eingegangen werden. Diese Auswahl erfolgt in dem Wissen, dass die Theorienpluralität in den Erziehungswissenschaften mannigfaltig ist und dass man deshalb nicht von einer vollständigen theoretischen Grundlegung sprechen kann.

Für die Auswahl sprechen gute Gründe. Die Erziehungstheorien von Brezinka (1995) und Mollenhauer werden berücksichtigt, weil der *Handlungsbegriff* in den beiden Erziehungstheorien von besonderer Bedeutung ist. Wir gehen davon

1 Unter Berücksichtigung dessen, dass weitere Zielstellung für die Gesundheitspädagogik relevant sind bzw. werden.

aus, dass die erzieherische Handlung – in ihrer Interdependenz zwischen dem Erzieher und dem Zu-Erziehenden – sowohl körperlich (leiblich, physisch, somatisch), geistig (seelisch, psychisch, pneumatisch) als auch sozial (kulturell) ausgerichtet sein muss. Dieses Verständnis von Erziehung fügt sich in das Gesundheitsverständnis in Kapitel 1.2 dieses Beitrages ein. In diesem Falle wäre der Erzieher dafür verantwortlich, den Zu-Erziehenden in den Gesundheitsraum zu geleiten, der sich aus den drei Dimensionen – körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden – ergibt.

Weil wir in der deutschsprachigen Pädagogik, spätestens seit Meister Eckhart, von einer Unterscheidung zwischen Erziehung und Bildung profitieren, sind für die theoretische Grundlegung der Gesundheitspädagogik auch Bildungstheorien von Bedeutung. Hier ist die Bildungstheorie Klafkis (2007) deshalb besonders relevant, weil er Bildung als pädagogisch begleiteten Prozess versteht, der die körperlichen, geistigen und sozialen Wesensmerkmale gleichermaßen mitberücksichtigt und somit eine Verbindung zur gesunden Bildung herstellt. Darüber hinaus sind seine Ausführungen zur Allgemeinen Didaktik, die aus seinem Verständnis von Bildung resultieren, unmittelbar weiterführend. Sie werden im Artikel von Meyer und Goldfriedrich in diesem Handbuch wiederaufgenommen.

In Folgeprojekten sollte jedoch auch untersucht werden, inwieweit die *Studien zur Theorie der Erziehung und Bildung* von Benner (1995); die Ausführungen zu den *Pädagogischen Grundbegriffen* von Lenzen ab 1989; die Aufarbeitung der Geschichte der Erziehung für die neuzeitliche Entwicklung von Tenorth (1992) und Böhm (2009); die *Theorie der Erziehung* von Oelkers (2001), die *Stufentheorie der Erziehung* von Koerrenz (1995) im Anschluss an Prange (2005) und die *Theorie der Bildung* von Kerschensteiner (2010) für die Weiterkonstituierung der Gesundheitspädagogik gewinnbringend sein können. Die beiden zuletzt genannten Theorien werden bei Goldfriedrich (2020) bereits mit der Explikation der Begriffe Gesundheitserziehung und -bildung in Verbindung gebracht.

Die Erziehungstheorien von Mollenhauer und Brezinka

Brezinka (1995) misst dem *Handlungs*-Begriff in seiner Erziehungstheorie wohl die größte Bedeutung bei. Dies wird auch in seinen Ausführungen zu den Grundbegriffen der Erziehungswissenschaft (1975) deutlich, in denen er sich mit den Begriffsverwirrungen, der Bedeutungsanalyse und der Präzisierung des Begriffs Erziehung auseinandersetzt. Seine Weiterentwicklung des Erziehungsbegriffs bezieht sich in diesen Ausführungen auf den Handlungsbegriff, indem er die *soziale Handlung* wie folgt definiert: Sie ist eine „besondere Art des Handelns, die sich durch eine bestimmte Intention von anderen Arten unterscheidet, weil sie bewußt und willentlich auf andere Menschen bezogen, [...] sinnhaft orientiert, am Vergangenen, Gegenwärtigen oder [...] [am] künftig erwarteten Verhalten anderer“ (Brezinka 1975, S. 75) orientiert ist.

Unter Berücksichtigung der Ausführungen zum Gesundheitsbegriff kann der folgende Bezug zum Gegenstandsbereich der gesunden Erziehung hergestellt werden: Der Erziehungsprozess, welcher durch soziale Handlungen realisiert wird, soll den Adressaten möglichst langfristig in dem Zustandsraum der Gesundheit belassen oder in ihn geleiten und führt damit in seiner Vervollkommnung zu einem geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefinden.

In Mollenhauers *Theorien zum Erziehungsprozess* (1974) wird Erziehung als *kommunikatives Handeln* bezeichnet und durch drei Komponenten beeinflusst. Die „Kommunikationsgemeinschaft“ (erste Komponente) ist Grundvoraussetzung für Diskurs überhaupt. Die „symbolische Interaktion“ (zweite Komponente) ist Grundvoraussetzung für Kommunikation, weil Zeichen, Symbole und letztendlich Sprache als Form der Vermittlung unabdingbar sind. Die „gesellschaftliche Reproduktion“ (dritte Komponente) unter Beachtung von Ego und Alter führt zu einer historisch bedingten Spracherfahrung (Definitionsversprung), die dem Erzieher gegenüber einem jüngeren Adressaten zum Vorteil wird (Mollenhauer 1974, S. 84–190).

Mollenhauers Ausführungen zum Erziehungsbegriff sind insofern eine Weiterentwicklung von Brezinkas Ausführungen, weil ein soziales Handeln (Brezinka) gegenüber einem kommunikativen Handeln (Mollenhauer) sich noch genauer mit der Form der Interaktion zwischen Erzieher und Zu-Erziehenden auseinandersetzt. Bei Brezinka wird der Begriff sozial sogar als rein beschreibend, also nicht wertend und lediglich auf Menschen bezogen, dargestellt. Der Handlungsbegriff bei Mollenhauer besitzt insofern eine Wertung, indem die Art der Kommunikation zwischen Erzieher und Adressaten gestört oder verzerrt ist. Demnach geht es Mollenhauer in seinem Erziehungsziel eher um die Beseitigung einer Kommunikationsstörung und die damit verbundene Auflösung der Hierarchie zwischen Erzieher und zu Erziehenden (Mündigkeit) als um die zu erziehende Person selbst.

Bei einem Bezug zum Begriff Gesundheitserziehung und unter Berücksichtigung der Ausführungen zum Gesundheitsbegriff kann festgehalten werden, dass ein kommunikatives erzieherisches Gesundheitshandeln im Sinne Mollenhauers ein Handeln ist, das für den Adressaten verständlich und nachvollziehbar ist, sodass er zu einem möglichst langanhaltenden geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefinden innerhalb des Gesundheitsraums gelangt. Findet die verbale oder nonverbale Kommunikation mit dem Ziel Gesundheit seitens des Erziehers in unverständlicher Art und Weise statt, so führt dieses kommunikative Handeln zu einem geistigen, körperlichen und sozialen Nichtwohlbefinden (Krankheit).

Definition von Erziehung

Für die Weiterkonstituierung einer Gesundheitspädagogik wäre die Überlegung folgerichtig, die Begriffe Erziehung und Bildung unter Berücksichtigung

des in Abschnitt 1.2 diskutierten dynamischen und mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis neu zu definieren und Gesundheit und das damit verbundene geistige, körperliche und soziale Wohlbefinden als Grundvoraussetzung für Erziehung und Bildung zu betrachten. Aus diesen Überlegungen ergäben sich nicht nur neue Aufgabenfelder für die Erziehungswissenschaft, sondern es ließen sich auch die Teildisziplinen, darunter die Allgemeine Didaktik, ausdifferenzieren.

