



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

# Grundlagen der Gesundheitspädagogik

**GPAEH01**



---

Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

---



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

**Katrin Willmer  
Kerstin Baumgarten**

**Grundlagen der  
Gesundheitspädagogik**

**GPAEH01**



### **Katrin Willmer**

(geb. 1967) ist seit 1997 Diplom-Gesundheitswirtin (HS Magdeburg-Stendal) und absolvierte 2011 ihr Masterstudium zur Erwachsenenbildung an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg. Als Referentin und Lehrbeauftragte für wissenschaftliches Arbeiten und individuelle Gesundheitsförderung am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Magdeburg-Stendal ist sie dem Themenbereich der Gesundheitsförderung seit 1997 treu geblieben.

Katrin Willmer ist seit über 15 Jahren Geschäftsführerin des Gesundheits-sportvereines Gesundheitszentrum-Magdeburg e.V. Darüber hinaus leitet sie die GesundheitsAkademie gUG (haftungsbeschränkt). Mit der Arbeit als Yoga-Lehrerin und Übungsleiterin für Prävention versucht sie täglich, Menschen in ihrer individuellen Gesundheit zu fördern. Dieser Anspruch setzt sich vertiefend in ihrer Tätigkeit als Systemische Therapeutin und Beraterin (SG) in Einzel- und Gruppenkontexten fort.

Ihre Arbeits- und Beratungsschwerpunkte sind Achtsamkeitstraining und Stressbewältigung, Bewusstheit durch Bewegung, Bildungs- und Karriereperspektiven, Gesundheitsbildung, Gesund Führen, Kollaborative Lernszenarien, Kommunikation und Moderation, Lebens- und Gesundheitsbalance sowie Projektarbeit und -konzeption.



### **Prof. Dr. Kerstin Baumgarten**

(geb. 1962) studierte Sportwissenschaften an der Deutschen Hochschule für Körperkultur und Sport (DHfK) in Leipzig. Nach dem Abschluss der Promotion, Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der DHfK und Weiterbildung zur Sporttherapeutin. Seit 1993 Beschäftigung als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Hochschullehrerin in den Bereichen Gesundheitspraxis und Gesundheitsbildung an der Hochschule Magdeburg-Stendal. 1994–1996 Teilnahme am internationalen Fortbildungslehrgang zur Gesundheitsförderung der BZgA und der Universität Lüneburg. 2003 Berufung auf die Professur Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Theorie und Methoden der

Gesundheitsförderung an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Zu den Schwerpunkten der Lehr- und Forschungstätigkeit gehören Studiengangsentwicklung im Bereich der Gesundheitswissenschaften, Berufsfeld und Absolventenverbleib im Sektor der Gesundheitsförderung, Strategien der Gesundheitsförderung, Gesundheitskommunikation und kommunale Gesundheitsförderung.

---

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

---

# Grundlagen der Gesundheitspädagogik

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	1
<b>1 Begriffsbestimmungen, Bezugswissenschaften und Differenzierungen</b> .....	5
1.1 Definitive Einordnungsversuche und pädagogische Grundbegriffe	5
1.1.1 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften	9
1.1.2 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Gesundheitswissenschaften	11
1.1.3 Gesundheitspädagogik als Theorie der Gesundheitserziehung .....	13
1.1.4 Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung als Anwendungsebenen der Gesundheitspädagogik und Gesundheitsförderung .....	14
1.2 Begriffe der Gesundheitsförderung im deutschen Bildungssystem im Rück- und Ausblick .....	17
1.2.1 Die Gesundheitspädagogik im Rückblick .....	17
1.2.2 Gesundheitspädagogik im expandierenden Wirtschaftssektor .....	19
1.2.3 Perspektiven und Paradigmenwechsel in der Gesundheitspädagogik...	21
Zusammenfassung .....	23
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	24
<b>2 Wissenschaftliche Bezugsdisziplinen, Konstrukte und Paradigmen mit Einfluss auf die Gesundheitspädagogik</b> .....	25
2.1 Zugang Soziologie, Pädagogik und System- und Gesellschaftstheorie	25
2.1.1 Gesundheitspädagogik als evidenzbasiertes Forschungs-, Handlungs- und Praxisfeld .....	27
2.1.2 Entwicklung des Paradigmas der systemisch-konstruktivistischen Methodik und Didaktik in der Gesundheitspädagogik .....	29
2.1.3 Systemisch-konstruktivistische Pädagogik .....	36
2.2 Zugang Erfahrungswissen, Neurobiologie, Kommunikation und Psychologie .....	38
2.2.1 Vom Erfahrungswissen der Menschheit zur Anwendung von Achtsamkeitstechniken in der Pädagogik .....	38
2.2.2 Von neurobiologischen Erkenntnissen zu gesundheitspädagogischen Rückschlüssen .....	42
2.2.3 Gesundheitspsychologie – von der Theorie und Modellen zur Praxis der Verhaltensänderung .....	43
2.2.4 Gesundheitskommunikation .....	45

2.3	Zugang Public Health, Wirtschaft und Markt .....	46
2.3.1	Von der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zum Interventionsansatz Health Literacy .....	47
2.3.2	Gesundheit als Markt und Wirtschaftsfaktor .....	47
2.3.3	Gesundheitsbildung in der Weiterbildung, Organisations- und Personalentwicklung .....	49
	Zusammenfassung .....	50
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	51
<b>3</b>	<b>Gesundheitspädagogische Interventionen – Vielfalt, Differenz und Möglichkeiten</b> .....	<b>52</b>
3.1	Umsetzung des selbstgesteuerten und lebenslangen Lernens im pädagogischen Praxisfeld .....	52
3.2	Gesundheitslernen als Konstruktion von Lebenswirklichkeit in der Gesundheitsbildung Erwachsener .....	54
3.3	Emotionaler Konstruktivismus als didaktische Orientierung mit gesundheitspädagogischer Anwendung .....	57
3.4	Beratungskonstrukte als gesundheitspädagogische Intervention .....	58
3.5	Biografische Orientierung in gesundheitspädagogischen Interventionen .....	61
	Zusammenfassung .....	63
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	64
	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	<b>65</b>
	<b>Anhang</b>	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	66
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	69
C.	Abkürzungsverzeichnis .....	72
D.	Glossar .....	73
E.	Literaturverzeichnis .....	79
F.	Abbildungsverzeichnis .....	86
G.	Tabellenverzeichnis .....	87
H.	Sachwortverzeichnis .....	88
I.	Einsendaufgabe .....	91

---

## Einleitung

Liebe Studierende,

in der Theorie und Praxis erfolgreicher Gesundheitsförderung bewegen uns Fragen, denen wir uns als professionelle Akteure nicht verschließen können. Die Suche nach einer Handlungsorientierung, die gelungene Gesundheitsförderung erzeugt, findet in den unterschiedlichsten Forschungs- und Wissenschaftsdisziplinen, wie z.B. auch in der Pädagogik und den Erziehungswissenschaften statt.

### Hinweis:

Unter einer *Handlungsorientierung* verstehen wir hier in diesem Kontext ein didaktisches Prinzip auf der Basis lerntheoretischer Erkenntnisse. Individuen suchen Handlungsorientierung in komplexen Situationen. Dabei kann ihr Handeln auf Gegenstände und Subjekte gerichtet sein und formellen beziehungsweise informellen Handlungszielen folgen. Das Handeln wird durch interne Bedingungen ermöglicht, über die das handelnde Individuum in der Handlungssituation verfügt. Es basiert auf bereits angeeigneten Handlungskompetenzen. Zu diesen internen Bedingungen gehören z.B. Wissen, Erfahrungen, Fähigkeiten, Interessen, Motive und emotionale Dispositionen. Darüber hinaus wird das Handeln durch externe Bedingungen beeinflusst. Zu den externen Handlungsbedingungen gehören alle Aspekte, die sich außerhalb des Individuums befinden.

Bedeutsame Fragen der Forschung und Wissenschaft in diesem Bereich sind z.B.:

*Welchen Bedingungen unterliegt die Sozialisation des gesunden Menschen?*

*Wie und wo lernt der Mensch heute und in nächster Zukunft eine gesunde Lebensführung?*

*Ist der Mensch das Produkt biologischer Erbsubstanz und der auf ihn einwirkenden, vieldimensionalen Kräfte von Umwelt und Erziehung oder ist er selbst der gebildete Produzent seiner eigenen (gesunden) Entwicklung und damit auch Antriebskraft der Entwicklung seiner (gesunden) Umwelt?*

*Erhält der Mensch auf der Basis von Wissen die Möglichkeit, förderliche Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen oder sind in diesem Kontext weitere Wirkmechanismen zu berücksichtigen?*

*Welche bildungsbasierten Interventionen der Gesundheitsförderung gelten als „Models of good practice“?*

Das vorliegende Studienheft soll einen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragestellungen leisten. Darüber hinaus gilt es, ein grundlegendes Verständnis der in der Pädagogik liegenden Ressourcen für Gesundheitsförderung zu vermitteln. Dabei schließen wir uns als Autorinnen der Überzeugung an, dass die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens und Handelns eine explizit pädagogische Aufgabe darstellt. Auf dieser Grundlage sollten Akteure im Feld der Gesundheitsförderung unbedingt über pädagogisches Grundwissen verfügen (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 9).

Der Terminus der Gesundheitspädagogik bezieht sich in diesem Studienheft und in der derzeit vorliegenden Literatur eher auf den praktischen Aspekt, das gesundheitspädagogische Handeln, also die in der Praxis stattfindenden Maßnahmen.

