

B Stand der Forschung

Empirische Studien zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden in immer kürzeren Abständen durchgeführt. Die in der Öffentlichkeit thematisierten physischen und psychischen Probleme der Schulkinder bieten vielfältige Anlässe, Erhebungen und Befragungen zu veranlassen, um Vermutungen und Erkenntnisse zu belegen. Eine Auswahl dieser Studien soll im Folgenden erläutert werden.

B.1 Studien zum Ernährungsverhalten

Viele der aktuellen Studien befassen sich mit Teilbereichen der Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Eine besondere Rolle spielen dabei Studien zum Ernährungsverhalten von Kindern. Dieses Thema steht aktuell in einem besonderen gesellschaftlichen Fokus: Das Bild des übergewichtigen Deutschen und des dicken Kindes zeigt sowohl die alarmierende Problematik der Überernährung in unserem Land als auch die populistische Hysterie, die verschiedene Interessengruppen zu streuen versuchen. Aufgabe der Wissenschaft ist es, die Problematik objektiv zu analysieren und wirkungsvolle Empfehlungen auszusprechen.

Unabweisbare Tatsache ist, dass viele Bundesbürger bezüglich ihrer Ernährung über ihre Verhältnisse leben. Zwei Drittel aller deutschen Männer gelten mittlerweile als zu dick (vgl. Neue Westfälische 2007). Gemäß Auskunft des Statistischen Bundesamtes sind 48% der männlichen Deutschen übergewichtig, knapp 19% gar fettleibig (adipös). Die am Body-Mass-Index (BMI) orientierten Werte weisen die Bundesrepublik somit als schwergewichtigste Nation in Europa aus.

Das Problem betrifft aber nicht nur Erwachsene, sondern findet seine Ursache oftmals bereits im Kindes- und Jugendalter. Das *Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD)* stellt in einer Erhebung im Jahr 2006 fest, dass bei den Schuleingangsuntersuchungen in Ostwestfalen-Lippe im selben Jahr 4,5 % der Mädchen und 5,1% der Jungen bereits unter Adipositas leiden (vgl. lögD 2006, S. 4). Im Kreis Lippe liegt dieser Wert mit 3,7% (Mädchen) bzw. 4,6% (Jungen) unter dem regionalen Schnitt, im Kreis Gütersloh hingegen mit 4,6 bzw. 4,8% in etwa im OWL-Schnitt. So ist jedes zwanzigste Kind betroffen und in jeder Schulklasse mit einem adipösen Kind zu rechnen.

Die *Donald-Studie* (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Study) des Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund bezeichnet eine Langzeituntersuchung, die seit 1985 Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr begleitet und ihr Ernährungsverhalten evaluiert (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW 2002, S. 23).¹ Der große Erhebungszeitraum bietet eine gute Möglichkeit, Ernährungsentwicklungen bei Kindern

¹ Der Begriff der Evaluation in der Pädagogik besagt, dass eine Bewertung von Daten nicht nur auf tatsächlich Vorgefundenes basiert, sondern auch die pädagogischen Zielsetzungen zu legitimieren. Programme und Konzepte können somit weiterentwickelt und für die Praxis ausgestaltet werden (vgl. Wulfhorst, 2002, S. 194).

und Jugendlichen nachzuzeichnen und entsprechende Interventionen zu planen. Wichtige Ergebnisse der Messdaten sind die hohe Aufnahme tierischer Fette, das Vermeiden von Vollkornprodukten und der bevorzugte Verzehr fettreicher Vollmilch (vgl. ebd.).

Jedoch sind die Ursachen von Ernährungsproblemen nicht nur im Bereich von Überernährung zu finden. Eine Studie von *Sommer, Altenstein, Kuhn und Wiesmann* erörtert u.a. den Anteil von Schülern, die ohne Frühstück in die Schule kommen. Unter knapp 3000 Probanden lag der Wert im Grundschulalter dabei zwischen 4 und 12%, wobei er in den Klassen 3 und 4 höher liegt (vgl. 2006, S. 23). Dieser Trend setzt sich in den weiterführenden Schulen fort. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich das Thema Mangel- und Unterernährung mit zunehmendem Kindes- und Jugendalter verschärft. Das Bundesernährungsministerium behauptet zu diesem Aspekt sogar, dass nach seinen Ermittlungen jedes vierte Kind morgens ohne Frühstück das Haus verlässt.²

Die hohen Prozentwerte, Über- und Unterernährung betreffend, führen zur Frage, inwieweit die Verbraucher und die, die es werden sollen, über angemessene Kompetenzen im Bereich Ernährung verfügen. Eine Emnid-Umfrage im Auftrag des Magazins *Zeit-Wissen* ergab 2006, dass nahezu die Hälfte der Deutschen bezüglich der Gestaltung einer gesunden Ernährung ahnungslos sind.³ Dabei ist nicht nur mangelndes Interesse ausschlaggebend, sondern gleichfalls eine verwirrende Informationspolitik verschiedener Gesundheits-Institutionen, die den Verbraucher mit Widersprüchen und täglich neuen Ernährungs-Tipps überhäufen.

Die Universität Paderborn hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Verbraucherbildung zu evaluieren und zu optimieren. In Kooperation mit dem *Bundesministerium für Verbraucher, Ernährung und Landwirtschaft* wurden zwischen 1999 und 2001 umfangreiche Studien bezüglich der Ernährungsbildung in Schulen unternommen (vgl. Hesecker und Beer 2004, S. 243). Das daraus entstandene EiS-Projekt (Essen in Schulen) analysierte Lehrpläne und Schulbücher und führte Befragungen mit Lehrern durch. Die Forschung ergab, dass sowohl die Aus- und Weiterbildung des Personals als auch „die curriculare Ausgestaltung der Ernährungs- und Verbraucherbildung (...) erheblich in Qualität und Quantität differieren“ (ebd.). Als Empfehlung rieten die Autoren die Ausgestaltung eines angemessenen Curriculums für die Primarstufe und die Verbesserung der Fachkräfteausbildung und -weiterbildung (ebd., S. 244).

Eine in der Ernährungsbildung wenig evaluierte Kategorie betrifft das Trinkverhalten. Auch zu diesem Bereich sind seitens der Uni Paderborn Forschungstätigkeiten unternommen worden.⁴ Im Rahmen der *Trinx-Kampagne* zur Förderung des Trinkverhaltens von Schülern wurde 2002 u.a. an 107 Grundschulen die Zusammensetzung der täglich eingenommenen Getränke der Kinder ermittelt. Kinder im Grundschulalter mögen demnach Milch (40%), Mineralwasser (26%), Kakao (23%) und

² http://www.bmelv.de/cln_045/nn_749972/DE/12-Presse/Pressemitteilungen/2007/174-Fruehstueck.html__nnn=true
Zugriff vom 21.03.2008)

³ http://www.wellnessverband.de/news/060819_ernaehrungahnungslos.php (Zugriff vom 08.09.2006)

⁴ http://www.trinx.info/content.php?navigation=navigation_trinx.php&seite=trinx/downloads.php&ruebrik=4 (Zugriff vom 09.04.2007)

Tee (21%).⁵ Trotz einer Bevorzugung gesunder Lebensmittel sind die Werte zuckerhaltiger Getränke bedeutend. Kakao wird von jedem vierten Kind konsumiert, Eistee von jedem sechsten.

Die Werte stehen in deutlichem Widerspruch zu den Daten des Forsa-Instituts, das für die Initiative „Trinken im Unterricht“ im Jahr 2007 Eltern gefragt hat, welche Getränke sie für ihre Kinder favorisieren. Das Ergebnis sagt aus, dass rund drei Viertel aller Erziehungsberechtigten Mineralwasser als optimales Getränk für ihre Kinder bezeichnen.⁶ Zu hinterfragen gilt an dieser Stelle, ob sich die Auffassungen von 2002 bis 2007 derart signifikant verändert haben oder die Einschätzungen der Eltern nicht mit den Präferenzen ihrer Kinder konform gehen. Für beide Vermutungen gibt es derzeit keine aussagekräftigen Forschungsbelege.

B.2 Studien zum Bewegungsverhalten

Zum Bewegungsverhalten der Menschen in der Bundesrepublik sind unzählige Forschungsarbeiten verfügbar. An dieser Stelle soll keine Rekapitulation der derzeitigen Bewegungsdebatte in Medien, Politik oder Sportwissenschaft vorgenommen werden. Angemerkt werden sollen jedoch die Erkenntnisse des *Robert-Koch-Instituts*, das 2004 die Forschungsergebnisse mehrerer umfassender Studien zum Punkt Bewegung zusammengefasst hat und bei Grundschulern deutliche Mängel hinsichtlich der „Gesamtkörperkoordination (...) in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen (auditiv, taktil, visuell) [und des] Rückgang[s] (...) großräumige[r] Bewegungserfahrungen im Spielverhalten der Kinder und [der] Verschlechterungen der Ausdauer“ (Robert-Koch-Institut 2004, S. 74) feststellte. Die Folgen wie Haltungsschäden, fehlendes Körpergefühl und mangelndes Geschick sind für die Kinder sowohl in physischer als auch psychischer Hinsicht enorm. Auffällig ist dabei jedoch, dass die ausgewerteten Studien zumeist in der Sekundarstufe I stattfanden und die Grundschule aus dem Erkenntnisprozess praktisch ausgeschlossen war.

Geradezu verwunderlich wirken in diesem Zusammenhang Ergebnisse, die eine durch repräsentative Studie im Auftrag der Zeitschrift *Reader's Digest* 2007 erzielt wurden. Diese besagt, dass die Bundesbürger mehr Initiative für ihre Fitness ergreifen als alle anderen europäischen Nachbarn (vgl. *NWgesund* 2007, S. 15). Mehr als 40% der Deutschen sind demnach in den vergangenen 12 Monaten sportlich aktiv gewesen und tun aktuell etwas für ihre Gesundheit.

B.3 Studien zum psychischen Wohlbefinden

Der mentale und geistige Zustand verschiedener Bevölkerungsgruppen ist in der Vergangenheit häufig evaluiert worden und auch aktuell im Fokus der Wissenschaft. Das psychische Wohlbefinden

⁵ Mehrfachnennungen möglich

⁶ <http://www.trinken-im-unterricht.de/> (Zugriff vom 09.04.2007)

von Kindern und Jugendlichen wird im Rahmen der Gesundheits- und Wellnessbildung deutlich weniger untersucht.

Dass hier über ein ungemein wichtiges Gesundheitsfeld gesprochen wird, zeigt eine Studie des Max-Planck-Instituts, die feststellt, dass heute „jeder vierte Deutsche zwischen 18 und 65 Jahren einen Behandlungsbedarf gegen psychische Störungen ausweise“ (Nahrstedt, Boetzel, Diedrichsen und Schlichting 2005, S. 52). Die besondere Bedeutung von Wellness auf den Erhalt des Sozialgefüges und des psychischen Wohlbefindens wird zwar von den Autoren aufgenommen, jedoch nicht in einer Studie belegt. Ebenso bleibt die Frage offen, warum trotz der alarmierenden Zahl psychischer Störungen eine wirksame Intervention vor dem 18. Lebensjahr ausbleibt. Einen Hinweis darauf kann die Forschungsarbeit von Schubert und Strotmann geben, die 2006 mittels einer Anfrage bei allen nordrhein-westfälischen Kurorten feststellten, dass Kinder und Jugendliche derzeit nicht als Wellness-Konsumenten wahrgenommen und keine entsprechenden Angebote im physischen oder sozialen Bereich bereitgestellt werden (vgl. Schubert und Strotmann 2005, S. 19).

Doch auch im Elternhaus liegen Gründe für psychische Schwierigkeiten der Kinder. Die Degenerierung des Sprachverhaltens findet nicht selten ihre Wurzeln in nicht mehr existierender Kommunikation zwischen Eltern und Kind und im Verwenden der elektronischen Medien als Ersatz für Reden und Zuhören. Die fehlenden Sprechsituationen wirken sich entsprechend aus. Die Tatsache, dass ein bedeutender Anteil der vier- bis sechsjährigen Kinder Defizite im Sprachverhalten hat, ist keine Erkenntnis aus dem Delfin-Test-Prozess, sondern bereits im Jahr 2000 erkannt worden. Die Universitätsklinik für Kommunikation in Mainz stellte seinerzeit fest, dass nahezu ein Viertel der Kinder der zuvor genannten Altersgruppe „sprachentwicklungsgestört“ ist (vgl. Bilger und Petersen 2000, S. 145).

B.4 Ganzheitliche Studien der Gesundheits- und Wellnessbildung

Studien, die in ganzheitlicher Form Gesundheitsphänomene junger Menschen evaluieren, sind facettenreich nachweisbar. Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen stellt heute ein bedeutendes und strategisch wichtiges Thema in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft dar. So gibt es eine Vielzahl von Trägern, die empirische Studien über den gesamten Wohlbefindenzustand von Schülern initiieren.

Internationale Studien weisen auf den sich verschlechternden Gesundheitszustand junger Menschen. Die WHO ermittelte in einer Untersuchung, dass in den westlichen Industrienationen bereits zehn Prozent der Kinder bis 15 Jahren arteriosklerotische Veränderungen aufweisen (vgl. Brendanschmittmann-Stiftung 1987, S. 9). Auch wenn diese Daten bereits älteren Datums sind, zeigen sie Aktualität. Die Einflussfaktoren auf Arteriosklerose - erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Übergewicht und Nikotingenuss - sind auch heute Einflussfaktoren auf die Gesundheit junger Menschen.

Bestätigt wird beispielsweise die erhöhte Zahl übergewichtiger Menschen in Deutschland durch die *OECD-health-data 2006*, die 57,1% aller Bundesbürger als übergewichtig bzw. fettstüchtig ausweist.⁷

Die besondere Rolle des Elternhauses für die Gesundheit junger Menschen belegt die *Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC)*, die 2004 seitens des WHO Regional Office for Europe veröffentlicht wurde. Die Studie weist das Elternhaus als wichtigsten Einflussfaktor für gesundheitliche Entwicklung aus:

„The family is possibly the most important context for the development of the young child, the context in which social behaviour and attitudes are first adopted. Some consider it the most important setting in which health-related concepts emerge“ (WHO 2004, S. 26).

Die HBSC-Studie zeigt darüber hinaus u.a. wichtige Hinweise zum gewandelten Ernährungsverhalten. Zwar sagen etwa 75% der 11- bis 15-Jährigen in Deutschland aus, täglich frisches Obst zu sich zu nehmen, im Gegenzug ist der tägliche Verbrauch von Kartoffelchips auf nahezu 20% und der Süßigkeiten auf ca. 50% gestiegen (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW 2002, S. 23).

Auf nationaler Ebene wird somit nicht minder aktiv das Thema der Gesundheitsförderung und -bildung evaluiert. Ein Auslöser der neuen Aufmerksamkeit war u.a. eine Studie der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen Ende der Neunziger Jahre. Diese verriet eine dramatische Gesundheitsentwicklung unter jungen Menschen und belegte, dass „nur 10% der Jugendlichen völlig gesund“ sind (Nahrstedt et al. 2005, S. 110). Falsche Ernährung und der unkontrollierte Konsum von Drogen und elektronischen Medien sind dafür ebenso Ursache wie reduzierte Bewegungszeiten. Die Folgen sind absehbar und trotzdem in ihrer Härte noch nicht vorstellbar. „Dicke Jugendliche sind meist auch dicke Erwachsene“ (ebd., S. 111). Die Explosion der Gesundheitskosten aufgrund einer selbstverursachten Übergewichtsepidemie werde künftig eine unlösbare Aufgabe für unser Gesundheitssystem darstellen.

In der Bundesrepublik wurde dieses Dilemma in den vergangenen Jahren durch weitere Untersuchungen bestätigt. Die KIGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) des Robert-Koch-Instituts untersuchte zwischen 2003 und 2006 das Gesundheitsverhalten von Schülern hinsichtlich physischer und psychischer Krankheiten, Ernährung und Bewegung. Eine detaillierte Auswertung liegt derzeit noch nicht vor.

Eine umfangreich angelegte Studie ist durch die Kooperation der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und der Illustrierten Stern im Jahr 2006 gestartet worden. Sie untersuchte das Gesundheitsverhalten gesamter Familien hinsichtlich Ernährung, Bewegung und „psychosozialer Anpassung“,

⁷ http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (Zugriff vom 29.06.2007)

wozu eine positive Lebenseinstellung und ein gesundes Selbstwertgefühl gehören (vgl. Ravens-Sieberer, Wille und Settertobulte 2006, S. 13f.). Ziel der Erhebung war die Entwicklung von Ratschlägen für die Gesundheitserziehung von Kindern (vgl. ebd., S. 2), wobei die gewonnene Datenmenge durchaus auch Ergebnisse über das Erwachsenenalter liefern können. Konkrete Veröffentlichungen zu den Ergebnissen liegen derzeit noch nicht vor.

Dass neben Ernährung und Bewegung auch die psychosozialen Faktoren in das Bewusstsein der Gesundheitswissenschaftler gerückt sind, zeigt die Ganzheitlichkeit von Gesundheit. Eine ausschließliche Konzentration auf Essen, Trinken und Sport wird demnach nur noch populistisch durch Medien und Politik genutzt. Fachleute haben längst erkannt, dass soziales, mentales und geistiges Wohlbefinden die Gesundheit entscheidend beeinflusst. Studien, die sich mit diesem Aspekt befassen, sind bereits unter B.3 genannt worden. Jedoch findet psychosoziale Gesundheitsförderung mittlerweile auch in ganzheitlichen Gesundheitsstudien einen höheren Stellenwert als in Form eines Nebenskapitels.

Einen interessanten Ansatz verfolgt eine Studie der Initiative *Mehr Zeit für Kinder* aus Frankfurt und der *Barmer Ersatzkasse*. Im Jahr 2005 veranstalteten diese mittels eines bundesweiten Presseaufrufs zum Thema „gesund groß werden“ eine Umfrage zu Gunstfaktoren des Ernährungsverhaltens (Mehr Zeit für Kinder 2006, o.S.). Rund 800 Probanden beteiligten sich und gaben vielseitige Anregungen, die in Kategorien geordnet wurden. Bemerkenswert war bei der Auswertung der Daten, dass neben den gängigen Antworten bezüglich Inhalten gesunder Ernährung auch soziale und psychosoziale Aspekte zum Tragen kamen. So spielte für rund ein Drittel der Befragten das gemeinsame Zubereiten und die gegenseitige Unterstützung eine wichtige Rolle. Ebenso sahen rund 30% eine hohe Wirksamkeit der Speisendarbietung auf die Gesundheitsentwicklung. So waren sie der Ansicht, dass appetitlich und originell arrangierte Gerichte eine positive Verstärkung für gesunde Ernährung bedeuten können.

Das *Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit* (APUG) untersuchte zwischen 2003 und 2006 etwa 1800 Kinder im Alter von drei bis vierzehn Jahren hinsichtlich ihrer Gesundheitsgewohnheiten und ihrer Einstellung zur Umwelt. Bis dato liegt allerdings noch kein Abschlussbericht vor, da die erzielten Daten noch lückenhaft sind.⁸

Der Kreis Lippe evaluierte im Jahr 2000 auf dem Wege der Schuleingangsuntersuchungen den Gesundheitszustand der Kinder im Kita-Alter.⁹ Zu diesem Zweck wurden an 71 lippische Grundschulen Fragebögen verschickt. Die Ergebnisse sagten aus, dass der Großteil der Eltern mit dem Gesundheitsangebot der entsprechenden Grundschule ihrer Kinder konform gingen. Hygiene sollte sich auf Zahnhygiene beschränken, Stressmanagement in entsprechenden Ruhe- und Entspannungsprogrammen in dazu passenden Räumen. Die Elternarbeit wurde als angemessen bezeichnet, der Zusammenarbeitsbedarf mit externen Organisationen ohne Handlungsbedarf gesehen. Kritisch anzu-

⁸ <http://www.apug.de/apug/index.htm> (Zugriff vom 09.04.2007)

⁹ <http://www.lippe.de/new/formulare/print/31Praxisbericht%203.1.pdf> (Zugriff vom 28.06.2007)

merken ist bei dieser Studie sicher, dass nur Erwachsene befragt wurden und aus den Antworten Rückschlüsse auf das Verhalten der Kinder gezogen wurden. Dies ist heute angesichts der reduzierten Gesundheitskenntnisse vieler Eltern mit sehr viel Vorsicht zu betrachten.

Zu beachten gilt es jedoch, dass sich der überwiegende Teil der empirischen Untersuchungen mit der Beschreibung des kindlichen Gesundheitsverhaltens befasst. Es existieren wiederum nur sehr wenige Erhebungen, die Aussagen über die wahrgenommenen Empfindungen der Kinder selbst treffen.

Eine Ausnahme bildet hierbei die Studie von Arnold Lohaus (1993, S. 28f.). Er untersucht in einer Erhebung die gesundheitliche Selbsteinschätzung von Kindern. Laut seinen Aussagen geben nur 12 % der Befragten an, sich vollständig gesund zu fühlen. Fast 60 % erklären, dass sie sich in ein bis drei, und rund ein Drittel in mehr als drei Gesundheitsbereichen besorgt zeigen. Obgleich die gesundheitlichen Einschränkungen eher gering ausfielen, zeigte sich bereits „eine relativ ausgeprägte Besorgnis über Gesundheitsprobleme“ (ebd.).

Als eine weitere Erhebung sei die *LBS-Studie* genannt, die 2005 bundesweit in zehn Städten bzw. Stadtteilen durchgeführt wurde.¹⁰ Probanden waren knapp 2300 Kinder im Alter zwischen neun und vierzehn Jahren, die Angaben über ihr Wohnumfeld und ihre Lebens- und Freizeitgewohnheiten machten (vgl. LBS, 2006, S. 12). Die sehr detaillierte Studie zeigte, dass mehr als ein Drittel der Befragten in Mehrfamilien- oder Hochhäusern wohnten, allerdings über 80% über einen Garten und ein eigenes Zimmer verfügten. Besonders interessant war der Zusammenhang, dass die Kinder, die keinen eigenen oder fremden Garten für ihre Freizeit nutzen konnten, über ein deutlich schlechteres subjektives Wohlbefinden verfügten. Hinsichtlich der Nutzung von Freizeitmöglichkeiten wurden Freibäder (40%), Bolzplätze (47% der Jungen), Sportvereine (23%) und Kino (21%) am häufigsten genannt. Besonders gemeinschaftliche Freizeitgestaltung erschien gemäß dieser Studie ein wichtiges Anliegen junger Menschen zu sein.

Da das eigene Gesundheitsbewusstsein maßgeblich über das physische und psychische Wohlbefinden entscheidet, ist es notwendig, Kinder zu ihren Gesundheitsgewohnheiten zu befragen und ihre entsprechenden Einstellungen auszuwerten. Dies soll in der vorliegenden Studie entsprechend erfolgen.

Dazu habe ich die folgenden Themen zur grundlegenden Diskussion gestellt:

- die besondere Bedeutung von Entspannung und Rhythmisierung im Alltag von Kindern
- die Kenntnis und Umsetzung hygienischer Grundeinstellungen
- die Einflüsse elektronischer Medien auf das Zeitbudget und die Ruhezeiten

¹⁰ <http://www.lbs.de/west/die-lbs/junge-familie/veroeffentlichungen> (Zugriff vom 19.04.2007)

In Sequenzen angesprochen wurden die einzelnen Punkte in den zuvor erläuterten Studien. Jedoch ist aktuell keine Studie veröffentlicht, die Gesundheit als vollständiges Wohlbefinden versteht und die Fragen an dieser Ganzheitlichkeit ausrichtet - also keine Aussagen über subjektiv erlebte Wellness der Kinder machen kann.

Teil I Theoretische Grundlagen

1 Grundlagen der Gesundheitserziehung

1.1 Die gesundheitlichen Risiken für den Menschen

Nahezu jeder Mensch in der Bundesrepublik Deutschland verfügt über eine grundlegende Vorstellung von Gesundheit. So ist es umso verwunderlicher, dass ein großer Teil unserer Bevölkerung zu ungesunder Lebensweise neigt, obgleich ihm die daraus entstehenden Risiken wohl bewusst sind. Trotzdem scheinen gerade die weniger der Gesundheit zuträglichen Angewohnheiten zu einer angenehmeren und genussvolleren Lebensweise zu führen (vgl. Rothenfluh 1992).

So führt der rücksichtslose Umgang mit dem eigenen Körper zu vielschichtigen Krankheitsbildern. Vergessen sind dabei überwiegend die akuten Infektionskrankheiten, die bis Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland eine enorme Gefährdung für die Menschen offenbarten. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt sind akute Erkrankungen zwischenzeitlich gut behandelbar. Gleichsam ist die Medizin jedoch somit an ihre Grenzen gestoßen ((Hurrelmann und Laaser 1993, S. 3). Seit rund 200 Jahren sind die chronischen Krankheiten auf dem Vormarsch. Bedingt durch Bewegungsmangel, verändertes Essverhalten und Stress haben sich neue Krankheitsbilder entwickelt (vgl. Hurrelmann und Klaubert 2000, S. 7) und verursachen den betroffenen Patienten oft über viele Jahre hinweg Beschwerden.

Eine Reihe von Krankheiten treten dabei besonders häufig auf. Sie werden aufgrund ihres hohen Sterberisikos als die „sechs Killer“ bezeichnet (vgl. Welker 1981, S. 99).

Diese bezeichnen die Befunde

1. Herz- und Kreislauferkrankungen
2. bösartige Neubildungen
3. Erkrankungen der Atemwege
4. tödliche Unfälle
5. Diabetes mellitus
6. Leberzirrhose (vgl. ebd.).

Auch die Zunahme psychischer Erkrankungen, die beispielsweise den Selbstmord als „zweit- bis dritthäufigste Todesursache im Alter zwischen 15 und 41 Jahren“ (Biener 2005, S. 17) ausweist, stellt eine bedenkliche Entwicklung dar.

Die Ursachen für die Fehlentwicklung sind vielschichtig. Neben dem Bewegungsmangel und der Zunahme von Stress ist besonders die Zunahme des Körpergewichts ein entscheidender Faktor. So belegt die KIGGS-Studie als erster Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts die Tatsache, dass momentan 15% aller Deutschen unter 18 Jahren übergewichtig oder gar schwer

übergewichtig (adipös) sind (vgl.¹¹) und potenziell durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Diabetes mellitus gefährdet sind.

Aus den Bedrohungen der akuten und chronischen Krankheiten heraus hat sich ein Gesundheitsbegriff herausgebildet, der nach biomedizinischem Verständnis die Krankheit als Indikator für Gesundheit herausstellt. Liegen keine Beschwerden oder Befunde vor, so ist ein Mensch als gesund zu bezeichnen (vgl. Scheftschik 2003, S. 19).

Tritt der Krankheitsfall ein, sind Maßnahmen der Rehabilitation einzuleiten. Diese beinhalten alle Verfahren, die dazu dienen, behinderte oder durch Krankheit eingeschränkte Menschen zu einer gleichberechtigten Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu befähigen (vgl.¹²). Gesundheit setzt somit zunächst das Vorhandensein von Krankheit voraus.

So basiert die biomedizinisch orientierte Gesundheitserziehung ebenfalls auf der Grundlage des Krankheitsbegriffs und der Krankheitsvermeidung (vgl. Hörmann 2005, S. 690). Stellvertretend hierfür steht das Risikofaktorenmodell (vgl. Wydra 1996, S. 17 und Abb1.). Es fasst die bedeutenden somatischen Befunde und deren begünstigende Faktoren zusammen und leitet daraus die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen auf erzieherischem Wege ab.

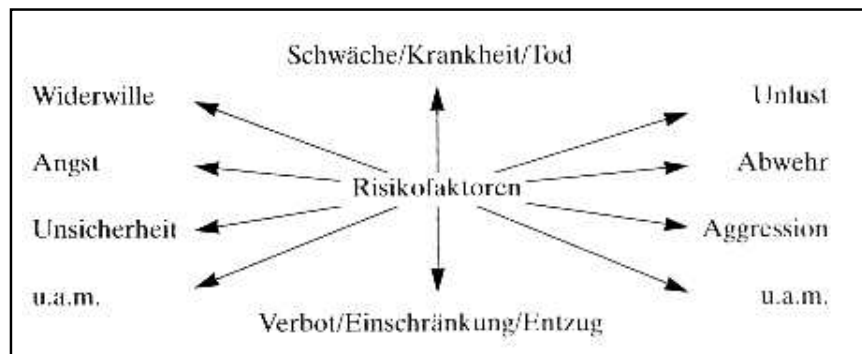


Abb.1 Risikofaktorenmodell nach Knörzer (1994, S. 38)

1.2 Gesundheit und Gesellschaft

Es werfen sich die Fragen auf, welchen Stellenwert Gesundheit in unserer Gesellschaft einnimmt und ob dieser durch eine rein biomedizinische Gesundheitserziehung erwirkt werden kann.

Gesundheit nimmt sowohl für das Individuum als auch die Gemeinschaft eine ambivalente Rolle ein. Jeder Mensch gibt auf die Frage nach den elementarsten Wünschen stets die Antwort, dass dazu eine gute Gesundheit gehöre (vgl. Opaschowski 1993, S. 13). Im Widerspruch dazu befinden sich

¹¹ http://www.schuleplusessen.de/cms/front_content.php?idcat=17 (Zugriff vom 01.04.2007)

¹² <http://lexikon.meyers.de/meyers/Rehabilitation> (Zugriff vom 29.06.2007)

jedoch die tatsächlich vorhandenen notwendigen Fähigkeiten sowie die tägliche Bereitschaft, die dafür erforderlichen Bedingungen zu schaffen.

Die Tatsache, dass unsere Gesellschaft immer älter wird, nötigt uns jedoch angemessene Kompetenzen im Umgang mit unserer Gesundheit ab. Noch im Jahr 2001 lag die durchschnittliche Lebenserwartung in den alten Bundesländern bei 80,9 Jahren (Frauen) bzw. 75,1 Jahren (Männern) (Robert-Koch-Institut 2004, S. 35). Für die Zukunft haben wir mit erheblich längeren Lebenserwartungen zu rechnen. So wird bis Mitte des 21. Jahrhunderts der Hundertjährige zum Normalfall werden (vgl. Schirmacher 2004, S. 23). Gleiches bestätigt eine Untersuchung des Rostocker Max-Planck-Instituts, die aussagt, „dass jedes zweite Mädchen, das im Jahr 2000 geboren wurde, das 22. Jahrhundert erleben wird“ (Baumgarten und Joensson 2005, S. 36). Das Bewahren der Gesundheit bis ins hohe Alter stellt nicht nur für die ältere Generation eine tägliche Aufgabe dar, sondern fordert auch jeden jungen Menschen dazu auf, durch frühes Erlernen und Anwenden eines gesunden Lebensstils eine Grundlage für ein glückliches und würdiges Leben zu schaffen.

Aus gesellschaftlicher Sicht ist Gesundheit demnach „die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Rollen und Aufgaben, für die man sozialisiert ist. Krankheit ist dann ein von dieser sozialen Norm abweichendes Verhalten, in der Regel Arbeits- und Leistungsunfähigkeit“ (von Troschke 1993, S. 155). In diesem Sinne ist Gesundheit sowohl als gemeinschaftliche Aufgabe als auch als die Verpflichtung des Einzelnen zu verstehen (vgl. Burler, Bucher und Abel 2004, S. 7). Das Individuum hat für sein eigenes Wohlbefinden Sorge zu tragen, hängt aber maßgeblich auch von seinem sozialen und kulturellen Umfeld ab.

Zunehmend besteht in der Gesellschaft der Trend, dass Fragen der Gesundheit oder des Wohlbefindens differenzierter wahrgenommen werden. (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995, S. 4). Während beispielsweise die bewusste Auswahl der Ernährung eine eher untergeordnete Rolle spielt, wird der Vermittlung von gesundheitlich geprägten Verhaltensweisen in der Kindheit ein erhöhtes Gewicht beigemessen (vgl. ebd.).

Rund 12,6 Millionen Kinder und Jugendliche leben in Deutschland¹³ und repräsentieren damit gut 15% der Gesamtbevölkerung (vgl. Robert-Koch-Institut, S. 16). Bereits im Kindesalter lassen sich in zunehmendem Maße physische und psychische Einschränkungen feststellen (vgl. Wutz 2000, S. 9). Aufgrund verminderter Bewegungsanreize, Fehlernährung oder mangelnder Rhythmisierung des Alltages weisen Kinder und Jugendliche bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen auf, die im Regelfall Erwachsenen zuzuordnen sind. Hierzu zählen Herz-Kreislaufkrankungen, Übergewicht, Allergien oder Schlafstörungen (vgl. ebd.).

Diese alarmierenden Tatbestände erfordern eine Formulierung weitreichender Gesundheitsziele sowie deren praktischer Umsetzung im gesellschaftlichen Kontext.

¹³ Die Zahl bezieht sich auf eine Erhebung aus dem Jahr 2001 und schließt alle Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 15 Jahren ein. Der Anteil der 5- bis 10-Jährigen beläuft sich dabei auf 4 Millionen Kinder.

1.3 Gesundheitsziele

Gesundheitsziele setzen Zielgruppenorientierung voraus. Konzepte, die der Verbesserung des Gesundheitswissens dienen, können nur wirksam sein, wenn sie den Bedürfnissen der Adressaten genüge tun. Prinzipiell sind alle Bevölkerungsgruppen potentielle Abnehmer von Gesundheitswissen. Dabei ist es gleichgültig, ob man Differenzierungen nach Geschlecht, Alter oder sozialen Aspekten vornimmt. Venth stellt allerdings heraus, dass insbesondere Frauen eine überdurchschnittliche Nachfrage nach Gesundheitswissen haben (1996, S. 102). Unbeantwortet bleibt in dieser Feststellung jedoch die Frage, ob dieses erhöhte Interesse grundsätzlich dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen ist, also auch für Mädchen gilt.

Unabhängig von jeglichen Differenzierungen hat das Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 1995 einen Katalog mit 10 Gesundheitszielen formuliert, deren Erreichen als gesundheitspolitische Aufgabe im Rahmen eines 10-Jahres-Plans anzustreben sei (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung 2005, S. 15):

1. Herz-Kreislauferkrankungen reduzieren
2. Krebs bekämpfen
3. Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit schaffen und verbessern
4. Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen
5. Umwelthygiene-Management
6. Primäre Gesundheitsversorgung
7. Krankenhausversorgung
8. Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
9. Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
10. Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Der maßgebliche Aspekt bei der Umsetzung dieser Ziele ist die Notwendigkeit des eigenverantwortlichen Handelns jedes Mitmenschen. In der Einbettung in sein soziales Umfeld muss Jedermann sein Gesundheitspotenzial entwickeln und freisetzen (vgl. Wulfhorst 2002, S. 65). In den als *health behavior* bezeichneten Verhaltensweisen lernt der Mensch die Auseinandersetzung mit gesundheitssteigernden Handlungskompetenzen und deren Anwendung (vgl. von Troschke, S. 155). Die daraus resultierende Lebensqualität wirkt wiederum sowohl auf das Individuum selbst als auch auf seine Umwelt. Wohlbefinden findet somit seinen Niederschlag in positivem sozialem Handeln und erhöhter Leistungsbereitschaft (vgl. Scheftschik, S. 69f.).