Im Anschluss an die Erziehungstheorien von Brezinka und Mollenhauer schlagen wir die folgende Arbeitsdefinition² von Erziehung vor: *Erziehung ist ein soziales und kommunikatives Handeln, in dem ein Erziehender dem Zu-Erziehenden, unter der Voraussetzung seines geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens, hilft seine Persönlichkeit zu entwickeln und ihn zu einer gesellschaftlich bedingten Mündigkeit geleitet.*

Die Bildungstheorie von Klafki

Für Klafki ist Bildung ein pädagogisch begleiteter Prozess oder „Vorgang, in dem sich der [...] Mensch in der Begegnung mit dem Klassischen das höhere geistige Leben, die Sinngebungen, Werte und Leitbilder seines Kulturkreises zu eigen macht und in diesen idealen Gestalten seine eigene geistige Existenz recht eigentlich erst gewinnt“ (Klafki 1959, S. 30). Dabei ist das Klassische immer veränderbar und abhängig von historisch-kritischen Aneignungen und den Leitbildern der jeweiligen Kultur.

Klafki (2007, S. 15–82) befasst sich, auf dieser Definition aufbauend, innerhalb von neun Studien (1a–i) mit Allgemeinbildungskonzepten:

- Der Gegenstand *Bildung und Gesellschaft* (1a) beschäftigt sich mit der Formel, dass Bildungsfragen auch Gesellschaftsfragen sind. Dabei legt Klafki Wert auf eine pädagogische Theorie und Praxis, die nicht abhängig von gesellschaftspolitischen Vorgaben ist, sondern den Menschen als Gestalter von Gesellschaft in den Vordergrund stellt. Die Gesundheitsbildung kann, mit dem Ziel der Erreichung und Erhaltung eines geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens, als gesellschaftlich relevantes Ziel bezeichnet werden, wobei das Individuum als *Gestalter einer gesunden Gesellschaft* angesehen wird.
- In seinen Ausführungen zur *Bildung* als Zusammenhang von drei Grundfähigkeiten (1b) werden die Fähigkeiten *Selbstbestimmung*, *Mitbestimmungsfähigkeit* und *Solidaritätsfähigkeit* postuliert. Der Bezug zur Gesundheits-

2 Es geht hierbei nicht um eine neue, theorie- und empiriegeleitete Explikation des Erziehungsbegriffs, sondern lediglich um die Entwicklung einer Arbeitsdefinition, die bei der Weiterkonstituierung der Gesundheitspädagogik und -didaktik hilfreich sein soll.

bildung ergibt sich hier durch eine gesundheitliche *Selbstbestimmung* (zum Beispiel bei der gesunden Ernährung) oder eine gesundheitliche *Solidaritätsfähigkeit* (zum Beispiel die Gesundheitskommunikation in sozialen Netzwerken).

- Seine Ausführungen zu den drei Bedeutungsmomenten des Begriffs Allgemeinbildung (1c) beschäftigen sich mit den Forderungen nach einer Bildung für alle (1d); nach einer Bildung im Medium des Allgemeinen (1e) (beziehungsweise in und mit der Gemeinschaft) und nach einer „Bildung in allen Grunddimensionen menschlicher Interessen und Fähigkeiten“ (1f) (Klafki, 2007, S. 54). Eine Gesundheitsbildung sollte demnach zur Allgemeinbildung gehören und für alle zugänglich sein, zum Beispiel als eigenständiges Schulfach Gesundheit). Die Forderung 1f bezieht sich wiederum auf sechs Dimensionen: Körper- und Bewegungserfahrungen; kognitives Lernen; handwerkliche und hauswirtschaftliche Produktivität; Sozialität; ästhetische Wahrnehmung und Gestaltung; ethische und politische Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit (Klafki 2007, S. 54). Der Bezug zur Gesundheitsbildung liegt im Bereich der Körper- und Bewegungserfahrungen (Sport und Entspannung) auf der Hand. Auch im Bereich der *Sozialität* sind Verbindungen (der Vereinssport und damit verbundenes soziales Wohlbefinden) zu erkennen. Im Bereich der *ethischen Entscheidungsfähigkeit* kann der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit berücksichtigt werden, wogegen in der Rubrik *ästhetische Wahrnehmung und Gestaltung* das eigene gesunde Körperbild im Mittelpunkt stehen kann.
- Die siebente Grundbestimmung einer allgemeinen Bildungstheorie Klafkis sind Überlegungen zu verbindlichen Lehrplanelementen und Schwerpunktbildungen (1g) (Klafki 2007, S. 72–74). Hier beschäftigt er sich ausführlich mit der Forderung, dass Lehrpläne so gestaltet werden müssen, dass sowohl die übergreifenden gemeinsamen Ziele einerseits und die spezialisierenden und individuellen Fähigkeiten (auch unter Berücksichtigung der Berufsbildung) andererseits berücksichtigt werden. Mit Bezug auf gesundheitsbildnerische Anteile in *Lehrplanelementen* ist anzumerken, dass es derzeit schul- und fächerübergreifende Bezüge gibt, dass jedoch die Gesundheitsförderung noch als Randthema in den Lehrplänen angesehen wird.
- In seiner achten Grundbestimmung „Zum Stellenwert ‚instrumenteller‘ Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (Klafki 2007, S. 72–74) (1h) betont Klafki die Bedeutung von Grundfähigkeiten wie Lesen, Schreiben, Rechnen, aber auch Selbstdisziplin und Konzentrationsfähigkeit.
- Seine letzte Grundbestimmung beschäftigt sich mit der Forderung, den „überkommenen Leistungsgedanken zu revidieren“ (Klafki 2007, S. 75–82) (1i). Das Ziel eines gesunden Unterrichts sollte es daher sein, das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden als Grundlage für Leistungsbereitschaft in der Schule anzusehen.

Definition von Bildung

Analog zum Vorgehen beim Erziehungsbegriff lässt sich aus der Bildungstheorie von Klafki eine Arbeitsdefinition³ von Bildung mit Bezug zur Gesundheit ableiten: *Bildung ist ein pädagogisch begleiteter Prozess, in dem der Mensch, unter der Voraussetzung seines geistigen, körperlichen und sozialen Wohl-Befindens, seine Persönlichkeit selbstbestimmt und in sozialer Verantwortung entwickelt, indem er sich die Sinngebungen sowie die gegebenen Leitbilder und Werte seiner Kultur zu eigen macht.*

International verbreitete Theorien von Erziehung und Bildung

Eine Orientierung an international verbreiteten, englischsprachigen Theorien von Bildung und Erziehung ist zwar hilfreich, aber auch nicht ganz einfach, weil die Unterscheidung der beiden Termini *Bildung* und *Erziehung* spezifische Gegenstandsbereiche des deutschsprachigen Ordnungssystems sind. Der Begriff *Education* wird sowohl mit Erziehung als auch mit Bildung übersetzt. Allerdings wird *Education* im anglistischen Sprachraum meist mit den Termini *Teaching*, *Schooling* und *Instruction* in Verbindung gebracht und nähert sich somit eher dem Bildungsbegriff beziehungsweise den Bildungsprozessen an pädagogischen Einrichtungen an und vernachlässigt den Gegenstand der Erziehung.