Im vorliegenden Studienheft verstehen wir die Erziehungswissenschaft als Wissenschaftsdisziplin, die sich akademisch über die pädagogische Praxis definiert. Die akademische Disziplin der Erziehungswissenschaft ist ohne die pädagogischen Praxis- und Handlungsfelder kaum vorstellbar (vgl. Rothland, 2007, S. 113 f.). So wie Forneck und Wrana (2003) in ihrer gleichnamigen Monografie die Erziehungswissenschaften als „Ein verschlungenes Feld“ beschreiben, erscheint sie uns in vielen fachlichen Diskursen.

Die Inhalte dieses Studienheftes zielen darauf ab, Ihnen die (aus Sicht der Autorinnen) bedeutsamsten unterschiedlichen Zugänge beziehungsweise Standpunkte aufzuzeigen, die sich auf das praktische Feld der Gesundheitspädagogik auswirken. Dabei werden wir der immer noch andauernden Diskussion zum (Selbst-)Verständnis und Wandel der Erziehungswissenschaften, in Abgrenzung zur pädagogischen Praxis, weniger Aufmerksamkeit zukommen lassen.

Mit dem vorliegenden Studienheft möchten wir die Schnittmengen zwischen ausgewählten relevanten Wissenschaften und den damit im Zusammenhang stehenden pädagogischen Orientierungen, die Einfluss auf die moderne Gesundheitsförderung haben, aufzeigen. Dabei lassen sich in den letzten zehn Jahren verstärkt eigenständige Beiträge der Pädagogik finden, die auf die junge akademische Disziplin der Gesundheitswissenschaften Bezug nehmen. Als Autorinnen dieses Studienheftes folgen wir der Einordnung der Gesundheitspädagogik in das interdisziplinäre Feld der Gesundheitswissenschaften, möchten aber klarstellen, dass auch andere Ansichten bezüglich der disziplinären Verortung vertreten werden können.

Das erste Studienheft der Gesundheitspädagogik zielt auf den Erwerb von fachwissenschaftlichem Grundlagenwissen der Pädagogik im Fokus der Gesundheitsförderung ab. In diesem Zusammenhang bauen wir im Rahmen der Reflexionen und Aufgaben auf Ihren bereits vorhandenen Wissensbausteinen beziehungsweise Praxiserfahrungen auf und fördern eine fortwährende Reflexion der eigenen beruflichen und persönlichen (Gesundheitsbildungs-)Biografie. Auf dieser Grundlage ist es möglich, eigene gesundheitspädagogische Kompetenzen weiter zu entwickeln und Handlungsorientierungen für die Tätigkeit im Praxisfeld zu erwerben. Zur Gestaltung von lebens- und alltagsnahe verhaltens- und verhältnisorientiertem Lernen von Gesundheit sind Akteure mit einem fundierten Handlungswissen in den Bereichen Pädagogik und Gesundheit gefragt. Auf der Basis der Tradition pädagogischer Reflexion können in der Praxis *gesundheitliches Problem und pädagogische Lösung* zusammenkommen.



**Hinweis:**

In der pädagogischen Debatte wird die *Reflexion in der Handlung* und die *Reflexion über die Handlung* unterschieden.

Die *Reflexion in der Handlung* bedeutet, im Zusammenhang mit der eigenen Handlung zum Forscher zu werden und beschreibt damit eine professionelle Haltung. Oftmals wird die Reflexion in der Handlung durch eine problematische Interaktion ausgelöst. Die vorliegende Situation wird entsprechend der bereits vorhandenen Erfahrungen definiert. Auf der Grundlage dieser Erfahrung erfolgt die experimentelle Überprüfung der Problemlösung durch den Handelnden. Vom praktischen Ergebnis der Handlung zur Problemlösung hängt ab, wie die Hypothese zur Problemdefinition für zukünftiges Handeln bewertet wird. Verlaufen alle weiteren Handlungen zufriedenstellend, fällt die Bewertung positiv aus und die Handlungskompetenz des Akteurs wird sich um eine erfolgreiche Lösung erweitern. Die *Reflexion über die Handlung* stellt eine bewusst und gezielt angewendete Reflexionsebene pädagogischen Handelns dar. Das Besondere dieser Reflexion ist, dass sie bewusst aus dem eigentlichen Handlungsverlauf heraustritt.

In dieser Handlungsreflexion ist das Wissen strukturiert einzuordnen, zu analysieren und zum besseren Erreichen eines Ziels reorganisierbar. Wissen, dass hinter der Handlung steht, wird nachvollziehbar, transparent und von den Prozessverantwortlichen und -beteiligten diskutierbar. Reflexionskriterien können schon vor einer Handlung oder erst in deren Anschluss festgelegt werden. Reflexion kann auch ohne die Beteiligung anderer als Selbstreflexion stattfinden. Für die Lösung der komplexen Aufgaben der Gesundheitsförderung, bei der in der Regel unterschiedlichste Professionen beteiligt sind, erscheint die pädagogische Qualität der *Reflexion über die Handlung* als ein wirkungsvolles Instrument der Metaebene. Außerhalb des eigentlichen Prozesses gelingt eine erfolgreiche Auseinandersetzung über den Verlauf und möglicherweise auch dessen Modifikation oder Standardisierung (vgl. Wyss, 2008, S. 3 f.).

Die Profession der Pädagogik beinhaltet die Reflexion des eigenen Handelns als zentrales Moment und liefert so für die Gesundheitsförderung eine grundsätzliche und zieldienliche Handlungsorientierung.

„Dadurch werden neue Erkenntnisse gewonnen, die für künftiges Handeln bestimmend sind. Über bisherige Erfahrungen nachzudenken und daraus Schlüsse zu ziehen, führt zum Vordenken für die nächste Situation mit dem Ziel, ein größeres Repertoire an Alternativen zur Verfügung zu haben.“ (Paseka et al., 2011, S. 27)

Wir wissen heute, dass Bildung einen mehrdimensionalen Beitrag zur psychosozialen Gesundheit der Menschen und zur Veränderung ihrer Lebenswelt darstellt. Leicht zugängliches, vielseitiges und nachhaltiges Gesundheitswissen in Netzwerken erfordert Bildungsentwürfe in lebensnahen Zusammenhängen, wie sie an neuen Lernorten und in neuen Lernszenarien gegeben sind.

Für die Bearbeitung des ersten Studienheftes zu den theoretischen Grundlagen der Gesundheitspädagogik wünschen wir Ihnen viel Lernfreude und neue Erkenntnisse.

Ihre

Katrin Willmer und

Kerstin Baumgarten

## 1 Begriffsbestimmungen, Bezugswissenschaften und Differenzierungen

*Dank der Systematisierung der Begriffe und der entsprechenden Zuordnung zu unterschiedlichen Bezugssystemen können Sie die häufig synonym verwendeten Termini Gesundheitspädagogik, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung nach der Bearbeitung dieses Kapitels differenzieren. Dieses Wissen ermöglicht Ihnen ein Verständnis der begrifflichen Systematik und die Ableitung eigener Interpretationen im Kontext praktischer Erfahrungen. Sie kennen den Begriff der Gesundheitspädagogik als übergeordnete Struktur im erziehungswissenschaftlichen Kontext und können dazu die Begriffe Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung als eine programmatische Orientierung im Kontext spezifischer Interventionen der Gesundheitsförderung einordnen. Dem Begriff der Gesundheitserziehung, ganz entsprechend der zurückliegenden öffentlichen Debatte, können Sie in einem kritischen Diskurs begegnen.*

*Sie kennen nicht nur die Differenz zwischen den Strategien der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsbildung, sondern auch ihre leitenden Gedanken. Gleichzeitig nähern Sie sich dem Begriff der Gesundheitspädagogik aus der Perspektive der modernen Gesundheitswissenschaften, was Ihnen die Anknüpfung der Gesundheitsförderung an die Gesundheitspädagogik ermöglicht. Darüber hinaus können Sie die Gesundheitspädagogik im Kontext der Bezugswissenschaften Pädagogik und Gesundheitswissenschaften interdisziplinär verorten. Unter Beachtung der aktuellen und zurückliegenden Entwicklung der (Gesundheits-)Bildungslandschaft in Deutschland erfahren Sie abschließend Zuordnungen der Gesundheitspädagogik.*

### 1.1 Definitive Einordnungsversuche und pädagogische Grundbegriffe

Im definitiven Zugang zum Begriff der Gesundheitspädagogik begegnen uns heute zahlreiche Termini, die nebeneinander und auch synonym verwendet werden. Im folgenden Bearbeitungsverlauf erfolgt die Einordnung der Gesundheitspädagogik aus unterschiedlichen Perspektiven. Dieser Zugang soll den traditionellen und modernen Begriffen im Zusammenhang mit ihrer Verwendung gerecht werden und ist keineswegs vollständig. Wenn wir davon ausgehen, dass die Pädagogik sich über die Erziehungswissenschaften zu einer Bildungswissenschaft entwickelt, impliziert die Beschreibung als *Bildungswissenschaft* einen zunehmend stärkeren interdisziplinären Einfluss. Die Differenzierungen der praktischen pädagogischen Handlungsräume (wie z. B. Erwachsenenbildung, Schulpädagogik beziehungsweise Gesundheitspädagogik) bedingen eine spezifische Art der Auseinandersetzung mit Grundbegriffen beziehungsweise Theorien und die Erarbeitung eigener Theorien, wie sie in einer modernen Bildungswissenschaft auf der Basis tradierter Erkenntnistheorien stattfindet.