Auch aus der ökonomischen Betrachtungsweise sind Gesundheitsziele in den Fokus geraten. Im Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW (vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005, S. 5f.) wird das Land Nordrhein-Westfalen als zukünftig wichtiger Gesundheitsstandort im Bundesgebiet ausgewiesen. Die Gesundheitsversorgung wird demnach restrukturiert und der aktuellen demographischen Entwicklung angepasst. Zielgrup-

pen und Gesundheitsziele bestimmen somit die medizinische und gesundheitswirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung.

1.4 Prävention

Die Betrachtung von Risikofaktoren als Auslöser von Krankheiten verdeutlicht, dass der Mensch durch sein eigenes Fehlverhalten seine Gesundheit gefährden kann. Gleichwohl ist es ihm aber auch möglich, durch angemessene Handlungskompetenzen seine Widerstandskräfte zu stärken und Krankheit zu vermeiden (vgl. Hörmann 2002, S. 91). Diese Fähigkeiten werden unter dem Begriff *Prävention* gebündelt.

„Unter Prävention werden alle gesundheitsrelevanten Aktivitäten zusammengefasst, die der Ausbreitung von spezifischen Krankheiten durch gezielte Vorbeugung zuvorkommen. Prävention setzt ein, wenn Frühstadien einer Gesundheitsbeeinträchtigung zu identifizieren sind und die entsprechenden Risikofaktoren verringert oder ausgeschlossen werden sollen“.¹⁴

In der Prävention werden die drei Formen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Die primäre Prävention umfasst dabei Maßnahmen, die vorbeugend wirken und den allgemeinen Gesundheitszustand sichern sollen (vgl. ¹⁵). Hierzu gehören beispielsweise Ernährungsregeln, Vermeidung von Übergewicht, Stressreduzierung und Bewegung.

Sekundäre Prävention setzt ein, wenn bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen offenbar geworden sind (vgl. ebd.). Maßnahmen der Früherkennung und rechtzeitige Behandlung finden sich in diesem Bereich. So befasst sich in diesem Rahmen beispielsweise die Krebsvorsorge mit der Früherkennung von Tumorrisiken und der Empfehlung gesundheitsdienlicher Lebensgewohnheiten, die „neben dem Nichtrauchen eine starkte Erhöhung des Gemüse- und Obstverzehr, die regelmäßige Gewichtskontrolle und ein[en] körperlich aktive[n] Lebensstil“ einschließen.¹⁶

Patienten, die bereits Krankheiten aufweisen oder überwunden haben, werden im Bereich der tertiären Prävention mit gesundheitsdienlichen Maßnahmen versorgt (vgl. Fußnote 5).

Allen Präventionsformen gemeinsam ist der prophylaktische Charakter. Durch gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen Menschen befähigt werden, ihre eigene Gesundheit zu stärken und widerstandsfähiger gegen Krankheiten zu werden. Dies betrifft neben Risikogruppen wie Senioren oder sozial Schwachen gleichwohl Kinder und Jugendliche, die durch frühe Unterweisung Gesundheitswissen entwickeln und anwenden lernen (vgl. Biener 1991, S. 155). Dies soll sich beispielsweise besonders im Rahmen der Prävention von Tabakkonsum auswirken. Nach einer Erhebung aus dem Jahr 2000 (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung 2002, S. 12f.) rauchen in Deutsch-

¹⁴ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/definition.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

¹⁵ <http://www.wir-im-sport.de/templates/lbs/inhalt/show.php3?id=1833&nodeid=677> (Zugriff vom 02.04.2007)

¹⁶ <http://www.dge.de/index.php> (Zugriff vom 01.04.2007)

land 35% der Erwachsenen. An den Erkrankungen, die durch Tabakkonsum begünstigt werden, sterben bundesweit mehr Menschen als durch „Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen“ (ebd.). Hier gilt es, Kindern und Jugendlichen, die gemeinsam etwa ein Fünftel der Gesamtbevölkerung verkörpern (ebd.), diese Risiken aufzuzeigen und Handlungskompetenzen gegen eine Nikotinsucht zu vermitteln.

1.5 Gesundheit und Pädagogik

Die Betrachtung der vielschichtigen Risiken und die Notwendigkeit der Vermittlung von Gesundheitswissen verdeutlichen die Verantwortung, die der Pädagogik im Rahmen der Gesundheitserziehung zukommt. Hierzu ist es zunächst notwendig, sich einige pädagogische Grundbegriffe aufzuzeigen und sie anschließend in Bezug zum Thema Gesundheit zu reflektieren.

1.5.1 Pädagogische Grundbegriffe

Im Pädagogischen Verständnis unterscheiden wir die Begriffe Erziehung und Bildung. Welker definiert diese folgendermaßen:

„Während Education wörtlich Aufzucht, Erziehung bedeutet, also die biologisch-physiologischen Zuwendungen und die disziplinierenden und zivilisierenden Maßnahmen umfasst, ist Eruditio mit Unterricht, gelehrte Bildung zu übersetzen, Eruditio meint die Kultivierung von Geist und Seele.“ (1981, S. 102).

Während die Erziehung durch pädagogische Anleitung als überwiegend „transitive“ Leistung betrachtet wird, erfolgt Bildung durch das selbstreflektierte Handeln des Auszubildenden (vgl. ebd.) Erziehung und Bildung definieren auf diesem Wege den pädagogischen Auftrag. Dieser hat im schulischen Bereich das Ziel, „Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung zu ganzheitlichen, in eigener und sozialer Verantwortung handelnden Persönlichkeiten zu unterstützen und zu fördern (...)“ (Pfau 1997, S. 59). Das eigenverantwortliche Tun symbolisiert das Ziel erzieherischer und bildender Arbeit. Eine sinngeladete Orientierung im sozialen Kontext sowie die Fähigkeit, Problemsituationen erkennen und lösen zu können, sollen das Ergebnis einer verantwortlichen Pädagogik sein (vgl. Lutz-Dettinger 1979, S. 45 und Knörzer 1994, S. 37).

1.5.2 Die Verknüpfung von Gesundheit und Pädagogik

Gesundheitserziehung als Bestandteil pädagogischen Handelns findet ihre Wurzeln bereits in der Renaissance, insbesondere mit der Veröffentlichung des Rousseau's Erziehungsromans „Emile“ (vgl. Sommer et al., S. 38). Seit Beginn des 20. Jahrhunderts erkennen wir in der Gesundheitserziehung verstärkte Aktivitäten. Die Professionalisierung im Bereich der Lehrerbildung sowie der fortschreitende medizinische Erkenntnisstand führte in den Jahren von 1910 bis 1930 zu einer verstärk-

ten Forderung der Schulverwaltung, die Gesundheitserziehung als elementare Grundaufgabe von Pädagogen zu verstehen (Hörmann, S.90). In der Folgezeit übernahmen jedoch wieder Mediziner, insbesondere durch Veränderungen am Arbeitsmarkt, die federführende Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung und Beratung (vgl. ebd.).

Allerdings reklamiert die Erziehungswissenschaft den eindeutigen pädagogischen Auftrag für sich, in der Gesundheitserziehung eine bedeutende Rolle zu spielen. Das eigenverantwortliche Handeln eines Menschen bedarf einer angemessenen Anleitung und Befähigung, die nur mittels pädagogischer Betreuung erfolgreich gewährleistet werden kann (vgl. Welker, S. 103).

Im Bereich dieser Pädagogik fallen mittlerweile die im Kapitel A erwähnten Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung und Prävention. Diese weisen in vielen Bereichen Überschneidungen auf, zum Teil werden sie für bestimmte Phänomene synonym verwendet (vgl. Wulfhorst 2002, S. 25). Im Folgenden soll zunächst die theoretische Betrachtung im Sinne der Gesundheitserziehung geschehen, wobei, wie erwähnt, Parallelen zu anderen Gesundheitsbegriffen gezogen werden müssen.

Gesundheit wird im öffentlichen Empfinden als Zustand bezeichnet, der durch die Abwesenheit von Krankheit und durch das Vorhandensein von Wohlbefinden gekennzeichnet ist. Pädagogisch betrachtet ist Gesundheit jedoch lehrbar, also keine grundsätzliche Fähigkeit, sondern ein dynamischer Zustand, der beeinflussbar ist. Hieraus ergeben sich methodische Grundsätze, denen eine Gesundheitspädagogik folgt (Knörzer, S. 45f.):

- Das Prinzip der Eigeninitiative, Eigenaktivität und Eigenverantwortung des Adressaten.
- Das Prinzip der Passung oder das Prinzip der adäquaten Forderung, den individuellen und situativen Gegebenheiten und Möglichkeiten angepasst zu sein.
- Das Prinzip der individuellen Lebensnähe, das vom individuellen Lebensraum ausgeht.
- Das Prinzip des positiven Ansatzes, das bei schon vorhandenem, gesundheitsrelevantem Verhalten ansetzt und von daher positiv aufbaut.
- Das Prinzip der Sensibilisierung für die Befindlichkeiten und Prozesse des eigenen Organismus sowie anderer Organismen und für jegliche Einflüsse von Außen.

Abb. 2: methodische Grundsätze der Gesundheitspädagogik (nach Knörzer)

Es ergibt sich somit eine Wechselwirkung von Gesundheit und Pädagogik. Demnach bedingt ein gesunder Körper einen gesunden Geist und umgekehrt (vgl. Sommer, Allenstein, Kuhn und Wiesmann 2006, S. 98). Körperliche Gesundheit stellt damit die Grundlage für ein erfolgreiches kognitives Lernen dar. Das Lernen gesundheitserzieherischer Inhalte wiederum ist dem Wohlbefinden des Organismus dienlich.

Die Gesundheitserziehung übernimmt hierbei vornehmlich die Aufgabe, Menschen mit Informationen zu versorgen, die ein gesundes Leben ermöglichen (vgl. Hörmann, S. 92f.). Dabei folgt die Pä-

dagogik erzieherischem Handeln. Sie leitet den Zögling an, gesundheitsdienliche Verhaltensweisen zu verstehen und anzuwenden. In der Regel wird Gesundheitserziehung mit der Unterrichtung von Kindern und Jugendlichen in Verbindung gebracht (vgl. Waller 1995, S. 185). Das belehrende und anleitende Element wird hierbei vornehmlich den Zielgruppen Kindergarten und Schule zugewiesen, während die gesundheitspädagogische Arbeit mit Erwachsenen eher der Gesundheitsbildung zugeordnet wird.

Die Gesundheitserziehung folgt in ihrer Wirkung einer Reihe von pädagogischen Richtlinien (Balz 1995, S. 95):

- a) Selbstbestimmung: gesundheitserzieherisches Handeln soll den Menschen befähigen, für seine eigene Gesundheit Sorge zu tragen. Hierzu bedient er sich gesellschaftlicher, medizinischer und pädagogischer Erkenntnisse und leitet daraus sein zukünftiges Tun ab.
- b) Verantwortung: der Mensch soll durch Gesundheitserziehung die Fähigkeit erlangen, durch sein Verhalten Verantwortung für seine eigene Gesundheit und die seiner Mitmenschen zu übernehmen.
- c) Rhythmisierung: eine Strukturierung des Alltages in überschaubare Einheiten mit dem Wechselspiel von Anstrengung und Erholung dient sowohl dem eigenen Wohlbefinden als auch einem erhöhten pädagogischen Aufnahmepotenzial.
- d) Mäßigung: das Erlernen von Verzicht und Rücksichtnahme, der Einschränkung eigener Wünsche und Befindlichkeiten zugunsten der eigenen Gesundheit und den Bedürfnissen der Mitmenschen bedeuten eine wichtige Herausforderung der Persönlichkeitsbildung und werden durch die Gesundheitserziehung maßgeblich unterstützt.

Diese Richtlinien erfordern und ermöglichen eine große Bandbreite von Aktivitäten, mit denen gesundheitserzieherisches Handeln umgesetzt werden kann. Auch hierbei wird besonders die Akzentuierung der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen offenbar. *Bitterhof* (1987, S. 22) nennt in diesem Zuge „Elternbriefe, Koch- und Backkurse, Mess-Wiege-Blutdruck-Messaktionen oder Gesundheitstage“. Auch wenn er den Fokus auf das pädagogische Feld Schule legt, so bieten sich die genannten Aktivitäten ebenfalls auch in anderen Kontexten außerhalb von Schule und Kindergarten an. Unabhängig von örtlichen Gegebenheiten sollen gesundheitspädagogische Maßnahmen positive Verhaltensweisen stärken und die Risiken von gesundheitlichem Fehlverhalten sowohl auf physischer als auch psychosozialer Ebene aufzeigen (vgl. Laaser, Hurrelmann und Wolters 1993, S. 182f.)

Grundlegendes Ziel bleibt bei allen Aktivitäten das Erreichen einer „Bewusstseinsänderung“ (vgl. Balz, S. 50). Die Fähigkeit, Gesundheitspotenziale zu erkennen und zu nutzen sowie gefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden, findet sich als Leitidee für alle Richtlinien und Aktivitäten wieder.

Das pädagogische Handeln in gesundheitserziehender Sicht ermöglicht eine Vielzahl von Kooperationen, die in erziehenden Institutionen oder auch anderen sozialen Kontexten möglich sind. So bietet sich die Zusammenarbeit mit „Schulen, regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserzie-

hung, den Gesundheitsämtern, Ärzten und Apothekern oder Krankenkassen“ an. Ebenso stellen „Fachleute für Kinderernährung, psychosoziale Beratungsstellen, kommunale Verwaltungsinstitutionen oder auch Sportvereine“ Fachkompetenz zur Verfügung, die der Gesundheitspädagogik dienlich sein kann (vgl. Bitterhof 1987, S. 23f.).

Die große Bandbreite von Kooperationspartnern verdeutlicht aber auch, dass Gesundheitspädagogik nicht nur erziehende Komponenten aufweist. Neben der Gesundheitserziehung nimmt auch die Gesundheitsbildung einen wesentlichen Bereich ein (vgl. Waller 1995, S. 135). Sie befasst sich im Überwiegenden mit der Zielgruppe der Erwachsenen (vgl.¹⁷). Innerhalb dieser Personengruppe ergeben sich gleichwohl deutliche Unterschiede, was die Partizipation an gesundheitsbildenden Aktivitäten betrifft. Papenkort verweist in diesem Punkt auf eine Befragung von hauptamtlichen Mitarbeitern in der Gesundheitsbildung in Nordrhein-Westfalen (2002, S. 118). Demnach sind vor allem Frauen im Alter zwischen 35 und 50 Nachfrager nach gesundheitlich orientierten Angeboten. Junge Menschen sind deutlich unterrepräsentiert.

Gesundheitsbildung verkörpert somit einen lebenslangen Prozess, der nicht auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt ist, sondern vielmehr den Menschen durch das gesamte Erwachsenenalter begleitet. In diesem Zusammenhang hat sie sich an den gesellschaftlichen und sozialen Veränderungen auszurichten und einer stetigen Veränderung zu unterwerfen (vgl. Scheftschik 2003, S. 48f.). Die Menge und Ausrichtung der Anbieter variiert, die Inhalte werden modernen Standards angepasst und Zielgruppen neu zusammengesetzt und rekrutiert. Die Motivation zur Teilnahme an gesundheitsbildenden Maßnahmen bleibt dabei jedoch weitgehend konstant: Je etwa 60% der Aktiven geben an, sich fithalten zu wollen oder etwas Gutes für sich zu tun (vgl. ebd., S. 297).

Um den Zielen der Vermittlung von Gesundheitsbildung in angemessener Weise nachzukommen, muss eine Theorie der Gesundheitsbildung folgende Merkmale aufweisen (ebd., S. 99f.):

- die Zielsetzung, Gesundheitsbewusstsein sowie das Erkennen, sich etwas Gutes zu tun
- Kompetenzen für das eigene gesundheitsbewusste Handeln zu vermitteln
- Die Erfassung des Menschen als ganzheitliches Wesen sowie die entsprechende Ausformung eines kultivierten Lebensstils

1.5.3 Gesundheitsmodelle

Die theoretischen Grundgedanken und Anforderungen sind in verschiedenen Modellen der Gesundheitserziehung abgebildet. Die didaktischen und methodischen Inhalte unterliegen dabei einer unterschiedlichen Gewichtung, womit sich die verschiedenen Ansätze und Ausrichtungen erläutern lassen. Drei Modelle seien an dieser Stelle exemplarisch kurz erläutert:

¹⁷ <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/3/index.html> (Zugriff vom 18.07.2007)

1.5.3.1 Das Lebensweisenkonzept

Im Modell des *Lebensweisenkonzeptes* zeichnet Schipperges (1982) den Wandel eines rein medizinisch orientierten Gesundheitsbegriffes zu einem gesundheitsbildenden. Er trennt die wichtigsten Aspekte der Gesundheitserziehung und -bildung in vier Zielbereiche auf (vgl. ebd., S. 244):

1. Der gebildete Umgang mit Umwelt und Natur
2. Die Kultur der Lebensmittel
3. Der Ausgleich von Arbeit und Freizeit, von Bewegung und Ruhe
4. Die Bildung im Affekthaushalt, d.h. die Ordnung der sozioemotionalen Gesundheitsbedürfnisse

Abb. 3: Ziele der Gesundheitsbildung nach Schipperges

Auch wenn dieses Modell wesentliche Aspekte gesundheitserzieherischer Arbeit erfasst, so zeigen sich noch Lücken. Beispielsweise geht Schipperges nicht auf den Bereich der Hygiene ein, weder auf die Körperhygiene noch auf die Psychohygiene, die jedoch beide maßgeblich bei der Gesundheitsbildung berücksichtigt werden sollten.

1.5.3.2 Das Modell der gesunden Lebensführung

Einen umfassenden Ansatz bietet das Modell der *gesunden Lebensführung* (Balz 1995). Balz stützt seine Gedanken auf die Tatsache, dass Aspekte der Gesundheitsbildung zumeist isoliert angesprochen werden. Zentrum seines Modelles ist die diätetische¹⁸ Lebensweise. Diätetik soll demnach ein vielseitiger und variabler Rahmen gesundheitsbewussten Handelns sein und nicht „als ein starres Normengebäude oder ein ratgeberisches Kompendium“ darstellen (ebd., S. 78)

Das diätetische Modell versteht sich im Kern als primäre Prävention und versucht, ganzheitliche Kompetenzen der gesunden Lebensführung sowohl auf physischer, psychischer als auch sozialer Basis zu schaffen. Diese geschieht sowohl auf individueller als auch auf kollektiv-gemeinschaftlicher Ebene (vgl. ebd., S. 85).

Das Modell beruht auf vier präventiven Elementen einer gesunden Lebensführung (Abb. 4):

- a. ausreichende Bewegung
- b. gesunde und maßvolle Ernährung
- c. angemessene Entspannung
- d. Hygiene und Körperpflege

¹⁸ Der Begriff *Diätetik* entstammt der Antike und bezeichnet „die Lehre von der gesunden Lebensführung bzw. Lebenskunst und kann (...) als präventiver Zweig der damaligen Medizin verstanden werden“ (ebd. S. 72).

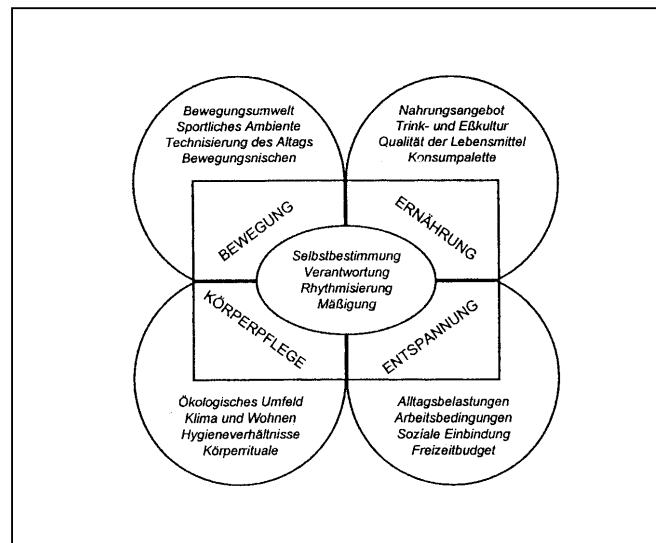


Abb. 4: Das Modell der gesunden Lebensführung nach Balz (1995)

Die präventiven Elemente werden durch eine Reihe von sozialökologischen Einflüssen eingerahmt. Sie bezeichnen „lebensweltliche Bezüge“, die auf die Umsetzung präventiver Maßnahmen konstituierend einwirken (vgl. ebd. S. 87):

- Bewegungsumwelt, sportliches Ambiente, Technisierung des Alltags, Bewegungsnischen
- Nahrungsangebot, Trink- und Esskultur, Qualität der Lebensmittel, Konsumpalette
- Alltagsbelastungen, Arbeitsbedingungen, soziale Einbindung, Freizeitbudget
- Ökologisches Umfeld, Klima und Wohnen, Hygieneverhältnisse, Körperrituale

Balz' Modell verdeutlicht die Ganzheitlichkeit einer gesunden Lebensweise und weist deutlich auf den bedeutenden pädagogischen Auftrag hin, der aus den dargestellten Anforderungen erwächst. Es gilt, bereits in Kindheit und Jugend sowohl ein normatives Gebilde präventiver Elemente aufzubauen als auch Handlungsfähigkeit im Umgang sozioökologischer Einflussfaktoren zu erlangen.

1.5.3.3 Das Modell der Salutogenese

Das durch Aaron Antonovsky begründete salutogenetische Modell (1979) zählt zu den bedeutendsten Gesundheitsmodellen. Es bezeichnet Gesundheit und Krankheit als dynamische Phänomene, die sich auf einem Kontinuum bewegen. Demnach ist ein Mensch nicht dauerhaft gesund oder krank, sondern kann sich durch begünstigende oder schädigende Verhaltensweisen vom Zustand der Krankheit zur Gesundheit bewegen und umgekehrt. Welchen Punkt ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum einnimmt, wird durch das sogenannte „Kohärenz-Gefühl“ (sense of co-

herence, SOC) bestimmt (vgl. Antonovsky 1997, S. 33). Dieses setzt sich aus drei bestimmenden Komponenten zusammen (ebd., S. 34f.):

- **Verstehbarkeit:** sie bezeichnet die Fähigkeit, „interne und externe Stimuli“ klar und strukturiert wahrzunehmen und einzuordnen. Dies gilt gleichsam für positive und negative Einflüsse, beispielsweise Glück oder Krieg.
- **Handhabbarkeit:** verkörpert die Kompetenz, den zuvor genannten Stimuli mit angemessenen Handlungsalternativen und Ressourcen zu begegnen.
- **Bedeutsamkeit:** erklärt das Phänomen, Ereignissen und Einstellungen einen besonderen persönlichen Wert beizumessen. Sie werden demnach als wichtige oder unbedeutende Herausforderung angesehen und mit dem entsprechenden Engagement eingestuft.

Die Kompetenzen in den drei erläuterten Komponenten führen je nach Ausprägung zu einer Veränderung oder einer Stabilisierung des Kohärenzgefühls (Abb. 5).

Typus	Komponente			Vorhersage
	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	
1	hoch	hoch	hoch	stabil
2	niedrig	hoch	hoch	selten
3	hoch	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
4	niedrig	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
5	hoch	hoch	niedrig	Veränderung nach unten
6	hoch	niedrig	niedrig	Veränderung nach unten
7	niedrig	hoch	niedrig	selten
8	niedrig	niedrig	niedrig	stabil

Abb. 5: Dynamischer wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten nach Antonovsky

Einfluss auf die SOC-Komponenten nehmen die von Antonovsky bezeichneten *Stressoren*. Sie verkörpern Widerstandsdefizite, die die Steigerung der gesundheitsfördernden Faktoren mindern (vgl. ebd., S. 43). Ihnen gegenüber treten generalisierte Widerstandsquellen bzw. -potenziale (vgl. ebd., S. 45), die mittels „materielle[r] Bedingungen, Wissen, Intelligenz, Ich-Identität, Bewältigungsstrategien, soziale[r] Unterstützung, Kompetenz, kulturelle[r] und religiöse[r] Grundüberzeugungen oder präventive[r] Verhaltensmuster begünstigend auf das SOC einwirken“ (Koch 1991, S. 57).

Es wird aus Antonovskys Überlegungen deutlich, dass bereits in frühen Lebensjahren Fundamente für die generalisierten Widerstandsquellen gelegt werden müssen. Je eher ein junger Mensch über einen gefestigten Kohärenz-Sinn verfügt, desto eher gelingt es ihm auch, auf dem Gesundheits-

Krankheits-Kontinuum den Lebensweg in Richtung gesunder Lebensführung zu leiten. Die pädagogische Komponente ist dabei unverkennbar. Die Befähigung zum gesundheitsbewussten Denken und Handeln erfolgt in entscheidendem Maße durch Erziehung und Bildung.

1.6 Die Schule als Institution in der Gesundheitserziehung

Die Grundschule erfüllt in der Erziehung und Bildung junger Menschen eine elementare Rolle. Sie ist dafür verantwortlich, die grundlegenden Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Rechnen aber auch gesundheitserzieherische Inhalte zu vermitteln (vgl. Einsiedler 1988, S. 52).¹⁹ Es besteht hier ein eindeutiger Erziehungsauftrag der Schule, die zum einen durch Unterricht das gesundheitsbewusste Handeln fördern und ebenso das risikobehaftete Leben mindern möchte. Gleichwohl soll der junge Mensch befähigt werden, eigenverantwortlich seine Einstellungen und Werte sich und seinen Mitmenschen gegenüber reflektieren zu lernen und angemessenes Handeln auswählen zu können (vgl. Bitterhof, S. 1).

Die Unterrichtszeit nimmt im Tagesablauf eines Kindes einen bedeutenden Zeitrahmen ein. Somit stellt das „Setting“²⁰ Schule“ eine wichtige Komponente für die Persönlichkeitsbildung eines Kindes dar. Weitere Settings, in denen junge Menschen interagieren, sind beispielsweise Kindergärten und -tagesstätten sowie die Familie. Diese Erziehungsinstitutionen sind sowohl Settings, die mit anderen in Beziehung treten, als auch wiederum in sich selbst wirken.

Eine bedeutende, vorbereitende Rolle spielen die Kindergärten und Vorschulen. Zumeist findet dort eine hochwertige und praxisnahe Gesundheitserziehung statt: Körperhygiene, gesunde Ernährung, Entspannungstechniken, Bewegung, Umweltbewusstsein, Unfallvermeidung und soziale Kontakte sind nur eine grobe Auswahl von Inhalten der täglichen Kindergartenarbeit, die durch die Pädagogen verrichtet wird (vgl. Lutz-Dettinger 1979, S. 46).

Die mühsam erworbenen praktischen Kompetenzen gehen beim Übergang in die Grundschule jedoch häufig verloren. Gesundheitserziehung wird dort theoretisiert, auf Praxis-Anteile wird zu Gunsten klassischer Lernfächer wie Deutsch, Mathematik, Sachunterricht und seit einigen Jahren auch Englisch verzichtet. Das tägliche Zähneputzen nach dem zweiten Frühstück, das Tragen von Hausschuhen, Haltungsprophylaxe, Tischmanieren und die häufigen Bewegungspausen (vgl. Biener, 2005, S. 100): das, was im Kindergarten als elementare Kompetenzen von Kindern angesehen wird, gilt im Bereich der Schule als zeitintensives Zusatzgeschäft, für das zumeist die Zeit fehlt.

¹⁹ Die grundlegenden Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen erfuhren im 19. und 20. Jahrhundert eine Erweiterung. Demnach wird heute eine Vielzahl von „menschlichen Tätigkeiten und Technologien“ als Kulturtechnik definiert (<http://kulturtechnik.know-library.net/> (Zugriff vom 19.4.2007)).

²⁰ Als Setting wird ein soziales System bezeichnet, das sowohl in sich selbst wirkt und handelt als auch mit seinem soziokulturellen Umfeld interagiert. Im Setting Schule wird somit Gesundheitserziehung mittels einer vielsichtigen Verknüpfung mehrerer Partner realisiert (vgl. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads> (Zugriff vom 19.04.2007)).

Dabei übernimmt die Grundschule eine herausragende Rolle in der Gesundheitserziehung. So kommt ihr besondere Eigenschaft zugute, aufgrund der allgemeinen Schulpflicht nahezu 100 % aller Kinder zwischen 7 und 10 Jahren erreichen zu können (vgl. Bauer 2004, S. 41)

Ihre Aufgabe ist es, den Kindern gesundheitsorientierte Verhaltensweisen zu vermitteln und deren Anwendung zu sichern (vgl. Niedersächsisches Kultusministerium 1991, S. 7). Problematisch deutet sich die Tatsache an, dass Kinder im Grundschulalter keine besondere Affinität zu ihrer eigenen Gesundheit zeigen. Sie haben zwar eine positive Einstellung gesunden Lebensweisen gegenüber, halten sich jedoch selbst grundsätzlich für gesund und daher nicht für eine besondere Zielgruppe für Gesundheitserziehung (vgl. ebd.), manifestieren gar im Gegenteil in diesen Lebensjahren erste risikante Verhaltensweisen (vgl. Hesecker und Beer 2004, S. 242).

Diese Anschauung zu korrigieren und einen gesundheitsorientierten Lebensstil bereits im Kindesalter anzustreben, ist daher Aufgabe der Grundschule. Dort werden bereits in jungen Jahren die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im späteren Erwachsenenleben gebildet. Dafür ist es notwendig, das sich ständig erweiternde und verändernde Wissen bezüglich Gesundheit und Wohlergehen permanent und aktualisiert an die Kinder weiterzugeben (vgl. ebd., S. 243). Dies verkörpert eine Aufgabe mit hohem pädagogischen Anspruch und angemessener Kompetenz in Flexibilität und Variabilität. Es gilt, dass die Schule handlungsorientiert erzieht, „(...) indem sie entdeckende, erforschende Wahrnehmung und Eigentätigkeit ermöglicht sowie Handlungs- und Entscheidungsbereitschaft anbahnt“ (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 8). Diese Kompetenz bezieht sich nicht nur auf eigene Gesundheit, sondern auch auf die soziale Verantwortung den Mitmenschen gegenüber (vgl. Pfau 1997, S. 59f.).

Leider zeigt die Wirklichkeit, dass Gesundheitserziehung in der Grundschule gerade diesen Ansprüchen nur bedingt entsprechen kann. Der Unterricht findet in diesem Bereich vornehmlich lehrerzentriert in Form theoretischer Wissensvermittlung statt (vgl. Hesecker et al., S.243). Die wichtige praktische Umsetzung des erlangten Wissens durch Übung in der Schule wird stark veranachlässigt. Ein geschlossener pädagogischer Kreis, der das theoretische Wissen in praktischem Handeln reflektiert und wieder zu neuer Nachfrage nach Wissen antreibt, kann so nicht gelingen.

Die Aufgabe, die sich der Schule stellt, ist somit bedeutend und gleichsam komplex. Bitterhof (1987, S. 31f.) notiert die wesentlichen Themen schulischer Gesundheitserziehung, derer sich die Schule im Verlaufe der gesamten Schulzeit annehmen muss:

- Bau und Funktion des Körpers
- Zahn- und Mundhygiene
- Pflege der Sinnesorgane
- Körperhygiene (Haltung, Schlaf, Reinigung, Kleidung)
- Krankheiten und Prophylaxe (Infektionen, Stoffwechselkrankheiten, Krebs bei Jugendlichen, Erbkrankheiten, Akne)
- Ernährung
- Arzneimittel (Anwendung, Selbstmedikamentierung, Hausmittel und Naturheilmittel)
- Sport und Bewegungstraining
- Freizeit, Erholung, Urlaub
- Geschlechtererziehung
- Alltagsdrogen und Rauschmittel
- Krankheit, Altern, Tod
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Arbeit
- Behinderte Menschen
- Arbeitsplatz Schule
- Wohnen
- Sozialhygiene

Abb. 6: Themen der Gesundheitserziehung (nach Bitterhof 1987)

Gesundheitserziehung findet seine Inhalte in der Grundschule vornehmlich in den Fächern Sachunterricht und Sport. Während der Sportunterricht im Wesentlichen die gesundheitsfördernden Inhalte von Spiel und Bewegung vermitteln soll, kommt dem Sachunterricht als zusammengefasstes Fach der Natur- und Gesellschaftswissenschaften eine kardinale Verantwortung zu. Er hat die Aufgabe, den Schülern mittels eines handlungsorientierten Lernens lebenspraktische Fertigkeiten nahezubringen (vgl. Schorch 1988, S. 107). Methodisch soll dies durch „(...) entdeckendes, an der Wirklichkeit orientiertes Lernen in situativ-bedingtem und begünstigtem, passende Lerngelegenheiten integrierenden, offenem Unterricht (...)“ erfolgen (Hein 2000, S. 131).

Dementsprechend sind im Lehrplan des Sachunterrichts im Land Nordrhein-Westfalen bereits seit den siebziger Jahren biologische, soziologische und haushaltswissenschaftliche Inhalte manifestiert, die mittels dieses methodischen Vorgehens umgesetzt werden sollen (Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen 1974, S. 23f.):

Biologische Themenbereiche

- der menschliche Körper und seine Pflege (1. Klasse)
- der menschliche Körper und seine Gesunderhaltung (2. Klasse)
- Entstehung und Entwicklung eines neuen Menschenlebens (3. Klasse)
- Ernährung, Verdauung und Ausscheidung beim Menschen (4. Klasse)

Soziologische Themenbereiche

- Die Nahrung
- Der Kauf
- Die Werbung

Haushaltswissenschaftliche Themenbereiche

- Nahrungsaufnahme und Schulfrühstück
- Herkunft unserer Nahrung
- Bedarf an Nahrungsmitteln
- Gesellschaftliche Voraussetzungen für die Versorgung mit Lebensmitteln
- Hygiene bei der Nahrungsmittelaufnahme und -zubereitung
- Körperpflege, Reinigung von Kleidung und Wohnung
- Haushalte und Umweltschutz
- Gesellschaftliche Maßnahmen im Hinblick auf Hygiene und Umweltschutz

Die Grundschule führt somit den im Kindergarten eröffneten Erziehungs- und Bildungsauftrag fort. Die Schulanfänger werden vor Beginn ihrer Schulzeit in einer Eingangsuntersuchung bezüglich ihrer körperlichen, sozialen, motivationalen und kognitiven Voraussetzungen überprüft (Hacker, Hanke und Lersch 1997, S. 83). In der Folge übernimmt die Grundschule die Verantwortung für die weitere Bildungsarbeit und Persönlichkeitsbildung, ohne jedoch diesen Erziehungsauftrag vollständig abschließen zu können (vgl. Glöckel 1988, S. 20). Der Erfolg ihrer Bemühungen ist von der Vorarbeit der Kindertageseinrichtungen ebenso abhängig wie von der anschließenden gesundheitsbildenden Tätigkeit der weiterführenden Schule.