Wir gehen davon aus, dass die umfangreiche, seit der Aufklärungszeit bestehende Debatte zu Erziehungs- und Bildungstheorien, aber auch die folgerichtige Auseinandersetzung mit der Unterscheidung der beiden Gegenstandsbereiche für die Theorienbildung aber auch für die evidenzbasierte *Educational Science* im anglistischen Sprachraum gewinnbringend wäre. Diese sollte sich allerdings auch den Prozessen der Theorienbildung öffnen und sich zum Ziel setzen, die durch die Replikationskrise (besonders in der pädagogischen Psychologie) (Glöckner/Fiedler/Renkewitz 2018) entstandene Flut an Daten so zu nutzen, dass sie für eine Theorie der Erziehung und eine Theorie der Bildung in der globalisierten und digitalisierten Welt geeignet ist. Umgekehrt könnte die deutschsprachige Erziehungswissenschaft, wenn sie sich zukünftig nicht nur in Form von aus ihr resultierenden Teildisziplinen weiter ausdifferenzieren will, sondern sich als Disziplin selbst weiterkonstituieren möchte, von einer internationalen, evidenzbasierten *Educational Science* profitieren.

Für die Auseinandersetzung mit einschlägigen Pädagogiken außerhalb des deutschen Sprachraums ergibt sich ein dringender Forschungsbedarf in der Allgemeinen Erziehungswissenschaft. An dieser Stelle sollen lediglich einige

3 Es geht hierbei nicht um eine neue, theorie- und empiriegeleitete Explikation des Bildungsbegriffs, sondern lediglich um die Entwicklung einer Arbeitsdefinition, die bei der Weiterkonstituierung der Gesundheitspädagogik und -didaktik hilfreich sein soll.

traditionelle pädagogische Konzeptionen benannt werden, die sich aus Sicht der Autoren für die Weiterkonstituierung einer Gesundheitspädagogik eignen. Dazu gehört Keys Hauptwerk *Das Jahrhundert des Kindes* (1905), Korcazks Pädagogik der Achtung – die hauptsächlich in seinem Hauptwerk *Wie man ein Kind lieben soll* (1967) Beachtung findet und der Ansatz von Montessori (1965), die fordert, dass die Individualität des Kindes im Mittelpunkt stehen soll. Für die Gesundheitspädagogik ist eine reformpädagogisch begründete individuelle *Pädagogik vom Kinde aus* für die Weiterkonstituierung der Teildisziplin auch unter Berücksichtigung eines individuellen Wohlbefindens von besonderer Relevanz. Die Ausführungen von Montessori sind für die Gesundheitspädagogik aber auch aus dem Blickwinkel ihres Verständnisses von Heilpädagogik für die Forschung relevant, weil es sich in Anlehnung Séguin an einer gesunden Pädagogik für Kinder mit und ohne geistige Behinderung orientiert (Biewer 2017, S. 20).

Für die Gesundheitspädagogik im besonderen Maße einschlägig sind auch die Ausführungen von Emmi Pikler. Besonders ihre kritische Haltung gegenüber der Kleinkinderziehung der 1930er und 1940er Jahre, also eine Erziehung die die Ausdrucksfähigkeit der Kinder verkümmern lies und gleichzeitig ungeschickte und bewegungs- sowie haltungsgeschädigte Kinder hervorbrachte, konnte sie mit ihrer gesunden Pädagogik, die vordergründig das körperliche Wohlbefinden im Blick hatte, einen entscheidenden Beitrag für die Erziehungsforschung leisten (Pikler 1988).

1.4 Empirische Forschung zu gesundheitspädagogischen Konzeptionen

Für die Gesundheitspädagogik bleibt zu konstatieren, dass sie sich sowohl aus theoretischer als auch aus empirischer Perspektive mit erziehungs- und gesundheitswissenschaftlichen Gegenstandsbereichen auseinandersetzen muss.

Im deutschen Sprachraum beschäftigt sich seit über 25 Jahren ein Team im Rahmen des von Klaus Hurrelmann initiierten internationalen Jugendgesundheitssurveys „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) der WHO mit der Frage, inwieweit die Schule als gesundheitspädagogische Instanz auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen Einfluss nehmen kann und welche gesundheitlichen Ressourcen und Risiken in Schule, Familie und Peer-Group vorhanden sind (Hurrelmann/Klocke/Melzer/Ravens-Sieberer 2003; John/Bilz 2020) In diesem Forschungsverbund wird insbesondere auf gesundheitliche Ungleichheiten hingewiesen.

Mit Blick auf das Setting Gesundheitsunterricht (Schulfach „Gesundheit“) ist der Forschungsstand sowohl in Deutschland als auch auf internationaler Ebene sehr gering. Lediglich in einer Studie von Burkard et al. (2004) zur Verhaltensänderung durch Gesundheitsunterricht bei Hamburger Grundschulkindern

konnte im Rahmen der *Primakids-Studie* bereits nachgewiesen werden, dass die Implementierung von Unterrichtseinheiten zum Thema Ernährung, Bewegung, Wahrnehmung, Konfliktlösung und Stressvermeidung über einen Zeitraum von vier Jahren (Klassenstufe 1–4) das gesundheitsfördernde Verhalten der Kinder positiv beeinflusst (Burkard et al. 2004).

In einer qualitativen, kategorienbasierten Dokumentenanalyse von Goldfriedrich (2020) wurden 133 gesundheitspädagogische Publikationen (Fachbücher, Zeitschriftenartikel und Aufsätze) im Zeitraum von 1950 bis 2018 unter Berücksichtigung des Gegenstandsbereichs der Didaktik von Meyer (2014) untersucht. Unter anderem wurde danach gefragt, welche Forschungsergebnisse und -bedarfe bei den Gegenstandsbereichen Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung existieren. Aus den Ergebnissen dieser Studie geht hervor, dass insbesondere Fachkräfte in den Bereichen Vorschule, Schule, Medizin, Pflege und Sozialarbeit für gesundheitspädagogische (also erzieherische und bildnerische) Prozesse verantwortlich sind. *Methodisch* werden gesundheitspädagogische Gegenstände durch Bewegungs- und Ernährungsprogramme, Hygienekonzeptionen, Präventionsmaßnahmen (einschließlich sexueller Aufklärung) und Entspannungsverfahren umgesetzt. Die *Aufgaben* und *Ziele* der Gesundheitserziehung beziehen sich insbesondere auf die Herbeiführung eines Gesundheitsbewusstseins bei den Adressaten, auf die Verbesserung der Lebensbedingungen sowie auf *Gesundheitsförderung* im Allgemeinen. Die Aufgaben und Ziele der Gesundheitsbildung beziehen sich dagegen auf die Festigung eines gesundheitsbewussten Lebensstils und die Realisierung einer gesunden Lebensweise sowie auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*), die mit Entscheidungs- und Handlungskompetenzen (Goldfriedrich 2019) verbunden sind. Aus der Analyse geht ein Forschungsbedarf insbesondere bei der Entwicklung von Materialien zur Gesundheitspädagogik hervor. Auch besteht Bedarf zur Klärung der Fragen, welche Sozialformen sich für gesundheitserzieherische und -bildnerische Prozesse eignen und in welcher Entwicklungsphase welche gesundheitsfördernden Inhalte vermittelt werden sollten.

Resümierend gehen aus der Studie die folgenden theorie- und empiriegeleiteten Definitionen hervor: „Die *Gesundheitserziehung* ist eine gesundheitspädagogische Intervention mit dem Ziel, ein individuelles Gesundheitsbewusstsein zu erzeugen und die Lebensbedingungen des Adressaten nachhaltig und ganzheitlich zu verbessern“, „die *Gesundheitsbildung* ist ein (Lern-)Prozess, in dem Handlungs- und Entscheidungskompetenzen erlangt werden, die zu einer selbstverantwortlichen und gesundheitsorientierten Lebensstilisierung führen“ (Goldfriedrich 2020. S. 207–208).