Zu den Grundbegriffen der Bildungswissenschaften gehören Erziehung, Bildung und Sozialisation. Sie dienen als zentrale ordnungs- und sinnstiftende Kategorien der Theoriebildung. Gleichmaßen gehören zu den klassischen und systematisierenden Begriffen der Bildungswissenschaften Begriffe wie Lernen, Unterricht und Beratung. Begriffe besitzen im Allgemeinen die Funktion, möglichst präzise Phänomene zu erfassen und Unterschiede aufzuzeigen. Somit verstehen wir hier einen verwendeten Begriff als Teil seiner Ordnung, seiner Bestimmung und auch als Begriff seiner Theorie. Ihren eigentlichen Sinn erhalten Begriffe jedoch erst durch ihre Verwendung.

Die pädagogischen Grundbegriffe ordnen die Forschungsdisziplin der Erziehungswissenschaften und ermöglichen einen kritischen Diskurs unter der Annahme eines bestimmten Verständnisses jener Begriffe. Erst so ist die Entwicklung einer Wissenschaftstheorie möglich.

**Hinweis:**

Die Autoren dieses Studienheftes verweisen an dieser Stelle auf Literatur zur Vertiefung der Grundbegriffe und zur Geschichte der Erziehungswissenschaften bei den Autoren Lenzen (2002 und 2004), Krüger und Helpster (2010) und Forneck und Wrana (2003). Umfängliches Wissen zu den Handlungsfeldern und Adressaten pädagogischer Praxis finden Sie bei den Autoren Marotzki, Nohl und Ortlepp (2006).

Die Erziehungswissenschaft wird als Wissenschaft von der Erziehung des Menschen verstanden und hebt in vielen Monografien eher auf deren empirischen und reflexiven Bezug ab.

Der historisch ältere Begriff der *Pädagogik* wird von Wulfhorst (2002, S. 24 f.), mit Bezug auf König (vgl. 1997, S. 323 ff.), als Sozialisationsprozess beschrieben, der intentionale (beabsichtigte und bewusste) wie auch funktionale (unbeabsichtigte und unbewusste) Prozesse von Bildung einbezieht, die als Basis für Verhaltens- und Handlungsveränderung der eingebundenen Individuen verstanden wird.



Seit dem 18. Jahrhundert eint die Pädagogik den Umfang jeglicher wissenschaftlicher Erziehungswirklichkeit und das praktische Erziehungsgeschehen mit der Intention, eine grundlegende wissenschaftliche Pädagogik zu etablieren (vgl. Hobmair, 2013, S. 14).

Der Begriff der Erziehungswissenschaft, als definatorische Weiterentwicklung der Pädagogik, trägt hier dem besonderen Anspruch der Wissenschaftlichkeit Rechnung. Zudem bleibt auch der ältere Begriff der *Pädagogik* in der Bildungswelt im lebendigen Gebrauch und begegnet uns in vielen pädagogischen Praxisfeldern mit einem spezifischen Settingbezug wie z.B. in der Heil-, Berufs-, Sonder- und Gesundheitspädagogik. Hier haben sich verschiedene „Disziplinen der Pädagogik“ hinsichtlich spezieller Handlungsfelder und Adressatengruppen entwickelt, die sich jeweils auf einen bestimmten Teilbereich heutiger Erziehungswirklichkeit beziehen.

Die Gesundheitspädagogik hat sich gleichmaßen als erziehungswissenschaftliche Teildisziplin etabliert. Bezüglich des Forschungs- und Handlungsfeldes der Gesundheitspä-

dagogik ist die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens evident (vgl. Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 14). Um dies zu erreichen sind vielfältige Zielstellungen notwendig, von denen hier nur einige exemplarisch genannt werden:

- Befähigung, sich realistische Gesundheitsziele zu setzen,
- Aufbau einer angemessenen Körperselbstwahrnehmung,
- Initiierung von systematischen Problemlösekonzepten,
- verbesserte Akzeptanz von Um- und Zuständen, die nicht veränderbar sind,
- Förderung der Eigenverantwortlichkeit,
- gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Psyche kennen und
- dieses Wissen verhaltensbezogen anwenden können.

Das erziehungswissenschaftliche Denken, als primärer disziplinärer Referenzrahmen, ermöglicht eine sinnvolle Einordnung konzeptioneller und praktischer Interventionen im Bereich der Gesundheitspädagogik. Im Zusammenhang der Gesundheitspädagogik gilt es nun, die darin liegenden Möglichkeiten insbesondere im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit herauszustellen. Aus diesem Grundverständnis der Gesundheitspädagogik ergeben sich zahlreiche Konsequenzen und Synergien mit anderen Disziplinen und Paradigmen, die an späterer Stelle dargestellt und eingeordnet werden.

Aus Sicht der erziehungswissenschaftlichen Disziplin sind die folgenden Paradigmen als Vorüberlegungen konzeptioneller Planungen gesundheitspädagogischer Interventionen bedeutsam und begründen gleichzeitig eine fortwährende pädagogische Reflexion aller Handlungsformate:

- die kritische Analyse der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen,
- die eine intensive Reflexion der konkreten Lebens- und Strukturbedingung der Individuen und Kontexte berücksichtigt und dabei kontinuierlich eine
- Optimierung der Lebensmöglichkeiten zu mehr Gesundheit der Individuen im Blick hat.

Die Berücksichtigung dieser Paradigmen erzeugt angesichts des vielfältigen gesellschaftlichen Interesses am Thema „Gesundheit“ und subjektiver Auffassungen zu dem, was ein *gesundes gutes Leben darstellt*, ein vielfältiges Spannungsfeld. Hierin liegt zudem der professionelle Anspruch an die Akteure begründet.

Für Sie als Lernende haben wir im Folgenden eine Orientierung zu den klassischen pädagogischen Begriffen Bildung, Erziehung und Sozialisation erstellt, sodass diese im Verlauf der drei Studienhefte einem gemeinsamen Verständnis dienen können.

Der Bildungsbegriff ist sprachlich, kulturell und historisch kontextualisiert und hat somit eine sehr komplexe Bedeutung. Nur in der deutschen Sprache werden die Begriffe *Bildung* und *Erziehung* unterschieden. Hier folgend stehen sich zwei Interpretationen des Bildungsbegriffes gegenüber. Einerseits eine der alltagssprachlichen Verwendung folgende Interpretation, wie wir sie beispielsweise in Nachschlagewerken und allgemeinen Lexika finden, die versucht den Begriff der *Bildung* nachvollziehbar zu reflektieren

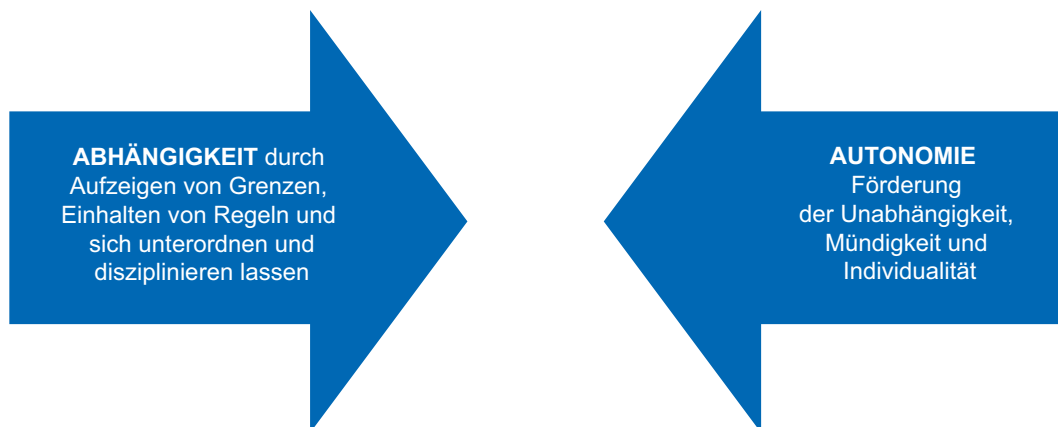
und dabei weder den Anspruch der Vollständigkeit noch den einer komplexen Einordnung als pädagogische Grundkategorie beansprucht:

- Bildung ist ein lebenslanger Entwicklungsprozess des Menschen und somit ein aktiver, komplexer und nie abgeschlossener Prozess,
- Bildung kann nicht von außen „hergestellt“ werden, sondern ist ein innerer Prozess, der bei jedem Menschen individuell verläuft,
- Bildung entfaltet und erweitert die geistigen, kulturellen und lebenspraktischen Fähigkeiten des Menschen sowie seine persönlichen und sozialen Kompetenzen,
- Bildung ist auch Urteilsvermögen, kritische Haltung und Reflexion von Erkenntnissen anstelle bloßer Kenntnisse und Wissen,
- Bildung erweitert den Perspektivraum und fördert einen reflektierten selbstbestimmten Umgang mit sich selbst und der sozialen Umwelt und dient der Identitätsbildung des Individuums,
- Bildung ist individueller und gesellschaftlicher Zweck an sich selbst und sollte nicht zu ökonomischen Zwecken missbraucht werden.