Jedoch entbindet dieses Abhängigkeitsverhältnis die Grundschule nicht von ihrer herausragenden Rolle im Bereich der Gesundheitserziehung. Im Lernalter von 7 bis 10 Jahren sind Kinder bereits in der Lage, Eigenverantwortung für ihr gesundheitliches Denken und Handeln zu entwickeln.²¹ Verantwortlich für diesen Entwicklungsschritt sind Erziehungsexperten, die die Schüler in den entsprechenden Kompetenzbereichen unterweisen und sie zur Selbstständigkeit anleiten. Diese Aufgabe wird von der Gesellschaft im Bereich der Gesundheitserziehung am ehesten Lehrern und Medizinern zugewiesen. *Biener* belegt dies mittels einer Erhebung, die in der Schweiz unter Eltern durchgeführt wurde (1991, S. 163). Demnach sehen 85 % der Eltern die Verantwortung für gesundheits-erzieherische Fragen bei Lehrern, 43 % bei Ärzten.

Dabei ist besonders im gesundheitsorientierten Unterricht die Kompetenz und Vorbildfunktion des Pädagogen von allergrößter Wichtigkeit. Jedoch ist der rauchende oder übergewichtige Lehrer, der trotz Wohnung am Ort des Morgens mit dem Auto zur Schule fährt, beileibe keine Ausnahme. Auf die Kinder hat dies allerdings eine weitreichende Wirkung. Die theoretischen Unterrichtsinhalte

²¹ vgl. <http://www.aid-macht-schule.de/10.php> (Aufruf vom 01.04.2007)

werden mit dem Gesundheitsverhalten des vor allem für Grundschüler bestehenden Vorbilds Lehrer verglichen. Wenn hierbei keine Kongruenz erzielt wird, neigen die Schüler dazu, die gesundheitlichen Ratschläge zu verwerfen.

Die Wertigkeit des Gesundheitsunterrichts stellt *Biener* deutlich heraus, indem er feststellt, dass „[alle] Gesundheitserzieher sind (...), die guten Willens und ohne Aberglauben sind“ (1991, S. 163). Hierbei wird deutlich, dass nicht die Fachkompetenz den Ausschlag darüber gibt, wer gesundheits-erziehenden Unterricht erteilt, sondern die gute Absicht. Es ist kaum auszudenken, welche Reaktionen dieser Umstand in anderen Schulfächern bedeuten würde. So ist es durchaus verwundernswert, dass einem gesellschaftlich so bedeutenden Thema wie Gesundheit in der Schule eine derartige praktische Geringschätzung widerfährt. Nach einer Erhebung von Heseker und Beer ergibt sich nach einer Schulleiterbefragung, „dass bei mehr als 25 % der befragten Schulen ein mehr als 50 %-iger Unterrichtsanteil [des hauswirtschaftlichen Unterrichts] fachfremd erteilt werden muss“ (S. 244). Ebenso sei in der Grundschule die Schulküche die Ausnahme (ebd.).

Man vergegenwärtige sich in diesem Zusammenhang den Aufschrei, der durch die Nation ginge, stellte sich heraus, dass die Hälfte des Mathematik- oder Deutsch-Unterrichts an Grundschulen durch fachliche Laien durchgeführt würde und entsprechende praktische Unterrichtsmaterialien nicht zur Verfügung stünden.

Die Rolle des Gesundheitserziehers in der Schule kommt in der Regel dem Lehrer zu. Um dessen Aufgaben und Kompetenzen in diesem Bereich näher erläutern zu können, ist es zunächst wichtig zu klären, was Erzieher selbst unter Gesundheit verstehen. Dieser Frage ging *Biener* im Jahr 2005 in einer Befragung unter knapp 1100 Lehrern in der Deutsch-Schweiz nach (vgl. 2005, S. 131f.). Danach ergeben sich fünf meistgenannte Kategorien, die allerdings von weiblichen und männlichen Probanden unterschiedlich gewichtet werden. Lehrerinnen nannten in der Befragung die persönliche Hygiene als wichtigsten Bereich der Gesundheitserziehung, gefolgt von Sexualaufklärung, Einordnen von Genuss- und Suchtmitteln, Ernährung und Sport. Lehrer bewerten Genuss- und Suchtmittel als sehr bedeutend, danach Sexualaufklärung, persönliche Hygiene, Ernährung und Sport.

Interessant an diesen Aussagen ist, dass die im Schulunterricht am häufigsten umgesetzten Unterrichtsinhalte, sprich Sportunterricht und Ernährungslehre im Sachunterricht, eher weniger genannt werden. Selten praktisch umgesetzte Inhalte wie Hygiene oder Genussmittel werden jedoch stärker bewertet.

Ebenfalls bemerkenswert ist die Aussage einer weiteren Probandengruppe, die die Verantwortung zur Umsetzung von Gesundheitserziehung in der Hauptsache den Eltern zuschreibt, gefolgt von Lehrern und Ärzten (vgl. ebd., S. 135). So wird die wichtige Aufgabe, Kindern und Jugendlichen gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu vermitteln, wiederum einer offiziell nicht pädagogisch ausgebildeten Gruppe zugewiesen, die zwar einen bedeutenden zeitlichen Umfang gemeinsam mit

den Kindern verbringt, jedoch pädagogisch und gesundheitswissenschaftlich über weniger Fachwissen verfügt als Lehrer oder Mediziner.

So mag es erscheinen, dass sich Lehrer zwar als Fachmann pädagogischer Arbeit im Bereich der Gesundheitswissenschaften verstehen, jedoch die Hauptverantwortung für die Gesundheitserziehung einer pädagogischen Laiengruppe zuweisen. Möglicherweise ist dieser Aspekt durch den bereits zuvor erwähnten Einsatz von Lehrern als fachfremde Kräfte im Gesundheitsunterricht zu erklären, die den Pädagogen selbst zum Laien degradieren.

Für die Umsetzung eines fundierten gesundheitserziehenden Unterrichts ist es gleichwohl unabdingbar, dass der Lehrer über eine angemessene Kompetenz verfügt (vgl. Bitterhof, S. 13). Diese beinhaltet die Fähigkeit, das Einüben gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen anzuleiten. Diese wiederum sollen und können nicht isoliert durch einen Kollegen umgesetzt werden, sondern durch Zusammenarbeit mehrerer Kollegen in gesundheitsorientierten Projekten verwirklicht werden (vgl. Rothenfluh 1992, ohne Seitenangabe).

Allerdings kann der Schule die Verantwortung für die Umsetzung der Gesundheitserziehung nicht allein übertragen werden (vgl. Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung 2004, S. 3). Im Kapitel 4 werden die Partner der Schule in Angelegenheiten der Gesundheit detaillierter erfasst. An dieser Stelle sei bereits die besondere Bedeutung des Elternhauses herausgestellt. Der bereits zuvor angesprochene pädagogische Laien-Status entbindet Eltern nicht von der Aufgabe der Gesundheitserziehung. Die Erfahrungen aus dem bisherigen eigenen Leben, der eigenen Schulzeit und privat gesammeltes Fachwissen machen Eltern zu den bedeutendsten Partnern der Gesundheitsbildung. Nur wenn im Elternhaus die in der Schule erarbeiteten Inhalte einen praktischen Transfer erfahren, ist eine realistische Umsetzung von Gesundheitserziehung denkbar. Aber auch der Einbezug von Eltern in das gesundheitsorientierte Schulgeschehen spielt eine wesentliche Rolle (vgl. Hesecker, Schneider und Beer 2005, S. 30). So kann es gelingen, Eltern neben Lehrern als wichtige Multiplikatoren der Gesundheitsbildung wirken zu lassen und die verschiedenen Inhalte lebenswirklich und fachpraktisch umzusetzen.

Unübersehbar ist jedoch, dass dieses ideale Multiplikatorengebilde nicht die Wirkung entfaltet, die ihm originär zgedacht ist. So stellte der BKK-Landesverband NRW im Jahr 2000 fest, dass Gesundheitserziehung in der Schule bisher vernachlässigt worden ist und Themen wie „falsche Ernährung, mangelnde Bewegung und Rauchen“ dringender im Unterricht umgesetzt werden müssen.²² Die im Kapitel *Forschungsstand* aufgezeigten Gesundheitsdefizite junger Menschen finden hier Erklärungsansätze. Die Schule neigt heute dazu, den kognitiven Unterrichtsinhalten mehr Bedeutung beizumessen als den Fähigkeiten, seinen Körper gesund und leistungsfähig zu erhalten.²³

²² <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/12/18/228a0804.asp?cat=/politik/krankenkassen> (Zugriff vom 06.04.2007)

²³ http://www.businessportal24.com/de/newArticle/article_form (Zugriff vom 05.04.2007)

Dabei werden Kinder nicht als aktive Partner in der Gestaltung eines gesundheitsorientierten Unterrichts wahrgenommen (vgl. Heseker et al. 2005, S. 32). Sie gestalten Inhalte nicht eigenständig und werden auch nicht als Selbstverantwortliche anerkannt. Dies widerspricht jedoch elementar dem Ziel, Kindern im Bereich der Gesundheitserziehung Handlungsfähigkeit und Selbstkompetenz zu ermöglichen. Welche Bereiche der Gesundheitsbildung dies im Besonderen betrifft, wird im Folgenden erläutert:

1.6.1. Ernährung

„Vielfältige Kompetenz im Feld der Ernährung hat den Rang einer Kulturtechnik, ist unverzichtbares Bildungsgut einer Gesellschaft und unabdingbare Voraussetzung für Verbraucherentscheidungen. Auch dieser Aspekt wird in der allgemeinen Bildungsdiskussion in der Regel übersehen“ (Heseker 2005, S. 7).

Heseker bringt mit seiner Äußerung recht prägnant das Dilemma der Ernährungserziehung in Deutschland zum Ausdruck. Obgleich die Wichtigkeit angemessener Ernährung unbestritten ist, ist die unterrichtliche Umsetzung in den Schulen oft nicht wünschgemäß. Um Aussagen über defizitären Ernährungsunterricht treffen zu können, ist es zunächst ratsam, gute Ernährung genauer zu erläutern:

Gute Ernährung steuert sich wesentlich über die Energiezufuhr des Körpers. Dabei ist zu beachten, dass der kindliche Körper nicht nur Energie zum Erhalt der Körperfunktionen benötigt, sondern zusätzliche Nahrung zur Weiterentwicklung aufnehmen muss (vgl. Isenbort-Mäder 2000, S. 61). Zu beachten ist dabei, dass der Körper eine abwechslungsreiche Mischkost erhält, die vitamin- und nährstoffreich ist. Fette und Zucker sollen sehr maßvoll aufgenommen werden.

Ebenso wichtig wie Inhalt und Menge ist der Ernährungsrhythmus (vgl. ebd.). Die Mahlzeiten sollen auf kleine Teiletappen verteilt werden, dazu einen wiederkehrenden Rhythmus erkennen lassen. Drei Hauptmahlzeiten sollen im Tagesverlauf eingenommen werden, eine davon soll warm sein.²⁴ Besonders morgens gelingt vielen Menschen der Einstieg in den Mahlzeiten-Turnus nicht. So wird das Frühstück in reduziertester Form eingenommen oder gleich weggelassen. Besonders für Kinder ist dieser Umstand jedoch sehr ungünstig, haben sie in der Schule gleich von der ersten Stunde an eine hohe kognitive Leistung abzuliefern, die einen erhöhten Energiebedarf im Gehirn erfordert. Untersuchungen zufolge kommen jedoch etwa ein Viertel aller Kinder morgens in den Kindergarten oder die Schule, ohne zuvor zuhause gefrühstückt zu haben (vgl. Graf 1995, ohne Seitenangabe).

Die Folgen solch ungünstigen Ess- und Trinkverhaltens sind weitreichend: die Leistungsfähigkeit sinkt ab, psychische und physische Beeinträchtigungen oder die Schädigung der Zähne durch überzuckerte Lebensmittel seien hier als Beispiele genannt (vgl. Heseker und Beer 2004, S. 241). Auch die nach wie vor zu hohe Einnahme besonders einfach gesättigter Fettsäuren gefährdet den Orga-

²⁴ <http://www.focus.de/schule/gesundheit/ernaehrung> (Aufruf vom 09.04.2007)

nismus in hohem Maße und kann Folgeschäden wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebserkrankungen nach sich ziehen.²⁵

Die Konsequenzen ungünstiger Ernährung sind dem Bundesbürger nicht verborgen. Es besteht durchaus eine Beziehung zwischen Ernährungswissen und Ernährungsverhalten. Dies zeigt jedoch soziologisch betrachtet eine unterschiedliche Qualität (vgl. ebd.). So zeigen weibliche Personen eine höhere Umsetzungskompetenz bezüglich gesunder Ernährung, Gleiches gilt für sozial besser gestellte Schichten. Allerdings ergab eine *emnid*-Studie im Jahr 2006, dass etwa die Hälfte der Bundesbürger nicht wissen, wie sie sich gesund ernähren müssen. Sie fühlen sich durch die Informationsflut durch Medien und Institutionen verunsichert.²⁶

Hierdurch wird die Verantwortung deutlich, die die Schule hat, den heranwachsenden Kindern eine gesunde Ernährung näher zu bringen.²⁷ Nicht nur die Möglichkeit, nahezu alle Kinder erreichen zu können, sondern auch die ideale Chance, theoretische Inhalte mit praktischem Leben zu füllen, verkörpern die herausragenden Möglichkeiten der Institution Schule.

Hierbei ist jedoch besondere Behutsamkeit angeraten. Die im Kindesalter erworbenen Ernährungsmuster wirken häufig ein Leben lang (vgl. Heseker, S. 7). Sind sie in positiver Form wirksam, ist dieses Phänomen durchaus wünschenswert. Allerdings lassen die vielfach belegten ungünstigen Gesundheitsgewohnheiten von Kindern für die Zukunft einige Bedenken aufkommen.

Die Schule hat mit besonderer Qualität im Bereich der Ernährungsbildung zu arbeiten. Im Laufe der gesamten Schulzeit soll ein junger Mensch demnach Bildungsziele erreichen, die ihn zu einer eigenverantwortlichen und selbstständigen Gestaltung seiner Ernährung befähigen. Dazu gehören die reflektierte Entwicklung einer gesundheitsfördernden Ernährung, Sicherheit bei der Technik der Nahrungszubereitung, die Entwicklung qualitätsorientierter und selbstständiger Konsumententscheidungen sowie die Ausbildung eines positiven Selbstkonzeptes (Heseker, S. 22).

Ernährungserziehung findet in der Grundschule seine unterrichtliche Umsetzung insbesondere im Fach Sachunterricht. Wie bereits im Kapitel 1.6 angedeutet, leidet dies jedoch besonders unter der Versorgung mit fachfremdem Unterricht. So nimmt das Lernfeld Ernährung im Lehrplan der Grundschule nicht nur einen sehr begrenzten Rahmen ein, sondern wird auch seine qualitative Umsetzung nicht in dem Rahmen durchgeführt, wie sie in der Institution Schule für den Erwerb einer Basisqualifikation vorgesehen ist (vgl. Heseker et al. 2005, S. 12f.).

Auch die Nahrungsmittel-Versorgung der Schüler in der Schule stellt sich nicht optimal dar. Die wenigsten Schulen verfügen über Frischküchen oder vollwertige Essensangebote. So fungiert der Hausmeister mit seinem Pausenladen in vielen Fällen als einziger Anbieter auf dem Schulgelände

²⁵ <http://www.dge.de/index.php> (Zugriff vom 01.04.2007)

²⁶ http://www.wellnessverband.de/news/060819_ernaehrungsnahrungslos.php (Zugriff vom 08.09.2006)

²⁷ http://www.schuleplusessen.de/cms/front_content.php?idcat=17 (Zugriff vom 01.04.2007)

(vgl. ebd., S. 33). Das Angebot in diesen Verkaufsständen zeichnet sich zumeist durch Süßigkeiten und gezuckerte Getränke aus. Vollwertbackwaren sowie Obst und Gemüse sind nur selten Bestandteil des Sortiments.

1.6.2 Bewegung

Körperliche Ertüchtigung ist eine wichtige Komponente einer gesunden Körperentwicklung und soll fester Bestandteil des schulischen Alltags sein. Eine Studie der Sporthochschule Oslo stellt beispielsweise im Jahr 2006 heraus, dass sich Kinder täglich im Schnitt 90 Minuten bewegen sollten, um späteren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems vorzubeugen.²⁸

Sportliche Aktivität begünstigt somit die Gesundheit, im Gegenzug setzt sportliche Aktivität wiederum Gesundheit voraus. Diese Wechselbeziehung führt zu einer gesunden Lebensführung mit und durch Sport, die präventiv wirkt und gleichsam positive Auswirkungen auf andere Komponenten des Gesundheitsverhaltens aufweist (vgl. Balz, S. 104f.)

Die Realität in Schulen sieht jedoch anders aus. Langes Stillsitzen im Unterricht, mangelnde Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen oder die Reduzierung von Sportstunden schränken die notwendigen körperlichen Aktivitätsphasen deutlich ein (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995, S. 4). Auch das Lebensumfeld der Kinder außerhalb der Schule bietet durch die zunehmende Versiegelung von Oberflächen und das Ersetzen von Wäldern und Grünflächen durch Beton und Asphalt immer weniger geeignete Möglichkeiten für Spiel und Bewegung.

In der Schule übernimmt der Sportunterricht somit für viele Kinder die zentrale Rolle hinsichtlich gesundheitserziehender Bewegungsaktivitäten. So erfüllt er in diesem Rahmen folgende Aufgaben (Balz, S. 139):

- pädagogische Bedeutsamkeit: Bewegung als spielerische, sinnhafte und freudvolle Aktivität
- gesundheitliche Akzentuierung: gesundheitserzieherische Inhalte in verstärkter Form als unterrichtliche Zielperspektive anstreben
- allgemeine Belange gesunder Lebensführung: Integration anderer, außersportlicher Gesundheitsinhalte in den Sportunterricht

Die Auswahl der Inhalte und der geeigneten Sportarten für die Umsetzung dieses Gesundheitsgedankens im Sportunterricht stellt eine komplexe Aufgabe dar. So gilt es zum einen ein pädagogisch bedeutsames Kriterium zu finden, das zum anderen dem Schüler Freude bereitet und ihn entsprechend fordert. Da Kinder und Jugendliche ihren eigenen Gesundheitszustand in der Regel nicht in Frage stellen, ist es umso bedeutsamer, ihnen die Zusammenhänge körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Gesundheit nahe zu bringen (vgl. Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen

²⁸ <http://openpr.de/news/100048/Schulen-vermitteln-Kindern-kein-gesundes-Leben.html> (Zugriff vom 05.04.2007)

1989, S. 3). Es besteht ein eindeutiger Auftrag für den Sportunterricht, die Gesundheitserziehung als festen Bestandteil aufzunehmen. Die in den Richtlinien des Landes Nordrhein-Westfalen notierte pädagogische Sinnperspektive „Gesundheit fördern, Gesundheitsbewusstsein entwickeln“ zeigt die gleichberechtigte Stellung der Gesundheitserziehung neben den traditionellen sportlichen Sinngebungen wie beispielsweise Wettkampf oder Kooperation (vgl. Balz 1993, S. 15). Laut Rahmenplan darf Gesundheitserziehung nicht nur durch theoretische Aufklärung erfolgen, sondern muss „an praktisches Handeln und lebensweltliche Erfahrungen anknüpfen“ (Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen 1999, S. XXXI). Dies ist insbesondere im Sportunterricht möglich. Körperliche Anstrengung und Erholung werden so erfahrbar, emotionales und soziales Verhalten handhabbar gemacht.

Empfehlenswert erweisen sich somit für Kinder Sportarten, die eine ganzkörperliche sportmotorische Ausbildung gewährleisten. Gleichsam sollen die Aktivitäten sowohl das individuelle psychische Gleichgewicht als auch das Miteinander in der Gruppe fördern. Als Beispiele für hierfür angemessene Sportarten dienen Ballspiele, Schwimmen, Turnen, Gymnastik, Ballett, Voltigieren, Reiten, Skilaufen oder Roll- und Schlittschuhlaufen (vgl. Graf 1995, ohne Seitenangabe). Umgesetzt werden von diesen Sportarten in der Grundschule jedoch nur wenige. Teilweise sind sie logistisch oder finanziell nicht umsetzbar, in anderen Fällen werden sie einfach aus Gründen eines komplexen Übungsaufbaus vermieden und gegen einfach zu organisierende Spielformen ersetzt. Immer häufiger setzen sich auch außerschulische Interessen im Sportunterricht durch. Beispielsweise existieren mittlerweile vielerorts Golfsport-Arbeitsgemeinschaften, die bereits Kinder im Grundschulalter zur Zielgruppe erklären. Der als gesellschaftlich attraktiv geltende Modesport findet schnell Anhänger unter den Schülern und insbesondere die Unterstützung durch die Elternschaft. Jedoch ist der gesundheitliche Nutzen für einen kindlichen Körper in der Wachstumsphase aufgrund der hohen Belastungen der Wirbelsäule als sehr bedenklich einzustufen.

Der Sportunterricht darf allerdings nicht als einzige Möglichkeit körperlicher Betätigung in der Schule isoliert werden. Die Belastungen kognitiver und psychischer Natur erfordern es, dass Grundschulkindern die Gelegenheit „täglicher Bewegungszeiten“ erhalten, die in und zwischen die Unterrichtsstunden eingebettet werden müssen (vgl. Haarmann 2000, S. 328f.). Gesundheitlich orientierter Unterricht in weiteren Fächern, Bewegungspausen und auffordernde Schulraum- und Pausenhofgestaltung sind Aspekte, die bei der Planung eines gesundheitserziehenden Schulumfeldes berücksichtigt werden müssen (vgl. Müller 1999, S. 39). Ebenso ergeben sich durch außerunterrichtliche Veranstaltungen wie Wandertage oder Klassenfahrten mit einem bewegungsorientierten Schwerpunkt angemessene Möglichkeiten, Gesundheitserziehung in der Grundschule voranzutreiben (vgl. Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen 1989, S. 67).

1.6.3 Hygiene

Körperpflege stellt in der Schule ein sensibles wie wichtiges Themenfeld dar. Die Grundlagen der persönlichen Hygiene beinhalten in unserer gesellschaftlichen Anschauung die „regelmäßige Reinigung der Körperoberfläche, eine angemessene Sauberkeit der Kleidung, die Pflege von Zähnen, Haaren und Nägeln“ (vgl. Esser-Mittag 2000, S. 92). Das Einüben dieser Techniken obliegt primär dem Elternhaus, zudem spielen sie im Rahmen der alltäglichen Erziehung in den Kindergärten und Kindertagesstätten eine wichtige Rolle.

In der Grundschule erhält Hygieneerziehung weitere besondere Aspekte. Während Kinder im Vorschulalter noch nicht zu sehr schwitzen und „zumeist baden gehen, wenn sie sich schmutzig gemacht haben“, machen Grundschul Kinder eine Veränderung des eigenen Körpers durch. Der Körpergeruch verändert sich, die Schweißdrüsen produzieren intensiver. Die Notwendigkeit einer häufigeren und gründlicheren Körperreinigung ist angezeigt (vgl. ebd., S. 95).

Trotz der notwendigen Gesundheitserziehung im Bereich der Hygiene durch die Veränderung des Körpers findet das Thema Körperpflege nur eine untergeordnete Stellung im Sachunterricht. Die fehlenden Möglichkeiten zum praktischen Training, die Furcht vor unangenehmen Situationen für besonders betroffene Kinder oder die mangelnde Fachkenntnis mögen Erklärungen dafür sein, dass Lehrer im Rahmen der Gesundheitserziehung Hygieneaspekte häufig nur rudimentär thematisieren.

Dabei geht es nicht nur um Techniken, die direkt den eigenen Körper betreffen. Auch die hygienische Gestaltung des Umfeldes und die daraus resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Resultate müssen eine Grundlegung in der Schule finden. Lüften, Bodenreinigung oder sauberes Kinderspielzeug sind Beispiele für gesundes Wohnen, das in der Schule thematisiert werden muss (vgl. Corazza, Daimler, Ernst, Federspiel, Herbst, Langbein, Martin und Weiss 1997, S. 942).

1.6.4 Erholung und Rhythmisierung

Psychisch bedingte Krankheiten werden in zunehmendem Maße auch bei Kindern diagnostiziert. Hierzu zählen unter anderem Depressionen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizite oder Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Kaufmännische Krankenkasse 2006, S. 79).

Ein bedeutender Einflussfaktor auf das psychische Wohlbefinden ist Stress. Dieser bezeichnet ein Gefühl der Überforderung, verbunden mit einem sich stetig steigenden inneren Druck. Stress löst aufgrund der empfundenen Machtlosigkeit der Anforderungssituation gegenüber Nervosität, Hektik oder sogar physische Beschwerden aus. Nach *Zimbardo* sind Stressfaktoren an 50 bis 80 % aller Krankheiten maßgeblich beteiligt (vgl. 1983, S. 487).

Gerade Kinder verfügen nicht über die angemessenen Bewältigungsstrategien, um Stresssituationen in der Schule, der Familie oder der Freizeit zu begegnen (vgl. Hoepner-Stamos 2000, S. 198). Möglichkeiten, diesem Phänomen entgegenzutreten, ist die Entwicklung altersgerechter Stressmanagementprogramme für Kinder und Jugendliche (Kaufmännische Krankenkasse, S. 82). Fraglich ist in diesem Zusammenhang allerdings, wer zum Ersten diese Programme in der Schule durchführen soll, ist die Ausbildung von Lehrern in diesem Bereich eher nicht vorhanden. Zum Zweiten ist festzuhalten, dass es ratsam ist, eher stressvorbeugend zu handeln, anstatt erst aktiv zu werden, wenn der Stress den Betroffenen bereits im Griff hat.

Eine wichtige prophylaktische Funktion kommt der Erholung zu. Das Einlegen regelmäßiger und angemessen langer Ruhepausen wirkt Stress entgegen bzw. beugt ihm bereits frühzeitig vor (vgl. Graf, ohne Seitenangabe). Diese Pausen müssen nicht zwangsläufig aus Nichtstun bestehen, sondern dürfen durchaus aktiv gestaltet werden (vgl. ebd.).

Ebenso dient Schlaf in angemessener Dauer der Regeneration des Organismus. Dieser soll beispielsweise für ein Grundschulkind im Alter von 10 Jahren 9 bis 10 Stunden pro Nacht betragen (vgl. Abb. 7).

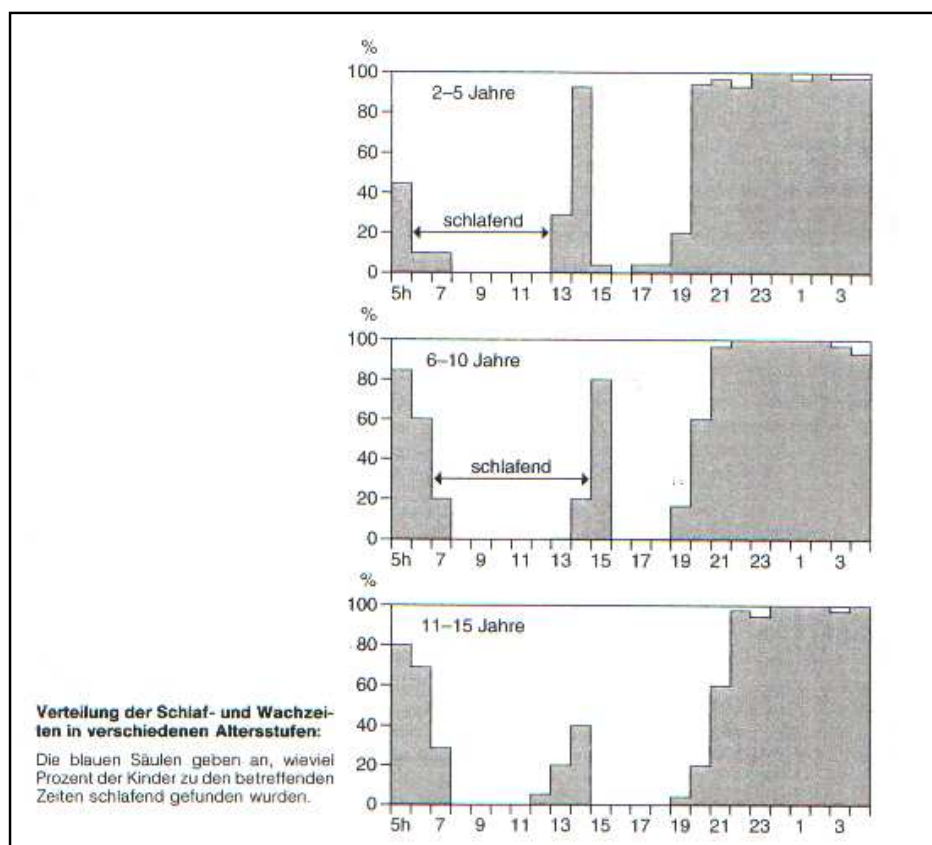


Abb. 7: Verteilung der Schlaf- und Wachzeiten in verschiedenen Altersstufen nach Graf

Entscheidend für die Wirkung von Erholung und Schlaf, gleichsam aber auch von Belastung und Stress auf den Körper, ist der Rhythmus, dem ein Mensch unterliegt. Wiederkehrende gleichbleibende Belastungs- und Erholungsphasen sind notwendig, um den Körper in ein ausgewogenes biorhythmisches Gleichgewicht zu versetzen.

Wie bereits erwähnt, bezieht sich Stressbewältigung nicht nur auf individuelle Interessen, sondern findet auch in zwischenmenschlichen Beziehungen ihre Anwendung. Die Lehre der Psychohygiene, sprich der Erlangung und des Schutzes des persönlichen seelischen Wohlbefindens, fordert die notwendige Interaktion mit dem Mitmenschen (vgl. Bitterhof 1987, S. 20). Dazu gehören gegenseitiges Vertrauen, Berücksichtigung von Interessen Anderer, Konfliktverhalten oder Umgang mit kulturellen, religiösen oder benachteiligten Gruppen.

Die Schule wirkt mit ihrem Umfeld in bedeutender Weise auf das seelische und körperliche Wohlbefinden eines Kindes ein. Das gute Schulklima kennzeichnet sich durch eine angenehme Arbeitsatmosphäre, eine gesundheitsgerechte Schulumfeldgestaltung und die Möglichkeit für den Schüler, einen Ort zu schaffen, der mehr als nur eine Stätte der Wissensvermittlung repräsentiert (vgl. ebd., S. 15), sondern ein interaktives und geregeltes Umfeld.

1.7 Gesundheitserziehung als Unterrichtsfach oder Unterrichtsprinzip

Wie zuvor ausführlich beschrieben, stellt Gesundheitserziehung ein komplexes und umfangreiches Thema im Schulunterricht dar. So stellt sich die Frage, in welcher Form der vielschichtige Inhaltskanon in den Stunden umgesetzt werden kann. Zwei Möglichkeiten stehen sich dabei gegenüber: Die Integration gesundheitserziehender Themen in möglichst viele Fächer als Unterrichtsprinzip oder die Zusammenfassung aller gesundheitsbildenden Bereiche in einem eigenen Unterrichtsfach.

Für die Behandlung des Themas Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip spricht, dass es bereits in einigen Fächern - beispielsweise Sport, Sachunterricht und Deutsch - gesundheitsrelevante Inhalte und Ansatzpunkte gibt, die kumuliert einen umfassenden Rahmen notwendiger Bildung ermöglichen (vgl. Bitterhof, S. 28 und Sommer et al., S. 99). Zudem soll Gesundheit nicht isoliert in einem zweistündigen Wochentakt unterrichtet, sondern als lebenspraktisches Konzept im gesamten Schulleben vermittelt werden. Somit hat sich jeder Lehrer mit gesundheitsrelevanten Aufgaben zu befassen und kann seine besonderen Kompetenzen einbringen (vgl. Biener 2005, S. 134). Dies erstreckt sich dabei nicht nur auf Unterricht und Pausengestaltung. Außerschulische Lernorte bieten sich ebenso für gesundheitspädagogische Aktivitäten an, so beispielsweise bei Wandertagen oder Klassenfahrten (vgl. Lutz-Dettinger 1979, S. 52).

Ein Schulfach Gesundheitserziehung führt die Diskussion um die vielen nicht umgesetzten Unterrichtsinhalte zum Thema Gesundheitserziehung in einen neuen Kontext. Während insbesondere die Fächer Sachunterricht und Sport gesundheitsfördernde Inhalte vermitteln sollen, dies aber auf Grund

des überfrachteten Lehrplans oftmals nicht realisieren können, bietet die Einrichtung eines gesonderten Faches Gesundheitserziehung die Möglichkeit, die notwendigen didaktischen und methodischen Aspekte aufzunehmen. Diese Auffassung findet eine zunehmende Lobby. Beispielsweise propagiert der führende Mediziner Prof. Dietrich Grönemeyer, Gesundheit auf einem anderen Wege als über die „Note im Fach Sport“ zu vermitteln.²⁹ Auch die Krankenkassen schließen sich der Befürwortung eines speziellen Unterrichtsfaches an. Die Betriebskrankenkassen in NRW sehen eine Vernachlässigung des Themas Gesundheitserziehung sowohl in der Schule als auch im außerschulischen Bereich, der durch ein „neues Pflichtfach“ dringend entgegengesteuert werden muss.³⁰

Das Fach Gesundheitserziehung berücksichtigt auch die Inhalte, die im Lehrplan der Grundschule nicht oder noch nicht aufgenommen sind. Hierbei geht es um Fragen „der Umgebungshygiene, des Umweltschutzes, der Unfallverhütung, des Genussmittelproblems (...)“ (Biener 2005, S. 134).