Wenn es der Gesundheitspädagogik gelingt, sich als eigenständige Teildisziplin der Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften weiter zu konstituieren, indem sie sich international aufstellt, sich theorie- und empiriegeleitet etabliert, sich an ihren einheimischen Begriffen orientiert, sich von ihren verwandten

Nachbardisziplinen (Sozial-, Pflege, Heilpädagogik u.a.) abgrenzt und sich ein von Volluniversitäten ausgehendes wissenschaftlich begründetes aber auch praxisorientiertes Berufs- und Handlungsfeld (insbesondere ein Lehramt für das Fach Gesundheit) aufbaut, könnte sich nach einem nun schon 70 Jahre andauernden Entwicklungsprozess eine vollwertige Disziplin konstituieren. Die Gesundheitspädagogik auf ihrem derzeitigen Stand besitzt jedoch schon jetzt das Potenzial, aus dem – wie in diesem Band sichtbar – angemessene Überlegungen und klare Konzeptionen für die Etablierung einer Gesundheitsdidaktik resultieren können.

Im Folgenden wird deshalb versucht, die Gesundheitsdidaktik zu definieren, sie wissenschaftlich zu verorten und gleichzeitig mit ihrem Hauptziel – der Konzeption eines Gesundheitsunterrichts – zu konfrontieren. Darüber hinaus werden erste Kern-Werte eines Gesundheitsunterrichts formuliert.

2. Der Entwicklungsstand der Gesundheitsdidaktik

2.1 Wissenschaftstheoretische Voraussetzung für eine Gesundheitsdidaktik

Die Arbeitsdefinition zum Begriff Gesundheitsdidaktik orientiert sich an den bisherigen wissenschaftstheoretischen, erziehungs- und gesundheitswissenschaftlichen sowie gesundheitspädagogischen Ausführungen und kann nicht auf schon vorhandene Definitionen zurückgreifen: *Die Gesundheitsdidaktik ist eine Teildisziplin, die sich auf Grundlage von allgemein- und bereichsdidaktischen sowie gesundheitspädagogischen Gegenstandsbereichen mit der Theorie und der Praxis des Gesundheitsunterrichts und den daraus resultierenden Besonderheiten des Lehrens und Lernens auseinandersetzt.*

Der Begriff Gesundheitsdidaktik wird derzeit in Deutschland nicht aus einer von der Gesundheitspädagogik oder der Allgemeinen Didaktik ausgehenden, disziplinübergreifenden Perspektive betrachtet. Vielmehr wird der Terminus meist mit benachbarten Teildisziplinen (zum Beispiel Sport- oder Pflegedidaktik) in Verbindung gebracht. Derzeit existieren keine von Theorie oder Empirie geleiteten Untersuchungen zum Begriff Gesundheitsdidaktik. Bei der Suche nach diesem Begriff in den Katalogen von einschlägigen Portalen – darunter *Deutsche Nationalbibliothek*, *Pubmed*, *Google.scholar*, *Web of Science* und *Researchgate* – finden sich bis zum Jahr 2020 keine Treffer. Erstaunlicherweise hat sich die Scientific Community in den letzten Jahren zwar mit der Bedeutung von Gesundheit für schulische Lernprozesse und mit dem Gegenstandsbereich Gesundheitskompetenz auseinandergesetzt, dabei aber die Frage nach einer angemessenen Didaktik zur folgerichtigen Vermittlung dieser Kompetenz unberücksichtigt gelassen.

Bevor in diesem Beitrag also auf die Umsetzung eines Gesundheitsunterrichts und auf die Realisierung eines Schulfachs Gesundheit eingegangen werden

kann, ist es angemessen, die Bezugsdisziplinen der Gesundheitsdidaktik zu bestimmen. In Tabelle 1 unternehmen wir einen ersten Versuch dazu. Die wichtigsten Bezugsdisziplinen der Gesundheitsdidaktik sind demnach die Allgemeine Didaktik und die Gesundheitspädagogik. Diese Teildisziplinen haben sich durch die Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften konstituiert. Die Aufgaben der Bezugsdisziplinen und der Gesundheitsdidaktik selbst sollen als Grundlage für Verantwortliche aus der pädagogischen Praxis, der Wissenschaft und der Politik dienen.

Die Etablierung eines Gesundheitsunterrichts durch die Gesundheitsdidaktik muss sich demnach vordergründig mit dem Setting Unterricht auseinandersetzen, darf dabei aber den Bezug zu ihren Nachbardisziplinen (zum Beispiel Sozial- und Sonderpädagogik) und ihren Hauptdisziplinen (Gesundheitspädagogik, Allgemeine Didaktik, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften), die sich thematisch auf der Meso-(Schule) und Makroebene (Gesellschaft) des Mikrokosmos Unterricht befinden, nicht verlieren.

Tabelle 1: Bezugsdisziplinen und Aufgaben der Gesundheitsdidaktik

Bezugsdisziplinen		
	Erziehungswissenschaft	Gesundheitswissenschaften
Aufgaben	Die theorie- und empiriegeleitete Erforschung von Erziehungs- und Bildungsverständnissen unter Berücksichtigung von Gesundheit.	Die theorie- und empiriegeleitete Erforschung von Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Erziehung und Bildung.
	Allgemeine Didaktik	Gesundheitspädagogik
Aufgaben	Entwicklung der Theorie und Praxis des Lehrens und Lernens unter Berücksichtigung von Gesundheit.	Entwicklung von gesundheitserzieherischen und -bildnerischen Konzeptionen für eine gesunde Schule.
		Entwicklung von Konzeptionen zur Herstellung von Interdependenzen zwischen gesundheits- und bildungspolitischen Möglichkeiten und den individuellen Bedürfnissen der Adressaten.
		Entwicklung von Möglichkeiten zur Umsetzung von gesundheitlicher Chancengleichheit durch die Schule.
Gesundheitsdidaktik		
Aufgaben	Entwicklung von Lehr- und Lernstrukturen zum Herstellen, Beibehalten und Wiederherstellen von geistigem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden.	
	Entwicklung von theoretisch begründeten und praxisorientierten Lehr- und Lernkonzeptionen zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz.	
	Entwicklung eines auf gesundheitsdidaktischen Konzeptionen beruhenden Gesundheitsunterrichts.	
	Entwicklung von Kern-Werten für den Gesundheitsunterricht, aus denen lehrplanrelevante Lernziele hervorgehen.	

Im Beitrag *Allgemeine Didaktik und inklusiver Gesundheitsunterricht* in diesem Band wird der Gegenstandsbereich der Gesundheitsdidaktik aus allgemeindidaktischer und gesundheitspädagogischer Perspektive noch genauer reflektiert. Im Folgenden sollen die bildungs- und gesundheitspolitischen Voraussetzungen für eine Gesundheitsdidaktik diskutiert werden.

2.2 Bildungspolitische Rahmensetzungen für eine Gesundheitsdidaktik

Die konzeptionelle Ausrichtung der Gesundheitsdidaktik wird durch eine Reihe von bildungs- und gesundheitspolitischen Rahmensetzungen beeinflusst. Wir wollen im Folgenden nur beispielhaft einige Beschlüsse, Gesetze und Strategiepapiere zitieren, aus denen sich zentrale Vorgaben ableiten lassen. Sie liegen auf verschiedenen Ebenen und reichen von internationalen Politikempfehlungen (Deklaration der WHO in Ljubljana 2019) über nationale Gesetzgebungsverfahren (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung des Bundestags 2015), orientierende politische Leitlinien (Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule) der Kultusministerkonferenz KMK 2012 bis zu strategischen Hinweisen von Expertengremien (Leitlinien einer Arbeitsgruppe des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz; Hurrelmann/Bauer/Schaeffer 2018).

Die Erklärung von Ljubljana über die gesundheitliche Chancengleichheit

Mit der *Erklärung von Ljubljana über die gesundheitliche Chancengleichheit* verpflichtet sich die WHO (2019) dazu, bei der Entwicklung von Gesundheitsangeboten, unter Berücksichtigung von sozialen, ökologischen und digitalen Trends, die Grundsätze der Chancengleichheit zu wahren. Die Zielsetzungen der Konferenz sind Verwirklichung (1), Beschleunigung (2) und Beeinflussung (3).