Andererseits ein Zitat der erziehungswissenschaftlich orientierten Autoren Marotzki, Nohl und Ortlepp aus 2006:

„(...) Bildung hat, so wie sie in der Erziehungswissenschaft und Pädagogik gesehen wird, als Aufbau von Selbst- und Werterhaltungen jene orientierende Funktion, die in der Wissensgesellschaft immer stärker gefordert wird.“ (Marotzki et al., 2006, S. 169)

Der pädagogische Grundbegriff der *Erziehung* kann als Beeinflussung und direktes Einwirken auf das individuelle Verhalten durch einen Edukator beschrieben werden, der sich durch kompetentes Wissen und Autorität kennzeichnet (vgl. Marotzki et al, 2006, S. 137 ff.). Die Erziehung findet vor allem (und zuerst) in der Familie und durch Institutionen statt und ist eine unverzichtbare gesellschaftliche Selbstverständlichkeit. Historisch hat sie seit jeher eine große Bedeutung für den Menschen, seine Kultur und die Gesellschaft und will sich an einer gelungenen Integration des Individuums in Gesellschaft und Kultur messen lassen. Die Erziehung ist durch historische und andauernde Paradoxien gekennzeichnet:



**Abb. 1.1:** Abhängigkeit versus Autonomie in der Erziehung

Auch der Begriff der *Sozialisation* ist durch den historisch-kulturellen Wandel ein von Veränderungen geprägter Begriff, der einen wechselseitigen Prozess zwischen Individuum und Gesellschaft beschreibt, bei dem das Individuum abhängig von der sozialen und materiellen Umwelt eine Entwicklung zum handlungsfähigen Subjekt durchläuft. Modernere Definitionen der Sozialisation versuchen, die Diskrepanz zwischen der Zielstellung der Integration des Individuums in die Gesellschaft und der Fokussierung eines angemessenen individuellen Entwicklungsraums der Persönlichkeit miteinander in Einklang zu bringen (vgl. Marotzki et al, 2006, S. 127).

„Sozialisation bezeichnet den Prozess der Entwicklung der Persönlichkeit in produktiver Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen [...] und mit der sozialen und physikalischen Umwelt [...].“ (Hurrelmann, 2006, S. 7)

#### Erziehung

ist eine gesellschaftlich unverzichtbare Selbstverständlichkeit, die zuerst in der Familie und dann in Institutionen stattfindet, wobei sich der jeweilige Edukator als inhaltlich kompetente und methodisch geeignete Person kennzeichnet.

#### Bildung

ist ein komplexer und lebenslanger Prozess, der die Aneignung eines verantwortlichen Selbst- und Weltverständnisses und die Reflexion der Lebenswirklichkeit einschließt.

#### Sozialisation

beschreibt die produktive und wechselseitige Auseinandersetzung des Individuums in der Gesellschaft, bei dem sich das Individuum angemessen individuell und gleichzeitig nutzbringend für die soziale und physikalische Umwelt entwickelt.



#### Übung 1.1:

Finden Sie aus Ihrem derzeitigen Verständnis heraus lebensnahe und/oder gar persönliche Beispiele für Bildung, Erziehung und Sozialisationserfahrungen.



### 1.1.1 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften

Die Entwicklung der Gesundheitspädagogik als relevante erziehungswissenschaftliche Teildisziplin führen Wulfhorst und Hurrelmann (vgl. 2009, S. 14) auf die Pädagogisierung zunehmend aller Lebensbereiche zurück.

### Pädagogisierung

Die zunehmende Pädagogisierung der Gesellschaft hat eine historische Dimension. Es handelt sich um einen Prozess, der seit dem Ende der 1960er-Jahre beschrieben wurde und sich seitdem kontinuierlich fortsetzt. Die Pädagogisierung zeigt sich in der Einrichtung diverser pädagogischer Studiengänge und einer deutlichen Zunahme professionell pädagogisch Handelnder, die immer mehr Lebensbereiche der Bevölkerung pädagogisch tangieren und somit Bildungsbiografien bestimmen. Lebensläufe werden mit der Individualisierung nicht nur unterschiedlicher, gegensätzlicher, brüchiger, unsicherer, sondern auch bunter, Erfolg verheißender, umfassender, widersprüchlicher. **Gleichzeitig werden sie aber auch abhängiger von den Dimensionen des Arbeitsmarktes, Bildungssystems, Systemen sozialer Sicherung und Massenmedien**, die allesamt wiederum neuen Formen der Normierung des Lebens unterliegen. Der Verlust tradierter Lebensweisen, die immer stärkere Individualisierung in der Risikogesellschaft mit dem Ziel, das Leben mehrdimensional zu optimieren, scheinen den Bedarf an professioneller pädagogischer Begleitung, Unterstützung und Beratung zu erhöhen. Lebensbewältigung und -gestaltung werden zu gleichzeitig **riskanten wie verlockenden Chancen** (vgl. Keupp, 1992, S. 1ff.). Notwendig ist eine Stärkung der individuellen Fähigkeiten, sich klug entscheiden zu können und Beziehungsverhältnisse aktiv zu gestalten (vgl. Keupp, 1993, S. 52 f.). Der moderne Wertekanon der Wissensgesellschaft unterstützt zur Zielerreichung deren Pädagogisierung. Zudem legitimiert die „Pädagogik“ ihre Existenz auch, indem sie Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen defizitär beschreibt und Lösungen formuliert.



### Übung 1.2:

Überdenken Sie die letzte Aussage des Exkurses und versuchen Sie Beispiele zu finden, die die Aussage bekräftigen und ihr widersprechen.

Darüber hinaus begründen die Autoren Wulfhorst und Hurrelmann (2009, S. 14) insbesondere die Legitimation der Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft auch in der Existenz der Gesundheitserziehung, der eigene handlungsleitende erziehungswissenschaftliche Theorien fehlen. Die Qualifizierung von Pädagogen in fremdwissenschaftlich orientierten Weiterbildungen zu „Gesundheitserziehern“ lässt klassisch pädagogische Fragestellungen eine untergeordnete Rolle spielen. Im Umkehrschluss ist die Gesundheitserziehung eher durch fremdwissenschaftliche Erkenntnisse geprägt. Hier begegnen uns im Praxisfeld der Gesundheitserziehung überwiegend gesundheitspsychologisch, -soziologisch sowie medizinsoziologisch geprägte Handlungsorientierungen.



Wulfhorst und Hurrelmann betonen die Notwendigkeit, gesundheitspädagogische Theorien und Forschungsansätze im Sinne einer Gesundheitspädagogik zu etablieren, um beispielsweise die didaktischen Möglichkeiten der Darstellung und Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte originär pädagogisch auszurichten (vgl. 2009, S. 15).

„Die Pädagogik ermöglicht es, die Begründung der verschiedenen Formen der Beeinflussung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zu liefern.“ (Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 14)



Sinnvoll ist in diesem Kontext eine fortwährende Koordination von gesundheitspädagogisch relevanten Forschungsarbeiten und -erkenntnissen in allen pädagogischen Teildisziplinen, um somit einen integrativen Ansatz der Gesundheitspädagogik zu sichern (Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 15).

### Übung 1.3:

In welchen Zusammenhängen Ihres beruflichen Alltages sind Ihnen Orientierungen (Perspektiven, Elemente, Ansätze) der Pädagogik und/oder der Gesundheitspädagogik bereits begegnet?



## 1.1.2 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Gesundheitswissenschaften

Aus dem international benutzten Begriff Public Health entwickelte sich in Deutschland der Terminus der Gesundheitswissenschaften. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch sind auch diese beiden Fachbegriffe nicht eindeutig belegt. Verständnis und Deutung unterliegen z.T. abweichenden Bedeutungskonstruktionen. Für die methodische Einbindung der Gesundheitspädagogik in die Gesundheitswissenschaften ist ein Basisverständnis der interdisziplinären Wissenschaftstheorie der Gesundheitswissenschaften hilfreich. Einen aktuellen definitorischen Annäherungsversuch finden wir bei Schneider (2013, S. 28), der diese Wissenschaftsdisziplin als sich noch in der Entwicklung befindend beschreibt. Während sich Old Public Health vor allem auf die Prävention von Infektionskrankheiten und Hygiene gefährdeter Bevölkerungsgruppen begrenzte, zielt New Public Health auf den integrativen Interventionsraum aus politischen, sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen aller Bevölkerungsgruppen ab. Neben den Unterscheidungen von Old und New Public Health sowie praxisrelevanten Ableitungen aus anderen Wissenschaftsfeldern bezieht sich Schneider (2013, S. 28) auf die Autoren Hurrelmann, Laaser und Razum (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 16 ff.), die im Handbuch Gesundheitswissenschaften das interdisziplinäre Handlungs- und Forschungsfeld der Gesundheitswissenschaften umfassend beschreiben:

„Wir definieren Gesundheitswissenschaften als ein Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten.“ (Hurrelmann; Razum, 2012, S. 16)

Nach drei Jahrzehnten der neuen Gesundheitswissenschaften in Deutschland und im Einklang mit der interdisziplinären internationalen Forschung stellen die Gesundheitswissenschaften einen multidisziplinären und multiprofessionellen Bereich systematisierten Wissens und empirisch wirksamer Anwendungen dar (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 24).