Fraglich ist in diesem Hinblick auch der Aspekt, wer die Kompetenzträger der Gesundheitserziehung in der Schule sind. In der Bundesrepublik wird das Berufsbild des Gesundheitserziehers seitens Politik und Verwaltung nicht angestrebt. Die gesundheitliche Bildung wird als Aufgabe für „unterschiedliche Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe verstanden (...)“ (Laaser, Wolters und Kaufmann 1990, S. 107). Wer verkörpert in der Schule diese Berufe? Sind Lehrer angemessen auf die Aufgabe der Gesundheitserziehung vorbereitet? Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

1.8 Schulische Gesundheitserziehung als wissenschaftliche Disziplin

Die Umsetzung einer wirksamen Gesundheitserziehung in und außerhalb der Schule erfordert eine fundierte wissenschaftliche Grundlage. So kommt den forschenden Institutionen von Wissenschaft und Hochschule eine kardinale Rolle bei der Erarbeitung neuer Erkenntnisse und Konzepte sowie der Ausbildung von Fachpersonal zu.

Um dieser Aufgabe in hinreichendem Maße nachzukommen, sind angemessene Strukturen an den Hochschulen unabdingbar. Allerdings ist die Gesundheitserziehung derzeit keiner speziellen wissenschaftlichen Fachrichtung zugeordnet, so dass sich die Frage stellt, woher die praktizierenden Gesundheitserzieher ihr Fachwissen erhalten (vgl. Wulfhorst 2002, S. 48).

Die derzeit leitende Forschungsrichtung für diese Fragestellung wird unter dem Begriff *Public Health* zusammengefasst. Public Health bezeichnet dabei die Forschung, die sich mit dem „Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen“ beschäftigt und interdisziplinär Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen unter dem Leitbild der Gesundheitswissenschaften zusammen-

²⁹ <http://openpr.de/news/100048/Schulen-vermitteln-Kindern-kein-gesundes-Leben.html> (Zugriff vom 05.04.2007)

³⁰ <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/12/18/228a0804.asp?cat=/politik/krankenkassen> (Zugriff vom 06.04.2007)

schließt.³¹ Insbesondere verfolgt Public Health eine präventive Informationsversorgung der Bevölkerung und bildet in hochschulischen Studiengängen Fachpersonal hierfür aus. Vor allem werden in diesem Rahmen Weiterbildungsstudien für Mediziner, Juristen, Natur- und Wirtschaftswissenschaftler sowie Pädagogen und Psychologen angeboten (ebd.). Die Berufsmöglichkeiten für Master of Public Health sind vielfältig, direkt in der Schule sind die Absolventen jedoch nicht tätig. Lediglich über externe Anbieter treten sie mit elementar- und allgemeinbildenden Schulen in Verbindung.

So bleibt die Vermittlung des Themenfeldes Gesundheitserziehung in der Grundschule vornehmlich die Aufgabe für die Lehrkräfte. Dies weist auf einen umfangreichen „Professionalisierungsbedarf“ hin, der den Pädagogen zuteil werden muss (vgl. Hesecker 2005, S. 4). Neben externen Anbietern stehen hierbei die Hochschulen in der Verantwortung.

Allerdings ist das bestehende Angebot als nicht ausreichend zu bezeichnen. Trotz der gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit sind die Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten nur als gering einzuschätzen (vgl. Laaser et al. 1990, S. 107). Das maßgeblich für Gesundheitserziehung verantwortliche Fach Sachunterricht umfasst eine Kombination von neun unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Gesundheitspädagogik spielt darin nur eine marginale Rolle. So findet beispielsweise an der Universität Bielefeld kein Angebot des Unterrichtsfaches Sachunterricht statt. Die Inhalte werden in den Fächern der Naturwissenschaften vermittelt, von denen jedoch keines Grundlagenveranstaltungen anbietet, die gesundheitserzieherische Aspekte berücksichtigt. An der Universität in Paderborn existiert das Fach Sachunterricht; die Lehrveranstaltungen zu Gesundheitsthemen sind jedoch auf eine bis drei begrenzt.

Auch die sportwissenschaftlichen Studiengänge bieten für Lehramtskandidaten keine genügende gesundheitserzieherische Ausbildung. So umfasst zum Beispiel das Bachelor-Studium GHR an der Fakultät Sportwissenschaft an der Universität Bielefeld im Jahr 2005 lediglich 90 Minuten Gesundheitserziehung im Rahmen der Grundlagenvorlesung der Sportpädagogik.

Es bleibt festzustellen, dass die für die Gesundheitserziehung in der Grundschule hauptsächlich verantwortlichen Fächer Sachunterricht und Sport in der universitären Ausbildung teilweise nicht die Inhalte enthalten, die für die Ausbildung angemessen ausgebildeter Fachkräfte notwendig sind.

³¹ <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MedFak/PublicHealth/wasistpublichealth/index.html> (Zugriff vom 06.04.)

2 Grundlagen der Gesundheitsförderung

2.1 Von der Gesundheitserziehung und Prävention zur Gesundheitsförderung

Gesundheit erklärt sich nicht ausschließlich durch Ernährung, Bewegung und Stressmanagement sowie die selbstständige Auseinandersetzung mit Risikofaktoren. *Bröskamp und Göpel* zeigen mit der Erklärung der Voraussetzungen von Gesundheit die Komplexität des Gesundheitsbegriffes:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (*Bröskamp und Göpel* 1992, S. 144).

Gesundheit verändert sich somit vom reinen Zustand zu einer „begrenzten Ressource“. Diese sinnvoll zu nutzen, bedarf es angemessener Kompetenz. So hat in den vergangenen Jahren im Rahmen der Gesundheitsbildung ein „Paradigmenwechsel“ stattgefunden, der die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen „gleichberechtigt neben Kuration und Rehabilitation“ sieht (*Hurrelmann, Klotz und Haisch* 2004, S. 49). Gleichwohl steht fest, dass die bisherigen Programme zur Prävention nicht die „Wirksamkeit beim Endverbraucher erzielen, die seitens der Gesellschaft gewünscht sind“ (*Hertel* 1995b, S. 150). Ausgangspunkt für eben diese Programme ist die Gegenwart von Krankheit. Sie bewegt den Menschen dazu, präventiv zu handeln, um den eigenen Organismus zu stärken und somatische Beschwerden zu lindern oder zu vermeiden (vgl. Kap. 1.4). Jedoch sollte der Gesundheitsbegriff im Zentrum des Denkens und Handelns stehen. Gesundheit ist die Norm, die jeder Mensch grundsätzlich erfüllt. Alle Abweichungen davon verkörpern Krankheit (vgl. *Lehner* 1991, S. 14). Gerade diese verengte Sichtweise birgt aber auch Risiken. Gesundheit wird hauptsächlich auf naturwissenschaftlicher Basis erklärt und vernachlässigt „psychosoziale“ Aspekte (vgl. ebd., S. 15).

So eröffnen sich neue Perspektiven durch die Einbeziehung sozialer, psychischer und umweltbedingter Faktoren. Neben den „medizinischen Disziplinen“ treten somit auch „die Pädagogik und die Sozialarbeit“ als gleichwertige Partner im Rahmen der Gesundheitsbildung auf (ebd., S. 19). Gesundheit erlangt eine komplexere Struktur und verdeutlicht, dass zu ihr mehr gehört als die reine Abwesenheit von Krankheit. Gesundheits- und krankheitsbedingte Faktoren vernetzen sich miteinander und sind sowohl vom individuellen Handeln als auch von Interaktion abhängig (vgl. ebd., S. 16).

Besonders im Fokus stehen die Maßnahmen, die zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit dienen. Diese Aktivitäten werden unter dem Begriff der *Gesundheitsförderung* zusammengefasst (vgl. ebd., S. 25). Gesundheitsförderung geht über die reine Wissensvermittlung der Gesundheitserziehung hinaus. Sie dient der Veränderung der Lebensweise und der Steigerung des Wohlbefindens (vgl. *Balz* 1995, S. 89).

In verschiedenen Veröffentlichungen wird die Gesundheitserziehung mit ihrem belehrenden Charakter vornehmlich der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zugeordnet, während die Gesundheitsförderung eher der Erwachsenenbildung zugeschrieben wird (Wulfhorst 2002, S. 26). Diese Betrachtungsweise ist sicherlich kritisch zu bewerten. Die Ermächtigung (engl.: to empower) zur „selbstständigen Bewertung und Handhabung hygienischer, psychischer, physiologischer, kultureller, sozialer und ökologischer Einflussfaktoren“ (vgl. ebd.) darf nicht erst im Erwachsenenalter thematisiert werden, sondern sollte bereits im Kindesalter als grundlegende Kompetenz vermittelt werden (vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005, S. 44).

Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung ergibt sich aus der sozialen Betrachtungsweise. Gesundheitsförderung berücksichtigt neben der individuellen Ebene gleichberechtigt die Beteiligung der Gesellschaft an der Steigerung des Wohlbefindens (vgl. Schwaner-Heitmann 1995, S. 3). Dies betrifft sowohl die Partizipation von Institutionen an gesundheitsfördernden Maßnahmen als auch ihre Veränderung durch gemeinschaftliche Aktivitäten (vgl. ebd.).

In diesem Zuge nimmt die Gesundheitsförderung wieder die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und Entspannung auf (vgl. Rudin 2001, S. 3). Nach dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches kommt jedem Bundesbürger die Verpflichtung zu, zur Erhaltung seiner Gesundheit aktiv beizutragen. Nach *Specke* sind „nahezu zwei Drittel der Krankheitskosten“ in der Bundesrepublik auf die Folgen mangelnder Bewegung und falscher Ernährung zurückzuführen (vgl. 2005, S. 408). Das auf breiter Basis „ausbalancierte Wohlbefinden des Körpers und des Geistes“, auch als *Gesundheitskonsistenz* bezeichnet, animiert den Menschen, sich kritisch mit dem Wohlbefinden auseinanderzusetzen und dieses eigenverantwortlich positiv zu beeinflussen (vgl. Pohle 1994, S. 68). Damit stehen sie allerdings nicht allein. Durch die „gemeinsame Betroffenheit“ (Heipertz 1996, S. 243) erleben Kinder und Erwachsene ähnliche Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit und lernen, gemeinschaftlich ein starkes gesundheitliches Fundament zu schaffen und fördernde Maßnahmen zu verinnerlichen.

Jedoch erscheint die Implementierung von Gesundheitsmaßnahmen in der Gesellschaft ein schwieriges Unterfangen zu sein. Das 1988 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz hat den Krankenkassen weitreichende Möglichkeiten an die Hand gegeben, präventive Maßnahmen zu unterstützen. Auch wenn dieser Sektor den gesamtwirtschaftlichen Sparzwängen unterliegt, so wurden beispielsweise „im Jahr 2002 pro Versicherten 2,60 Euro für primärpräventive Aktivitäten“ und „0,52 Euro für die Förderung von Selbsthilfegruppen“ vorgesehen (Hurrelmann, Klotz und Haisch 2005, S. 347). Offenbar ist es allerdings den Kassen nicht gelungen, die Bevölkerung über die Bedeutung und Attraktivität dieser Maßnahmen aufzuklären, denn tatsächlich wurden nur etwa die Hälfte der vorgesehenen Gelder investiert (vgl. ebd.).

So ist es ratsam, detaillierter zu untersuchen, welche Aufgaben und Ziele der Gesundheitsförderung zugeschrieben werden und in welcher konzeptuellen Form sie dem Endverbraucher - und in besonderer Hinsicht Kindern und Jugendlichen - vermittelt werden.

2.2 Wohlbefinden und Gesundheitsförderung nach Definition der WHO

Wohlbefinden als Gunstfaktor für die Gesundheitsförderung besitzt einen elementaren Charakter. Allerdings fällt seine Beschreibung kontrovers aus. So wird beispielsweise zwischen einem „kurzfristigen“ und einem „langfristigen Wohlbefinden“ unterschieden (vgl. Schlicht 1995, S. 24). Kurzfristigkeit wird dabei vor allem den neueren Sportmethoden der „Fun“- und Trendsportarten zugeschrieben. Langfristige Wohlbefindenssteigerung wird von *Schlicht* einem intensiven und kontinuierlichen körperlichen Training mit der „Überwindung unangenehmer physischer Zustände“ zugeschrieben (ebd., S. 25). Fraglich ist in diesem Zuge allerdings, warum nur über hartes körperliches Training ein langfristiger Zufriedenheitszustand erreicht werden kann. So darf auch Trendsportarten zugebilligt werden, dass sie physisch hohe Anforderungen und dauerhaftes Training verlangen.

Der Gedanke der Mehrdimensionalität von Wohlbefinden findet aber bereits in der angesprochenen Betrachtungsweise eine Berücksichtigung. Eine andere Perspektive wird mit den *gekoppelten Systemen* eröffnet. Sie unterscheidet hierbei drei Systeme, die Wohlbefinden zum einen einzeln für sich definieren und zum anderen in der Addition eine vollständige Form von gesundheitlicher Zufriedenheit beschreiben (Wulfhorst 2002, S. 76):

- das biologische System mit dem Körper
- das psychische System mit dem Bewusstsein und
- das soziale System mit der Kommunikation

Eine Konkretisierung dieses Wohlbefindens-Status war ein besonderes Anliegen der World Health Organisation (WHO). Bereits Ende der Siebziger Jahre wurden auf einer gemeinsamen Konferenz in Alma Ata grundlegende Beschlüsse bezüglich der Förderung gesundheitsfördernder Maßnahmen gefasst (vgl. Schwaner-Heitmann 1995, S. 2). Die bereits im Kindesalter vor allem im Bereich der Ernährung und Bewegung nachgewiesenen Defizite vergegenwärtigten die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Aufklärung und Befähigung, letztere auch als „Empowerment“ bezeichnet (ebd., S. 59).

Auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde im Jahr 1986 in Ottawa eine Abschluss-Charta verabschiedet, die die Begriffe des Wohlbefindens und der Gesundheit neu definierte (vgl. Bröskamp und Göpel 1992, S. 144):

„Gesundheit [ist] als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Bröskamp et al.).

„Der Begriff Gesundheit [beschreibt] einen Zustand vollständigen, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Göpel und Schubert-Lehnhardt 2004, S. 111)

Diese Kernaussagen bezeichnen die Notwendigkeit der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und die Befähigung der Bevölkerung zur „Entfaltung und Entwicklung ihrer Gesundheitspotenziale durch Qualifikation und durch Einflussnahme auf gesundheitsrelevante Umweltbedingungen“ (Hurrelmann und Laaser 1993, S. 77).

Erweitert wurde die Ottawa-Charta durch die Jakarta-Erklärung, die im Jahr 1997 die Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert beschreibt. Zusätzliche Komponenten der Erklärung sind die Begriffe soziale Sicherheit und soziale Beziehungen (vgl. Wulfhorst 2002, S. 70f.).

Hazard fasst die im Rahmen der WHO-Definition erweiterten Einflussfaktoren in der folgenden Abbildung nochmals anschaulich zusammen (1994, S. 46):

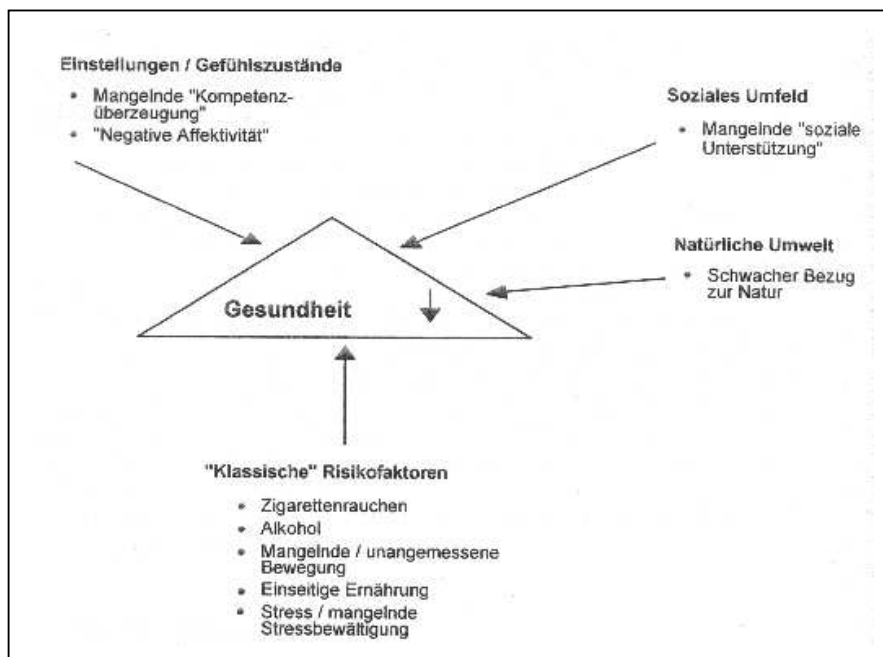


Abb. 8: Einflussfaktoren auf die Gesundheit (nach Hazard 1994)

Kritisch ist die WHO-Definition in zweifacher Hinsicht zu betrachten. Erstens stützen sich die Erklärungen von Ottawa nicht auf „finanzielle Ressourcen“, sind somit monetär nicht abgesichert (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 2005, S. 24). Zweitens lässt sich ein

vollständiges Wohlbefinden in subjektiver Form kaum und objektiv betrachtet überhaupt nicht erreichen. Liegen bereits pathologische Befunde vor, so ist der Zustand auch aus subjektiver Betrachtungsweise nur annähernd, jedoch nicht vollständig realisierbar (vgl. Lohaus 1993, S. 8).

2.3 Aufgaben, Bereiche und Ziele der Gesundheitsförderung

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung als Erweiterung der Gesundheitserziehung ist aus den vorstehenden Erläuterungen bereits deutlich geworden und soll im Folgenden durch eine Strukturierung in Aufgaben, Bereiche und Ziele präzisiert werden.

Elementare Aufgaben werden von *Schwaner-Heitmann* sinnvoll zusammengefasst (1995, S.4):

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten (Leben und Arbeit)
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren (die Gesundheitsdienste sollen über die medizinisch-therapeutischen Betreuungsleistungen hinaus auf bewusste Förderung von Gesundheit hinarbeiten)

Diese Aufstellung zeigt die Komplexität, die Gesundheitsförderung bedingt. Im Zentrum stehen dabei insbesondere „Bewältigungsstrategien“, die ein Mensch für sein Gesundheitshandeln erlernen und anwenden muss. Dieses wiederum gelingt am besten, wenn ein Individuum in einer funktionierenden sozialen Gruppe interagiert (vgl. Blättner 1998, S. 134f.). Um dies umzusetzen, partizipiert eine Vielzahl von Partnern bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung. Neben den Medizinern sind dies Akteure aus den Bereichen „Bildung, Stadt- und Verkehrsplanung, Jugendplanung“ oder Sozialarbeit (vgl. Hurrelmann et al. 1994, S. 43).

Besonders für die Erziehungswissenschaft erwächst aus dieser Tatsache heraus die Notwendigkeit, die Gesundheitsförderung als Gegenstand des pädagogischen Studiums aufzunehmen (vgl. Wulfhorst 2002, S. 72). Offen bleibt bisher jedoch, in welcher Form dies erfolgen soll. Ein „Studienschwerpunkt“ ist genauso denkbar wie ein „Wahlpflichtfach“. Zu bedenken gilt es jedoch, dass es keine direkte Vernetzung der Gesundheitspädagogik mit den Erziehungswissenschaft gibt. Eine entsprechende „Theorie der Gesundheitspädagogik“ ist für dieses Wissenschaftsfeld nicht existent (vgl. ebd., S. 37).

Auch die Einrichtung einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin ist vorstellbar (vgl. ebd., S. 31). Verschiedene Fakultäten für Gesundheitswissenschaften sind aus diesem Gedanken heraus in der Bundesrepublik entstanden, die erste an der Universität in Bielefeld (1994).

Der Bedarf angemessen ausgebildeten Personals für den gesundheitsfördernden Bereich ist vorhanden. Die Besetzung der Stellen in den präventiven Berufsfeldern wird zunehmend durch gesundheitspädagogische Fachleute gedeckt (vgl. ebd., S. 49). Dazu gehören beispielsweise „Einrichtungen der psychiatrischen und medizinischen Versorgung, Einrichtungen der psychosozialen Versorgung inklusive der dazugehörigen Beratungsstellen sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (ebd., S. 51).

Was sich aus dieser Auflistung erahnen lässt, wird durch *Palentien und Hurrelmann* verdeutlicht: Gesundheitspädagogen sind in nahezu allen maßgeblichen Institutionen tätig. Ausnahme ist jedoch die Schule. Die dort für die Gesundheitsförderung zuständigen Lehrer werden allerdings nicht im Rahmen ihrer Ausbildung mit den notwendigen Grundkenntnissen der Gesundheitspädagogik versorgt (vgl. ebd., S. 51).

2.4 Modelle und Konzepte der Gesundheitsförderung

Die didaktische Umsetzung der gesundheitsfördernden Theorien in die Praxis erfolgt durch wissenschaftlich fundierte Modelle, die mittels vielschichtiger Konzepte zielgruppengerecht zum Empfänger transportiert werden. Diese werden im Folgenden in Kurzform genannt.

2.4.1 Modelle der Gesundheitsförderung

Psychologische Modelle spielen in der Gesundheitsförderung eine tragende Rolle. So wird auf *konstruktivistischer Ebene* ein „handlungsleitendes Konzept“ in den Fokus gestellt (vgl. Blättner 1998, S. 150). Dieses bedeutet, dass Gesundheit und Krankheit durch „soziale Übereinkünfte“ entstehen. Werden störende Faktoren, die eine „soziale Abweichung“ kommunizieren, beseitigt, so „wird von Gesundheit gesprochen“ (ebd.). Die unterschiedliche Empfindung von Abweichung und die verschiedenartige Interpretation von Phänomenen führt bei jedem Individuum zu einer differenzierten Bewertung von Gesundheit. Eine einheitliche Definition, was genau gesundheitsfördernd ist, ist daher nicht möglich. Die Befähigung des Einzelnen, sein persönliches Wohlbefinden zu gestalten, rückt somit in den Vordergrund.

Die psychologisch orientierten Gesundheitsmodelle richteten sich traditionell vornehmlich an „Risikogruppen“. In jüngerer Vergangenheit sind jedoch auch Kinder, Jugendliche und Senioren als Zielgruppe erfasst worden (vgl. Abel 1995, S. 62). Während ältere Menschen mit angemessenen Gesundheitsprogrammen versorgt werden, gestaltet sich dies für junge Menschen schwierig. Kinder und Jugendliche empfinden Gesundheitsförderung nicht als „primäre Motivation“, messen vielen anderen Aspekten ihres Alltagslebens mehr Bedeutung zu (vgl. ebd.). Ihr Umfeld wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt, die jedoch alle Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten haben können. So nehmen „Familie (...), Peergroup, Kindergarten und Schule, Freizeitmöglich-

keiten, Wohnsituation, das lokale Umfeld [und] soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen“ Bezug zum Kind auf und verändern bewusst oder unbewusst dessen gesundheitsfördernde Einstellung (vgl. ebd., S. 63f.).

Ein weiteres Modell bildet der *Settingansatz*. Ihm „liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 45). Gesundheitsförderung findet demnach an verschiedenen Orten und in verschiedenen Lebenswelten, den Settings statt. In ihrer speziellen Konstitution interagieren die entsprechenden Partner miteinander und nutzen ihre potenziellen Möglichkeiten (vgl. ebd.). So ergeben sich je nach Setting verschiedene Zusammensetzungen von Partnern, Aufgaben, Intentionen und Ressourcen.

Das *Anforderungs-Ressourcen Modell* nach Becker findet seine Grundlage in den Erkenntnissen des Salutogenese-Ansatzes von Antonowski (vgl. Kap. 1.5.3.3). Es entwickelt ein interaktionistisches Modell, das personale, interaktive und umweltbedingte Faktoren als gemeinschaftliche Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit definiert (vgl. Wydra 1996, S. 26). Dabei steht der Fokus insbesondere auf dem seelischen Wohlbefinden. Die in vielen Modellen ins Zentrum gestellten Aspekte Bewegung und Ernährung finden bei Becker nur eine abgestufte Bewertung .

„Eine Person ist dann als seelisch gesund zu bezeichnen, wenn sich auf der Ebene des Verhaltens und Erlebens bestimmte, näher zu beschreibende, positive Funktionsmerkmale nachweisen lassen. Kriterien einer so verstandenen seelischen Gesundheit sind (...) u.a. positive emotionale Befindlichkeit, hohes Energieniveau und Aktiviertheit, Expansivität, Leistungsfähigkeit, Selbsttransparenz, Autonomie und hohes Selbstwertgefühl“ (ebd., S. 27).

Das Zitat erklärt in angemessener Form die Komplexität der Einflussfaktoren seelischen Wohlbefindens und verdeutlicht gleichwohl, dass eine gesunde Seele eine bedeutende Rolle im Gesamtbild einer vollständigen Gesundheit spielt.

Unter dem Begriff der *dynamischen Konzepte* finden sich „vier idealtypische Modelle“, die die gesundheitsfördernde Kompetenzentwicklung von Laien erklären (Faltermeier 1998, S. 83f.). Durch die individuelle und gemeinschaftliche Teilhabe am sozialen Umfeld erlangt der Mensch Erfahrungen im Umgang mit seiner Gesundheit und leitet daraus folgende Dynamiken ab (ebd.):

- *Zustandsveränderung on / off*: eng angelegt an traditionelle Modelle wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit erklärt. Im Gegenzug tritt bei Krankheit die Abwesenheit vollständiger Gesundheit ein.
- *Reduktion eines begrenzten Reservoirs*: Gesundheit existiert in Form eines begrenzten Kontingents. Der Mensch strebt danach, die Risikofaktoren zu minimieren und den Abbau der Reserven zu verlangsamen.
- *Regeneration eines Potentials*: Gesundheit ist keine erschöpfliche Quelle. Verbrauchen sich durch ungünstiges Verhalten Gesundheitsreserven, so ist es möglich, sie durch gesundheitsförderndes Handeln wieder aufzufüllen.

- *Expansion eines Potentials*: über die bestehenden Reserve-Grenzen hinaus ist eine Vermehrung der Gesundheitskontingente möglich. Durch gesundheitsförderndes Verhalten ist somit eine Steigerung der physischen und psychischen Abwehrkräfte möglich.

Die Reihe der gesundheitsfördernden Modelle lässt sich beliebig fortsetzen: Das *Precede* nach *Green, Kreuter, Deeds und Partridge*, Verhaltensorientierte Ansätze, Modelle des Selbstkonzepts - das *Health Belief Modell*, die *Theorie des überlegten Handelns* oder das *Stufenmodell gesunden Handelns* - und integrative Modelle spiegeln die Vielfalt modelltheoretischer Überlegungen wieder. Gemein sind dem überwiegenden Teil der genannten Modelle die ganzheitliche Berücksichtigung von Körper, Geist und Seele sowie die Notwendigkeit der Befähigung des Individuums zum gesundheitsfördernden Handeln durch die Verantwortung der Gemeinschaft.

2.4.2 Konzepte der Gesundheitsförderung

Die wissenschaftlich basierten und belegten Modelle finden in verschiedenen Konzepten ihre praktische Umsetzung. Nachstehend werden einige prägnante Programme erläutert, um die Vielfalt und das bedeutende Potenzial gesundheitsfördernder Maßnahmen aufzuzeigen.

Um eine entsprechende Wirkung hervorrufen zu können, sind für Gesundheitsprogramme diverse Voraussetzungen unabdingbar. So gilt es, die Konzepte so zu gestalten, dass bereits „in frühen Stadien (...) positive Effekte erkennbar sind“ (ebd., S. 34). Kinder und Jugendliche müssen somit für die Teilnahme motiviert werden - gleichsam müssen sie das sich aus dem Programm eröffnende Handlungspotenzial realitätsnah bewerten können (vgl. ebd.).

Ein weiterer notwendiger Faktor für die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Konzepte ist die Verquickung der *Induktion negativer und positiver Emotionen* (vgl. ebd., S. 37f.). Negativ konnotierte Bilder wie beispielsweise Nikotin- oder Alkoholschäden im Organismus finden ebenso ihre Rolle wie positive Aspekte, z.B. die Entwicklung von Selbstkompetenz und Selbstbewusstsein. Zwar kann jede Seite auch allein ein Programm tragen, jedoch vermittelt die Kombination motivierenden positiven Verhaltens mit dem Hinweis auf negative Folgen gesundheitsschädlichen Verhaltens die überzeugendste Version.

Weitere Einflussgrößen auf die praktische Umsetzung von gesundheitsfördernden Programmen sind die Zielgruppen nach Alter, Geschlecht und sozialem Kontext, der „institutionelle(...) Bezugsrahmen“, die „professionelle (...) Orientierung“ und die „Trägerschaft“ der offerierenden Anbieter (Biener 2005, S. 184). Die entsprechend zugehörige Organisationsstruktur mit der Ausformung „interdisziplinärer Teamarbeit“ sowie angemessener Spezialisierung, Evaluation und Qualitätssicherung sichert die Seriösität und Validität eines entsprechenden Konzeptes ab (vgl. Schega 1996, S. 115).

2.4.2.1 Gemeindeorientierte Konzepte

Ein häufig verwendete Form von gesundheitsfördernden Programmen sind *gemeindeorientierte Konzepte*. Gesundheit wird dabei nicht als Aufgabe einer einzelnen Institution verstanden sondern als gemeinschaftliches Projekt einer ganzen Stadt. In lokalen Arbeitsgemeinschaften werden so die Rahmenbedingungen für eine gesunde Gemeinde geschaffen und in Kooperation mit den kommunalen Partnern umgesetzt (vgl. Göpel et al., S. 22). Bei der Städteplanung werden gesundheitsbezogene Aspekte berücksichtigt, die Gesundheitsversorgung der Bürger wird optimiert. In Form des Setting-Ansatzes werden gesundheitsfördernde Programme passgenau für die verschiedenen Institutionen am Ort konzipiert (vgl. ebd.).

Aus diesem Ansatz heraus entstand 1986 das von der WHO konzipierte Netzwerk „Gesunde Städte“, das 1989 in Deutschland mit einem 11 Gemeinden umfassenden bundesdeutschen Zusammenschluss seine Fortsetzung fand (Rütten und Rausch 1996, S. 22). Die beteiligten Gemeinden, die mittlerweile im Bundesgebiet auf rund 40 angewachsen sind, verfolgen darin den Gedanken, der eigenen Stadt ein gesundheitsbezogenes Profil zu verleihen. Zu diesem Zwecke werden möglichst viele kommunale Politikfelder unter eine gesundheitsfördernde Perspektive gestellt. Zudem beteiligen sich die Bürger aktiv an der Gestaltung der Gemeinde (vgl. ebd.). Sie überlassen die Gesundheitsversorgung nicht allein den Medizinern, sondern konzipieren und gestalten in verschiedenen Settings Gesundheitsinhalte. Gesundheit ist demnach kein „vorrangiges Lebensziel“, das durch die Kontrolle von Ärzten verwirklicht werden kann (Bröskamp und Göpel 1992, S. 144). Vielmehr ist es ein bejahendes Lebenskonzept, das durch das Individuum und sein soziales Umfeld konstruiert und umgesetzt wird (vgl. ebd.).

2.4.2.2 Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)

APUG steht für ein umfassendes Programm der Gesundheitsförderung, das im Jahr 1999 durch das Bundesministerium für Umwelt, Natur und Reaktorsicherheit und vom Ministerium für Gesundheit ins Leben gerufen worden ist. Weitere Partner schlossen sich in der Folgezeit an und unterstützen seither ein Konzept, das besonders umweltbedingte Faktoren als Einflussgrößen auf die Gesundheit eines Menschen in den Fokus stellt.³²

Die Ziele von APUG finden sich in der Gesundheitsaufklärung, der weiterführenden Forschung sowie der gesundheitspädagogischen Weiterentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Sie sind im gleichen Maße von Umwelteinflüssen betroffen wie Erwachsene, verfügen jedoch oftmals noch nicht über die Kernkompetenzen, sich situationsgerecht zu verhalten. APUG setzt daher auf kommunaler Ebene an, um Beratung und Aufklärung schnell und unkompliziert wirken zu lassen.

³² <http://www.apug.de/kinder/index.htm> (Zugriff vom 01.04.2007)

Im Wesentlichen befassen sich die in den Gemeinden festgeschriebenen Maßnahmen mit den Teilaspekten

- gesundes Wohnumfeld
- ausreichende Ruhe- und Spielplätze
- Minderung der Verkehrsdichte und Lärmbelastung (vgl. ebd.)

Basis für die Zusammenarbeit können gemeinschaftliche Arbeitspläne, Gesundheitskonferenzen oder Agenda 21-Initiativen sein. Handlungsempfehlungen entstehen so auf kurzen Wegen, die Akteure sind in der Regel mit den lokalen Gegebenheiten vertraut.

2.5 Gesundheitsförderung im Kindesalter

Die Gesundheit von Kindern wird aktuell kontrovers diskutiert. Besonders Übergewicht bis hin zu Adiposita aufgrund mangelnder Bewegung sowie falscher Ernährung stellt ein bedeutendes Thema der heutigen Gruppe der 6- bis 13-Jährigen dar. Allerdings vernachlässigt der aktuelle Fokus die nicht minder wichtige Einflussgröße des Stressmanagements (vgl. Kap. 1.6.4). Laut *Bilger* und *Petersen* verfügen bereits „Grundschulkind[er] [über] einen Terminkalender (...), der dem eines Managers ähnelt“ (2000, S. 127). Dies bedeutet, dass Kinder immer häufiger durch die Ballung zu vieler Verpflichtungen am Nachmittag und am Wochenende belastet sind und die Zeit für eine angemessene Regeneration nicht mehr vorhanden ist. Im Gegensatz zum Manager verfügen Kinder jedoch nicht über ein professionelles Sekretariat, das Termine koordiniert und eine Überlastung abschirmt. So übernehmen die Eltern diese Aufgabe. Sollten diese jedoch aus verschiedenen Gründen dazu nicht in der Lage sein, bleibt es dem Schulkind selbst überlassen, mit dem eigenen Zeitkontingent zu haushalten.

Die Kompetenz, dies handhaben zu können, erfordert eine entsprechende Ausbildung und ausreichend Erfahrung. Es ist fraglich, ob ein Grundschulkind dies leisten kann. Realität ist eher, dass sich Kinder mit überfrachteten Terminkalendern konfrontiert sehen. Eine Flucht aus dieser Überforderung führt häufig in übermäßigen Fernseh- und PC-Konsum, dem aktive Bewältigungsstrategien nicht abverlangt werden und eine passive Abwartehaltung eingenommen werden kann (vgl. Tossman 1995, S. 61f.).