Mit *Verwirklichung (1)* ist gemeint, dass die Schaffung von Rahmenbedingungen aber auch der Abbau von Hindernissen dazu beitragen sollen, dass alle Menschen in die Lage gebracht werden, ein gesundes Leben führen zu können. Für diesen Band ist diese Zielstellung deshalb relevant, weil sich die Schaffung von Rahmenbedingungen auch auf die Etablierung/ Konstituierung von (Lehramts-)Studiengängen (Gesundheitspädagogik, -didaktik, -arbeit) auch an Volluniversitäten fokussieren muss, um mit dieser Grundlage die Bedingungen für eine gesundheitliche Chancengleichheit an Bildungseinrichtungen zu gestalten.

Mit *Beschleunigung (2)* ist die mittelfristige Umsetzung von Konzeptionen gemeint, die inklusive und befähigende Lösungsansätze bieten, um gesundheitliche Defizite abzubauen. Auch hier ergibt sich ein direkter Bezug zum Projekt Gesundheitsdidaktik, soll sich doch die selbige nicht nur rein wissenschaftlich

mit der Frage nach didaktischen Konzeptionen zur Umsetzung eines Gesundheitsunterrichts auseinandersetzen, sondern sich auch mit Lösungsvorschlägen für die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit auf bildungs- und gesundheitspolitischer Ebene beschäftigen.

Mit *Beeinflussung* (3) ist gemeint, dass die Beseitigung gesundheitlicher Ungleichgewichte durch die Etablierung einer nachhaltigen Entwicklung und einer inklusiven Volkswirtschaft im Mittelpunkt stehen soll. Gerade die Bildungseinrichtungen müssen den Auftrag ernst nehmen, nicht nur inklusiven Unterricht zu realisieren, sondern auch inklusive Einstellungen und Überzeugungen bei den Schülerinnen und Schülern zu erzeugen, um gesundheitliche Ungleichgewichte zum Beispiel durch den Migrationshintergrund (Knipper/Bilgin 2009) oder die Benachteiligung durch eine Behinderung (Haveman/Stöppler 2014) abzubauen. Eine zukunftsfähige Gesundheitsdidaktik muss die Vielfalt aller Menschen in ihren Überlegungen zu einem folgerichtigen Gesundheitsunterricht berücksichtigen.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Der Beschluss des Gesetzes zur *Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (Bundestag, 2015) verweist in § 20 (3) auf acht maßgebliche Gesundheitsziele, darunter Bewegung und Ernährung optimieren, gesundheitliche Kompetenz erhöhen und depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln. Dieser rechtlich verbindliche Rahmen, der nicht nur die gesundheitliche Kompetenz, sondern auch das gesunde Aufwachsen und die Früherkennung und Vermeidung von psychischen Krankheiten ausdrücklich erwähnt, kann als eine Grundlage zur Etablierung einer Gesundheitspädagogik und -didaktik sowie einer daraus resultierenden Konzeption für ein Schulfach Gesundheit in Deutschland herangezogen werden.

Die Empfehlungen der KMK zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule

Die *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*, welche von der Kultusministerkonferenz (KMK 2012) beschlossen wurden, beschäftigen sich insbesondere mit den Zielen, den Maßnahmen und der Umsetzung von Gesundheitsförderung an Schulen. Die KMK vertritt mit der Veröffentlichung dieses Dokuments den Standpunkt, dass Lebensbedingungen, Gesundheit und Bildungserfolg zusammenhängen. Die von der KMK vorgegebenen Inhalte und Handlungsfelder, die in den Gesundheitsunterricht einfließen sollen sind: Ernährungs- und Verbraucherbildung einschließlich Schulverpflegung; Bewegungs-, Spiel- und Sportförderung; Sexualerziehung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten; Hygieneerziehung und Schutz vor übertragbaren Krankheiten; Prävention von Abhängigkeitsverhalten; Mobbingprävention und

soziales Lernen; Stressprävention und Selbstmanagement; Lern- und Arbeitsplatzgestaltung sowie Gesundheitsmanagement; Gesundheit der Lehrkräfte und des sonstigen schulischen Personals; Lärmprävention; Sicherheitsförderung und Unfallschutz sowie Spiel- und Ruhebereiche in Gebäuden und auf Schulhöfen.

In den Empfehlungen der KMK wird weder auf die Didaktik des Gesundheitsunterrichts noch auf die verantwortlichen Querschnittsfächer eingegangen. Für die Gesundheitsdidaktik stellt sich diesbezüglich die Frage, welchen Wert diese Inhalte im Schulalltag und im Unterricht haben und welche Verantwortungsbereiche (Unterrichtsfächer, Schulform) sich für dieses komplexe Handlungsfeld ergeben.

Die strategischen Hinweise zum Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Die strategischen Hinweise einer Arbeitsgruppe des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz orientieren sich an den Gesetzesvorlagen des Bundestages zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention und an den Empfehlungen der KMK und versuchen, aus diesen Vorgaben detaillierte Umsetzungsschritte abzuleiten (Hurrelmann/Bauer/Schaeffer 2018). Es werden vier Ziele formuliert, die für das Projekt *Gesundheitsdidaktik* von besonderer Relevanz sind:

Ziel 1 beschäftigt sich mit der Motivation, Modelle zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung zur verankern. Für die Gesundheitsdidaktik ergibt sich daraus die Aufgabe, auf wissenschaftlicher, politischer und professionsorientierter Ebene alle Vermittlungspersonen an Bildungseinrichtungen (Lehrkräfte, Fachkräfte für Erziehung, Sozialarbeit usw.) so zu qualifizieren, dass sie mit den gewonnenen gesundheitspädagogischen und -didaktischen Kompetenzen sowie mit der Umsetzung von gesundheitserzieherischen und -bildnerischen Konzeptionen an den Einrichtungen dazu beitragen können, Gesundheitskompetenz folgerichtig an die Schülerinnen und Schüler zu vermitteln, sofern die entsprechenden Inhalte in den Bildungs- und Lehrplänen verankert werden können.

Ziel 2 formuliert den Auftrag, konkrete Aktionen zur Gesundheitskompetenz an Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen zu veranstalten sowie – und hier ergibt sich der Hauptauftrag für die Gesundheitsdidaktik – Gesundheit möglichst langfristig als Schulfach zu etablieren oder vorerst als fächerübergreifenden Querschnittsaspekt verbindlich in den Unterricht zu integrieren. Dass ein langfristig angelegter und fest verankerter Gesundheitsunterricht zur Verbesserung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und zur Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit beiträgt, zeigen inzwischen

mehrere Forschungsergebnisse (Knopf 2016; Veugelers/Schwartz 2010; Burkard/Falkenberg/Fischer/Harling/Krüger/Mezu/Schnoor 2004). Allerdings fehlt es nach wie vor an Forschungsergebnissen dazu, welcher Unterricht bzw. welche Didaktik für diesen ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsunterricht zweckmäßig ist. Ein zentrales Ziel einer Gesundheitsdidaktik soll es deshalb sein, unter Berücksichtigung von erziehungs- und gesundheitswissenschaftlichen Gegenstandsbereichen herauszufinden, welche Didaktik mit welchen Adressaten, Vermittlungspersonen, Inhalten, Entwicklungsphasen, Sozialformen, Methoden, Materialien, Räumen, Aufgaben und Zielen für die Umsetzung eines Schulfaches Gesundheit folgerichtig ist (Meyer/Jank 2014, S. 17–27).