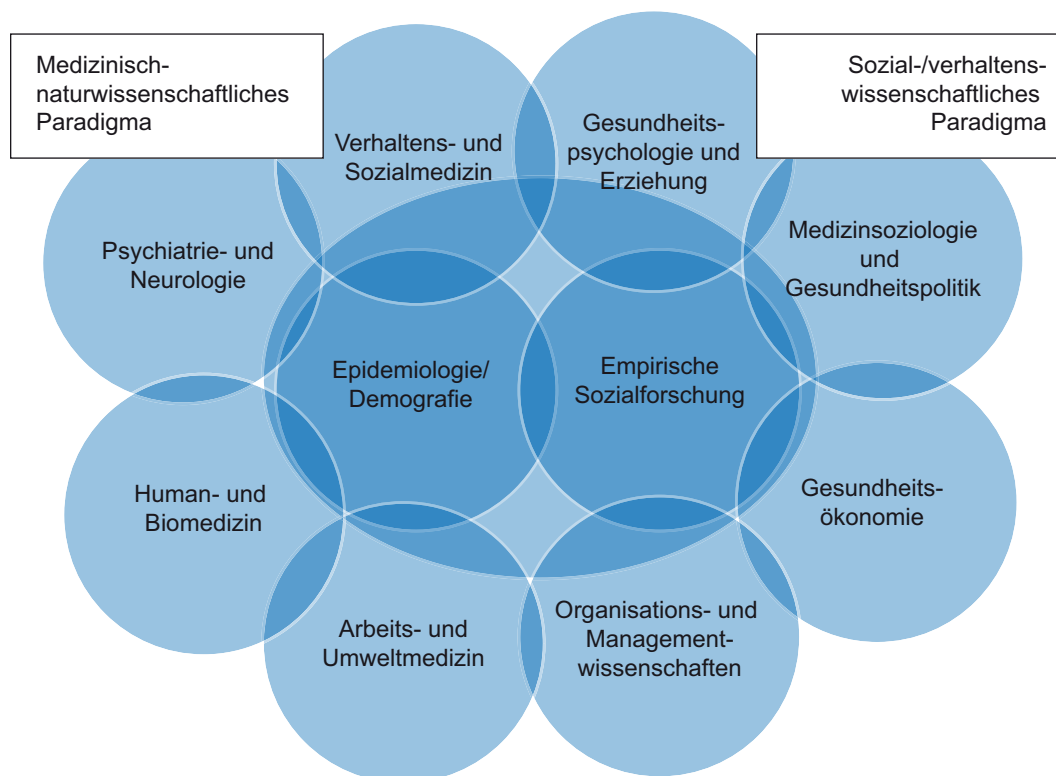


Demnach lassen sich die zentralen Fragen der Gesundheitswissenschaften folgendermaßen stellen und bieten damit die Grundlage interdisziplinärer Forschung (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 22 f.):

- Unter welchen gesellschaftlichen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen bleiben Menschen gesund?
- In welchem Interaktionsverhältnis stehen gesundheitsfördernde und krankheitsfördernde Potenziale beim einzelnen Menschen und in Bevölkerungsgruppen?
- Durch welche auf die Ausgangsbedingungen gerichteten Aktivitäten lässt sich die Prävalenz und Schwere von Krankheiten zurückdrängen?
- Welche strukturellen und organisatorischen Konsequenzen aus dem Gesundheits-Krankheits-Geschehen müssen für das Versorgungssystem und die gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensbedingungen mit gesundheitlicher Relevanz gezogen werden?
- Welche Möglichkeiten in einer aufeinander abgestimmten und verzahnten Versorgungskette von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege können ergriffen werden, um Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems zu sichern?

Auch die Gesundheitspädagogik findet in den Ableitungen dieser Fragestellungen ihre Forschungsfelder. Damit stellt sich die Gesundheitspädagogik im Wissenschaftsbezug der Erziehungswissenschaften als ein Feld methodisch-strategischer Forschung dar, welches der Zielstellung der Gesundheitswissenschaften zur praktischen Umsetzung dient.

Wie Abb. 1.2 zeigt, befindet sich im Bereich des verhaltens- und sozialwissenschaftlichen Paradigmas, gruppiert um die methodisch im Bereich der empirischen Sozialforschung verorteten Fachdisziplinen, neben der Gesundheitspsychologie und Gesundheitssoziologie u. a. auch die Erziehung (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 32). Alle Disziplinen haben inzwischen hervorragendes theoretisches und methodisches Wissen erarbeitet und immer wieder implizit oder explizit den Bezug zu den Gesundheitswissenschaften hergestellt (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 33). Hurrelmann und Razum unternehmen mit Abb. 1.2 den Versuch einer strukturierten Übersicht der involvierten Fachdisziplinen nach zwei Paradigmen, die sie um die Kerndisziplinen Epidemiologie/Demografie und empirische Sozialforschung anordnen.



**Abb. 1.2:** Die zentralen fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 32)

#### Übung 1.4:

Betrachten Sie ein Ihnen bekanntes praktisches Arbeitsfeld im Gesundheitssektor! Auf der Basis welcher Forschungsdisziplin(en) erfolgt Ihr berufliches Handeln in diesem Handlungsfeld von Gesundheit?



### 1.1.3 Gesundheitspädagogik als Theorie der Gesundheitserziehung

Im weiteren Verlauf der Ausführungen wollen wir uns dem Erkenntnisstand der Gesundheitspädagogik zuwenden und die Gesundheitspädagogik als den moderneren und deutlich umfassenderen Begriff der anwendungsbezogenen Gesundheitserziehung einordnen. Hier inbegriffene Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden folgen dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit und sind somit teoriengeleitet und überprüfbar.

„Die Gesundheitspädagogik erhebt den Anspruch, auf wissenschaftlicher Basis die Einflüsse zu analysieren und ihren Einfluss auf das reale Gesundheitsverhalten einer Person zu erfassen.“ (Schneider, 2013, S. 83)

Schneider (2013) bezieht sich hier mit dem Begriff *Einflüsse* auf die Gesamtheit der Einflüsse aller Lebenswelten des Individuums. Der Autor beschreibt die Gesundheitspädagogik als Handlungswissenschaft, die von der Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens lebt und der Zielstellung folgt, den gesundheitspädagogischen Ansatz in

alltagsnahen Situationen und Projekten anzuwenden (2013, S. 73 f.). Er vernachlässigt bei seiner Interpretation allerdings die reflektorischen Aufgabenfelder der Gesundheitspädagogik.

Auch der Begriff der Gesundheitserziehung findet heute noch Verwendung. Einige Autoren nutzen diesen älteren Begriff als Überbegriff für die praktisch stattfindenden Maßnahmen angewandter Gesundheitspädagogik. Der modernere und umfassendere Begriff der Gesundheitspädagogik ist dagegen nachvollziehbar und eindeutig mit dem Forschungsfeld der Erziehungswissenschaft und der erziehungswissenschaftlichen Reflexion verbunden (vgl. Hurrelmann; Razum, 2012, S. 738; Wulfhorst, 2002, S. 33).

„Gesundheitserziehung hat demnach meist gesundheitsschädigendes Verhalten mit Anzeichen von Störungen des Wohlbefindens zum Anlass. Sie hat das Ziel der Strukturierung von Wissen, Einstellungen und Handlungsdispositionen und den Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens. Sie folgt der Methode der systematisch aufbereiteten und didaktisch strukturierten Wissensvermittlung und Einstellungsbildung, der Anleitung zur Aufnahme und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlichen Verhaltens und der Setzung von Anreizen und Sanktionen sowie der Interaktionsstruktur der direkten, personalen Kommunikation, meist in Gruppen, oft rechtlich und institutionell verankert und verpflichtend.“ (Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 11)

Grundlegend sollten jeder praxisorientierten Programm- beziehungsweise Prozessplanung in der Gesundheitserziehung eine Zuordnung auf der wissenschaftlichen Ebene und eine methodische Verortung vorausgehen.



#### Übung 1.5:

Denken Sie einmal zurück: Können Sie sich an frühe persönliche Erfahrungen mit Strategien der „Gesundheitserziehung“ erinnern? Von welchen Akteuren und Edukatoren war diese Bildungserfahrung geprägt? Welche pädagogischen Strategien wurden in diesem Zusammenhang genutzt?

### 1.1.4 Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung als Anwendungsebenen der Gesundheitspädagogik und Gesundheitsförderung

Die wissenschaftliche Diskussion ist bezüglich der Konstrukte von „Erziehung“ und „Bildung“ entsprechend der fortwährenden gesellschaftlichen Dynamiken in steter Bewegung und Differenzierung. Verbinden wir beide Begriffe – hinsichtlich der üblichen Verwendung – mit dem Zusatz „Gesundheits-“, wird das Feld der Konsenssuchenden noch größer (vgl. Nicolaus et al., 2009, S. 13 ff.; Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 10 f.).

Aus der Sicht der modernen Gesundheitswissenschaften herrscht heute Einigkeit bezüglich der in punkto Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung zugrunde gelegten Denkmodelle. Traditionell bezogen sich die handlungsleitenden Paradigmen der Gesundheitserziehung noch klar auf das biomedizinische Modell von Gesundheit und Krankheit.

Sowohl die Gesundheitserziehung als auch die Gesundheitsbildung orientieren sich heute am salutogenen Paradigma Aron Antonowskys (vgl. Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 9; Hurrelmann; Razum, 2012, S. 40).