So darf angenommen werden, dass Kinder von dem Begriff der Gesundheitsförderung keine tiefergehende Vorstellung haben. Handwerkszeug, mit psychischen und physischen Belastungen umzugehen, steht oftmals nicht zur Verfügung; es scheint jedoch auch nicht als notwendig angesehen. Somit ist es ratsam, gesundheitsfördernde Projekte für Kinder so zu gestalten, dass diese Sinn und Ziel erkennen und verstehen können (vgl. Lohaus 1993, S. 34).

Richtungsweisend dafür ist eine aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Die reine Rezeption von Wissensfragmenten nach dem Modell der Gesundheitserziehung stempelt den Schüler als unwissenden Empfänger ab. Wirksamkeit kann Gesundheitsförderung nur erlangen, wenn die Zielgruppe - wie beispielsweise beim Konzept der partizipativen Gesundheitsförderung - die „konsequente Einbeziehung der jugendlichen Adressaten“ verfolgt (Bauer 2004, S. 42).

Dabei sollte beachtet werden, dass sich die geplanten Maßnahmen nicht auf eine isolierte Behandlung einzelner Gesundheitsbereiche reduzieren. Gesundheitsfördernde Aktivitäten für Kinder müssen lebenswirklich und ganzheitlich sein³³, um einen Realitätsbezug herstellen zu können.

Neben der Institution Schule fällt die Aufgabe der Gesundheitsförderung einer Reihe außerschulischen Partnern zu. Bereits in den Kindergärten und Kindertagesstätten besteht das Bestreben, Kindern einen „gesunden Lebensstil“ zu vermitteln, den sie für ihr zukünftiges Leben übernehmen (vgl. Badstübner 1996, S. 149). So werden bereits neben Ernährungs- und Bewegungsaufgaben die persönliche Hygiene, der Umgang mit Ruhe und Unruhe, das zwischenmenschliche Verhalten sowie Umweltbewusstsein thematisiert (vgl. Lehner 1991, S. 78).

Eine Vielzahl kommerzieller Anbieter bereichert die Palette der gesundheitsfördernden Leistungen. Die Seriösität dieser Unternehmen ist sicher schwer zu beurteilen, da es im Bereich der Gesundheitsförderung keine einheitlichen Ausbildungs- und Qualitätsstandards gibt. Eine beispielhafte Beurteilung soll an dieser Stelle nur für das *Netzwerk für Gesundheitsförderung* erfolgen.³⁴ Dies fasst im Rahmen einer TV-Sendung (Peb und Pebber) eine Vielzahl gesundheitsfördernder Aspekte anschaulich zusammen. Eine Vielzahl kompetenter Partner (Verbraucherministerium, Deutscher Olympischer Sportbund, Bundeselternrat und viele mehr) gewährleisten die sinngerichtete Gestaltung der Angebote. Werden die Angebote des Netzwerks abgerufen, dann bieten sich hier mannigfache Möglichkeiten, gesundheitsrelevante Informationen aus seriösen Quellen bereitzustellen und umzusetzen.

2.6 Gesundheitsförderung in der Schule

2.6.1 Notwendigkeit der Gesundheitsförderung in der Schule

Über die traditionelle und in Kapitel 1 beschriebene Gesundheitserziehung hinaus wird das Thema Gesundheit in der Institution Schule sehr differenziert betrachtet und umgesetzt. Eine Informationsschrift der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) beschreibt das Dilemma der Gesundheitsbildung an den Schulen mehr als trefflich:

³³ <http://www.btg-bielefeld.de/104.0.html> (Zugriff vom 05.07.2007)

³⁴ <http://www.peb-und-pebber.de/index.php?id=31> (Zugriff vom 03.04.2007)

„Zappelige und unkonzentrierte Schüler/innen (...) und ausbleibende Aufmerksamkeit sind häufige Ursachen dafür, dass viel Unterrichtszeit verwendet werden muss, um die Klassensituation zu befrieden, damit überhaupt unterrichtet werden kann. (...) Vor diesem Hintergrund setzt sich allmählich in immer mehr Schulen die Einsicht durch, dass schulische Gesundheitsförderung nicht eine weitere Zusatzaufgabe und -belastung für Schulen darstellt, sondern vielmehr dabei helfen kann, dem eigentlichen „Kerngeschäft“ der Bildungsvermittlung besser nachkommen zu können“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 2).

Die Aussage einer der für die Gesundheitsbildung maßgeblichen Institutionen zeigt eindrucksvoll die Problematik auf, die sich in der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Schule ergibt: Gesundheitsförderung wird bisher nur als zusätzlicher Ballast im Unterricht betrachtet. Aufgrund der zunehmenden Unterrichtsstörungen durch überlastete oder überforderte Kinder tritt mehr und mehr die Einsicht zutage, dass gesundheitsorientierte Unterrichtsinhalte dienlich sein können. Dass sie helfen sollen, dem „eigentlichen Kerngeschäft, der Bildungsvermittlung“ besser nachkommen zu können, verdeutlicht die Wertigkeit, die die BzGA der Gesundheitsförderung einräumt. Hier wird eine basale Kulturtechnik und ein eindeutig festgeschriebener Inhalt der Grundschullehrpläne der Bundesländer zur Hilfstechik für eine reibungslose Abwicklung der Unterrichtsfächer der Stundentafel degradiert.

Es ist objektiv einsichtig, dass der Weg in eine andere Richtung führen sollte. Gerade in Anbetracht dessen, dass die Schule ein Kind in maßgeblicher Weise prägt, im Bereich des sozialen Lernens mittlerweile die Hauptverantwortung trägt und schließlich als einzige Institution nahezu alle Kinder und Jugendliche erreicht, kommt der Gesundheitsförderung in der Schule eine kardinale Rolle zu.³⁵

Dabei geht es nicht mehr nur darum, gesundheitserzieherische Maßnahmen durchzuführen, die den Kindern in anleitender Form Risiken und Handlungsstrategien aufzeigen (vgl. Hurrelmann et al. 2004, S. 288). Die Schule soll ein Ort gesunden Lebens werden, der im täglichen Miteinander und durch ein entsprechendes Umfeld beim Kind ein individuelles Gesundheitsprofil für die Zukunft entwickeln hilft. Gesundheit wird als „Prozess“ betrachtet, der nicht durch eine mit aufklärenden Abschreckungen gefüllten Unterrichtsreihe abgeschlossen, sondern durch Persönlichkeitsbildung und einen langfristigen Erfahrungsschatz gebildet wird. Dies bedingt den Einbezug des „Sozialklimas“, also der Schule als „Lebensraum“ sowie alle „Maßnahmen und Aktionen zur Förderung einer gesunden Lebensweise im Schulablauf und in der Freizeit (vgl. Krause und Monzer 1996, S. 144f.).

Die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen der Schule liegt auf der Hand: Die im Kindesalter erworbenen Kenntnisse manifestieren sich für den späteren Lebenslauf. Ein erlernter gesunder Lebensstil prägt somit das Aufwachsen eines Menschen und macht ihn resistenter gegenüber Ungunstfaktoren (vgl. Lehner 1991, S. 30).

³⁵ http://www.anschub.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-2CC33141/anschub/Kinder-_und_Jugendgesundheit.pdf
(Zugriff vom 01.04.2007)

Doch nicht nur auf die zukünftige Entwicklung wirkt sich Gesundheitsförderung in der Schule positiv aus. Verschiedene wissenschaftliche Forschungsbereiche belegen, dass sich gesundheitsfördernde Inhalte im Unterricht auf das aktuelle Wohlbefinden eines Schülers günstig auswirken (vgl. Posse und Brägger 2006, S. 4). Dies hat direkte Auswirkungen auf die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit sowie das soziale Klima in der Klassengemeinschaft.

Die Umsetzung dieser Gedanken gelingt, wie zuvor bereits erwähnt, mehr oder minder erfolgreich. Damit eine positive Gestaltung von Gesundheitsförderung in der Schule gelingen kann, ist es erforderlich, die betreffenden Themenfelder genauer zu definieren und sie anschließend mithilfe vorhandener Kompetenzen und außerschulischer Partner umzusetzen.

Als Themenfelder gesundheitsfördernden Unterrichts empfehlen sich (vgl. Wulfhorst 2002, S. 151f und Hörmann 2005, S. 692f):

- gesundheitsbezogene Verbesserung des Arbeitsplatzes und des Lebensraums Schule
- Entwicklung eines gesundheitsfördernden Schulklimas und einer entsprechenden Schulkultur³⁶
- Aufbau eines breiten institutionellen Angebotes an gesundheitlichen Serviceleistungen
- Überfachliche Koordination aller unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Gesundheitsaktivitäten
- Anknüpfung der Unterrichtsinhalte an die Lebenswirklichkeit der Schüler
- Intensivierung der Zusammenarbeit von Lehrern und Eltern
- Ausweitung der Fort- und Weiterbildung des Kollegiums
- Erweiterung der Unterrichtsinhalte um den Umgang mit chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes, Atemwegserkrankungen oder Allergien

Die genannten Themenfelder stellen nur eine Auswahl der Möglichkeiten dar und reklamieren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zeigen vielmehr das unbegrenzte Potenzial, das Gesundheitsförderung in der Institution Schule rekrutieren kann.

³⁶ <http://www.teuto-wellness.htm> (Zugriff vom 03.04.2007): Schulkultur wird demnach mit den folgenden Dimensionen beschrieben: Qualität des Unterrichts, Schülerpartizipation, schulische Kompetenz, Unterstützung durch Mitschüler, Hilfe durch Eltern und Erziehungsberechtigte, Schulfreude

2.6.2 Konzepte zur Gesundheitsförderung in der Schule

Verschiedene Konzepte versuchen, die zuvor beschriebenen Themenfelder didaktisch aufzubereiten und an Schulen praktisch umzusetzen. Eine Auswahl dieser Programme sei an dieser Stelle genannt:

Bereits erwähnt wurden das *Lebensweisenkonzept* und der *Setting-Ansatz*. Beide Konzepte bieten hervorragende Möglichkeiten, das soziale Umfeld und individuelle Potenziale zusammenzuführen und für gesundheitsfördernde Maßnahmen urbar zu machen. Ein Konzept nach dem Setting-Ansatz wird im Kapitel 5 mit dem OPUS-Projekt in ausführlicher Form beschrieben.

Die *Gesunde Schule* bietet ein Konzept, das verschiedene gesundheitsfördernde Projekte in der Schule durchführt. Unterricht und Schulumfeld werden nach gesundheitspädagogischen Gesichtspunkten gestaltet. Schüler, Lehrer, Eltern und außerschulische Partner beteiligen sich aktiv an der Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen. Die Gesunde Schule bietet demnach für die Kinder und Jugendlichen ein musterhaftes Umfeld hinsichtlich einer gesundheitlichen Lebensführung. Dabei wird in der ersten Umsetzung des Konzeptes ein individuelles Gesundheitsprogramm für die teilnehmende Schule entwickelt und etabliert. Im zweiten Schritt tritt die Schule in einem Netzwerk mit anderen Schulen und Partnern in Kontakt und pflegt einen umfassenden Informationsaustausch.

Als Weiterentwicklung der Gesunden Schule ist die *Gesundheitsfördernde Schule* zu beurteilen. Dieser Ansatz, der auf einer Initiative der WHO im Jahre 1992 in Europa eingeführt wurde (vgl. Arbeitskreis psychologische Gesundheitsförderung und Prävention 1996, S. 31), betrachtet die Schule nicht als Durchführungsort gesundheitsfördernder Maßnahmen, sondern sieht sie selbst als „gesundheitsförderndes Projekt“. Die Schule verändert sich demnach von einer Institution zu einem Teil eines Entwicklungsprozess, der von vielen Akteuren gestaltet und gesteuert werden kann (vgl. Rudin, 2001, S. 3). So beschränken sich gesundheitsrelevante Fragen nicht nur auf den Unterricht, sondern finden ihre Abbildung im gesamten schulischen Umfeld. Dies betrifft sowohl die Institution als auch sämtliche am Bildungsprozess beteiligten Personengruppen (vgl. Barmer Ersatzkasse 1995, S. 22f.). Dies gilt auch für außerschulische Einflussgrößen wie Familie, Peergroups und die Alltagsgewohnheiten der Schüler (vgl. Hertel 1995b, S. 151).

Der Schule geht es darum, ihre Institution in gesundheitsfördernder Hinsicht weiterzuentwickeln (vgl. ebd., S. 159). Hierfür sind vielfältige Handlungsfelder denkbar: die Involvierung der Schüler in das Konzipieren und Fortschreiben des schulinternen Förderprogramms, die Gestaltung des Schulgebäudes und der Außenanlagen in gesundheitsfördernder Hinsicht, die Nutzung außerschulischer Gesundheits-Lernfelder oder der Aufbau von Beratungssystemen (vgl. ebd.).

So soll erreicht werden, „dass Kinder (...) ein positives Weltbild entwickeln und lernen, zunehmend in sozialer Verantwortung zu leben und zu handeln“ (Robert-Bosch-Stiftung 2006). Kinder sind somit sowohl gestaltende „Akteur[e]“ als auch in zunehmenden Maße „Experten“ der Gesundheitsför-

derung (ebd.). Durch dieses „Empowerment“³⁷ erlangen sie die gesundheitsrelevanten Schlüsselkompetenzen, um auch im Erwachsenenalter die richtigen Entscheidungen für sich und ihre Umwelt zu treffen (vgl. Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung 2004, S. 5).

Eine übersichtliche Zusammenfassung gesundheitspädagogischer Konzepte in der Schule verdeutlicht die nachfolgende Darstellung (Barkholz und Paulus 1998, S. 12):

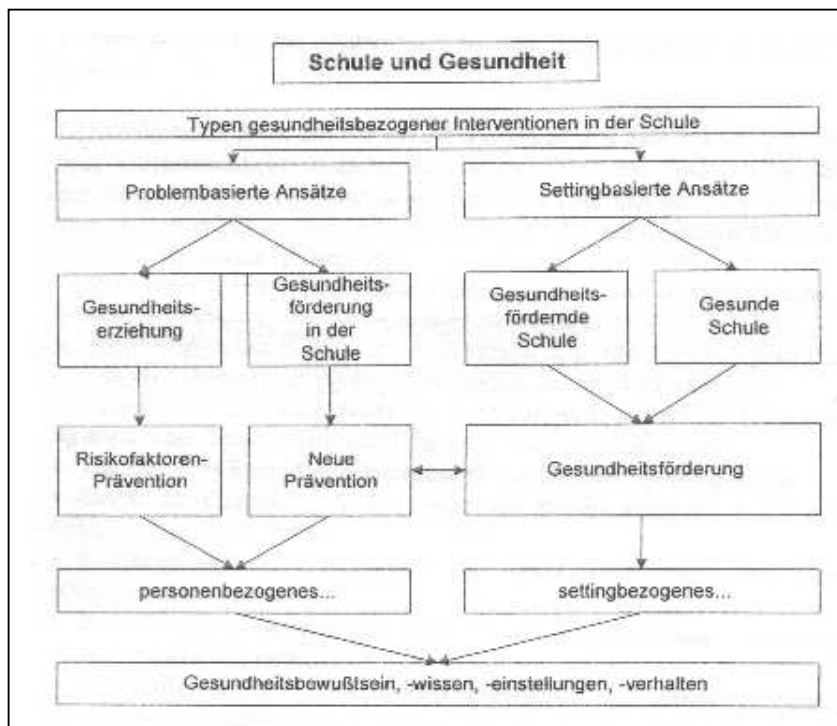


Abb. 9: Typen gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen nach Barkholz und Paulus

Eine besondere Schlüsselfunktion kommt im gesundheitsfördernden Prozess der Schulleitung zu. Sie agiert als Gesundheitsmanager und trägt die konzeptionelle Verantwortung dafür, die Fortschreibung des Schulprogrammes in gesundheitspädagogischer Hinsicht voranzutreiben und eine entsprechende Unterrichtsentwicklung anzustreben. Ebenso gilt sie als Mittler der am Prozess partizipierenden Gruppen wie Schüler, Kollegen, Eltern und außerschulische Partner (vgl. Hundeloh 2006, S. 7).

³⁷ Empowerment im Sinne eines pädagogischen Konzepts bedeutet hier, Kinder und Jugendliche nicht als zu belehrende Gruppe anzusehen, sondern ihre Stellung als gleichwertige Partner der Gesundheitsförderung und deren Entwicklung zu realisieren. Die dadurch gewonnenen Erfahrungen und Kompetenzen verwenden sie in der Folge für ihre eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Gesundheitsgewohnheiten (vgl. Schwaner-Heitmann 1995, S. 59).

3 Wellness - der ganzheitliche Zugang zur Gesundheit

3.1 Wellness als Erweiterung der Gesundheitserziehung

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem wurde im vergangenen Jahrzehnt einem vielfältigen Veränderungsprozess unterworfen.

„Gesundheit ist überall, sie ist grenzenlos und global, sie ist machbar und jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung. Die Gesundheits Herausforderungen des 21. Jahrhunderts erfordern neues Denken, neuartige Strategien und Partnerschaften. Das Gesundheitssystem, so wie es heute verstanden wird und organisiert ist, ist darauf nicht vorbereitet. Es wird eine neue Organisationsform für Gesundheit in der Gesellschaft geben müssen - sonst verspielen wir die Gesundheit für die kommenden Generationen und verstärken gesundheitliche Ungleichheiten“.³⁸

Das genannte Zitat des Vereins für unabhängige Gesundheitsberatung zeigt sehr deutlich die zum einen vorhandene Problematik des überforderten Gesundheitssystems, zum anderen aber auch das gewaltige Entwicklungspotenzial, dem sich die Gesellschaft in gesundheitsrelevanter Hinsicht in Gegenwart und Zukunft stellen darf. Dabei erweitern sich auch die Perspektiven unseres Bewusstseins. Es ist möglich und auch notwendig, globaler zu denken – und dies nicht nur in geographischer Hinsicht sondern auch in zwischenmenschlicher, ethischer oder spiritueller Form. Wohlbefinden gründet sich nicht mehr nur auf körperlicher Ebene, sie wird ebenso durch geistige und soziale Faktoren beeinflusst.

Neben der physischen Unversehrtheit rückt somit der Begriff Lebensqualität mehr in den Fokus. „[Diese] umschreibt die Summe vieler Faktoren, die alle zusammen Lebensglück und Lebenszufriedenheit von Menschen bestimmen“ (Brinkmann, Freericks, Fromme, Meder, Nahrstedt und Stehr 2001, S. 197). Gesundheit und Wohlbefinden sind die maßgeblichen Indikatoren für Lebensqualität (ebd.).

Die Komplexität aus globalen, weiterführenden gesundheitsrelevanten Fragen und Bedürfnissen sowie des dazu passenden Versorgungssystems erfordert eine erweiterte Form des gesundheitsfördernden Denkens. Diese findet sich im Begriff *Wellness* wieder.

Wellness verkörpert den Einklang von Körper, Geist und Seele. Dieser vollzieht sich durch individuelle Verantwortung in den Bereichen „Ernährung, Fitness, Entspannung und geistige[r] Aktivität“ (Scheftschik, S. 165). Dabei ersetzt sie nicht die traditionellen Behandlungsformen wie Gesundheitserziehung, Rehabilitation oder Prävention, sondern ergänzt und erweitert sie in neuer Perspektive (vgl. Nahrstedt, Boetzel, Diedrichsen und Schlichting 2005, S. 19). Insbesondere wirkt Wellness nicht in der verordneten Veränderung von Lebensgewohnheiten, wie es beispielsweise die Gesund-

³⁸ http://www.ugb.de/e_n_1_139215_n_n_n_n_n_n_n.html (Zugriff vom 03.04.2007)

heitserziehung erzielen möchte. Vielmehr spricht Wellness darüber hinaus das vollständige körperliche und mentale³⁹ Wohlbefinden an (vgl. Binnewitt 2002, S. 18).

Zugleich verkörpert Wellness einen Teilbereich der Gesundheitsförderung. Gemäß der Ottawa-Charta (vgl. Kap. 2.2) umfasst Gesundheitsförderung einen Ansatz, der individuell und in der sozialen Interaktion ein optimales Wohlbefinden anstrebt. Wellness bezieht sich auf die personale Ebene und leitet das Individuum zu einer eigenverantwortlichen Gestaltung seines Wohlbefindens an (vgl. Baumgarten et al. 2005, S. 115).

Wellness findet seine Verbreitung zumeist in der Freizeit. Die Stunden, die nicht mit Arbeitszeit und Pflichten gefüllt sind, dienen der Regeneration und nehmen im Stimmungsbild des Menschen eine positive Konnotation ein. Sie bietet den Raum für Wellness-Aktivitäten - im Gegenzug erfährt Freizeit durch Wellness eine sinnstiftende Aufwertung (vgl. Nahrstedt 2003, S. 67).

3.2 Entstehung und Modelle des Wellness-Begriffs

Die Entstehung von Wellness findet ihren Ursprung wie bereits in Kap. 3.1 angesprochen in der Entwicklung des Gesundheitssystems, die die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit mehr und mehr herausstellt. Zugleich führt der ungebremste medizinische Fortschritt zu einer stetig steigenden Lebenserwartung, die zum einen eine Kostenexplosion im Gesundheitsapparat nach sich zieht und zum anderen eine besondere individuelle Aufgabe für eine lebenswerte Zukunft bedeutet (vgl. ebd., S. 68).

Wellness leitet sich aus der Kombination der englischen Begriffe *well-being* (Wohlbefinden) und *Fitness* (Eignung, Fähigkeit) ab. Im Jahr 1959 wird diese Wortschöpfung durch den amerikanischen Arzt *Halbert L. Dunn* geprägt (Dunn 1959, S. 786f.) Dunn fasst zwei internationale Bewegungen, zum einen *well-being* als neue Dimension des Gesundheitsbegriffes der WHO, zum anderen die *sport-for-all*-Bewegung in den Vereinigten Staaten, zu einem Ausdruck zusammen (ebd.). Für Dunn bedeutet Wellness das vollständige individuelle Wohlbefinden auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene (vgl. Scheftschik, S. 105):

„High-level wellness is an integrated method of functioning which is oriented toward maximising the potential of which the individual is capable, within the environment where he is functioning. (...) High-level wellness, therefore, involves (1) direction in progress forward and upwards a higher potential of functioning, (2) an open-ended tomorrow with its challenge to live at a fuller potential, and (3) integration of the whole being of the total individual – his body, mind and spirit – in the functioning process” (Dunn 1959, S. 447).

³⁹ „Mentales Wohlbefinden umfasst Ausgeglichenheit, Entspannung, Freiheit von Sorgen, Problemen und Belastungen, Stärke, geistige Stimulierung, Kreativität und Phantasie, positive Lebenseinstellung, Finden von Sinn und Aufgabe im Leben sowie von Harmonie mit der Natur und Umwelt“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005, S. 20).

In der Folge ergeben sich Präzisierungen. *Ardell* (1977) differenziert in seinem Wellness-Modell der „high-level-wellness“ die einzelnen Bedingungen des Wohlbefindens. So teilt er das körperliche Wohlbefinden in die Komponenten Ernährungsbewusstsein und körperliche Fitness auf, gliedert seelische Wellness in Selbstverantwortung und Stressmanagement und definiert den geistigen Aspekt über Umweltsensibilität und soziale Beziehungen (vgl. *Ardell* 1977).



Abb. 10: Wellness-Modell von Ardell (nach Scheftschik, 2003)

Eine Erweiterung des Wellness-Begriffes gelingt 1984 durch das *Treatment-Modell* von *Travis* (vgl. Abb. 11). Auf einem „Kontinuum“ des Wohlbefindens („Illness-wellness-continuum“ (Scheftschik, S. 23)) definiert ein Mensch seinen aktuellen körperlichen, geistigen und seelischen Zustand. Jedoch ist dieser nicht von statischer Natur, sondern bewegt sich ununterbrochen zwischen den zwei Polen Krankheit und vollständigem Wohlbefinden. Entscheidend ist nach *Travis* nicht die aktuelle Position auf dem Kontinuum, sondern die Richtung, in der sich ein Mensch auf selbigem bewegt (*Baumgarten et al.*, S. 52)

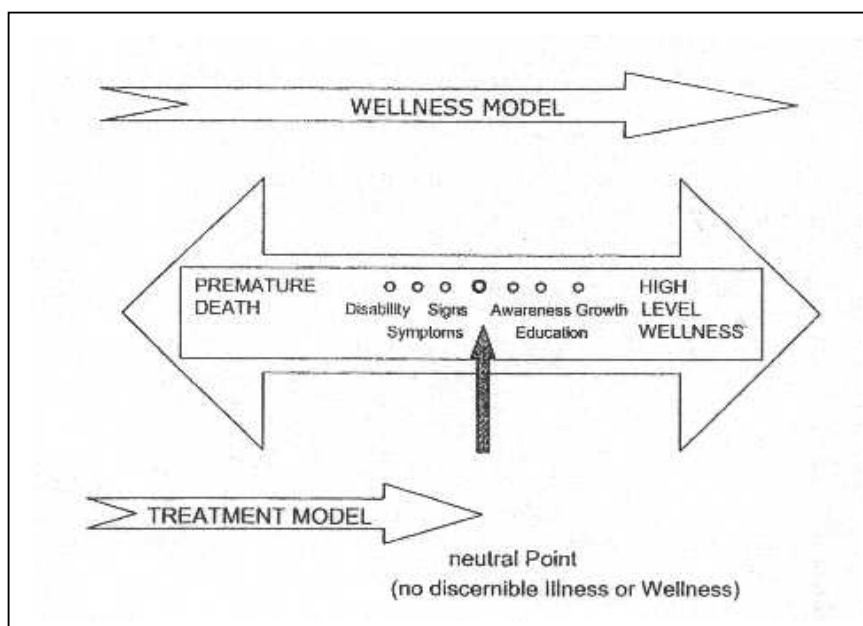


Abb. 11: Treatment-Modell von Travis

Mit der Gründung der Europäischen Wellness Union (1990) entsteht ein von den Schwerpunkten Ardells leicht abweichendes Modell. Das *Europäische Wellness Modell* setzt neben den bekannten Aspekten Körper, Geist und Seele eine positive Arbeitseinstellung in den Fokus (vgl. Baumgarten et al., S. 60). Die Intention des Modells ist, die inneren Kräfte des Individuums in eine gemeinsame Richtung zu lenken, so die „Lebensenergie“ zu steigern und ein optimales Wohlbefinden herzustellen.⁴⁰ Die in gegenseitigem Einfluss stehenden Dimensionen werden in dem sog. „Wellnessbarometer“ visualisiert, das das aktuelle Wohlbefinden graphisch darstellen kann (vgl. ebd. und Abb.12)

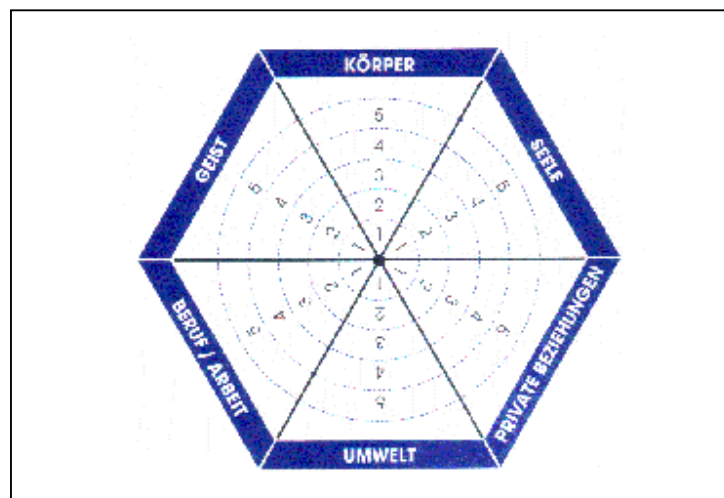


Abb. 12: Wellnessbarometer nach dem Europäischen Wellness Modell (1990)

Auf der Basis des Treatment-Modells veröffentlicht Nahrstedt 1999 ein erweitertes Wellnessmodell. Er fügt den von Travis und Ardell herausgestellten Dimensionen die Inhaltsbereiche Mediation, Soul, Körperpflege und Beauty hinzu (vgl. Binnewitt, S. 27). Dabei bezieht er sich ergänzend zum bisher dominierenden westlichen Wellness-Einfluss auf die Gesundheitsmethoden der fernöstlichen Kulturen, wie beispielsweise Yoga, Ayurveda oder die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

⁴⁰<http://www.bildungsent.de/2111.html> (Zugriff vom 09.04.2007)

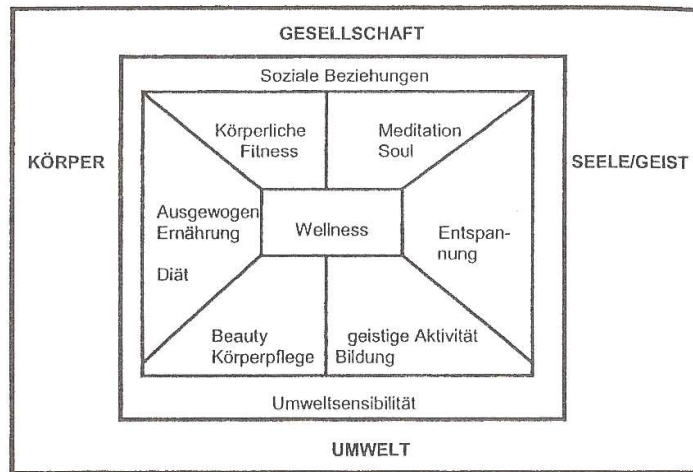


Abb. 13: Wellnessmodell nach Nahrstedt (1999)

Ferner besteht ein wichtiger Aspekt in Nahrstedts Modell darin, dass neben der individuellen Verantwortung eines Menschen für seine Gesundheit gleichfalls die soziale Interaktion für ein ganzheitliches Wohlbefinden maßgeblich ist (vgl. ebd.). Dadurch wird Wellness zur gesellschaftlich verantwortlichen Aufgabe. Sie verkörpert so nicht mehr nur einen Teilbereich der Gesundheitsförderung, sondern repräsentiert sie auf personaler und gemeinschaftlicher Ebene.

3.3 Wellness als Megatrend

Der Wunsch nach innerer Balance und physischer Leistungsfähigkeit hat Wellness als neues Element des Gesundheitsmarktes nicht nur entdeckt, sondern bereits etabliert. Die Nachfrage nach Wellness-Angeboten und -aktivitäten nimmt stetig zu (Baumgarten et al., S. 31). In einer Studie des Magazins FOCUS mit dem Marktforschungsinstitut Wefa aus dem Jahr 1999 wurde der Wellness-Markt mit einem Jahres-Umsatzvolumen von 37 Mrd. Euro ausgewiesen.⁴¹ Ein geschätztes Wachstum von jährlich 5 % verriet bereits das große Potenzial, das Wellness birgt und so den Trend⁴² in der Gesundheitsbildung und -wirtschaft anführt.

⁴¹ <http://www.trinx.info/> (Zugriff vom 09.04.2007)

⁴² *Trends* werden als langfristige Entwicklungen und Erscheinungen bezeichnet, die kurzzeitige – häufig saisonale – Moden als Initialzündung aufnehmen, jedoch dann überdauern. Sie geben über einen Zeitraum von 5 bis 15 Jahren eine Zielrichtung für eine Entwicklung vor. Übersteigt die Dauer diesen Zeitraum gar noch in bedeutendem Maße oder gelingt es, große Bevölkerungsmassen für den Trend zu begeistern, so wird dieser auch als *Megatrend* bezeichnet (Baumgarten et al., S. 34).

Wellness erfasst dabei eine Vielzahl von Nachfragersparten. Saunalandschaften und Massagepraxen, Schönheitsfarmen und Sonnenstudios, Freizeitbäder und Yoga-Zentren: Besonders der kommerzielle Markt partizipiert in bedeutendem Maße am Trend Wellness (vgl. Nahrstedt 2003, S. 74). Auch pädagogische und psychosoziale Angebote zur Gesundheits- und Freizeitbildung bedienen sich mehr und mehr des Wellness-Begriffs (vgl. ebd.). Die sich stetig erweiternde Angebotspalette deutet allerdings darauf hin, dass die bisherigen Veranstaltungsorte des Gesundheitswesens nicht mehr ausreichen, um die Nachfrage angemessen zu befriedigen (vgl. Specke 2005, S. 183). Gerade im Bereich der Pädagogik sind neue Settings erforderlich. Der Informationswissenschaftler *Leo Nefiodow* sieht in seinen Studien Wellness als bahnbrechende Entwicklung des Gesundheitswesens und weist ihr im Rahmen seiner Untersuchungen zu den *Kondratieff-Zyklen*⁴³ eine umwälzende Bedeutung zu. Wellness ist demnach die prägendste Entwicklung für die kommenden 40 bis 50 Jahre und bestimmt sowohl das Gesundheitswesen als auch den kommerziellen Gesundheitsmarkt.⁴⁴

Baumgarten et al. definieren den Wellness-Markt in den nachstehenden Kategorien (S. 32):

- ernährungsergänzende Produkte und Dienstleistungen
- gesunde organische Produkte wie Getränke, Vollwert-Restaurants usw.
- Fitness-Produkte und Dienstleistungen
- Präventionsleistungen
- freiwillige Eingriffe durch Pharmaka
- Alternative und Komplementärmedizin
- Gesundheitsinformationen, Ratgeber und Ressourcen
- Gesundheitstourismus
- Gesundheitspläne und -versicherungen
- Werbung, Marketing usw.

Die Aufstellung zeigt die vielseitige Anwendung von Wellness, aber auch ihre starke Kommerzialisierung. Verschiedene Studien (Future Health, Prognos, Maria, BBE) belegen die zunehmende Nachfrage nach Wellness-Aktivitäten und eine unüberschaubare Anzahl von Anbietern (vgl. Scheftschik, S. 153). Ganze Regionen verschreiben sich dem Wellness-Gedanken. So wirbt die Urlaubsregion Teutoburger Wald mit dem Schlagwort „Heilgarten Deutschlands“ und offeriert vielfältige Angebote im Bereich von Gesundheit und Wohlbefinden.⁴⁵ Durch scheinbar zunehmend erschwingliche Preise und ein positives Image von Wellness ergibt sich jedoch ein altersunabhängiger und langfristiger Konsum, der auf die verschiedenen Zielgruppen abgestimmt wird. Diese schließen alle Altersgruppen und Geschlechter ein (vgl. Nahrstedt 2003, S. 83). Besonders jüngere Frauen und Senioren nehmen Wellness-Angebote in Anspruch. Bei Aktivitäten auf Urlaubsreisen erweitert sich die Teilnehmergruppe deutlich (vgl. ebd.). Jedoch ist das Eingangsalter für Wellness-Aktivitäten nicht

⁴³ Die Kondratieff-Zyklen bezeichnen Zeitabschnitte des Industriezeitalters, die durch bahnbrechende Erfindungen geprägt wurden (Dampfmaschine, Eisenbahn, Elektronik und Chemie, Automation und Computer).