Ziel 3 beschäftigt sich mit der Verankerung psychischer, pflegerischer und medizinischer Beratung in Form von Schulgesundheitspflege in den Erziehungs- und Bildungseinrichtungen. Daraus lässt sich als weiteres Ziel der Gesundheitsdidaktik ableiten, die Zusammenarbeit und die Kommunikation von allen Beteiligten aus Unterricht, Erziehung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsarbeit und Schulgesundheitspflege in den Fokus zu rücken und die Gesundheitsdidaktik so zu konstituieren, dass eine Zusammenarbeit mit allen am Bildungssystem beteiligten Personen (unter besonderer Berücksichtigung eines inklusiven Bildungssystems) ermöglicht wird.

Ziel 4 rekurriert auf die (Weiter-)Qualifizierung aller am Bildungssystem beteiligten Vermittlungspersonen durch Weiterbildungen. Für die Entwicklung der Gesundheitsdidaktik bedeutet das, Modelle und Konzepte für die Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen zu entwickeln und zukünftige Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs Gesundheitspädagogik in die Lage zu versetzen, solche Weiterbildungsveranstaltungen angemessen anbieten zu können.

Die aufgezeigten bildungs- und gesundheitspolitische Beschlüsse, Gesetze und Strategiepapiere zeigen deutlich, dass die Bestrebungen zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Konzeptionen an Bildungseinrichtungen zwar vorhanden sind, jedoch bei der Frage nach dem *Wie*, also bei der Frage nach der Didaktik, noch im Unkonkreten bleiben. Die Beiträge in diesem Band sollen eine Grundlage für eine konkrete Umsetzung einer Gesundheitsdidaktik liefern.

3. Zur Konzeption eines Gesundheitsunterrichts und seine Didaktik

Die Konzeption eines *für sich* stehenden Gesundheitsunterrichts sollte sich vorzugsweise an den oben dargestellten Ausführungen zum Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsverständnis, an den neu formulierten Zielstellungen der Gesundheitspädagogik und den Aufgaben der Gesundheitsdidaktik orientieren.

Die Gesundheitsdidaktik sollte das Ziel haben, den Gesundheitsunterricht an einem humanistischen Menschenbild auszurichten – auch wenn selbiges in der Gesellschaft keineswegs erreicht ist. Darüber hinaus sollte die Gesundheitsdidaktik sich konstruktiv verhalten, weil sie sich derzeit noch an einer konkreten Utopie in Form von Vorgriffen der Theorie, an Modellentwürfen für mögliche Praxis, an begründeten Konzepten für veränderte Praxis und letztlich an einer humanen und demokratischen Schule orientieren muss (Klafki 1985). Schließlich muss sich die Gesundheitsdidaktik die Frage stellen, ob sie sich von einer Bereichsdidaktik (Gesundheitserziehung) in Richtung einer Fachdidaktik bewegen möchte oder ob sie sich, auch aufgrund der Problematik des Verschwindens der Allgemeinen Didaktik (Meyer/Junghans 2021), als eine Möglichkeit der Ausdifferenzierung der Allgemeinen Didaktik selbst verstehen will und somit den Gegenstandsbereich der Gesundheit als allgemeines Erziehungs- und Bildungsziel verstehen möchte, so wie es in den Ausführungen zum Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsverständnis dieses Beitrages bereits geschehen ist.

Im Folgenden wird der Versuch gemacht, wesentliche Kern-Werte (im Sinne von leitenden Maximen) eines Schulfaches Gesundheit zu definieren. Diese Kern-Werte können von Vertreterinnen und Vertretern aus Praxis, Wissenschaft und Politik für die Ausrichtung des gesundheitsdidaktischen Gegenstandsbereichs, für die Entwicklung eines Perspektivrahmens, eines Lehrplans und die daraus resultierende Konzeption von Lernzielen und Kompetenzmodellen genutzt werden⁴. Da sich die Bundesländer an verschiedenen Leitfäden zur Formulierung von Lernzielen orientieren, ist es nicht sinnvoll, an dieser Stelle auf bestimmte Lernzieltaxonomien hinzuweisen. Die US-amerikanischen *National Health Education Standards* (NHES 2007) könnten allerdings auch in Deutschland als Orientierung für ein Kompetenzmodell dienen. Sie berücksichtigen jedoch nicht alle unten aufgezeigten Kern-Werte und können deshalb nur eine Ergänzung für ein umfassendes Kompetenzprofil sein⁵.

3.1 Kern-Werte eines Gesundheitsunterrichts

Der Kern-Wert 1 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, sich nachhaltig in der Welt zu bewegen, um somit gesunde Lebensbedingungen für andere und sich selbst zu schaffen und zu erhalten.*

Dieser Wert hat das Ziel eine Interdependenz zwischen einer nachhaltigen und einer gesunden Lebensführung herzustellen. Hier könnten die

4 An dieser Stelle setzt der Beitrag Allgemeine Didaktik und inklusiver Gesundheitsunterricht von Meyer und Goldfriedrich in diesem Band an.

5 Ausführlicher wird in Kapitel 3.2 dieses Beitrages auf die National Health Education Standards (NHES 2007) eingegangen.

gesellschaftlichen Handlungsfelder Ernährung, Wohnen und Bauen, Mobilität, Energie, Klimawandel, Wasser, Arbeit und Landwirtschaft im Vordergrund stehen (Grundwald/Kopf Müller 2012).

Der Kern-Wert 2 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen, um bei dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, angemessen mitwirken zu können.*

Innerhalb dieses Wertes soll die gesundheitliche Ungleichheit nicht nur unter Hervorhebung der sozialen Ungleichheit, die sich an Bourdieus Sozialraum- und Habitus theorie orientiert, hervorgehoben werden (Lenger/Schneikert/Schumacher 2013). Vielmehr sollen an dieser Stelle die Weiterentwicklungen von Mielck und Helmert (2012) berücksichtigt werden, die sowohl die soziale als auch die gesundheitliche Ungleichheit nicht nur auf der vertikalen Ebene (ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital und soziales Kapital) erkennen, sondern insbesondere auch auf der horizontalen Ebene (Lebensalter, Geschlecht, Nationalität).

Tabelle 2: Kernwerte für den schulischen Gesundheitsunterricht

Gesundheitsdidaktik	
Kern-Werte eines Gesundheitsunterrichts und eines Schulfachs Gesundheit	
Gesellschaftliche Ebene	1) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, sich nachhaltig in der Welt zu bewegen um somit gesunde Lebensbedingungen für andere und sich selbst zu schaffen und zu erhalten. 2) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen um bei dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, angemessen mitwirken zu können.
Institutionelle Ebene	3) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, sich in einem gesundheitsfördernden Lebens- und Sozialraum bewegen zu können und die darin enthaltenen Ressourcen und Institutionen zur Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen zu können.
Beziehungsebene	4) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, unterstützende Beziehungen mit anderen aufzubauen, zu führen und aufrechtzuerhalten, die für das soziale, körperliche und geistige Wohlbefinden jedes Einzelnen förderlich sind.
Individualebene	5) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu behalten oder zu erlangen. 6) Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen, auf die eigene Lebenssituation zu beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu nutzen, also eine Gesundheitskompetenz zu erwerben.

Der Kern-Wert 3 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, sich in einem gesundheitsfördernden Lebens- und Sozialraum bewegen zu können, um Ressourcen und Institutionen zur Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen zu können.*

Dieser Wert vereint sozialpädagogische, speziell lebensweltliche Ansätze (Grunwald/Thiersch 2016) aber auch raumsoziologische Konzeptionen (Löw 2018) und gesundheitswissenschaftliche Paradigmen (Antonovsky 1997)

miteinander. Unter Berücksichtigung dieser interdisziplinären Herangehensweise sollten sich Wissenschaft, Praxis und (Gesundheits-)Unterricht mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern die Lebenswelt (oder der Lebensraum) aber auch der urbane oder rurale Raum gesundheitsfördernd gestaltet werden können.