In den vergangenen Jahren hat sich die vormals konsequente Abwendung vom Erziehungsbegriff in der Diskussion inzwischen wieder relativiert. Die Fachexperten sind sich weitestgehend darüber einig, dass sowohl *Erziehung* als auch *Bildung* zutreffende Bezeichnungen aller gezielten Maßnahmen zur Persönlichkeitsentwicklung im pädagogischen Kontext darstellen. So konkretisieren die Autoren Wulfhorst und Hurrelmann in einer Definition den Begriff der Gesundheitserziehung wie folgt:

„Gesundheitserziehung ist die Gesamtheit der gezielten Interventionen, die über die Beeinflussung des individuellen Verhaltens des Menschen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beitragen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit festigen und einen Menschen befähigen, aktiv an der Gestaltung der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt teilzunehmen.“ (Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 14)

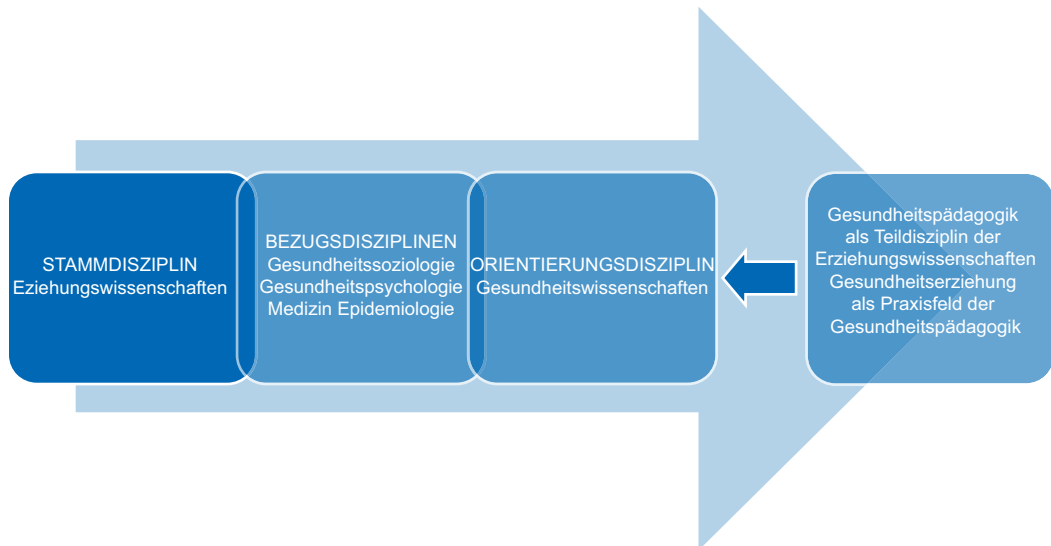
Unter der Zielstellung der Gesundheitsförderung begegnen uns in den Handlungsstrategien der Weltgesundheitsorganisation dagegen explizit sowohl charakterisierte Maßnahmen der Gesundheitsbildung als auch der Gesundheitserziehung als wissenschaftlich basierte Strategien. Neben der Verbreitung von Wissen umfassen diese Strategien und Methoden hier auch die notwendige Stärkung der Motivation, Kompetenz und das Erleben von Selbstwirksamkeit. Im „Glossar Gesundheitsförderung“ der WHO von 1998 heißt es:

„Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung umfasst bewusst gestaltete Lernmöglichkeiten, die gewisse Formen der Kommunikation einschließen und zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung (health literacy) entwickelt wurden; letztere schließt die Erweiterung von Wissen und die Entwicklung von Alltagskompetenzen (life skills) ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind.“ (WHO, 1998, S. 36)

Verschiedene Autoren (vgl. Laaser et al., 1993, S. 176 ff.) im wissenschaftlichen Publikationsfeld räumen der Gesundheitserziehung und -bildung hauptsächlich das Anwendungsfeld der Familien- und Erziehungseinrichtungen ein, während die Zielgruppe der Einzelpersonen oder der Adressaten im öffentlichen Raum in das Arbeitsfeld von Gesundheitsberatung und -aufklärung fallen. Die darunter verstandenen Maßnahmen werden als Aktivitäten klassifiziert, die sich weitestgehend auf die Informationsvermittlung beschränken (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 25 f.). Dies entspricht der früheren strategischen Orientierung am medizinischen Risikofaktorenmodell, welches für diese Maßnahmen prägend war.

Darüber hinaus lassen sich bei Wulfhorst (2002, S. 26) aber auch Erklärungen finden, die in Bezug auf die Deutung der Begriffe eine Differenzierung nach Methoden und Strategien bereithalten. Hier werden Gesundheitsaufklärung und -erziehung den *Methoden* zugeordnet und die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention als *Strategien* kategorisiert.

Die interdisziplinäre Aufgabe der Gesundheitserziehung, wenn wir sie als Praxisfeld und Handlungsraum der Gesundheitspädagogik betrachten, obliegt der Integration unterschiedlichster Theoriebezüge und Professionen. Die Abb. 1.3 zeigt einen Verortungsversuch der Autoren Wulfhorst und Hurrelmann (2009, S. 17) zur disziplinären Verankerung von Gesundheitspädagogik und Gesundheitserziehung.



**Abb. 1.3:** Disziplinäre Verortung von Gesundheitspädagogik und Gesundheitserziehung (vgl. Wulfhorst; Hurrelmann, 2009, S. 17)

Auffallend und dem im bisherigen Verlauf deutlich gewordenen Diskurs entsprechend, ist in dieser grafischen Darstellung die *Gesundheitsbildung* nicht abgebildet. Eine sinnvolle Möglichkeit, diesem Umstand zu begegnen, wäre, die Gesundheitsbildung ebenfalls als Praxisfeld der Gesundheitspädagogik auf der rechten Seite der Grafik einzuordnen.

Den wichtigsten Impuls zur Neuorientierung der Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung lieferte allerdings die Veröffentlichung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986). Häufig wurde in der Vergangenheit die Programmatik der Ottawa-Charta kritisch betrachtet. Es wird der WHO vorgeworfen, mit dem in der Charta verwendeten modernen Begriff der Gesundheitsförderung die traditionellen Konzepte und Methoden der Gesundheitserziehung nur neu überschrieben zu haben (vgl. WHO, 1986, S. 20).



#### Übung 1.6:

Recherchieren Sie die aktuellen Aufgaben und Ziele der BZgA, wie sie auf der Internetseite publiziert werden. Wie werden hier die Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung gebraucht?

## 1.2 Begriffe der Gesundheitsförderung im deutschen Bildungssystem im Rück- und Ausblick

Neben der häufig kulturell, wissenschaftlich, ethisch oder politisch geprägten Betrachtungsweise der einschlägigen Begriffe birgt auch die unterschiedliche Wortverwendung in den jeweils verschiedenen Entwicklungszeiträumen ausreichend Möglichkeiten für abweichende Interpretationen und Diskussionen. Im Kontext der Interdisziplinarität der Gesundheitswissenschaften befanden sich Wissenschaftler und Akteure in den letzten 30 Jahren fortlaufend im Prozess der Konsensfindung. Zum besseren Verständnis der in Kapitel 1.1 dargelegten Auseinandersetzung und Differenzierung der Gesundheitspädagogik erscheint es hilfreich, einen Einblick in die Historie der Entwicklung innerhalb des deutschen Bildungssystems zu geben.

### 1.2.1 Die Gesundheitspädagogik im Rückblick

Die Vielfalt der bereits aufgeführten Begriffe der Gesundheitspädagogik bildet den Gegenstand vergangener und heutiger institutionalisierter Gesundheitsbildung. Auf der Makroebene der Bundesministerien finden sich schon seit mehr als 20 Jahren Verankerungen in allen Bildungsbereichen und Bildungsstufen des deutschen Bildungssystems, die das heutige Handlungsfeld der Gesundheitsförderung mitprägten. Anwendungsfelder lassen sich vom Bereich der frühkindlichen Bildung, über alle Schulformen und Bereiche der allgemeinen und beruflichen Weiterbildung, bis hin zu spezifischen Bildungsbereichen wie der beruflichen und medizinischen Rehabilitation, Kuration und Therapie finden. Die Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung sind auch gegenwärtig in der deutschen Bildungslandschaft präsent, auch wenn uns einige Begriffe nicht mehr zeitgemäß erscheinen. Folgt man der zurückliegenden Debatte in der wissenschaftlichen Literatur, erscheint es, als sei der Begriff der Erziehung ungünstig konnotiert. Die Diskussion von Begriff und Verständnis der Gesundheitserziehung erfolgt in Deutschland spätestens seit der Reaktivierung und Neuorientierung der Gesundheitswissenschaften.

Als größtes Defizit der Gesundheitserziehung werden die implizit autoritäre Sichtweise auf das Individuum und der Mangel, sich nicht auf die komplexen Lebensweisen der Adressaten einzulassen, beschrieben (vgl. Thiele, 1987, S. 492; Haug, 1991, S. 31). Interventionsansätze der Gesundheitserziehung bezogen sich überwiegend nur auf epidemiologisch objektivierbares Verhalten auf der Basis des medizinisch-biologischen Risikofaktorenmodells. Im Zusammenhang mit der Debatte um den Erziehungsbegriff als manipulativ und bevormundend, wird auch der Terminus der Gesundheitserziehung immer wieder kritisch hinterfragt und ihre Wirkungsweise wissenschaftlich überprüft (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 105). So schreibt Hurrelmann:

„Auch empirische Überprüfungen des traditionellen Konzepts der Gesundheitserziehung kommen zu kritischen Resultaten. Mehrere Studien zur Evaluation der präventiven Arbeit in Schulen haben gezeigt, dass weder Angstappelle noch reine Wissensvermittlung Veränderungen im Verhalten der Schülerinnen und Schüler bewirken.“ (Hurrelmann, 2003, S. 105)

Durch die Aktivitäten der WHO im Bereich der Gesundheitsförderung ist der Begriff der Gesundheitserziehung spätestens seit dem Ende der 1990er-Jahre stärker vom Arbeitsfeld der Gesundheitsförderung im Setting gesundheitsfördernder Schulen geprägt. In diesem Kontext bezieht sich Gesundheitserziehung auf institutionalisierte Interventionen in den Bereichen Struktur und Kommunikation.