⁴⁴ <http://www.bildungsent.de/2111.html> (Zugriff vom 09.04.2007)

⁴⁵ <http://archiv.tagesspiegel.de/> (Zugriff vom 04.04.2007)

deutlich belegt. Programme, die Fitness, Ernährungsbewusstsein und Entspannungstraining vermitteln, eignen sich in besonderer Form für Kinder und Jugendliche, um ihnen bereits frühzeitig den Weg in ein gesundes Leben aufzuzeigen und so potenzielle Gesundheitsgefahren im Lebenslauf zu vermeiden oder deutlich aufzuschieben.

Scheftschik erläutert, dass der Wellness-Boom beim derzeitigen Entwicklungsverlauf bis zum Jahr 2010 70 % der Bevölkerung erfassen wird (vgl. S. 167). Diese Aussage ist allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da die derzeitige Hauptnutzergruppe von Wellnessaktivitäten als „mittelalte Berufstätige mit gutem Einkommen, ausgeprägtem Körperbewusstsein und leichten Gewichtsproblemen“ umschrieben wird (vgl. ebd., S. 168). Diese Gruppe mit 70 % der Gesamtbevölkerung in Relation zu setzen, erscheint unrealistisch. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Preisgestaltung von Wellnessangeboten von kardinaler Bedeutung für die Ausweitung der Zielgruppen sein wird.

Längst hat sich die Förderung von Wellness institutionalisiert. Der Deutsche Wellnessverband mit Sitz in Düsseldorf nimmt sich der professionellen Forcierung des Wellnessgedankens an, offeriert Aus- und Fortbildungen und betreibt, insbesondere hinsichtlich der psychischen Komponente von Wellness, Forschungsarbeit (vgl. Hertel 1995a, S. 28).

3.4 Prinzipien und Aktivitäten im Rahmen von Wellness

Wellness verkörpert eine „Lebensphilosophie“, die in einer „holistischen Betrachtungsweise“ Körper, Geist und Seele gemeinsam für das ganzheitliche Wohlbefinden eines Menschen in der Verantwortung sieht (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005, S. 7). Dieser lebenslange Prozess verläuft ohne Unterbrechungen oder Endpunkt, sondern entwickelt sich - wie schon bei Travis und Antonovsky aufgezeigt - auf einem Kontinuum in allen Alters- und Lebensbereichen eines Individuums.

3.4.1 Drei Bereiche von Wellness

Wellness lässt sich im Sinne einer Lebensphilosophie in drei Bereiche unterscheiden (ebd., S. 11f.):

a) der intramenschliche Bereich:

Wellness wird als individuelle Aufgabe gesehen, die sich auf den Menschen selbst bezieht. Er sorgt für physische Fitness, angemessene Ernährung, emotionale Stabilität und „interkulturelle (...) Stimmulierung“ durch geistige und kreative Herausforderung.

b) der intermenschliche Bereich:

Soziale Beziehungen sind unerlässlich für einen ausgeglichenen Geist. Die seelische Wellness hängt untrennbar mit Kommunikation und Interaktion mit den Teilnehmern der Gesellschaft ab. Insbesondere im Jugend- und jungen Erwachsenenalter leidet dieser Bereich. Die Neuorientierung nach Werten und Maßstäben führt junge Menschen häufig in eine innere Isolation. Die hohen Selbstmordraten in dieser Altersgruppe können dafür ein Beleg sein (vgl. Biener).

c) der supramenschliche Bereich:

Wellness findet eine wichtige Basis in der Spiritualität und Globalität. Die Auseinandersetzung eines Individuums mit sich selbst als Teil eines Systems und einer Umwelt bedeutet Suche und Finden des Lebenssinns. Gerade dieser Bereich leidet in der Gegenwart darunter, dass sich der Mensch in der Tempogesellschaft nicht ausreichend Zeit zur Muße und inneren Ruhe gewährt.

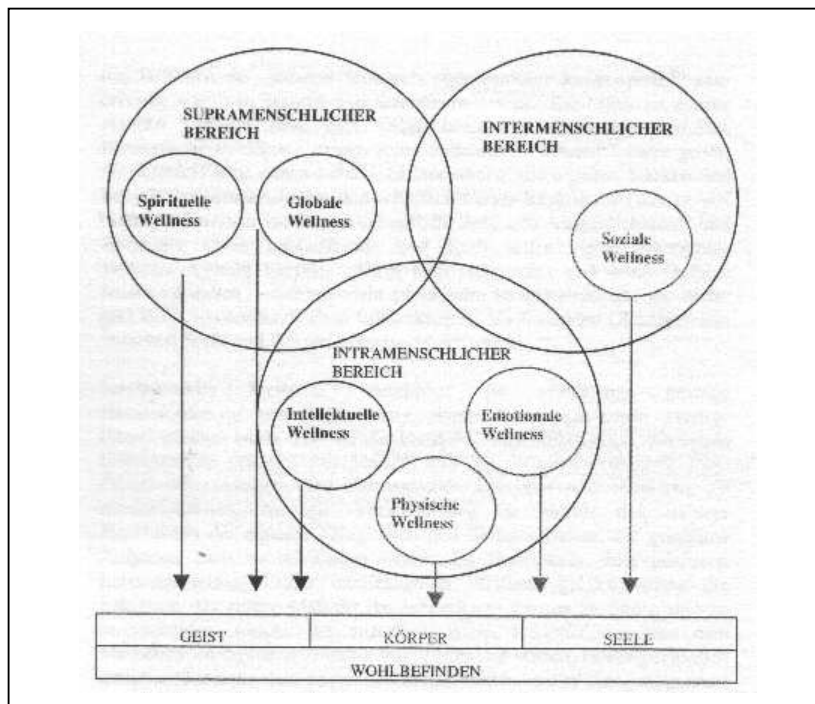


Abb. 14: Dimensionen von Wellness

Aus den drei erläuterten Bereichen ergeben sich für einen Menschen unzählige Wellnessaktivitäten. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung stellt dabei eine wichtige Basis dar. Ernährungsberatung, besondere Diäten, Heilfasten und das Genießen mit allen Sinnen sind Beispiele für die neue Bedeutung von Essen und Trinken über die tägliche notwendige Energiezufuhr hinaus (vgl. Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen 2001, S. 48f.).

Körperliche Ertüchtigung sei als zweiter wichtiger Aspekt der Wellnessaktivitäten erwähnt. Neben den physiologischen Gunstfaktoren von Bewegung für Skelett, Muskelapparat und Organismus bergen gerade sportliche Betätigungen eine ausgezeichnete Basis für seelisches Gleichgewicht, Einklang mit der Natur und soziale Beziehungen. *Schubert* und *Strotmann* haben 2006 am Beispiel der Wellness-Trendsportart Nordic-Walking die Bedeutung der Kommunikation und den Geselligkeitsaspekt bei Wellness-Aktivitäten untersucht. Die Ergebnisse zeigen die hohe Wertigkeit, die die Aktiven den Gesprächen und sozialen Kontakten während des Sports beimessen und sie auf die gleiche Ebene setzen wie den physiologischen Faktor (2006, S. 33f.).

Die dritte kardinale Position im Rahmen der Wellnessaktivitäten nimmt der Bereich der Entspannung und Körperpflege ein. Gerade diesem Feld wird am häufigsten der Begriff Wellness zugeordnet. Während Ernährung und Bewegung auch in gesundheitserzieherischen Programmen ihren Platz finden, verbinden viele Menschen Wellness mit Relaxen und Pflege des Körpers. Die Angebote sind entsprechend zahlreich und vielseitig: Stressmanagement, Entspannungstechniken westlicher und fernöstlicher Prägung, Kuren oder Sauna sind nur wenige Beispiele für einen expandierenden Markt und für individuelle Angebote, die jedem Nachfrager gerecht werden (vgl. Langbein, Mühlberger und Skalnik 1995, S. 571 und Corazza, Daimler, Ernst, Federspiel, Herbst, Langbein, Martin und Weiss 1997, S. 826f.).

Angemerkt sei, dass Wellness nicht nur an Entspannungstechniken, Freizeit oder Fitness gekoppelt sein muss. Auch eine positive Einstellung zur Arbeit kann Wohlbefinden bedeuten. Ob es ein erfüllter Beruf oder die körperliche Tätigkeit zuhause ist - Arbeit kann besonders den intramenschlichen und intermenschlichen Bereich begünstigend unterstützen.

3.4.2 *Medical Wellness*

Auch die Medizin hat Wellness als neues Betätigungsfeld entdeckt. Der Gesundheitsbegriff hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert. Zum einen ist eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten zu erkennen. Diese bedingt verstärkte Aktivitäten in der Prävention und der Gesundheitsbildung. Zum anderen bewegt sich die „Wohlstands- zur Wohlfühlgesellschaft“ (Scheftschik, S. 75). Die höhere Lebenserwartung der Menschen und ihr Wunsch nach sinn- und genussgefüllter Freizeitgestaltung stellen auch für Mediziner eine neue Herausforderung dar. Besonders die psychische Gesundheit tritt neben der bisher im Fokus stehenden physischen Unversehrtheit in den Vordergrund (vgl. ebd., S. 81).

Als Oberbegriff für medizinische Aspekte im Rahmen von Wellness hat sich *Medical Wellness* durchgesetzt. Diese bezeichnet „medizinisch geleitete Maßnahmen zur ganzheitlichen Förderung der Gesundheit und des individuellen Wohlbefindens“.⁴⁶ Der präventive Charakter steht dabei eindeutig

⁴⁶ http://www.kneipp-institut.de/medical_wellness.html (Zugriff vom 06.04.2007)

im Vordergrund, wobei die Maßnahmen in der Regel in medizinischen Einrichtungen durch entsprechendes Fachpersonal durchgeführt werden.

Insbesondere Kur- und Urlaubsorte bieten Medical Wellness in ihren Einrichtungen an und treiben auf diesem Wege die Kommerzialisierung von Wellness voran (vgl. Scheftschik, S. 293). Es stellt sich in diesem Zuge die Frage, ob eine stark medizinisch und physiologisch geprägte Anschauung den Gedanken des Begriffs Wellness angemessen repräsentiert. So darf eine in zu hohem Maße auf Medizin ausgerichtete Wellness in Kurorten als wenig zukunftsweisend bewertet werden, entwickelt sich der rein kurative Betrieb in den vergangenen 10 Jahren deutlich rezessiv. Die zahllose Schließung von Kurkliniken verdeutlicht die Notwendigkeit, in den betreffenden Orten einen Veränderungsprozess in Richtung geistiger, seelischer, kultureller und sozialer Wellness anzustoßen.

Die Möglichkeiten bieten sich in vielfältiger Weise. So können beispielsweise die Bäder in den Kurorten durch eine inhaltliche Erweiterung und eine Ausweitung der Zielgruppen neue Profile bilden. Baden bietet dem Menschen neben der vielfach angemerkten positiven physiologischen Komponente ein hohes Maß an Erholung und mentaler Entspannung (vgl. Feige 1989, S. 139). Gleichzeitig werden Badeausflüge häufig mit Tagesausflügen verbunden, so dass kulturelle und soziale Aspekte hinzugelangen (vgl. ebd., S. 141). Die sich aus diesen Umständen ergebenden Chancen gilt es für Kurorte und jede andere Stadt, die über einen Bäderbetrieb verfügt, zu nutzen.

3.4.3 Ausbildung im Wellness-Bereich

In welcher Form reagieren Wellness-Anbieter auf die neuen Perspektiven und Aufgaben, die der Wellness-Bereich ihnen stellt? Welche Aktivitäten ergreifen sie, um zum einen an der lukrativen Angebotspalette zu partizipieren und zum anderen der enorm steigenden qualitativen Verantwortung von Wellness gerecht zu werden?

Verschiedene kommerzielle Anbieter offerieren Ausbildungen im Wellness-Bereich, die den wachsenden Anforderungen Rechnung tragen sollen. So entstehen Berufsbilder verschiedener Prägung, von Wellness-Beratern über -manager bis zu Wellness-Trainern, die die administrativen, beratenden und praktischen Sektoren bedienen. Unterschiedliche Bachelor-, Master-, Diplom- und Fernstudiengänge⁴⁷ bieten Aus- und Fortbildungen an, die Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsinhalte fachgerecht vermitteln. Die Lehrgänge erfordern neben formellen Voraussetzungen auch eine angemessene sportliche Leistungsfähigkeit und bereiten auf die Arbeit in Fitness-Studios, Hotels, Kurorten, Krankenkassen und Sportvereinen vor.⁴⁸

⁴⁷ <http://www.quaas.de/Fachbereiche/Wellness/tabid/541/portamid/0/Default.aspx> (Zugriff vom 03.04.2007)

⁴⁸ <http://www.wisy-hamburg.de/kurse.php?sst=%22Wellnesstrainer%22&sth=32&so=o&id=28267> (Zugriff vom 06.04.2007)

Anzumerken ist, dass der überwiegende Teil der zu den beiden genannten Beispielen angebotenen Ausbildungsinhalte der physischen Wellness zuzuordnen ist. Wenige Aspekte mentaler Wellness sind berücksichtigt worden. Geistig-spirituelle, soziale oder kulturelle Wellness spielt im Rahmen der Wellness-Ausbildungen praktisch noch immer keine Rolle. So bleiben gerade diese Bereiche, die das Herzstück des Wellness-Begriffs darstellen und für die Zukunft eine mehr und mehr steigende Bedeutung gewinnen, vom Ausbildungssektor vernachlässigt. Die Aktivitäten in diesem Bereich bleiben so in der Verantwortung des Wellness-Konsumenten selbst oder unter der Anleitung von nicht angemessen ausgebildeten Laien.

3.5 Wellness im pädagogischen Umgang mit Kindern

Besondere Angebote für die Generation 50plus, Aktionstage für Senioren, Nordic-Walking-Gruppen für Frauen in den Dreißigern: Die Wellness-Welle nutzt scheinbar jede Chance, Mensch und Markt zu erreichen. Allerdings gelingt dies nicht vollständig. So schöpfen die Menschen 35 Jahre lang aus den eigenen physischen und psychischen Reserven. Erst wenn die ersten Komplikationen zutage treten - körperliche Probleme oder psychische Überlastungen - beginnt das Individuum, mit Gesundheits- und Wellnessaktivitäten diesen Beeinträchtigungen zu begegnen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang eine Frage:

Warum werden nicht bereits im Kindesalter in professioneller Form Voraussetzungen geschaffen, über Wellnesserziehung und -bildung den Grundstein für ein langfristiges Wohlbefinden und ein gesundes und langes Leben zu ermöglichen?

Doch der didaktische und methodische Bereich der Pädagogik hat sich bis heute nicht in annähernd ausreichender Form um die Wellness-Förderung der Altersklasse bis 12 Jahre bemüht. Scheftschik behauptet gar, dass eine „gesellschaftliche Verpflichtung besteht“, eine angemessene Menge von Wellnessaktivitäten bereitzustellen und in unterschiedlichen Lebenswelten den diversen Nachfragergruppen gerecht zu werden (vgl. Scheftschik, S. 259).

Besonders Kinder können vom Gesundheitsmodell Wellness partizipieren. Der sorgsame und angemessene Umgang mit Bewegung, Ernährung, Entspannung, Umweltsensibilität und sozialen Beziehungen gehört in das Erziehungs- und Bildungsangebot eines jungen Menschen, um zum einen sein individuelles Wohlbefinden langfristig positiv zu gestalten und zum anderen sein verantwortliches Handeln in der Gesellschaft frühzeitig zu schärfen und zu etablieren.

Dabei sind Kinder heute Reizen und Umwelteinflüssen ausgesetzt, die einem erwachsenen Wellness-Konsumenten nicht gewahr werden: Kinder wachsen von Geburt an in einer Tempogesellschaft auf, die ihnen stetig wachsende Hektik, eine unübersehbare Flut von Informationen, eine unaufhaltsame Welle von Konsumgütern und Angeboten sowie eine zunehmende soziale Isolation aufbürdet (vgl. Bilger und Petersen 2000, S. 130).

Der junge Mensch kann dieser Reizüberflutung nur selten selbstständig entfliehen, fehlen ihm doch die angemessenen Kompetenzen zur Entschleunigung. Hier liegt eine ganz wesentliche Aufgabe, die Wellness in der Gegenwart und künftig zu bewältigen hat.

Traditionell berufen sich die Wellness-Bildner auf eine Dreifachstruktur der Lernanforderungen für Wellness (vgl. Nahrstedt 2003, S. 86). Erstens bezieht sich diese auf die Fähigkeit des Individuums zum Selbstlernen von Wellness-Inhalten. Zweitens haben bestehende Wellness-Einrichtungen entsprechende Angebote vorzuhalten und mit den individuellen Lernanforderungen der Nachfrager abzustimmen. Drittens sollen möglichst viele Partner an der Wellnessbildung teilnehmen und ihre Ideen und Kompetenzen einbringen, indem sie zusätzliche Angebote in praktischer oder beratender Form offerieren (vgl. ebd.).

Und auch hier stellt sich wieder die Frage, in welcher Hinsicht diese Lernanforderungen auf das Potenzial von Kindern abgestimmt sind. Kinder sind aktuell und künftig Wellness-Lerner, Wellness-Konsumenten und somit potenzielle „Nicht-Patienten“. Es wächst somit eine neue Gesundheits-Generation heran, die nicht erst bis Mitte Dreißig warten soll und möchte, bis sie mit Wellness-Aktivitäten beginnt. Vielmehr hat sie den Bedarf an frühzeitiger Kompetenzvermittlung.

Ein erster Ansatz hierfür ist im Bereich der Freizeit- und Erlebnispädagogik zu finden (vgl. Balz 1993, S. 9f.). Der junge Mensch lässt sich in ein Erlebnis fallen, ist bereit, Risiken einzugehen, aber auch Gewinne aus dem Prozess abzuleiten. Der hohe Faktor an Freude, Kurzweil, Lernfülle, Eigenverantwortlichkeit und dem aktiven Empfinden eigener und fremder Bedürfnisse entwickelt Kinder deutlich weiter.

Auch spirituell geprägte Bereiche, wie die TCM, finden vermehrt Zugang zur Gruppe der Kinder. Beispielsweise erreichen Yoga und Ayurveda zunehmend Zuspruch bei jungen Menschen - gleichzeitig gibt es Anbieter, die auch bereit sind, sich auf diese neue Nachfragergruppe einzustellen.⁴⁹ Die physiologischen und entspannenden Gunstfaktoren von Yoga sind hinreichend belegt und eignen sich hervorragend, um dem oben bereits erwähnten Kind in der Tempogesellschaft in geeigneter Form und Wohlbefinden stiftend entgegenzukommen (vgl. Trökes 2006, S. 24).

Grundsätzlich hat sich die Pädagogik dem Thema Wellness anzunehmen und geeignete Orte und Aktivitäten zu organisieren. Sie hat die notwendige Fachkompetenz, diejenigen Ruhezonen bereitzustellen, die das Individuum für Wohlbefindenssteigerung benötigt. Dies betrifft von pädagogischer Seite aus nicht primär die physische Wellness, sondern vielmehr die mentale und soziale Seite. Einen Menschen an Kommunikationsgelegenheiten heranzuführen, ihn in eine Gesellschaft zu integrieren, seine geistige Auseinandersetzung mit ebendieser anzufachen - dieses Potenzial zu wecken ist eine der kardinalen Aufgaben der wellnessorientierten Pädagogik (vgl. Binnewitt, S. 122f.).

⁴⁹ http://www.campusnaturalis.de/root_service/Ayurveda_in_der_Schule.php (Zugriff vom 05.04.2007)

Ebenso ist die entsprechende Didaktik vom physischen Sektor aus um die Bereiche „Seele, Geist, soziale Kommunikation und Umweltbewusstsein“ zu erweitern (Nahrstedt 2003, S. 101), um der pädagogischen Arbeit ein angemessenes Handlungsgerüst zu geben.

Die besondere Bedeutung der Wellnessbildung stellt *Binnewitt* mit ihrer Bewertung der „Pädagogik im Kontext von Krankheitsbewältigung und Salutogenese“ dar (Binnewitt, S. 62). So bildet sich der *Sense of Coherence* im Kindes- und Jugendalter aus und schließt in etwa mit dem dreißigsten Lebensjahr ab. Die bis dahin manifestierten Verhaltensweisen sind für das weitere Leben prägend und nur noch schwer änderbar (vgl. ebd.). Binnewitt bewertet diese Aussagen Antonovsky's als „äußerst entmutigend“ (ebd.) – allerdings bergen sie ganz im Gegenteil einen außerordentlichen Kern: Wellness hat sich in Gegenwart und Zukunft in besonderem Maße Kindern und Jugendlichen zuzuwenden, um durch rechtzeitige Interventionen eine lebenszeitige positive Einstellung zu Wohlbefinden und gesunder Lebensführung auszulösen. Eine in der Lebensphase der 3- bis 16-Jährigen verwirklichte gesundheitsfördernde Kompetenz wirkt somit in höchstem Maße präventiv, ermöglicht dem Individuum ein zufriedenes und genussvolles Leben und entlastet gleichzeitig die Gesellschaft von Krankheit und Pflege.

Doch ist Wellnesspädagogik nicht nur eine Investition in die Zukunft. Auch im Alltagsleben der Kinder und Jugendlichen selbst zeigt sie ihre Wirkung auf das Wohlbefinden. So soll das Schulleben so gestaltet sein, dass der Schüler gern am Unterricht teilnimmt und den Aufenthalt in der Schule mit positiven Stimmungen verknüpft (vgl. Fend und Sandmeier 2004, S. 162). Wohlbefinden am Arbeitsplatz Schule bedingt gleichsam die Identifikation mit den Lerninhalten und das Akzeptieren der Anforderungen als „eigene[s] (...) Anliegen“ (ebd.).

Eine Steigerung des Selbstwertgefühls durch die Bewältigung der Anforderungen und die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Ökologie und sozialer Umwelt ist Ergebnis dieses Prozesses. So ist es dem Kind in der Folge möglich, negative Stimmungen und Einflüsse zu identifizieren und auszuschalten oder zu umgehen (vgl. Franze und Paulus 2004, S. 185). Es tritt in Kontakt mit Interaktionspartnern und wird zum Akteur der Wellnessbildung, indem es Einstellungen vertritt und auch belegen und vermitteln kann.

Die Kompetenzen dafür müssen im schulischen Leben erlernt werden. Dazu ist in der Primarstufe die Einbeziehung aller Fächer möglich; daher kann von einer ganzheitlichen Förderung des Wohlbefindens die Rede sein, die sich beispielsweise wie folgt verteilen kann (Posse und Brägger 2006, S. 5):

- Entspannungstechniken im Musikunterricht
- Hygiene im Sachunterricht
- Ernährung im Deutsch-, Englisch- und Sachunterricht
- Mentale Wellness im Religionsunterricht
- Projekte zum Kochen lernen, richtigem Servieren und zur genussvollen Muße

- Nordic-Walking im Sportunterricht

In letzter Konsequenz erhöht der Schüler durch die wohlbefindenssteigernden Aktivitäten seine Aufnahmefähigkeit für die schulischen Inhalte und erwirtschaftet sich eine wesentlich höhere Leistungsfähigkeit (vgl. ebd.). So ist Wellness zugleich auch ein Gunstfaktor für erfolgreichen Unterricht. Aus diesem Grund ist Wellness nicht nur Unterrichtsgegenstand, sondern Bedingung für das Gelingen guten Unterrichts.

Zu berücksichtigen ist, dass sich Wellness-Aktivitäten nicht pauschal auf jeden Schüler und jede Schule in gleicher Form anwenden lassen. Die Individualität erfordert es, Gesundheitsprogramme auf die jeweilige Zielinstitution schulspezifisch anzupassen (vgl. Franze und Paulus, S. 200).

3.6 Kritische Anmerkungen

Wellness als zentrale Aufgabe des Alltags zu erheben, wirft allerdings auch Bedenken auf. So wirkt ein stetiges Streben nach Wohlbefinden eher kontraproduktiv. Gesundheit soll das Leben begleiten und schöner gestalten, ohne jedoch dessen Hauptinhalt zu werden. Diese Gefahr wird im Sog des Megatrends Wellness immer deutlicher, wird Wohlbefinden teilweise Zentrum einer „gesellschaftlichen Sinnsuche“ (vgl. Brinkmann et al., S. 198f.).

Zu bedenken ist zudem, dass Wellness in der Öffentlichkeit häufig mit dem Begriff „Luxus“ in Verbindung gebracht wird. Dies hat zum einen zur Folge, dass Wohlbefinden ein angemessenes Budget erfordert und zum anderen eine Abwertung gegenüber den Pflichten des Alltages erfährt (vgl. Hascher 2004, S. 7).

Kritisch zu betrachten ist ebenso die kommerzielle Ausschlachtung des Wellness-Begriffs. Dies treibt so zweifelhafte Produkte wie „Wellness-Wurst“ oder „Wellness-Kosmetik“ auf den Markt, die nichts mit einem Konzept des Wohlbefindens zu tun haben (vgl. Scheftschik, S. 89). Auch Wellness-Getränke sind nicht mit Gesundheit in Verbindung zu bringen. Die auf den Etiketten abgebildeten Wirkstoffe sind häufig lediglich als Aromen enthalten oder kommen im Gegenteil in überdosierter Form vor (vgl. Clausen 2004, S. 246f.).

Ein neuer wissenschaftlicher Diskussionspunkt befasst sich mit der möglichen Wirkung von Wellness im Kindesalter hinsichtlich späteren aggressiven Verhaltens. Möglicherweise kann sich eine zu sehr an Gesundheit und Wohlbefinden gekoppelte Kindheit ungünstig auswirken, da die mit Wellness verbundenen „weichen“ Inhalte speziell für Jungen zu wenig Identifikation liefern können. Die potenziellen Folgen können weitreichend sein. Die Wellness-Problematik könnte sogar ein Gunstfaktor bei Selbstmorddelikten oder Amokläufen sein. Wenngleich diese Hypothesen noch nicht be-

legt sind, werden sie von verschiedenen Seiten unterstützt bzw. untersucht, so beispielsweise von *Bannenberg*⁵⁰ oder Nahrstedt.

⁵⁰ http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Pressestelle/dokumente/BI_research/30_2007/Seiten%20aus%20Forschungsmagazin_1_07_36_40.pdf (Zugriff vom 31.10.2007)

4 Die Partner von Schule im Gesundheits- und Wellness-Prozess

4.1 Eltern und Familie

Die Bedeutung des Elternhauses ist für die Entwicklung des Gesundheitsverständnisses eines Kindes von herausragender Wichtigkeit. „Es gibt kein soziales Gebilde, das so viel zum Heranwachsen körperlich, seelisch und sozial gesunder Kinder beitragen kann, wie die Familie“ (Affemann 1981, S. 180). Dies betrifft erstens ganz maßgeblich die Ernährungsgewohnheiten, die ein junger Mensch entwickelt. Der Erwachsene fungiert als Vorbild: Seine Ess- und Trinkgewohnheiten werden vom Kind als richtig und sinnvoll betrachtet und übernommen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995, S. 5). Die in den Medien derzeit tagtäglich veröffentlichten Studien zum Gesundheitszustand der erwachsenen Deutschen widerlegen jedoch in vielen Fällen die Eignung als Vorbild. Die Kooperation mit der Schule hinsichtlich gesunder Ernährung ist die Ausgangsbasis für praktizierte Gesundheit in Schule und Elternhaus.

Zweitens trägt das Elternhaus dafür Sorge, dass sich ein Kind ausreichend bewegt und dazu angeleitet wird, sich Ausgleichsräume zu schaffen. Allerdings wird diesem Aspekt nur wenig Bedeutung eingeräumt. *Reuter* und *Höcker* stellen in diesem Zusammenhang fest, dass „Sport, Bewegung [und] Haltungserziehung (...) nur relativ schwach von den Eltern unterstützt und gefördert [werden]“ (1977, S. 72)

Ein dritter wichtiger Faktor ist die psychosoziale Komponente. Die Interaktion zu Hause hinsichtlich Umgangsformen und Kommunikation prägt ein Kind in hohem Maße. Unbewältigte und fortgesetzte Konflikte oder einschneidende Erlebnisse wie beispielsweise schwere Krankheit oder Tod haben vielschichtige Konsequenzen für das psychische und physische Wohlbefinden des jungen Menschen (vgl. KKH 2006, S. 85). Gleiches gilt für die Gestaltung eines ruhigen und geregelten Umfeldes. Die Rhythmisierung des Alltages und der familieneigenen Rituale gibt Kindern innere Ruhe und Sicherheit, die Bedingungen für ein ganzheitliches Wohlbefinden sind (vgl. Eissele 2007, S. 162).

Eltern müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie durch ihr eigenes Verhalten auf die körperliche und seelische Entwicklung ihres Kindes entscheidenden Einfluss nehmen. Das betrifft auch den Umgang mit Genussmitteln. Der Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Rauschmitteln wirkt nachhaltig auf Kinder und Jugendliche (vgl. Laaser, Hurrelmann und Wolters 1993, S. 35). Ein Teil der Kinder lehnt das Verhalten der Eltern ab und entscheidet sich für einen anderen Lebensstil; ein Großteil kopiert das Verhalten der Erwachsenen. Eine intensive Kommunikation mit der Schule und den Pädagogen stellt eine wirksame präventive Basis für ein gesundes Aufwachsen von Kindern dar (vgl. Sommer, Altenstein, Kuhn und Wiesner 2006, S. 37).

Bedingt durch gesellschaftliche Änderungsprozesse sehen sich viele Eltern mittlerweile mit Erziehungsfragen konfrontiert, für die sie selbst keine Lösungen mehr finden. Trotzdem suchen sie selten die Kommunikation mit der Schule (vgl. Hacker, Hanke und Lersch 1997, S. 183). So kommt es

trotz einer selbsteingestanden Unwissenheit in Gesundheitsfragen zu selten zu einem Kontakt zwischen Eltern und Lehrern. Die Schule hat als pädagogische Fachinstanz die Verpflichtung, Beziehungen zu Elternhäusern aufzubauen und in Erziehungsproblemen zu beraten. Die Gelegenheiten dazu sind vielschichtig und reichen von Sprechstunden und -tagen, Brief- und Email-Kontakt, Elternstammtischen bis zu Elternabenden und gemeinsamen Klassenfeiern (vgl. Austgen und Morbe 2007, S. 2). Zudem haben Eltern auch über institutionelle Gremien die Möglichkeit, Informationen hinsichtlich gesundheitlicher Fragestellungen zu thematisieren.⁵¹ Sicher darf die Frage gestellt werden, welche dieser vielen Handlungsmöglichkeiten von den Elternhäusern tatsächlich in Anspruch genommen werden. Hier gilt es, dass die Schule aktiv auf Eltern zugeht und ihnen die Kommunikation offen anbietet.

4.2 Medien

Einen bedeutenden und stetig steigenden Einfluss auf das Gesundheits- und Wellnessverhalten ist den Medien zuzuschreiben. Dieser kann sowohl positiv als auch negativ ausfallen. Insbesondere die Massenmedien Print und Fernsehen haben beträchtlichen Anteil am Erfolg von Werbekampagnen im Rahmen von Präventionsarbeit. Besonders wirkungsvoll sind diese Maßnahmen, wenn sie mittels des Settingansatzes in einem breit gefächerten Partnernetz umgesetzt werden.⁵²

Das Fernsehen nimmt nicht nur als Aufklärungsmedium eine herausragende Rolle ein. Auch in der Freizeitgestaltung steht es hoch in der Gunst der Bevölkerung. Laut einer Studie aus den 80-er Jahren verbringen die Deutschen mehr als ein Viertel ihrer Freizeit vor dem Fernsehschirm (vgl. Nahrstedt 1989, S. 103). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen liegt aufgrund des hohen Aufforderungscharakters für junge Menschen wahrscheinlich heute noch viel höher.

Wie gehen die Medien mit ihrer Verantwortung um? Wie gestalten sie Kooperationen mit Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpflege? Es gibt durchaus positive Beispiele, von denen nachfolgend vier kurz genannt werden.

Der Kindersender KI.KA hat im Jahr 2007 eine Kampagne zu den Themen Essen, Trinken und Bewegung initiiert⁵³, die sowohl über TV-Sendungen, die Homepage als auch einen Wettbewerb für Kinder verbreitet wird und eine Sensibilisierung der Kinder erzielen soll. Eine direkte Kooperation mit Schulen besteht jedoch nicht.

Der Privatsender Super RTL thematisiert ebenfalls Gesundheit und Wohlbefinden.⁵⁴ In verschiedenen Fernsehsendungen werden Interesse an Sport und gesunder Ernährung angesprochen. Die Ho-

⁵¹ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/step.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

⁵² <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/3/index.html> (Zugriff vom 18.07.2007)

⁵³ <http://www.kika.de/kika/eltern/spotfit/index.shtml> (Zugriff vom 03.04.2007)

⁵⁴ <http://www.superrtl.de/> (Zugriff vom 31.10.2007)

mepage vertieft die Aspekte auf verschiedenen Kanälen und hält für Kinder, Eltern und Pädagogen bestimmte Fachbereiche vor.

Das Projekt „*Netzwerk für Gesundheitsförderung*“, auch unter der Bezeichnung „*Plattform Ernährung und Bewegung (peb)*“ wurde bereits im Kapitel 2.5 kurz angerissen. Kern-Medium dieses Programms ist eine TV-Sendung mit den beiden Titelhelden Peb und Pebber. Das Konzept dieser Sendung sieht die gesundheitliche Kompetenz der beiden Protagonisten vor, die sie in Form echter „Heldentaten“ umsetzen und weitergeben. Die Ziele sind Gewichtsreduktion, Sensibilisierung des eigenen Essverhaltens und Kommunikationsfähigkeit. Das Netzwerk umfasst neben dem medialen Partner⁵⁵ eine Reihe von Vertretern aus Wirtschaft, Verbänden und Politik, die seit 2004 die Aktivitäten von peb gestalten und koordinieren.

Seit April 2007 sendet das *Deutsche Gesundheitsfernsehen*, das ebenfalls privat ausgestrahlt wird. Trotz einer Fülle von Sendungen, die zumeist im Halbstundentakt abgewickelt werden, gibt es praktisch keine für Kinder oder die Schule verwertbaren Informationen. Lediglich die Sendung „Eltern“ deckt Inhalte der Kindergesundheit ab. Jedoch existiert direkt für Kinder weder eine Fernsehsendung noch bieten sich durch die zusätzlichen Programmzeitschriften oder auch die Homepage ausreichende Informationen für die Altersgruppe 6 bis 12 Jahre.