Der Kern-Wert 4 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, unterstützende Beziehungen mit anderen aufzubauen, zu führen und aufrechtzuerhalten, die für das soziale, körperliche und geistige Wohlbefinden jedes Einzelnen förderlich sind.*

Dieser Wert orientiert sich einerseits an den Ausführungen zum Begriff soziale Beziehung von Max Weber (Weber 1972) und andererseits an den Grundlegungen eines guten Lebens (Capability Approach) von Martha Nussbaum (1995). Für Nussbaum ist Vertrauen – also die Fähigkeit zur Bindung, zur Liebe, Trauer, Dankbarkeit oder Sehnsucht – aber auch die Sozialität – also die Fähigkeit zur sozialen Interaktion, zur Identifikation mit anderen und zur Achtung anderer – ein wesentlicher Bestandteil eines guten und gesunden Lebens (Nussbaum 1999).

Der Kern-Wert 5 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu behalten oder zu erlangen.*

Dieser Wert setzt ein Verständnis von einem subjektiven Befinden voraus, welches sich mit Bezug auf das Wohl-Befinden auf die drei Eigenschaften/Dimensionen körperlich, geistig und sozial bezieht, wobei Gesundheit hier als Raum, der sich aus den besagten drei Dimensionen ergibt, zu verstehen ist (Goldfriedrich 2020).

Der Kern-Wert 6 lautet: *Alle Lernenden sollen dazu befähigt werden, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen, auf die eigene Lebenssituation zu beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu nutzen, also eine Gesundheitskompetenz zu erwerben.*

Dieser Kern-Wert geht über Lese- und Schreibfähigkeit als hauptsächlicher Grundlage für Gesundheitskompetenz hinaus und stellt die Anwendungsfähigkeit gesundheitsrelevanter Informationen für den eigenen Lebensstil in den Vordergrund (Hurrelmann/Richter 2013, S. 227). Ein weites Begriffsverständnis von Gesundheitskompetenz hätte für die Entwicklung eines Gesundheitsunterrichts und eines Schulfachs Gesundheit den Vorteil, die Gesundheitskompetenz des Individuums nicht nur auf die Individualebene zu beschränken, sondern auch die Beziehungs-, Institutions- und Gesellschaftsebene in die Vermittlung von Gesundheitskompetenz mit einzubeziehen.

Die hier aufgezeigten Kern-Werte sollen in zweifacher Form als erweiterbar gelten. Zum einen ist jeder Wert an sich so formuliert, dass unter Beachtung des Gegenstandsbereichs der Didaktik (Adressatinnen und Adressaten, Inhalte, Personen, Entwicklungsphase, Sozialform, Methode, Material, Raum, Aufgaben und Ziele) nach Meyer und Jank (2014) Themen zum Gesundheitsunterricht

subsumiert werden können. Zum anderen sind die formulierten sechs Kern-Werte in ihrer allgemeinen Form ebenfalls erweiterbar und sollen lediglich als Orientierungsrahmen verstanden werden.

Definition von Gesundheitsunterricht

Unter Berücksichtigung dieses weiten Verständnisses von Gesundheitskompetenz ergäbe sich die folgende Definition zum Begriff Gesundheitsunterricht: *Der Gesundheitsunterricht ist als schulfachübergreifende – im Optimalfall in Gestalt eines eigenständigen Schulfaches Gesundheit für sich stehende – Unterweisung zu verstehen, die eine Vermittlung von Gesundheitskompetenz anhand von gesundheitserzieherischen und -bildnerischen Konzeptionen zum Ziel hat.*

Die in diesem Projekt gesetzten Grundlagen zur Konstituierung einer *Gesundheitspädagogik* als Teildisziplin der Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften, zur Konstituierung einer *Gesundheitsdidaktik* als Teildisziplin der Allgemeinen Didaktik und der Gesundheitspädagogik sowie die Formulierung der Kern-Werte als Grundlage für die Umsetzung eines *Schulfaches Gesundheit* sollen als Diskussions- und Entscheidungsgrundlage für alle Beteiligten zu verstehen sein, die in Praxis, Politik und Wissenschaft an der Umsetzung dieses Vorhabens zusammenarbeiten.

3.2 Internationale Ansätze eines Gesundheitsunterrichts

Wie zu Beginn des Beitrages bereits gefordert, muss sich die Gesundheitspädagogik und -didaktik in einem höheren Maße international und evidenzbasiert aufstellen. Aufgrund der Übersetzungsschwierigkeiten mit Blick auf den Gegenstandsbereich *Health Education*, der im deutschen Sprachraum sowohl mit Gesundheitserziehung als auch mit Gesundheitsbildung übersetzt wird, ist es für die zukünftige Wahrnehmung von Studien wesentlich herauszufinden, ob sich die Befunde auf Erziehungs- und/oder auf Bildungsverständnisse beziehen.

Auch im englischen Sprachraum gibt es derzeit den Begriff *Health Didactics* noch nicht. Die Studie von Mong und Standal (2019) zum Thema *Didactics of Health in Physical Education*, die sich aber vorrangig auf sportdidaktische Konzeptionen stützt, benennt einen Forschungsbedarf im Bereich der Gesundheitsdidaktik und kritisiert, dass die Frage danach, wie Gesundheit gelehrt werden kann, bisher kaum beforscht worden ist. Darüber hinaus verweisen die Autorinnen und Autoren darauf, dass unterschiedliche Gesundheitsansätze – hier wurde ein biomedizinisches und ein alternatives Verständnis verglichen – zu unterschiedlichen Lehrmethoden führen.

Im Bereich *Health Education* und im Bereich *School Health* gibt seit einigen Jahren interessante gesundheitspädagogische Forschungsansätze, die vor allem im *Journal of School Health* publiziert werden. So werden die positiven

Auswirkungen einer systematischen Gesundheitserziehung (*Health Education*) auf Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten umfassend von Nutbeam (2000) zusammengefasst. Golden und Earp (2012) analysieren in einem Übersichtsartikel, welche individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Effekte ausgewählte Programme zur Gesundheitserziehung und -bildung erzielen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der 157 untersuchten Interventionen sich lediglich auf die individuelle und zwischenmenschliche Ebene konzentriert und Interventionen auf der institutionellen Ebene (Schulen) und auf der gesellschaftlichen Ebene (Politik) deutlich seltener sind.

Eine Metastudie von Shackleton, Viner, Dickson, Patton und Bonell (2016) macht deutlich, dass schulbasierte Interventionen die Beteiligung der Eltern und die Arbeit mit lokalen Vereinen die Gesundheit – besonders in den Bereichen sexuelle Aufklärung, Mobbing und Rauchen – der Schülerinnen und Schüler positiv beeinflussen. Dass für eine folgerichtige Gesundheitspädagogik an Schulen kaum angemessene Voraussetzungen vorhanden sind, zeigt die Studie von Jourdan, Pommier und Quidu (2010). Nach einer Befragung von 626 Grundschullehrkräften wurde aufgezeigt, dass dreiviertel der Lehrkräfte zwar in der Gesundheitserziehung und -bildung tätig sind, dass jedoch die Motivation für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung durch eine fehlende gesundheitspädagogische Fortbildung für Lehrkräfte kaum vorhanden ist.

Das wohl am breitesten abgesicherte Kompetenzprofil für die Vermittlung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen ergibt sich aus den *National Health Education Standards* (NHES 2007). Diese Standards sind für das amerikanische Schulsystem entwickelt worden und richten sich an alle Bildungseinrichtungen von der Kindertagesstätte bis zur 12. Klasse. Vertreterinnen und Vertreter aus der Pädagogik, Politik und Verwaltung sollen dieses Modell, bei der (Neu-)Gestaltung und späteren Umsetzung von Lehrplänen nutzen.