1993 hat das damalige Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft bei der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. das Projekt „Gesundheit und Schule“ in Auftrag gegeben. Dieses Projekt zielte auf die Entwicklung eines für alle Bildungsbereiche geltenden Konzeptes zur Gesundheitsbildung ab. Strukturierte Empfehlungen wurden 1994 für folgende vier Bereiche etabliert (vgl. Brößkamp, 1994):

- Gesundheitsförderliche Gestaltung und Weiterentwicklung der einzelnen Schule
- Empfehlungen für den unterrichtlichen Bereich
- Empfehlungen für den Bereich „Öffnung der Schule“
- Empfehlungen in Bezug auf Schlüsselgruppen (Lehrerschaft, Schulleitung, Schulaufsicht, Bildungspolitiker)

Die Empfehlungen zur Realisierung des Konzeptes waren angelehnt an die Leitgedanken der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986). Darüber hinaus wurden die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften berücksichtigt, die von einem bio-ökopsycho-sozialen Modell der Entstehung von Gesundheit ausgehen (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 153 f.).

Im Rahmen dieser Entwicklung erfolgte eine Modifikation der verwendeten Begriffe. Die *Gesundheitsbildung* wird im Sprachgebrauch institutionsbezogener Maßnahmen als geeigneter betrachtet und daher öfter verwendet als der Begriff der Gesundheitserziehung. Nach Knörzer zielt Gesundheitsbildung darauf ab,

"(...) das Gesundheitspotenzial bzw. die Aufbaufaktoren von Gesundheit in allen Dimensionen des Menschseins zu fördern und zu entwickeln und dabei auch die gesellschaftlichen Strukturen, besonders im Hinblick auf ihre krankmachenden und gesundheitsfördernden Strukturen kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls Möglichkeiten zu ihrer Veränderung zu entwickeln. Der Gesundheitsbildner unterstützt diesen Prozess, indem er Impulse zur Weiterentwicklung gibt, aber auch festgefahrene Meinungen und Verhaltensweisen in Frage stellt. Es werden keine allgemeingültigen Verhaltensvorschriften gegeben, wie eine gesunde Lebensführung auszusehen hat, sondern Anregungen zum Finden und Erspüren eines persönlichen Weges zur Gesundheit.“ (Knörzer, 1994, S. 21)

In der Tab. 1.1 sind die Gesundheitsbildung und die Gesundheitserziehung zum Zeitpunkt der Etablierung des Überbegriffes der Gesundheitsbildung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung herausgestellt und nach verschiedenen Aspekten kontrastiert. Der auch zu diesem Zeitpunkt schon vorliegende konzeptionelle und methodische Vorteil der Gesundheitsbildung gegenüber der Gesundheitserziehung ist deutlich nachvollziehbar.



**Tab. 1.1:** Vergleich zwischen traditioneller Gesundheitserziehung und moderner Gesundheitsbildung (vgl. Knörzer, 1994, S. 21)

Merkmale	Traditionelle Gesundheitserziehung	Moderne Gesundheitsbildung
<b>Paradigma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Krankheit im Sinne des biomedizinischen Modells</li> <li>• Risikofaktorenorientierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsorientierung</li> <li>• Ausrichtung an salutogenetischen Faktoren</li> <li>• ganzheitliches Menschenbild</li> <li>• wertschätzende Kommunikation</li> </ul>
<b>Verhältnis Lehrender – Lernender</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenzgefälle</li> <li>• Wissensvorsprung wird an den Klienten weitergegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenverantwortung des Klienten</li> <li>• Unterstützung des Prozesses zur gesunden Lebensführung durch Impulse zur Weiterentwicklung</li> </ul>
<b>Mittel und Methoden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information, Aufklärung zu allgemeingültigen Verhaltensweisen</li> <li>• Führung, Belehrung, Vorschrift, Fremdbestimmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipation, soziales Lernen</li> <li>• Anregungen zum Erlernen eines persönlichen Weges</li> <li>• Eigenverantwortlichkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung</li> </ul>
<b>Ziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhütung von Krankheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitspotenziale beziehungsweise Aufbaufaktoren für Gesundheit fördern</li> <li>• Stärkung der natürlichen Selbstheilungskräfte</li> <li>• selbstbestimmtes Handeln (Hilfe zur Selbsthilfe)</li> </ul>
<b>Dauer des Prozesses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss mit dem Erreichen des Zieles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozess lebenslangen Lernens und Reflektierens</li> </ul>

### 1.2.2 Gesundheitspädagogik im expandierenden Wirtschaftssektor

Betrachten wir rückblickend die Entwicklung des gesundheitsbezogenen Bildungsbereichs an den Hochschulen und Universitäten, ging es im Wesentlichen um zwei Schwerpunkte. Zum einen erfolgte die Implementierung der Gesundheitsförderungsideen in der Hochschule als Strategie der Förderung ihrer Akteure und zum anderen ging es um die Integration der Gesundheitspädagogik als Studieninhalt in den Bereichen Lehrerbildung, Public Health, Pädagogik, Sozialpädagogik, Medizin, Pflegewissenschaften und anderer humanwissenschaftlicher Studiengänge (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 156 f.). Im

Zusammenhang mit der Frage nach der Sicherung der gesundheitspädagogischen Konzepte im bundesdeutschen Bildungssystem war vor allem die Frage expliziter Studienangebote relevant.

„(...) denn ohne Institutionalisierung entsprechender Angebote ist auch keine (Weiter-)Entwicklung von zum größten Teil noch ausstehender wissenschaftlicher Expertise zur Gesundheitspädagogik und keine Qualifizierung von Professionellen für das Praxisfeld Gesundheitserziehung möglich.“ (Wulfhorst, 2002, S. 158)

Mit der Expansion des Wirtschaftssektors Gesundheit und der Anpassung von Aufgaben und Zielstellungen erfolgte in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine regelrechte Explosion diverser einschlägiger Professionen und Berufe sowie deren institutionalisierte Verankerung als Aus- oder Fortbildungsangebote in Bildungseinrichtungen. So zeigt sich für den Verbraucher der „Gesundheitsmarkt“ ebenso wenig transparent, abgegrenzt und strukturiert, wie der der Professionen und Tätigkeitsbereiche (vgl. Pundt, 2012, S. 1105). Vergleichbares gilt ebenso für den Markt der „Gesundheitsbildungsangebote“. Die Expansion des Marktes „Gesundheit“ erzeugt anhaltend eine Expansion von Qualifizierungs- und Weiterbildungsangeboten im Bereich der Gesundheitsbildung. Diese Entwicklung betrifft vor allem den Bereich der Erwachsenenbildung. Eine Expansion lässt sich gleichermaßen in der akademischen Ausbildung, gekennzeichnet durch zunehmende Akademisierungsbestrebungen, sowie im Bereich der beruflichen Weiter- und Ausbildung feststellen.

Seit 1997 das ehemalige Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) den Baustein „Allgemeine Weiterbildung und Gesundheit“ im Rahmen des Konzeptes „Gesundheit und Schule“ vorlegte, hat sich dieser Bereich heterogen und differenziert, aber strukturiert entwickelt (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 163). Der Baustein „Allgemeine Weiterbildung und Gesundheit“ forderte damals den Aufbau eines Systems von Gesundheitserziehungs- und Gesundheitsbildungsangeboten für alle Lebensphasen und -situationen. Als wichtigste Vertreter der allgemeinen Weiterbildung in Deutschland beschreibt Wulfhorst die Volkshochschulen und den Erwachsenenbildungsbereich der Kirchen, welche schon 1992 mit den Angaben zu einschlägigen Angeboten wie auch deren Inanspruchnahmen beeindruckten (vgl. BMBF, 1997). Orientiert an der Ottawa-Charta der WHO (1986) und unter Berücksichtigung des Modells der Salutogenese, werden vom BMBF folgende Determinanten von Gesundheit im Erwachsenenalter explizit benannt (vgl. BMBF, 1997, S. 37 ff.):

- Gesundheit und Alter(n)
- Umgang mit Krankheit
- Umgang mit Sterben und Tod
- Gesundheit, Krankheit und soziale Benachteiligung

Neben diesen thematisch-inhaltlichen Bezügen entwickelte das Bundesministerium außerdem zusätzlich folgende Empfehlungen im institutionellen Zusammenhang:

#### a) Die Anbieter

Hier ist im Sinne einer Profilierung die Ausrichtung der Maßnahmen und die der aktuellen Entscheidungsprozesse unter Berücksichtigung des gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstandes gemeint. Die Entwicklung von Kooperationen zwischen den Anbietern, mit Transparenz zur kritischen Reflexion von Methoden der

Erwachsenenbildung und Lernpsychologie, liegt ganz im Sinne expliziter gesundheitspädagogischer Aufgaben. Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung soll insbesondere Bevölkerungsgruppen erreichen, die bisher nicht von der Gesundheitsbildung erreicht werden. Mit der Forderung nach Effizienz und Effektivität rücken zunehmend Qualitätssicherungskriterien ins Blickfeld (vgl. BMBF, 1997, S. 114; Wulfhorst, 2002, S. 165).

#### b) Die Angebote

Hier sind vor allem Angebotsformen gemeint, die neben der Erreichbarkeit für schwer zugängliche Zielgruppen eine insgesamt gesundheitsförderliche Gestaltung berücksichtigen. Der Aspekt der „aufsuchenden Gesundheitsbildung“ ist hier ebenso verankert wie der Selbsthilfegedanke in der Bildungsarbeit. Gesundheitsbildungsangebote sollen in den Settings abgestimmt und verzahnt sein (vgl. BMBF, 1997, S. 118).

#### c) Die Qualifikation des Personals

Hier wird eine gezielte Ausweitung und Weiterentwicklung der haupt- und nebenberuflich Tätigen gefordert. Gemeint sind hier gleichermaßen erwachsenenbildungsspezifische und methodische wie auch konkret gesundheitsbezogene Kompetenzen (vgl. BMBF, 1997, S. 122; Wulfhorst, 2002, S. 166).