Kooperationen bieten die Möglichkeit, dem Anliegen der Gesundheitsförderung ein größeres Gewicht zu verleihen. Das Zweite Deutsche Fernsehen (ZDF) gestaltet eine solche Initiative gemeinsam mit der Zeitung BILD am Sonntag und der BARMER Ersatzkasse.⁵⁶ Seit 2003 veranstalten die Partner vielseitige Aktivitäten im Bundesgebiet, die unter dem Aktionstitel „Deutschland bewegt sich!“ angeboten werden. Hierbei stehen besonders jüngere Teilnehmer im Fokus. Alle Programme sind für die gesamte Familie geplant und teilweise so gestaltet, dass die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen unabdingbar ist.

Die neuen Medien sind ein vielfältiges Präsentationsfeld für Institutionen und Unternehmen geworden. Hinsichtlich der Gesundheitsbildung wird dies beispielsweise vom Nahrungsmittelhersteller Nestlé positiv genutzt. In einem gesonderten Homepage-Bereich werden breit gefächerte Informationen zur Ernährung, insbesondere zur gesunden Familien- und Kinderernährung angeboten.⁵⁷

Leider liegen auch negative Erfahrungen mit den Medien vor. So fiel im Jahr 2006 eine Kampagne der Firmen Adidas und Ferrero auf, bei der für den großzügigen Kauf von Schokoladenprodukten eine Vergütung von Sammelpunkten erfolgte. Eine bestimmte Anzahl jener Sammelpunkte führte dazu, dass sich das Kind ein Sportbekleidungsprodukt aussuchen konnte. Dieses Beispiel wirft viele

⁵⁵ <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/> (Zugriff vom 04.04.2007)

⁵⁶ <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/3/0,1872,2074915,00.html> (Zugriff vom 04.04.2007)

⁵⁷ <http://ernaehrungsstudio.nestle.de/start/home/?sid=d0a55104-f799-4404-9966-9e8399fe8a6c> (28.6.)

Fragen auf: Welcher Verantwortung stellen sich die beteiligten Firmen? Ist es nicht sinnvoller, auf den Kauf von Süßwaren zu verzichten und das Geld direkt in Sportartikel zu investieren?

Auch die Darstellung von Ernährung im Fernsehen ist kritisch zu betrachten. Im Rahmen einer Stichprobe durch das Projekt *Schule und Essen* wurde festgestellt, dass nicht nur 66 Prozent der Fernsehprogramminhalte Ernährungsdarstellungen enthielten, sondern diese in den Sendungen zu meist ein sehr schlechtes Bild von Ernährung zeichnen.⁵⁸ So wurde viel Süßes, viel Fett, viel Alkohol gezeigt. Gesunde Ernährung war nur in der Werbung und in Kochsendungen zu sehen.

4.3 Mediziner und Krankenkassen

Mehr als 10 Prozent des bundesdeutschen Bruttosozialproduktes (1998) wurden für die „Gesundheitsunterhaltung und Krankheitsbekämpfung“ aufgewendet (vgl. Scheftschik, S. 72). Dieser Wert ordnet sich weltweit auf dem zweiten Platz ein. Während für Prävention und Vorsorge nur ein geringer Anteil verwendet wird, entfallen mehr als 60 Prozent auf Behandlungskosten, also in den Zuständigkeitsbereich medizinischer Einrichtungen (vgl. ebd., S. 73). Die Ökonomisierung dieses Sektors schreitet trotz Einsparungen im Gesundheitswesen voran. So treten Systeme zur multimedialen Patienteninformation sowie Maßnahmen im präventiven Feld in den Vordergrund. Mediziner entwickeln sich zunehmend zu Komplettanbietern für Behandlung, Vorsorge und Gesundheitsdienstleistung (vgl. ebd., S. 91f.).

Fraglich ist in diesem Zuge, inwieweit Kinder und Jugendliche von dieser Entwicklung profitieren. Werden sie als besondere Personengruppe wahrgenommen oder müssen sie sich an die auf die Erwachsenenwelt abgestimmten Programme anpassen?

In der Regel trifft noch der letztgenannte Fall zu. Jedoch lassen sich auch positive Ansätze erkennen. Im Jahr 1985 wurde beispielsweise in Bonn die *Aktion Schule und Gesundheit – Ärzte und Lehrer für Prävention* ins Leben gerufen (vgl. Brendan-Schmittmann-Stiftung 1987, S. 9). Diese entwickelt kooperative Unterrichtsprojekte, in denen Ärzte, Lehrer und Schüler gemeinsam in den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Umweltbewusstsein und Psyche arbeiten (vgl. ebd.). In Form von Lehrerfortbildung, Unterrichtsreihen oder Tagesveranstaltungen können Kinder und Jugendliche Basiswissen hinsichtlich gesundheitsrelevanter Fragen erlangen und umsetzen.

Oftmals stellt sich die Problematik, dass Mediziner einerseits aufgrund ihres Kosten- und Termin drucks und andererseits aus pädagogischer Unsicherheit den Kontakt mit Schulen vermeiden. Dabei besteht durchaus ein Interesse an der Kooperation mit Schulen. Biener stellt in einer Erhebung fest, dass zwar nur etwa 20 Prozent der befragten Mediziner in gesundheitserzieherischer Form tätig sind (2005, S. 137f.), von den verbleibenden Probanden befürworten jedoch nahezu 90 Prozent ein eige-

⁵⁸ http://www.schuleplusessen.de/cms/front_content.php?idcat=17 (Zugriff vom 01.04.2007)

nes Engagement zu diesem Thema. Ähnlich positiv wird eine pädagogische Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums bewertet. So gilt es, die guten Absichten der Mediziner in einen praktikablen und realistischen Rahmen zu fassen und umzusetzen.

Das Handeln der Krankenkassen ist ambivalent zu betrachten. Zum einen werden zahlreiche Aktivitäten zur Gesundheitserziehung, Prävention und Früherkennung angeboten (vgl. Specke 2005, S. 409f.), zum anderen sind die Offerten selten speziell auf die Alterklasse der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet. Schüler können teilweise an den offenen Angeboten teilnehmen, finden aber zu meist keine pädagogisch abgestimmten Inhalte für sich vor.

Dabei eröffnen sich für die Krankenkassen durch die positive Auseinandersetzung mit der genannten Zielgruppe erstens neue Vermarktungsbereiche und zweitens die Chance, junge Menschen präventiv zu erreichen und vor Krankheit zu bewahren.

4.4 Politik

Die Gestaltung von Gesundheits- und Wellnessbildung für Kinder hängt in einem wesentlichen Punkt von politischen Entscheidungen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene ab. Dabei entsteht ein undurchsichtiges Geflecht aus Verordnungen und Empfehlungen, gepaart mit einer sich dem Zeitgeist anpassenden politischen Werbekampagne. Derzeit erleben die Themen Gesundheit und Prävention eine starke politische Relevanz in der Öffentlichkeit. Die Spannweite erfasst nahezu alles von sinnvollem und durchdachtem Handeln bis zu planlosem Aktionismus und Populismus.

Die politischen Kräfte sind sich derzeit nicht darüber einig, dass die Bildung im Rahmen von Gesundheit und Wellness eine wesentlich stärkere Berücksichtigung erhalten muss. Das Recht des Menschen auf ein würdevolles und beschwerdefreies Leben könnte sich beispielsweise bereits durch ein Schulfach Gesundheit in der Primarstufe entwickeln⁵⁹. Gesundheit als Bestandteil der Lebensumwelt eines Kindes soll eine künftige Perspektive darstellen und junge Menschen befähigen, die in der Vergangenheit vernachlässigten Kompetenzen der Gesundheitserziehung und -förderung zu erwerben (vgl. Abel 1995, S. 67). Die Tatsache, dass diese Fertigkeiten bereits im Kindesalter für das spätere Leben erworben werden, verdeutlicht die Dringlichkeit, Kindern eine angemessene Gesundheitsbildung zu vermitteln (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2007b, S. 6f.). Dabei gilt es, möglichst viele Partner in diesen Prozess zu involvieren. Diese Organisations- und Leitungsaufgabe wird der Politik zuteil. Diese kann sich allerdings nicht auf einen gemeinsamen Konsens verständigen. So wird die o.g. Dringlichkeit eines Schulfachs Gesundheit durch die ablehnende Diskussion eines Schulfachs Kochen konterkariert. Auf Landesebene

⁵⁹ <http://www.vorwaerts.de> (Zugriff vom 05.04.2007)

wird der Vorstoß der Bundesregierung zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten beispielsweise seitens der CDU in Thüringen als „grundsätzlich (...) überflüssig“ abgelehnt⁶⁰.

Aktuell findet allerdings eine deutliche Konzentration der Themen hin zur Ernährungs- und Bewegungsproblematik in Deutschland statt. So erhalten die Verbraucher seitens der Politik unerschöpfliche Hinweise zu gesundem Essen und Trinken sowie zu adäquaten Bewegungsprogrammen (vgl. ebd.). Inhaltsbereiche wie Entspannung oder Hygiene gelten als wenig publikumswirksam und werden daher im Hintergrund gehalten.

Die Bundesregierung legt ihren Fokus derzeit ebenfalls auf das Ernährungsproblem. Lösungsmöglichkeiten für die erhebliche Zunahme von Übergewicht bei Kindern und Erwachsenen, Kompetenzförderung hinsichtlich Ernährungsauswahl und die Stärkung eines gesunden Lebensstils sind die aktuellen Gesundheits-Schwerpunkte der Berliner Koalition⁶¹. In einem umfangreichen Aktionsplan fasst die Regierung Maßnahmen zur Prävention zusammen (vgl. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2007a, S. 1). Dabei stellt sie heraus, dass besonders die grundlegende Bildung im Kindesalter von Bedeutung ist. Dies ist überwiegend über eine Ernährungs- und Bewegungserziehung erreichbar (vgl. ebd., S. 9).

Die Umsetzung bildungspolitischer Entscheidungsprozesse obliegt den Bundesländern. So werden auch gesundheitsbildende Maßnahmen in den Landesparlamenten beschlossen. In Nordrhein-Westfalen ergibt sich beispielsweise hinsichtlich der Diskussion um die Einführung eines Unterrichtsfachs Gesundheitserziehung ein kontroverses Bild. Während CDU und FDP darauf verweisen, dass Gesundheitsinhalte bereits in ausreichender Weise im Sachunterricht der Grundschulen verankert sind und weitere Unterrichtsformen nicht notwendig sind, ließ sich seitens der NRW-SPD auf Anfrage keine Stellungnahme erzielen. Bündnis 90/Grüne und Die Linke befürworteten die Einrichtung eines Unterrichtsfachs Gesundheitserziehung (vgl. Anhang und Bündnis 90 - Die Grünen, 2006). Die Grünen fordern darüber hinaus eine Kennzeichnung ungesunder Lebensmittel und ein entsprechendes Verkaufsverbot in schulischen Einrichtungen (vgl. Michel 2007, S. 5).

Die bundes- und landespolitischen Differenzen bestimmen folglich auch die kommunale Ebene. So ergeben sich auf Schulebene nur begrenzte Einflussmöglichkeiten der Städte und Gemeinden. Diese nutzen ihre Potenziale in Form von außerschulischen Angeboten, die Kinder und Eltern in gesundheitspädagogischer Hinsicht ansprechen. Ebenso kommen hier freizeitpädagogische Konzepte zum Tragen, die der Wohnumfeldverbesserung dienen und somit jungen Menschen einen geschützten und entspannten Ort des Großwerdens schaffen (vgl. Bochnig und Wiebusch 1989, S. 308).

⁶⁰ <http://www.ad-hoc-news.de/Politik-News/de/13395326/Bundesl%E4nder-lehnen-Schulfach-Kochen-ab> (Zugriff vom 27.09.2007)

⁶¹ <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/> (Zugriff vom 04.04.2007)

4.5 Wissenschaft und Hochschule

Als Ausbildungsinstitution des schulpädagogischen Nachwuchses kommt den Hochschulen als Partner der Gesundheits- und Wellnesserziehung eine kardinale Rolle zu. Deutschlandweit bieten derzeit 26 Universitäten und Fachhochschulen qualifizierende Ausbildungen in den Bereichen Gesundheitsökonomie (volkswirtschaftlich und betriebswirtschaftlich) und Krankenhausmanagement an. Neun Universitäten offerieren Public Health und Gesundheitswissenschaften.

In Nordrhein-Westfalen sind die Universitäten in Bielefeld und Düsseldorf federführend in diesem Feld. Sie sind neben weiteren Institutionen Mitglieder des *Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health*, der - vom Bundesbildungsministerium unterstützt - die Förderung gesundheitserziehender und -fördernder Projekte betreibt⁶². Der Fokus liegt allerdings deutlich auf medizinischer Ebene.

Zum Vorreiter für die wissenschaftliche Betrachtung von Gesundheitsförderung hat sich die Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelt. In mehreren Arbeitsgruppen unterstützt sie auf medizinischer, ökonomischer, pädagogischer und soziologischer Basis die Ausbildung von Fachkräften für das Arbeitsfeld Gesundheit und Prävention⁶³. Die Evaluation und Begleitung gesundheitsfördernder Projekte in Schulen gehört zum pädagogischen Grundsatz der Fakultät. So befasst sich die Hochschule derzeit mit der Überprüfung des Primarstufenprojektes *Gesund macht Schule* (GmS), das als Gemeinschaftsprojekt von Ärztekammer, Krankenkassen, Schulen und Hochschule neue Wege der Gesundheitsförderung in der Grundschule erarbeiten soll⁶⁴.

Trotz der Stärken der Universität Bielefeld im Bereich der Gesundheitswissenschaften gilt es kritisch anzumerken, dass die Lehramtsausbildung für die Grundschule nahezu ohne gesundheits- oder wellnesserziehende Ausbildungsinhalte auskommen muss. Die für die Sachkunde zuständigen naturwissenschaftlichen Fakultäten weisen bis Ende 2007 keine Veranstaltung zum Thema Gesundheitserziehung in ihren Bachelor- und Masterprogrammen aus. Die sportwissenschaftliche Ausbildung für das Lehramt GHR, das die Grundschullehrerausbildung einschließt, deckt das Thema Gesundheit mit einer 90-minütigen Vorlesung im Rahmen der Sportpädagogik ab. Gleichwohl folgt sie im Rahmen der pädagogischen Sinngebung der Empfehlung, Sportunterricht gesundheitsfördernd auszurichten, ohne jedoch probate Handlungsanleitungen dazu anzubieten.

Die Problematik wird auch vom Bielefelder Zentrum für Lehrerbildung angemerkt, das beispielsweise für die Ausbildung im neuen Master-Lehramtsstudium Grund-/Haupt-/Realschule (GHR) feststellt, dass die bisherigen Inhalte der Sachunterrichtsausbildung im GHR-Studium nicht sachgerecht umgesetzt werden können (Zentrum für Lehrerbildung der Universität Bielefeld, 2007).

⁶² <http://www.uni-duesseldorf.de/MedFak/nwph> (Zugriff vom 06.11.2007)

⁶³ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/index.html> (Zugriff vom 22.12.2006)

⁶⁴ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/gms.html> (Zugriff vom 22.12.2006)

Die Problematik der mangelhaften Lehrerausbildung hinsichtlich Gesundheitsinhalten lässt sich in Nordrhein-Westfalen auf praktisch alle Universitäten übertragen. Die Zuständigkeit beispielsweise für Ernährungsbildung ist selten klar geregelt. Das Studienfach Biologie berücksichtigt hauswirtschaftswissenschaftliche Inhalte in der Regel selten oder nie (vgl. Heseker, Schneider und Beer 2005, S. 12). Eine Ausnahme bildet hierbei die Universität Paderborn, die sich insbesondere der Ernährungsbildung angenommen hat. Paderborn ist aktuell der „einzige (...) Lernstandort für die Ernährungs- und Verbraucherbildung in den allgemein bildenden Schulen in NRW“ (Heseker 2005, S. 105). Dies reicht bei weitem nicht aus, um die notwendigen Personalkapazitäten für die Schulen bereitzustellen. Obgleich dem Thema Ernährung in der Öffentlichkeit derzeit ein außerordentliches Interesse entgegengebracht wird, findet die Ausbildung geeigneter Fachkräfte nicht in ausreichender Anzahl statt. Mögliche Gründe dafür können zu geringe finanzielle Ressourcen für die Hochschulen oder aber schlechte Einstellungsmöglichkeiten für Absolventen sein.

Eine breite Fachbildung in Gesundheitsförderung und -management bietet beispielsweise die Universität Magdeburg. Im gleichnamigen Studiengang erhalten die Studenten ein fundiertes Gesundheitswissen aus verschiedenen wissenschaftlichen Fachbereichen, der auch eine angemessene pädagogische Ausbildung beinhaltet⁶⁵. Allerdings spielt der Einsatz und Umsatz in der Institution Schule keine Rolle.

Eine weitere wissenschaftliche Partnerschaft ergibt sich auf Basis der Freizeitpädagogik. Erziehungswissenschaftlich fundierte Freizeitaktivitäten können in hohem Maße begünstigenden Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden eines Individuums nehmen. Die von Nahrstedt und Opaschowski genannten Funktionen der Freizeit thematisieren u.a. „Rekreation“, „Eduktion“, „Kommunikation“ und „Enkulturation“ (Brinkmann, Fromme, Nahrstedt, Stehr, Steinecke und Thevis 1994, S. 13f.). Sie definieren „Muße für die Freizeit als Quell der Erkenntnis und Geselligkeit“ (ebd.) und zeigen die Bedeutung von Freizeit für physische, kulturelle, mentale und soziale Wellness, wobei die Regeneration auf geistig-mentaler Ebene eine noch höhere Wertigkeit besitzt als die körperliche Gesunderhaltung (vgl. Nahrstedt, Hey und Florek 1984, S. 205).

Freizeit erlangt somit auch für den Erziehungsprozess in der Schule eine wichtige Bedeutung. Das Erlernen einer sinngeleiteten Freizeitaktivität muss die Grundlage bereits in der Schule als neben dem Elternhaus maßgeblichen Erziehungsinstitution erhalten. Die praktische Umsetzung kann und soll in Verbindung mit der Schule geschehen, um die Lerninhalte lebensnah umsetzen zu können.

4.6 Kommerzielle Anbieter

Die Mega-Trends Wellness und Gesundheit ebnen kommerziellen Anbietern einen gigantischen Markt. Dieser bedient eine Vielzahl von Zielgruppen und bietet auch Kindern und Jugendlichen

⁶⁵ http://www.hs-magdeburg.de/studium/s-studienangebot/b_gesundheitsfoerderung (Zugriff vom 06.04.2007)

Möglichkeiten, Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens in Anspruch zu nehmen. Jedoch ist einer Betrachtung des Marktes vorzuschicken, dass die Wellness- und Gesundheitswirtschaft Schüler im Grundschulalter nicht als typische Nachfragergruppe definiert und die überwiegende Zahl ihrer Angebote auf Erwachsene mittleren Alters sowie Senioren ausrichtet.

Die kommerziellen Anbieter von Gesundheitsbildung finden sich ausnahmslos außerhalb des Ziel-feldes Grund- und weiterführende Schulen: Institute, Volkshochschulen, Kirchen, Wohlfahrtsver-bände, Vereine, Bildungswerke und Krankenkassen (vgl. Papenkort 2002, S. 111). Mehr oder weni-ger öffnen sie ihre Angebote auch für Kinder, wie beispielsweise Sportvereine oder Kirchengemein-den, wobei besonders die öffentlichen oder institutionellen Träger ihre Programme auch für junge Menschen anbieten.

Privatwirtschaftliche Anbieter zeigen dieses Interesse deutlich weniger. Ihre Bemühungen zielen eher auf zahlungskräftigere Bevölkerungsgruppen ab und bedienen zumeist im Rahmen von Health-Care-Offerten den physisch-medizinischen Bereich rund um Fitness, Kosmetik, Prävention und Re-habilitation (vgl. Koschade und Vollmers 2004, S. 20). Im Kreis Gütersloh finden sich beispielswei-se 17 Bäderbetriebe, 34 Fitnessstudios, 5 Sauna-Landschaften, 77 Kosmetikstudios und 25 Sonnen-studios (Stand Januar 2007), die der Nachfrage nach Wohlbefinden und Gesundheit nachkommen. Nach Rückfragen sehen nur die Bäderbetriebe die Gruppe der Schulkinder ausdrücklich als wichtige Zielgruppe.

4.7 Tourismuswirtschaft und Kurwesen

Eine besondere Rolle im privatwirtschaftlichen Bereich spielen Tourismus-Anbieter und Kurorte. Die Krise des Kurwesens - basierend auf der rezessiven Ertragslage im rehabilitativen und akutme-dizinischen Bereich - hat Gesundheitsförderung und Wellness als neues Umsatzfeld in den Fokus des Interesses rücken lassen. Daran partizipieren sowohl die medizinischen Betriebe als auch die Hotels und Gaststätten. Laut Stiftung Warentest haben sich im Februar 2003 bundesweit mehr als 450 Hotels schwerpunktmäßig auf Wellness eingestellt, davon der überwiegende Teil in Kurorten (vgl. Deutscher Heilbäderverband 2002, S. 6). Allerdings konnten nur weniger als 50 Prozent der Hotels ein angemessenes Wellness-Angebot offerieren (vgl. ebd.).

Die medizinischen Methoden in den Kurorten bergen ausgezeichnetes Potenzial für gesundheitsför-dernde Maßnahmen (vgl. Heipertz 1996, S. 13). Balneotherapie⁶⁶, Klimatherapien, Bewegungsthe-rapien im Wasser, Lichttherapien und Massagen bieten die Basis für Wohlbefinden und Gesundheit in physischer Hinsicht (Deutscher Heilbäderverband 2005, S. 5). Zudem verfügen Kurorte zumeist über eine ansprechende Landschaft, eine ausgezeichnete Infrastruktur und ein reichhaltiges Freizeit-angebot (vgl. Stadtfeld 1993, S. 14). Fraglich ist allerdings, inwieweit diese Aktivitäten der Ziel-

⁶⁶ Bäderbehandlungen und Trinkkuren

gruppe Kinder und Jugendliche zukommen. Die Anfragen in 25 nordrhein-westfälischen Kurorten im Jahr 2006 ergeben dazu eine ernüchternde Bilanz: 9 Orte gaben eine Rückmeldung - allerdings bietet kein einziger ein Programm für Kinder und erkennt die Altersklasse 6 bis 10 Jahre als potenzielle Ziel- und Konsumgruppe an (vgl. Anhang). Die Frage nach den Gründen wird aus den Erläuterungen der Rückmeldungen nicht deutlich. So dürfen an dieser Stelle nur Vermutungen angestellt werden: der Wunsch nach Ruhe für die älteren kurenden Gäste; der Gedanke, Familien mit Kindern verfügten nicht über das notwendige Geld für ein hochwertiges Wellnessprogramm; die Auffassung, Kinder seien nicht mit den Krankheiten belastet, die einen Kurortaufenthalt erfordern.

Der Tourismus partizipiert in hohem Maße am wirtschaftlichen Erfolg der Kurorte. Jedoch zeigen sich die entsprechenden Anbieter wenig angemessen vorbereitet auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. So rühmt sich beispielsweise im Hotelführer unter *wellness.de* ein Wellness-Hotel in Baden-Württemberg damit, dass „Kinder (...) den Wellness- oder SPA-Bereich von Montag bis Donnerstag zwischen 15 und 17 Uhr benutzen und dabei auch etwas lauter sein [dürfen]“.⁶⁷ Die üblichen Kinderangebote in Wellness-Hotels reduzieren sich unter *wellness.de* auf Speisekarten für Kinder, kostenfreie Kinderbetten, Malbücher, Spielausleihe und Kinderbetreuung (ebd.). Fraglich ist in diesem Zusammenhang der pädagogische Wert eines Wellness-Urlaubs für einen jungen Menschen, wenn sich die Eltern ein ausgewähltes Wohlbefinden-Programm gönnen, während er sich in der Betreuung befindet.

Bemerkenswert ist allerdings, dass die wissenschaftliche Diskussion rund um das Feld Gesundheit und Wellness die Kurorte zunehmend zur Beschäftigung mit der Materie ermutigt (vgl. Binnewitt, S. 16). Tourismus entwickelt sich durch die Einbindung von Freizeitaktivitäten zu einem Verantwortungsträger pädagogischer Arbeit (vgl. Brinkmann et al. 2001, S. 13). Der sich aktuell entwickelnde Selbstzahlermarkt zieht auch die jüngeren Zielgruppen in den Fokus. Er setzt einen gesundheitsorientierten und -informierten Bürger voraus (vgl. Nahrstedt, Boetzel, Diedrichsen und Schlichting 2005, S. 103). Diese pädagogische Bedingung darf jedoch nicht den klassischen Bildungsträgern überlassen werden, sondern muss durch die touristischen Anbieter selbst unterstützt werden.

In neueren Forschungen (vgl. Nahrstedt 2008, S. 110f.) wird darüber hinaus eine Trennung von Gesundheitstourismus und Wellness-tourismus thematisiert. Der Gesundheitstourismus legt seine Schwerpunkte vor allem im Sektor der physischen und medizinischen Aktivitäten. Kuration, Rehabilitation, physical wellness und Fitnesstraining gehören zum Angebot der Branche (vgl. Friedl 2007, S. f.). Unternehmen des Wellness-tourismus sprechen die Nachfrager an, die ihre Präferenzen auf mentales und spirituelles Wohlbefinden richten. In der Regel betrifft dies Selbstzahler, die Urlaubsreisen in Form von Kurzaufenthalten wählen und sich zur Nacht statt in den Kurkliniken in Hotels aufhalten (vgl. ebd.).

⁶⁷ <http://www.wellness.de/wellnesshotels/familie/index.php> (Zugriff vom 06.04.2007)

Eine besondere Initiative verkörpert beispielsweise das *Health Valley* im Kreis Lippe. Angelehnt an das Silicon Valley in Kalifornien als Synonym für den Erfolg neuer Ideen wird in Ostwestfalen die Vision eines umfassenden und ganzheitlichen Versorgungssystems für Wohlbefinden und Gesundheit verfolgt. Gleichsam sollen Gesundheitsausgaben gesenkt und die Produktivität der Region gefördert werden (vgl. Nahrstedt et al. 2005, S. 111f.).

Der Kreis Lippe verfügt über eine bemerkenswerte Gesundheitsstruktur. Der Bäderkreis beheimatet zwei staatlich anerkannte Kurorte (Bad Meinberg, Bad Salzuflen), zwei Kneipp-Kurorte (Detmold-Hiddesen, Schieder-Schwalenberg), zwei Luftkurorte (Holzhausen-Externsteine, Lage-Hörste) und drei Erholungsorte (die Detmolder Stadtteile Diestelbruch, Berlebeck, Schwelentrup).⁶⁸ Die reichhaltigen Gesundheitsangebote lassen allerdings erkennen, dass sie für die jüngere Generation ebenso wenige Möglichkeiten bieten, wie dies in anderen, weniger gesundheitswirtschaftlich geprägten Regionen üblich ist. Eine Veränderung der Kurwesenstruktur soll vor allem dergestalt stattfinden, dass der urlaubende Besucher der Kurorte nicht mehr als Patient sondern als Gast betrachtet wird. Dies erweitert nicht nur die Potenziale für den zahlenden Gast und die anbietenden Institutionen, sondern vergrößert auch die Menge der Zielgruppen um die weniger von Krankheit betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Dafür sind die sich bietenden Potenziale vielfältig: Basierend auf freizeitdidaktischen Grundlagen, die u.a. „reflexives Lernen als Identitätsfindung z.B. als Bejahung des Alterns und als produktive Verarbeitung von krankheitsbedingten Identitätskrisen“ definiert (Scheftschik 2005, S. 266), ist es erforderlich, jungen Menschen bereits im Kindesalter Gesundheits- und Wellness Themen begegnen zu lassen. Diese Aufgabe kommt im Zusammenhang mit touristischen Aktivitäten den außerschulischen Lernorten zu.

Den Anfang macht der Wandertag und setzt sich über mehrtätige Klassenfahrten oder Studienreisen fort (vgl. Balz 1993, S. 14). Diese traditionellen Veranstaltungen eröffnen vielfältige Möglichkeiten, Gesundheit und Wellness zu integrieren. Beispielsweise können in den Unterkünften Aktivitäten zur Fitness, zu sozialisierenden Spielen oder zu Entspannungstechniken angeregt werden.⁶⁹ Schullandheime und Jugendherbergen können so ihr pädagogisches Konzept erweitern und zusätzlich ihr wirtschaftliches Fundament stärken. Allerdings lässt sich feststellen, dass die Jugendgästehäuser diesen Trend derzeit nicht erkennen. Eine Anfrage beim Deutschen Jugendherbergesverband in Detmold hat ergeben, dass es derzeit in Nordrhein-Westfalen nur eine Jugendherberge gibt, die sich mit gesundheitsfördernden Inhalten als Schwerpunkt ihres Konzepts auseinandersetzt (vgl. Anhang). Die Jugendherberge Finnentrop bietet dabei sowohl physical wellness als auch Sinnespfad, Gemeinschaftsaktivitäten und Entspannungsmöglichkeiten.⁷⁰

⁶⁸ <http://www.bi-info.de/bielefeld/owl/kur.htm> (Zugriff vom 08.07.2007)

⁶⁹ <http://www.schulen-luzern.ch/entlebuch/mainfram.htm> (Zugriff vom 06.04.2007)

⁷⁰ <http://www.lvb.westfalen.jugendherberge.de/finnentrop.heggen/> (Zugriff vom 20.07.2007)

Derzeit vollkommen unerschlossen ist die Kooperation von Jugendherbergen und Kurorten. Die Möglichkeit, mit einer Schulklasse eine Klassenfahrt in einer Herberge in der Form zu gestalten, dass die Kinder für ein oder zwei Tage die Einrichtungen eines Kurortes zum Erfahren von Gesundheit und Wohlbefinden nutzen, birgt ein bemerkenswertes pädagogisches und ökonomisches Potenzial. Jedoch scheuen noch immer die Kurorte den Besuch von Kindern, insbesondere gleich in Klassenstärke. Statt jedoch die drohende Ruhestörung durch Nischenzeiten oder -räume zu umgehen, verzichten die Kurorte auf diese interessante Perspektive. Angesichts der Tatsache, dass die Kinder, die heute eine Kureinrichtung testen dürfen, die Selbstzahler von morgen sein können, ist dieser Verzicht auf die neuen Markt- und Entwicklungschancen als töricht zu bezeichnen.

4.8 Verbände und Interessengemeinschaften

Viele organisierte Gruppen nehmen Einfluss auf die Gesundheits- und Wellnessförderung in Schulen und unterstützen die dortigen Aktivitäten. Eine punktuelle Übersicht soll die Variationsbreite in diesem Feld aufzeigen und kritisch beleuchten.

Der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV) beispielsweise bietet in seiner Broschüre zur Sicherheits- und Gesundheitsförderung lediglich eine Veranstaltung für den Bereich Gesundheitsförderung an (vgl. Gemeindeunfallversicherungsverband 2006, S. 20). Diese ist einzig für Schulleiter vorgesehen, die als Multiplikatoren für Kollegium, Schüler und Eltern fungieren sollen. Angesichts der Tatsache, dass der GUVV Partner des OPUS-Netzwerkes ist (siehe Kapitel 5.2), darf dieses Angebot als unzureichend bezeichnet werden.

Die LandesSportBünde versuchen über die Vereinsstrukturen die gesundheitlichen Defizite der Kinder festzustellen und aufzufangen. Verschiedene Präventionsangebote mit allerdings teilweise als unglücklich zu bezeichnenden Titeln (Heavy Kids, schwer mobil) befassen sich mit Entspannungstraining, Muskelfunktionstraining und Ernährungsberatung (vgl. Kompetenzzentrum für Sport und gesunde Lebensführung 2006, o.S.). Fraglich ist, ob in diesem Fall noch von Prävention gesprochen werden kann oder die Zielgruppe nicht bereits diejenigen Kinder sind, die schon erhebliche gesundheitliche Probleme haben. Allenfalls lässt sich dieser Aspekt noch der tertiären Prävention zuordnen.

Die Kommunen sind bemüht, über Gesundheitskonferenzen (vgl. Nahrstedt et al. 2005, S. 121 und Kreis Lippe 2006, o.S.) alle Verantwortlichen aus den Feldern Gesundheit und Wohlbefinden an einen Tisch zu laden, um gemeinsame Ziele und Konzepte auszuarbeiten. Dies gelingt aufgrund der verschiedenen institutionellen und politischen Interessenlagen nur bedingt. Jedoch bieten die Gesundheitskonferenzen aufgrund der Partizipation schulischer Repräsentanten gute Möglichkeiten, gesundheitsrelevante Fragen direkt unter dem Fokus Bildung und Erziehung zu reflektieren.

Aus den Ansätzen der Gesundheitskonferenzen gilt es neben schulischer Einbindung dann auch, Bürgerbeteiligung an gesundheitsrelevanten kommunalen Entwicklungsprozessen zu erwirken (Gö-

pel et al. 2004, S. 101). In Setting-orientierten Ansätzen kann Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und die Koordination verschiedener fachspezifischer Aktivitäten realisiert werden. So entwickelt sich ein breites und gleichsam dichtes Netz aus kommunalen Trägern, Schulen und außerschulischem Feld.

Träger des Ernährungsprojektes *Schule isst gesund*, das in verschiedenen Städten im Ruhrgebiet platziert ist, ist die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Im Zeitraum von 2006 bis 2008 beabsichtigt sie, in Grundschulen und Ganztagsgrundschulen Bildungsprogramme zur gesunden Ernährung für Schüler, Lehrer und Eltern zu initiieren (vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2006, o.S.).

Ein weiteres bemerkenswertes Projekt ist das der *SchulCoaches*, das an rund 30 Schulen in den Bundesländern Berlin, Bayern, Sachsen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg durchgeführt wird.⁷¹ Die Kooperation verschiedener Wirtschaftsunternehmen, Politiker und Wissenschaftler gründete 2003 den gemeinnützigen Verein „BildungsCent“, der seitdem verschiedenste Aktivitäten im Rahmen der Gesundheits- und Wellnessbildung ins Leben gerufen hat (vgl. Sommer et al. 2006, S. 137f.). Die SchulCoaches besuchen im turnusmäßigen Wechsel die Schulen und bieten als Gesundheitsexperten Veranstaltungen zur gesunden Ernährung und zu Bewegungs- und Entspannungsanregungen an. Die in der Ökonomie verbreitete Coaching-Methode wird so verwendet, dass Schulen ihre mangelnden Kompetenzen im Rahmen der Gesundheitsbildung durch die Coaches kompensieren können und zudem im Anschluss an die Schulungsmaßnahmen als Multiplikatoren fungieren können.