Eine Besonderheit dieser Standards ist, dass sie sich nicht nur an die Lernenden selbst, sondern auch an die Familien und Gemeinden wenden. Die Standards können auf der Plattform des *Center for Disease Control and Prevention* (NHES 2007) aufgerufen werden. Sie lassen sich – unter Berücksichtigung von Lernzieltaxonomien – zusätzlich auf die einzelnen Schulformen und Entwicklungsstufen spezifizieren.

Die acht Standards, die für die Weiterentwicklung der Konzeption eines Gesundheitsunterrichts auch in Deutschland von Relevanz sind, lauten:

- Standard 1: Die Lernenden sollen in der Lage sein, Konzepte im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zur Verbesserung der Gesundheit zu verstehen.
- Standard 2: Die Lernenden sollen in die Lage versetzt werden, den Einfluss von Familie, Gleichaltrigen, Kultur, Medien, Technologie und anderen Faktoren auf das Gesundheitsverhalten zu analysieren.

- Standard 3: Die Lernenden sollen nachweisen, dass sie in der Lage sind, Zugang zu gültigen Informationen, Produkten und Dienstleistungen zur Verbesserung der Gesundheit zu erhalten.
- Standard 4: Die Lernenden sollen in der Lage sein, zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeiten zu nutzen, um die Gesundheit zu verbessern und Gesundheitsrisiken zu vermeiden oder zu verringern.
- Standard 5: Die Lernenden sollen in der Lage sein, Entscheidungsfähigkeiten zur Verbesserung der Gesundheit einzusetzen.
- Standard 6: Die Lernenden sollen die Fähigkeit unter Beweis stellen, sich zur Verbesserung der Gesundheit Ziele zu setzen.
- Standard 7: Die Lernenden sollen in der Lage sein, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu praktizieren und Gesundheitsrisiken zu vermeiden oder zu verringern.
- Standard 8: Die Lernenden sollen in der Lage sein, sich für die persönliche, familiäre und kommunale Gesundheit einzusetzen.

Wir halten dieses Kompetenzprofil für eine geeignete Grundlage auf dem Weg zur Konstituierung einer Gesundheitsdidaktik. Allerdings beziehen sich diese Standards vorrangig auf die Vermittlung von Kompetenzen, die auf der Individualebene und der Beziehungsebene verankert sind.⁶ Wesentliche gesellschaftliche sowie globale Kern-Werte – zum Beispiel die Themen gesundheitliche Chancengleichheit und Nachhaltigkeit als Voraussetzung für ein gesundes Leben aller Menschen – werden nicht explizit berücksichtigt. Die von uns vorgeschlagenen Kern-Werte eines Gesundheitsunterrichts können als Orientierung für diese Akzentverschiebung herangezogen werden.

Schlussbemerkung

Ziel der Überlegungen und Vorschläge dieses einleitenden Beitrags ist es, eine Diskussion um die Frage anzustoßen, wie die Schule in Deutschland künftig um eine nachhaltige Gesundheitsförderung bereichert werden kann. Nach unserer Auffassung sind die insgesamt sehr zu begrüßenden, bisherigen Ansätze dafür nicht ausreichend, weil sie schwerpunktmäßig auf das Schulleben, aber nicht den Unterricht abstellen. Um dieses Defizit zu beheben, bedarf es der Etablierung einer Gesundheitsdidaktik, aus der ein schulformübergreifender Gesundheitsunterricht resultiert, der langfristig – um zukünftig nicht mehr randständig wahrgenommen zu werden – in einem Schulfach Gesundheit mündet. Wir verstehen die Gesundheitsdidaktik als einen unverzichtbaren Baustein für die

6 Die acht Standards der NHES (2007) können bei den Kern-Werten 3 bis 6 auf der Individual- und Beziehungsebene (Abbildung 2 des Beitrages) subsumiert werden.

Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei Lehrerinnen und Lehrern.

Wie wir dargelegt haben, hat die Gesundheitsdidaktik das Potenzial, sich als Teildisziplin der Gesundheitspädagogik und der Allgemeinen Didaktik zu konstituieren, wenn sie sich erziehungs- und gesundheitswissenschaftlich weiterentwickelt, sich theorie- und empiriegeleitet aufstellt und eine klare fachliche Identität entwickelt. Wichtig dafür ist eine vollwertige akademische Studierbarkeit in einem eigenständigen Berufs- und Handlungsfeld. Voraussetzung dafür wiederum ist die Begründung eines Lehramtes für das Fach Gesundheit. Unsere Überlegungen und Vorschläge sollen dazu beitragen, die Diskussion darüber in Praxis, Wissenschaft und Politik anzustoßen.

Literatur

- Anderson, Creswell (1960): *School Health Practice*. Massachusetts: Mosby.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Benner, Dietrich (2015): Erziehung und Bildung. Zur Konzeptualisierung eines bildenden Unterrichts, der erzieht. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, Vol. 61, S. 481–496.
- Benner, Dietrich (1995): *Studien zur Theorie der Erziehung und Bildung*. Weinheim: Juventa.
- Biewer, G. (2017): *Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik*. Bad Heilbrunn: UTB.
- Böhm, W. (2004): *Geschichte der Pädagogik: von Platon bis zur Gegenwart*. München: Beck.
- Brezinka, Wolfgang (1995): *Erziehungsziele, Erziehungsmittel, Erziehungserfolg. Beiträge zu einem System der Erziehungswissenschaft*. München, Basel: Reinhardt.
- Brezinka, Wolfgang (1975): *Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft: Analyse, Kritik, Vorschläge*. München: Reinhardt.
- Bronfenbrenner, U. (1994): Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), S. 37–43.
- Bundestag (2015): Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Berlin. Zugriff am 07.09.2020. Verfügbar unter https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevgaenderung/praevgesetz.pdf
- Burkard, L./Falkenberg, B./Fischer, T./Harling, M./Krüger, D./Mezu, N./Müller, K./Rechter, K./Reintjes, R./Schneiderhahn, A./Schnoor, M./Schröder, A./Stellfeldt, S./Thelen, M./Westenhöfer, J./Wobbe, S. (2004): Primakids. Verhaltensänderung durch Gesundheitsunterricht bei Hamburger Grundschulkindern. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 29(05), S. 8.
- Cassens, Manfred (2014): *Einführung in die Gesundheitspädagogik*. Opladen: UTB.
- Connell, David/Turner, Ralph/Mason, Elaine. (1985): Summary of findings of the school health education evaluation: Health promotion effectiveness, implementation, and costs. *Journal of School Health*, 55(8), S. 316–321.
- Davydov, Dmitry/Stewart, Robert/Ritchie, Karen/Chaudieu, Isabelle (2010): Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, 30(5), S. 479–495.
- Eckert, Ela/Burger, Sven/Möller, Wiebe (2020): *Erdkinderplan. Maria Montessoris Erziehungs- und Bildungskonzept für Jugendliche*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Faust, Bernhard Christoph (1794): *Gesundheits-Katechismus zum Gebrauch in den Schulen und beym häuslichen Unterrichte*. Gera: Rother.
- Felder, Marion/Schneiders, Katrin (2016): *Inklusion in der Sozialen Arbeit: Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. Schwallbach: Wochenschau Verlag.
- Frank, Johann Peter (1786): *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Baltimore: Johns-Hopkins-Univ. Print 1976.
- Freire, Paulo (1973): *Pädagogik der Unterdrückten: Bildung als Praxis der Freiheit*. Hamburg: Rowohlt.