#### d) Die Aspekte der Organisationsentwicklung

Hier beziehen sich die Empfehlungen auf eine systematische Dokumentation der Gesundheitsbildungsarbeit und deren planmäßige Evaluation unter Beteiligung der Akteure und Experten, innerhalb und außerhalb der Organisation (vgl. BMBF, 1997, S. 126).

Rückblickend berücksichtigten auch diese Empfehlungen den zu diesem Zeitpunkt aktuellen Wissensstand der Gesundheitswissenschaften. In diesem Kontext hat die gesundheitspädagogische Forschung einen grundlegenden Beitrag geleistet. Durch die Implementation dieser Empfehlungen des Bundesministeriums in den Arbeitskontext der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung wurde die Entwicklung eines Konzeptes der Gesundheitspädagogik auf eine wissenschaftliche Ebene befördert (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 167).

### 1.2.3 Perspektiven und Paradigmenwechsel in der Gesundheitspädagogik

Im Zuge aktueller gesundheitspädagogischer und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse werden die Strategien, Handlungsorientierungen und Förderrichtlinien auf der Bundesebene kontinuierlich aktuellen Wissensbeständen angepasst (vgl. BMG, 2014).

#### Beispiel 1.1:

„Das BMBF fördert bis 2018 fünf ‚Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen‘. Eine interdisziplinäre Expertenjury wählte herausragende regionale Netzwerke aus, die präventive und soziale Konzepte für mehr Lebensqualität und Gesundheit entwickeln und erproben wollen. Die Ergebnisse sollen zukünftig als Modell für andere Regionen in Deutschland dienen. Das BMBF stellt für die Umsetzung der Konzepte insgesamt 20 Millionen Euro zur Verfügung.“ (BMBF, 2014a)





### Beispiel 1.2:

„Der Volksmund scheint es zu wissen: Vorbeugung ist die beste Medizin. Den Fragen, warum und in welchem Maße Prävention hilft, die Gesundheit und Lebensqualität des Menschen zu verbessern, widmet sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung bereits seit dem Jahr 2003 in einem eigenen Förderschwerpunkt. (...) Die Entwicklung von Instrumenten, Methodiken und innovativen Konzepten zur Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung ist dringend notwendig. Im Jahre 2003 hat das BMBF deshalb einen Förderschwerpunkt zur Präventionsforschung etabliert. Zunächst wurden innovative Vorhaben der interdisziplinären, anwendungsorientierten Präventionsforschung gefördert, die sowohl die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen als auch die Evaluation und Qualitätssicherung dieser Maßnahmen anstreben. Zielgruppen der Maßnahmen und Analysen dieser Bekanntmachung sind Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene im mittleren Lebensalter. (...) An den Forschungsvorhaben sind Trägerorganisationen der primären Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, die die Durchführung der Maßnahmen und deren Umsetzung in die Breite gewährleisten. Weitere Bekanntmachungen sind geplant. Insgesamt stellt das BMBF rund 20 Millionen Euro für die Präventionsforschung zur Verfügung.“ (BMBF, 2014b)

Gegenwärtig und zukünftig wird die Gesundheitspädagogik durch das moderne systemische Verständnis des Bindungsgefüges unserer Lebensumstände geprägt. Dieses hat seinen Ursprung in der Biologie und Kybernetik, wird im Bereich der Erkenntnistheorie diskutiert und in der Soziologie als Systemtheorie umfassend beforscht. Das systemische Verständnis eröffnet auch für die Gesundheitspädagogik neue Möglichkeiten des Verstehens und Anwendens (vgl. Schneider, 2013, S. 88). Jeder systemische Ansatz bezieht sich dabei nicht mehr nur auf ein einzelnes Phänomen (oder den Träger eines Symptomes), sondern betrachtet das ganze System der Zusammenhänge, Rahmenbedingungen und Umstände. Einzelphänomene stellen dabei Hinweise auf die Gefährdung des Gesamtsystems dar. Davon ausgehend sind Einzelinterventionen im Bereich des Individuums immer mit einer reflexiven Auswirkung auf das System verbunden. Das systemische Denken macht darüber hinaus leichter verständlich, warum die Übernahme eines gewünschten Gesundheitsverhaltens nach pädagogischer Intervention nicht wie automatisch erfolgt (vgl. Schneider, 2013, S. 89 f.).

Aus systemischer Sicht stellen konstruktivistische Lernmethoden (wie z.B. *partnerschaftliches Lernen* und *Teamteaching*) sowie organisationsbezogene Ansätze (wie z.B. der *Settingansatz* und die *Organisationsentwicklung*) Erfolg versprechende Herangehensweisen gesundheitspädagogischer Interventionen dar, wenn sie soziale Beziehungsnetze ebenso berücksichtigen wie ökonomisch-ökologische Faktoren.

Abb. 1.4 vereinfacht das komplexe systemische Wirken der personenbezogenen, anthropologischen Faktoren sowie der sozialen und umweltbezogenen Bedingungen.



**Abb. 1.4:** Mögliche systemische Zusammenhänge des Gesundheitsverhaltens (vgl. Schneider, 2013, S. 90)

Die Wirkräume von gesundheitspädagogischen Interventionen werden systemisch in primären (z.B. Herkunft und Ursprungsfamilie) und sekundären Netzwerken (z.B. soziale Umwelten) zusammengeführt (Schneider, 2013, S. 90).

## Zusammenfassung

Wie immer wieder in Kapitel 1 dargestellt, ist eine einheitliche Systematisierung der Begriffe der Gesundheitspädagogik zwar wünschenswert, aber schwer zu realisieren. So erklären sich die andauernden, aktuellen und zurückliegenden wissenschaftlichen Debatten der beteiligten Disziplinen, die sich sowohl noch in der Diskussion als auch in der Konsensfindung befinden. Die Vielzahl der Zuordnungs- und Systematisierungsversuche können als Konstrukte der wissenschaftlichen Erkenntnisbestrebungen beschrieben werden.

Betrachten wir die Einordnung der Gesundheitspädagogik in unterschiedliche Bezugssysteme, wie z.B. das der Erziehungswissenschaften, sind die vorliegenden Systematisierungen für die Anwendungspraxis hilfreich. Als Teildisziplin der Pädagogik postuliert die Gesundheitspädagogik die Notwendigkeit, gesundheitspädagogische Theorien und Forschungsansätze zu entwickeln und zu etablieren, um die didaktischen Möglichkeiten der Darstellung und Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte stringent pädagogisch auszurichten.

Die Gesundheitspädagogik analysiert auf wissenschaftlicher Basis die Einflüsse auf gesundheitsrelevantes Verhalten und die pädagogischen Möglichkeiten, auf das reale Gesundheitsverhalten einer Person Einfluss zu nehmen.

Als eine Quelle gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse hat sich die Gesundheitspädagogik analog zu anderen Wissenschaftsdisziplinen etabliert und somit auch eine Zuordnung in den modernen Gesundheitswissenschaften gefunden, die sich als interdisziplinäres Wissenschaftsfeld darstellen.

Einem sozial-/verhaltenswissenschaftlichen Paradigma folgend, kann die Gesundheitspädagogik, im Kontext der Erziehungswissenschaften, der Forschungsmethodik der empirischen Sozialforschung zugeordnet werden.

Die Termini Gesundheitspädagogik, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung werden in der Praxis der Gesundheitsförderung häufig synonym verwendet. Dabei stellt der Begriff der Gesundheitspädagogik in der wissenschaftlichen Forschung eine übergeordnete Struktur im erziehungswissenschaftlichen Kontext dar. Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung fokussieren dagegen eine programmatische Orientierung im Kontext spezifischer Interventionen. Auf der Grundlage dieser Begriffssystematik werden in der Gesundheitsförderung die Strategien der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsbildung unterschieden. Im Kontext der Handlungsstrategien der Ottawa-Charta der WHO sind die wissenschaftlich basierten Strategien der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung als eindeutig (gesundheits-)pädagogische Maßnahmen etabliert. Diese Strategien und Methoden umfassen neben der Verbreitung von Wissen auch die notwendige Stärkung der Motivation, der Kompetenz und des Erlebens von Selbstwirksamkeit von Individuen und Gruppen.

Im Rahmen der institutionalisierten Bildung in Deutschland hat die Gesundheitspädagogik einen dynamischen Weg genommen und sich fortwährend den aktuellen Wissensständen angepasst. Heute begegnen uns in diesem Bereich Programmatiken, Leitgedanken und Förderprogramme, die gesundheitspädagogische Methoden und Zielstellungen integrieren. In diesem Zusammenhang werden innere und äußere Umstände der Beteiligten und ihre Bezugssysteme berücksichtigt. Mit dem Ziel der höheren Effizienz und Wirkkraft folgt die moderne Gesundheitspädagogik zunehmend systemischen Denkmodellen und passt ihre Strategien und Handlungsorientierungen dem Denken in systemischen Zusammenhängen an.

### **Aufgaben zur Selbstüberprüfung**

- 1.1 Rekapitulieren Sie die Begriffe Erziehung, Bildung und Sozialisation nach ihrer Bedeutung.
- 1.2 Ordnen Sie die Gesundheitspädagogik auf der Grundlage ihrer (wissenschaftlichen) Aufgaben in den Bereich der Gesundheitswissenschaften ein!
- 1.3 Welche Merkmale der Gesundheitserziehung führen unter dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung zu einer eher kritischen Betrachtung?