Die Durchsicht der in diesem Kapitel aufgeführten Aktivitäten lässt u.a. den Schluss zu, dass eine Bündelung der vielschichtigen Potenziale voraussichtlich deutlich mehr Durchschlagskraft erzeugen könnte als die derzeitige isolierte Arbeit der Verbände und Interessengemeinschaften.

⁷¹ <http://www.bildungscen.de/2111.html> (Zugriff vom 09.04.2007)

5 Pädagogische Konzepte schulischer Gesundheitsbildung

5.1 Teilkonzepte

Eine Reihe von Teilkonzepten zur Gesundheitsbildung wurden bereits in den vergangenen Kapiteln angesprochen. An dieser Stelle sollen wenige weitere genannt werden, die zwar zum einen die Vielfaltigkeit der Aktivitäten verdeutlichen, zum anderen aber auch zeigen, dass sie nur Sequenzen aus dem gesamten Bereich der Gesundheitspädagogik bedienen können.

Die Gesundheitskampagne *5 am Tag* thematisiert gesunde Ernährung auf Basis des täglichen Verzehr von mindestens 5 Stücken Obst oder Gemüse.⁷² Dieser rein ernährungswissenschaftliche Ansatz greift jedoch zu kurz. Ein tiefgreifenderes Konzept bietet die *Revis*-Studie, die ebenfalls vom Thema Ernährung ausgehend die Hauswirtschaft als Unterrichtsfach für alle Schulformen weiter zu entwickeln versucht (vgl. Hesecker 2005, S. 85). Essen, Trinken und die dazugehörige Gesundheitskultur sollen im Schulunterricht entwickelt und gefestigt werden.

Die in den beiden genannten Konzepten fehlende Bewegungskomponente erscheint wiederum im Konzept der *Bewegten Grundschule* (vgl. Müller 1999, S. 29f.). Die mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit von Schulkindern einschließlich der begleitenden Beschwerden wie Konzentrationschwäche, Übergewicht oder Muskel- und Skelettschädigungen sind die Ausgangslage für die *Bewegte Grundschule*. Sie analysiert die psychosozialen und materialen Bedingungen der Kinder, schafft mittels bewegtem Schullebens und bewegter Freizeit die Grundlage für ein gesünderes Leben. Kritisch anzumerken ist sicher, dass das zweifellos engagierte Konzept trotz intensiver Lehrer- und Elternfortbildung ebenfalls zu einseitig das Thema Gesundheit und Wellness anfasst.

Mit einem weniger praktisch orientierten Ansatz arbeitet die *Erlebniskiste Essen, Trinken & Co.*⁷³ Ein breites und ebenso tiefes Sortiment an Materialien bietet Schulen einen bemerkenswerten Fundus an Informationen und Unterrichtsbeispielen. Leider fehlt die konkrete praktische Betreuung sowie die Thematisierung mentalen und sozialen Wohlbefindens.

Negativbeispiele für Teilkonzepte sind Aktivitäten, die bereits durch ihre Titel die Ablehnung von Eltern und Kindern erwecken. Beispiele sind Programme wie *Obeldicks*⁷⁴ oder *Moby Dick*.⁷⁵ Ansatz ist dabei die Gruppe deutlich übergewichtiger Kinder, die in Form medizinisch-therapeutischer Programme Gewichtsreduktion anstreben und Beratung bezüglich ihrer seelischen Probleme erhalten. Fraglich ist aber, wie erwähnt, ob die Assoziation mit einer dicken Comic-Figur beziehungsweise einem Wal eine hohe Identifikation mit dem Konzept bei den Kindern und Jugendlichen erwirken kann.

⁷² <http://www.5amtag.de/index2.htm> (Zugriff vom 09.04.2007)

⁷³ <http://www.erlebniskiste.de/> (Zugriff vom 13.04.2007)

⁷⁴ <http://www.uni-essen.de/kjp/html/obeldicks.html> (Zugriff vom 18.07.2007)

⁷⁵ <http://www.mobydicknetzwerk.de/> (Zugriff vom 18.07.2007)

5.2 Ganzheitliche Konzepte

Ein klassisches ganzheitliches Konzept ist die *Gesundheitserziehung nach J. S. Kneipp*. Diese basiert auf fünf Wirkprinzipien: Seelisches Wohlbefinden, gesunde Ernährung, Kräuter und Heilpflanzen, Wasser und Anwendungsmöglichkeiten, Bewegung. Kneipps Konzept bietet ein gesundheitspädagogisch hochwertiges Angebot, das jedoch eigentümlicherweise in der Primarstufe nur wenige Anwender findet. Ein an einer Berliner Grundschule angesiedeltes Kneipp-Projekt musste so nach zwei Jahren aufgrund mangelnder Personalressourcen wieder eingestellt werden.⁷⁶

Das Konzept von *Klasse2000* verfolgt einen interdisziplinären Weg der Gesundheitsbildung.⁷⁷ Pädagogische „Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sport- und Ernährungswissenschaften sowie Elternbeiräte haben ein ganzheitliches Programm entwickelt, das Grundschülern in Theorie und Praxis gesunde Verhaltensweisen und Steigerung des Wohlbefindens vermittelt. Ein besonderer Wert wird bei Klasse2000 auf die Elternarbeit gelegt, die nicht nur in Form von Elternbriefen oder jährlichen Infoabenden erfolgt, sondern eine Partnerschaft zwischen Schule und Elternhaus aufbaut.

Gesund macht Schule (GmS) bietet einen weiteren interessanten Ansatz.⁷⁸ Hierbei kooperieren seit 2000 Lehrer mit Medizinern und bilden Teams, die in Grundschulklassen Projektarbeiten und Unterrichtsreihen zur Gesundheit umsetzen. GmS spricht dabei ein breites Arbeitsfeld an: Ernährung, Bewegung, Entspannung, Sexualität, Suchtprävention und Körpererfahrung. Die Wirkung des Projektes wurde im Jahr 2002 durch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld evaluiert.⁷⁹ Sowohl Lehrer, Schüler als auch Ärzte bescheinigten die gute Zusammenarbeit und die Wirksamkeit der Maßnahmen. Was im Rahmen der Untersuchung nicht erfasst wurde, war die Transferwirksamkeit der Maßnahmen, sprich den Wissens- und Praxisgewinn, den die Kinder mit in ihr Alltagsleben übernehmen.

Das Konzept *Anschub* verfolgt das Motto „Mit Gesundheit gute Schule machen, anstatt Gesundheit zum Thema der Schulen zu machen.“ (Nilshorn und Schminder 2005, S. 13). Gesundheit soll dabei die Bildung und Erziehung qualitativ verbessern und die Handlungsfähigkeit von Schulen erhöhen. Anschub legt besonderen Wert auf die Schulentwicklung, fordert eine stetige Fortschreibung des Schulprogramms hinsichtlich gesundheitspädagogischer Aspekte und die Schaffung von Steuer- und Arbeitsgruppen (vgl. ebd., S. 16f.). Das Konzept zeigt einen sehr detaillierten und variantenreichen Organisations- und Methodenrahmen, offenbart jedoch im didaktischen Bereich keine schlüssigen Inhalte.

⁷⁶ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=f46bdef76fbca7408c2e5948905dfd17&id=suche1&ssub=2&nr=12> (Zugriff vom 13.04.2007)

⁷⁷ <http://www.klasse2000.de/seiten/konzept.php> (Zugriff vom 03.04.2007)

⁷⁸ <http://www.gesund-macht-schule.de> (Zugriff vom 14.11.2007)

⁷⁹ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/gms.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

Eine sehr wichtige Brücke für die Gesundheitsbildung können die vielen neu eingerichteten Ganztags-Grundschulen spielen. Das Unterrichtsprinzip der Gesundheitsbildung mit einem entzerrten Schultag mit vielfältigen Bewegungs- und Entspannungsphasen, der Einnahme eines gemeinsamen und gesunden Mittagessens in ruhiger Umgebung und der Möglichkeit, im Nachmittagsprogramm vielerlei Gesundheits- und Freizeithemen in praktischem Handeln zu erleben, lässt die Ganztagschule zu einem gewaltigen Potenzialträger für Gesundheits- und Wellnessbildung heranwachsen (vgl. Zellmann 2003, S. 46f.).

5.3 Das Netzwerk Bildung und Gesundheit (OPUS)

Das Prinzip der gesundheitsfördernden Schule definiert die Umsetzung von Gesundheit im Setting Schule in einer ganzheitlichen Form. Gesundheitspädagogische Aspekte finden nicht nur im Rahmen des Schulunterrichts statt, sondern weiten sich auf die Pausen und die Zeiten vor und nach dem Unterricht aus. Ziel dieser Umstrukturierung ist die Ausdehnung der gesundheitspädagogischen Aktivitäten in der Schule (vgl. Popp und Schwab 2003, S. 47f.). So werden neben der Schaffung eines ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins die räumlichen Gegebenheiten mehr mit einbezogen, die Eltern verstärkt in die Gesundheitsbildung integriert und die „Gemeinderessourcen“ verstärkt hinzugezogen (vgl. ebd.).

Als Umsetzung des Prinzips der Gesundheitsfördernden Schule (und auch der Gesundheitsfördernden Kindertagesstätte) hat sich das Netzwerk Bildung und Gesundheit unter dem Synonym *OPUS* etabliert und soll im Folgenden näher beschrieben werden. *OPUS* findet seine Wurzeln im Jahr 1992, als die Bund-Länder-Kommissionen (BLK) die Gesundheitsförderung zur besonderen Zukunftsaufgabe der pädagogischen Arbeit herausheben (vgl. *OPUS NRW* 2003, S. 5f.). Im Rahmen von BLK-Modellversuchen zeigen sich wesentliche Erkenntnisse: zum einen kann die Schule durch den Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen ihrem Kernauftrag von Bildung und Erziehung besser nachkommen. Zum anderen führt ein Mehr an Gesundheit und Sicherheit zu einer höheren Arbeitszufriedenheit bei Lehrern und Schülern (vgl. ebd.).

Die Notwendigkeit, diese Erkenntnisse für die Schule gewinnbringend zu nutzen, erfordert über die Arbeit von Lehrern und Schülern miteinander die Einbeziehung weiterer Partner in das Setting Schule. So entsteht in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2003 das *Offene Partizipationsnetzwerk und Schulgesundheit*, abgekürzt *OPUS*. Stützen des Verbundes sind das Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen, der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband, der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW. Neben diesen tragenden Säulen haben sich eine ganze Reihe Kooperationspartner assoziiert: die Initiative Leben ohne Qualm (LoQ), die Medusana-Stiftung, der Verband Bildung und Erziehung (VBE), die Initiative Liebe in Zeiten von Aids (Liza), Anschub.de, Klasse2000, das Landesinstitut für Schule/Qualitätsagentur, das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), das Sozialpädagogische Institut NRW

(spi), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), die Deutsche Gesellschaft für gesundheitsfördernde Schulen sowie die Universitäten in Paderborn, Bielefeld, Düsseldorf, Dortmund, Lüneburg und Flensburg.

OPUS zeigt somit ein bedeutendes Kompetenz- und Wissenspotenzial, das seinen Auftrag wie folgt definiert (ebd.):

- innovative gesundheits- und sicherheitsförderliche Initiativen zur Förderung der Gesundheit aller Beteiligten und der Schulqualität im Schulalltag
- Entwicklung der Schulqualität durch Erfahrungsaustausch mittels eines Informationspools und einer Ideenbörse
- Schaffung von Motivation durch die Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl
- bedarfsorientierte finanzielle Unterstützung gesundheitsförderlicher Aktivitäten, lokaler Netzwerke sowie angemessener Medien und Materialien
- Ausbau der Qualität des Netzwerks durch Koordinatoren

OPUS versorgt somit die Partnerschulen mit Informationen, Materialien und Finanzmitteln. Die Koordinatoren auf Kreisebene bilden hierbei ein wichtiges Bindeglied zwischen OPUS inklusive seiner Kooperationspartner und den Schulen und Kindertagesstätten. Die allgemein gehaltenen Ziele von OPUS können so für den einzelnen Anwender präzisiert werden. Vor Ort können die räumlichen Gegebenheiten geprüft, unterrichtsrelevante Fragen geklärt und Sicherheitsaspekte diskutiert werden (vgl. ebd., S. 7).

Neben der Anregung ernährungs- und bewegungsrelevanter Themen befasst sich das OPUS-Konzept auch mit Aktivitäten zum Stressmanagement, zur Gemeinschaftsförderung, zur sinnvollen Schulraumgestaltung und zur psychischen Gesundheit (vgl. ebd., S. 5f.). OPUS zeigt hierbei seine Nähe zum Wellness-Bereich, ohne sie explizit in seinem Konzept auszuweisen. Jedoch gehört das mentale und soziale Wohlbefinden zum gesundheitsfördernden Präventionsgedanken des Netzwerks.

Die Kooperationspartner stellen für das Programm nicht nur Geldgeber dar, sondern bringen sich durch hohe Fachkompetenz und durch Organisationsgeschick ein. Als Beispiel sei an dieser Stelle die *Medusana-Stiftung* mit Sitz in Bünde genannt.⁸⁰ Die gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheitsförderung agiert gemeinsam mit Schulen, Kindergärten und in der Frauen- und Mädchenarbeit. Im Rahmen von OPUS organisiert und finanziert sie das Programm *Medi-Päds*, das Ärzte und Lehrer in Gesundheits-Teams zusammenführt. Die Partner gestalten gemeinsam Unterrichtseinheiten zu gesundheitsförderlichen Themen, dabei profitieren die Kinder von den sich ergänzenden Kompetenzen. So werden 40 Unterrichtsstunden pro Jahr durchgeführt, die von Medusana mit jährlich 1.100 Euro für Material und Praxisausfall unterstützt werden. Halbjährliche Fortbildungen und der stetige

⁸⁰ <http://www.medusana.de/> (Zugriff vom 19.01.2006)

Austausch der Unterrichtsreihen über ein Forum garantieren die Aktualität und Qualität der MediPäds, die im Jahr 2007 mehr als 60 Teams im Bereich Ostwestfalen-Lippe und Südniedersachsen stellen.

Der Qualitätsentwicklung von OPUS wird auch durch Evaluation Rechnung getragen. Die erste statistische Überprüfung fand im Jahr 2003 unter der Federführung der Universität Düsseldorf statt.

In einer umfassenden quantitativen Befragung wurden 217 Schulen evaluiert.⁸¹ Bei den Befragten handelte es sich sowohl um Lehrer als auch um Schüler. Ziel der Befragung war die Feststellung der Zufriedenheit der Akteure mit dem OPUS-Programm. So wurde die Qualität der Unterstützung, der Koordinatoren und die Praktikabilität der Materialien nachgefragt. Ebenso war es im Interesse der Netzwerkverantwortlichen herauszufinden, inwieweit sich die gesundheitsfördernden Programme an den OPUS-Schulen entwickelten. Ziel der Schülerbefragung war es, den Zufriedenheitsgrad der Kinder mit dem Gesundheits- und Sicherheitsprogramm der Schule zu ermitteln und ihre Eindrücke hinsichtlich der gesundheitspädagogischen Unterrichtsgestaltung. Die gewonnenen Daten wurden durch folgende Evaluationen in den Jahren 2004 und 2006 bestätigt bzw. erweitert.

Die Ergebnisse zeigten bei allen Beteiligten einen hohen Zufriedenheitsgrad mit dem Programm. Die Unterstützung durch OPUS wurde positiv eingeschätzt, ebenso die Kooperation mit den Netzwerkpartnern. Aus den Daten der Schülerbefragungen sowie den Einschätzungen der Lehrer schlossen die Evaluationsverantwortlichen, dass „offenbar (...) das Gesundheitsverständnis bei den Befragten der OPUS-Schule weiter entwickelt [ist] als bei den Mitgliedern der Nicht-OPUS-Schule“.⁸²

Kritisch zu hinterfragen ist in diesem Zuge allerdings, inwiefern der Begriff „Entwicklung des Gesundheitsverständnisses“ präzisiert wird. Die im pädagogischen Sinn derzeit aktuelle Definition beruht auf der bereits zuvor mehrfach erwähnten Ottawa-Charta. Das Streben nach vollständigem Wohlbefinden eines Schülers lässt sich in einer Evaluation einer Lehrkraft sicher nur schwerlich überprüfen. Ebenso liefert die Beantwortung von Fragen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitsprogramm und dem Umfeld der Schule keine deutliche Bewertung eines Gesundheitsverständnisses. Dieses entwickelt sich erst durch die praktische Umsetzung der in der Schule erworbenen Kompetenzen im Alltag und die Verinnerlichung der positiven Faktoren in das persönliche Denken und Handeln. Nur wenn ein Mensch gesundheitspädagogische Erkenntnisse als erstrebenswert erkennt und sie in sein Persönlichkeitsbild transferiert, kann wirklich von einem Gesundheitsverständnis gesprochen werden.

Die Transferleistungen des OPUS-Konzepts sind bisher nicht explizit evaluiert worden. So sind keine Daten erhoben worden, die die gesundheitsbezogenen Alltagsgewohnheiten und Wünsche der Schüler aus OPUS-Schulen untersuchen. Diese sind aber notwendig, um die Durchschlagskraft von

⁸¹ http://www.opus-nrw.de/medio/praxis/in_eval.htm (Zugriff vom 06.06.2006)

⁸² <http://www.opus-nrw.de/medio/praxis/arbeit/eval/everg.pdf> (Zugriff vom 20.11.2007)

OPUS bewerten zu können und die tatsächliche Wirksamkeit der vielen qualitativ hochwertigen Kooperationen und Materialien zu belegen.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, diese Erkenntnislücke mit entsprechenden Daten und Antworten zu füllen.

Teil II Empirische Untersuchung

6 Methodischer Rahmen

6.1 Theoretische Grundlagen und Vorüberlegungen

Wie in den theoretischen Grundlagen dargestellt, handelt es sich beim Begriff Gesundheit um ein „nur schwer zu bestimmendes, multifaktorielles und prozesshaftes Konstrukt“ (Wydra 1996, S. 39) Abb. 15). Die empirische Überprüfung von Gesundheit und Wohlbefinden bedarf daher einer sehr genauen Differenzierung. So sind die Teilaspekte, zu denen Daten gewonnen werden sollen, exakt zu bestimmen. Gleichwohl sind die Untersuchungsmethoden und -gruppen klar zu definieren.

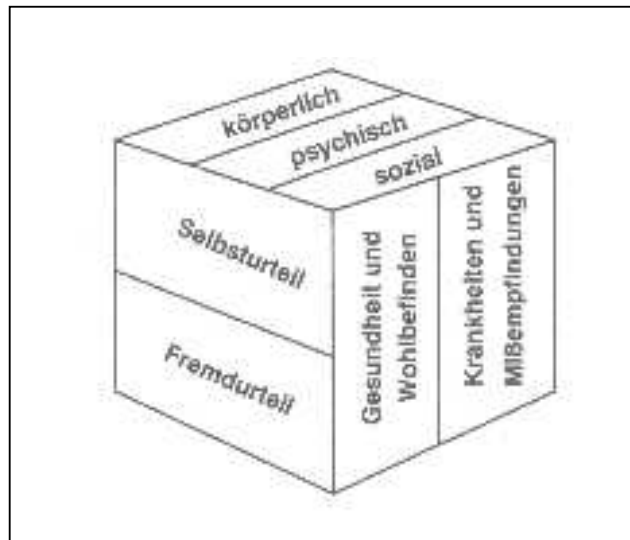


Abb. 15: Kriterien von Gesundheit und Krankheit (Wydra 1996)

Besonders für Evaluationen im Kindes- und Jugendalter sind wichtige Faktoren zu berücksichtigen. So sind die durch Befragungen gewonnenen Daten nicht ausschließlich als Grundlage für Schlussfolgerungen heranzuziehen, sondern durch Fremdbefragungen und -einschätzungen zu ergänzen (vgl. Lohaus 1996, S. 159). Durch die dadurch zusätzlich zur Verfügung stehenden Daten können „Korrektive für Selbstaussagen“ (ebd.) geschaffen werden, die Fehlinterpretationen reduzieren und eine „breitere Evaluationsbasis“ (ebd.) gewährleisten.⁸³

⁸³ Die Evaluationsbasis meint in diesem Sinne eine systematische Informationssammlung nach methodischen Regeln, die überprüfbar und nachvollziehbar erhoben werden. Ebenso ist festzulegen, welche Informationen gesammelt werden, damit Entscheidungen für eine spätere Interpretation der Einzeldaten und des Gesamtergebnisses gelingen können (vgl. Christiansen, 1999, S. 20)

Evaluationen im schulinternen Bereich sind von besonderer Bedeutung für die Entwicklungsprozesse einer Schule und bedürfen einer genauen Vorbereitung der Erhebungsinstrumente und -methoden. Es ist klar zu definieren, ob die zu gewinnenden Daten Erkenntnisse über den Unterricht, über das Lernen, über die Schule oder über den Transfer von Unterrichtseinheiten Auskunft geben sollen. Die gewonnenen Erkenntnisse liefern eine Diskussionsbasis für erzieherische und kulturelle Entscheidungen und lassen eine Überprüfung des Fortschreitens und der Glaubwürdigkeit von Schulentwicklung zu (vgl. Rauch 1998, S. 11).

Eine wichtige Bedingung für die Aussagekraft einer schulischen Evaluation liegt im Zugang zum Feld begründet. Dabei ist es nicht nur von Bedeutung, sich über die Zusammensetzung des Untersuchungsfeldes im Klaren zu sein, sondern die Befragungssituation möglichst realitätsnah vorzubereiten (vgl. Faltermeyer 1998, S. 54). So gelingt zum Ersten ein besserer Eindruck über den Arbeitsplatz der Probanden. Zum Zweiten entspannt die vertraute Umgebung die Erhebungssituation der Befragten. So soll die Befragung von Schülern nach Möglichkeit im Klassenraum erfolgen, der Kontakt mit Schulleitern und Lehrern ebenfalls im Schulgebäude oder im Arbeitszimmer stattfinden. So gelingt es, die Befragungssituation zu entspannen und eine gute Voraussetzung für eine effektive Evaluation herzustellen.

Die im theoretischen Grundlagenteil I gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich Gesundheits- und Wellnesserziehung erfordern eine empirische Überprüfung im Anwendungsfeld der Schule. Dabei gilt in dieser Forschungsarbeit das Interesse nicht vordergründig den Unterrichtsinhalten der Gesundheits- und Wohlbefindensförderung, sondern dem Transfer schulisch thematisierter Gesundheitserziehung in die Alltagsgewohnheiten der Kinder.

Um einer empirischen Untersuchung eine fundierte Basis zu verschaffen, ist es unerlässlich, bereits in die Planung und Vorbereitung der Evaluation „pädagogisch verantwortliche (...) Gremien und Personen“ (Altrichter 1998, S. 323) einzubinden. So wurden für die vorliegende Erhebung im Vorfeld Gespräche mit Wissenschaftlern der Universitäten Bielefeld und Paderborn geführt und die gewonnenen Erkenntnisse in die Konzeption eingewoben.

6.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Eine adäquate Untersuchung der im Einleitungskapitel notierten Fragestellungen erfordert eine Untersuchungsgruppe, die einerseits realistisch definierbar ist und andererseits wissenschaftlichen Merkmalen angemessen genügt. Demnach müssen sich die Probanden artikulieren können, über grundsätzliche Kooperationsbereitschaft und ausreichend Zeit verfügen und die Fähigkeit zeigen, Verhältnisse und Entwicklungen treffend reflektieren zu können (vgl. Merrens 1997, S. 101).

Für die Hauptuntersuchung habe ich entschieden, Grundschüler zu ihren Gesundheits- und Wellnessgewohnheiten und -einstellungen zu befragen. Besonders sollte dabei der Einfluss gesundheitspädagogischer Schulkonzepte auf die Entwicklung der Kinder berücksichtigt werden.

Da die Schüler eine ausführliche und detaillierte Befragung durchlaufen sollten, habe ich mich entschlossen, die Erhebung in der vierten Klasse durchzuführen. Dort vermutete ich zum Ersten die größte Ausdauer für kognitive Belastungen und zum Zweiten eine Untersuchungsgruppe, die die überwiegenden Inhalte der Gesundheitserziehung im Sachunterricht durchlaufen haben.

Um eine Bewertung pädagogischer Gesundheitsprogramme herzustellen, habe ich das OPUS-Programm ausgewählt, das eine im Kapitel 5.3 dargestellte hervorragende Begleitung von Schulen anbietet.

Um eine handhabbare und gleichsam aussagekräftige Untersuchungsgruppe zu ermöglichen und zudem einen Vergleich zwischen gesundheitsorientierten Schulen und Schulen ohne Gesundheitskonzept ziehen zu können, habe ich die Stichprobe in folgender Form definiert:

1. An der Untersuchung nehmen Schüler der vierten Grundschulklasse teil.
2. Um verlässliche Antworten zu erhalten, werden immer alle Schüler einer Klasse befragt.
3. Die Erhebung findet in der Schule statt.
4. Um eine angemessene Stichprobe zu erhalten, sollen mindestens 400 Schüler befragt werden.
5. Die Kontrollgruppe soll den selben Umfang haben.

Die tatsächliche Stichprobe entsprach den Anforderungen. Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus insgesamt 850 Grundschulern der vierten Klasse zusammen, die aus zwölf Grundschulen aus den Kreisen Lippe und Gütersloh rekrutiert wurden. Die klassenweise Zusammenfassung lässt sich als mehrstufige Zufallsauswahl bezeichnen, wobei wir hier den Spezialfall der Klumpenstichprobe erkennen (vgl. Häder 2006, S. 166f.).⁸⁴ Sie ist zwar weniger genau als bei uneingeschränkten Zufallsauswahlen, ist aber notwendig, um die Wirksamkeit von Gesundheits- und Wellnesserziehung auf Klassen- bzw. Schulebene widerspiegeln zu können.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Zusammenfassung der Teilnehmer und die Daten der Evaluation:

⁸⁴ Die Klumpenstichprobe ergibt sich demnach durch eine relativ kleine reine Zufallsstichprobe. Anschließend werden dann alle in den gezogenen Elementen enthaltenen Elemente in die Stichprobe aufgenommen. Schulklassen bilden ein typisches Beispiel für eine Klumpenstichprobe.

Datum der Erhebung	Name der Schule	Anzahl Probanden
21.08.2006	GS Heiligenkirchen	65
21.08.2006	GS Kirchheide	46
21.08.2006	GS Haxthausen-Barntrup	68
22.08.2006	GS Nord Leopoldshöhe	91
22.08.2006	Südstadtschule Oerlinghausen	43
22.08.2006	GS Senne Augustdorf	93
23.08.2006	GS Steinhagen	77
23.08.2006	GS Isselhorst	88
24.08.2006	GS Künsebeck	53
24.08.2006	Astrid-Lindgren-Schule Harsewinkel	96
24.08.2006	Marienschule Marienfeld	64
25.08.2006	GS Mastholte	66
		850

Abb. 16: Übersicht über die Untersuchungsgruppe der Hauptuntersuchung

Sämtliche Probanden befanden sich im Alter zwischen neun und zehn Jahren und waren sprachlich und kognitiv in der Lage, den Anforderungen der Erhebung folgen zu können. Um eine möglichst realitätsnahe Befragungssituation herzustellen, wurde während einer Unterrichtsstunde im Klassenzimmer befragt.

Die teilnehmenden Schulen wurden durch Zufallsauswahl ermittelt und anschließend bezüglich einer Teilnahmebereitschaft telefonisch angesprochen. Aus 13 ausgewählten potenziellen Kandidaten konnten so 12 Untersuchungsschulen gewonnen werden.

Die 850 Schüler verteilten sich annähernd gleichmäßig auf die Kreise Gütersloh (444 Probanden) und Lippe (406 Probanden). Im Verhältnis zur Gesamtschülerzahl der beiden Kreise konnte eine gleichförmige Verteilung hergestellt werden:

- Von 4383 Viertklässlern im Kreis Gütersloh nahmen 444 an der Befragung teil. Dies entspricht einem Anteil von 10,13 %.
- Von 3919 Viertklässlern im Kreis Lippe nahmen 406 an der Befragung teil. Diese entspricht einem Anteil von 10,36 %.⁸⁵

⁸⁵ Stand Schuljahr 2006/20007 zum 01.08.2006 laut Information der Schulämter Gütersloh und Lippe

Im Kreis Gütersloh waren per 01.08.2006 zehn von insgesamt 74 Grundschulen als OPUS-Schulen registriert.⁸⁶ Für die Erhebung wurde mit 30% der OPUS-Schulen ein repräsentativer Wert erzielt. Der Kreis Lippe verfügte zum selben Zeitpunkt bei insgesamt 69 Grundschulen über sechs OPUS-Schulen. Die an der Erhebung teilnehmenden drei Schulen liefern somit einen ebenfalls repräsentativen Wert von 50 %.

Die Untersuchungsgruppe OPUS umfasste insgesamt 418 Schüler, davon 239 im Kreis Gütersloh und 179 im Kreis Lippe.

Die Kontrollgruppe wurde aus wiederum sechs Grundschulen zusammengesetzt, jeweils drei davon aus den Kreisen Gütersloh und Lippe. Die Zufallsauswahl ergab, dass keine der Kontrollgruppenschulen ein spezielles Gesundheitskonzept verfolgte. Die 432 Probanden verteilten sich auf 205 im Kreis Gütersloh und 227 im Kreis Lippe.

Die OPUS-Koordinatoren (vgl. Kap. 5.3) zeigten sich im Rahmen der Untersuchungsvorbereitung sehr kooperativ und übermittelten rasch die notwendigen Informationen. In Absprache mit meinem Betreuer habe ich allerdings darauf verzichtet, die Koordinatoren auf besonders kooperative Schulen anzusprechen, sondern eine echte Zufallsauswahl durchgeführt, um eine repräsentative Abbildung der OPUS-Schulen zu erreichen.

Die Auswahl der Untersuchungsgruppen aus zwei verschiedenen Kreisen hatte mehrere Gründe:

In gesundheitsstruktureller Hinsicht bestehen zwischen beiden Kreisen erhebliche Unterschiede. Der Kreis Lippe verfügt als Bäderkreis (vgl. Kap. 4.7) über eine Vielzahl von Kur- und Gesundheitsorten. Das Bild des Kreises wird durch Kurkliniken, Parks und Wellnessstätten gezeichnet. Der sonn-tägliche Spaziergang um die Salinen herum gehört ebenso zum Alltagsleben wie der Besuch von Bädern und Erholungsgebieten.

Der Kreis Gütersloh stellt hingegen das Gegenteil dazu dar. Zwar ist die Gesundheitsversorgung durchaus als solide zu bezeichnen, jedoch verfügt der Kreis über keinen Kurort, Luftkurort oder staatlich anerkannten Erholungsort.

Nicht vollständig belegbar sind die gesundheits- und schulpolitischen Unterschiede der beiden Kreise. Beide verfügen über kommunale Gesundheitskonferenzen (vgl. auch Nahrstedt et al. 2005, S. 101) und entsprechende kommunalpolitische Institutionen. Die Intensität und Wirksamkeit ihrer Arbeit ist gleichwohl nicht mess- und vergleichbar.⁸⁷ Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass ihre Aktivitäten nicht die exakt gleichen Ergebnisse liefern.

⁸⁶ <http://db.learnline.de/angebote/gesundids/medio/opus/fm.htm> (Zugriff vom 06.07.2005)

⁸⁷ Anzumerken ist allerdings, dass der Kreis Gütersloh im Jahr 2005 einen Gesundheitsbericht vorlegt hat (vgl. Kreis Gütersloh 2005). Dieser gibt Auskunft über den Gesundheitszustand der Kinder des Kreises. Die Daten beruhen im Wesentlichen aus den Angaben der Amtsärzte, Gesundheitsämter und Krankenkassen. Eine Wirksamkeit der institutionellen Arbeit ist aber durch den Bericht nicht belegt.

Die unterschiedlichen Voraussetzungen gesundheits- und wellnesorientierter Arbeit sollen zum einen eine breite Variabilität der Untersuchungsgruppe und zum anderen eventuelle Unterschiede bei der Erhebung erklären können.

Die Untersuchungsgruppe wird ergänzt durch die Schulleiter der befragten Schulen sowie sieben Elternteile und einem Elternpaar, die sich einer qualitativen Befragung zur Verfügung stellten.

6.3 Darstellung der Erhebungsmethode

Vor der Durchführung der Erhebung waren grundlegende Entscheidungen hinsichtlich der Erhebungsmethode und des Erhebungsumfangs notwendig. Gesundheits- und Wellnesserziehung zeigen gemeinsam einen überaus großen Rahmen relevanter Inhalte auf, dessen Evaluation im Rahmen einer Dissertation nicht ausreichend realisierbar ist. So habe ich den diätetischen Gedanken (vgl. Kap. 1.5.3.2) als Grundlage für die Befragung verwendet, da er sowohl die gesundheitserzieherische als auch die gesundheits- und wellnesfördernde Seite akzentuiert. Thematisch habe ich mich demnach auf die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung und Körperpflege konzentriert.

Von der Erhebung im Wesentlichen ausgeschlossen wurden die Bereiche social wellness und Umwelt. Soziale Kontakte bilden die Grundvoraussetzung für schulischen Unterricht. Die Klasse in der Primarstufe bildet eine in hohem Maße kommunikative Einheit. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde daher vorausgesetzt, dass mangelnde Kommunikation und Sozialkontakte keine wesentliche Probleme im Rahmen von Gesundheits- und Wellnesserziehung an Grundschulen verkörpern. Ebenso gestaltet sich die Konstruktion von wissenschaftlich ergiebigen und gleichsam schülergerechten Fragen für den Bereich social wellness sehr schwierig. Gleiches gilt für die Gewinnung aussagekräftiger Daten zum Thema Umweltbewusstsein. Hier würden zwar einfache Grundsatzaussagen der Schüler erzielbar sein, jedoch wäre ihre wissenschaftliche Aussagekraft ambivalent zu betrachten. Gerade in diesem Bereich spielt der Aspekt sozial erwünschter Antworten eine Rolle. Kinder neigen in diesem Fall dazu, nicht ihre persönliche Meinung anzugeben, sondern diejenige, von der sie meinen, dass die Erwachsenenwelt sie von ihnen erwartet.

Eine weitere Voraussetzung für die Evaluation sollte sein, dass die erhobenen Daten nach den theoretischen Grundüberlegungen ausgewogen und aussagefähig sein mussten. Diesem Anspruch habe ich durch eine sorgsame Konstruktion des Fragebogens Genüge getan, was im folgenden Kapitel detaillierter erläutert wird.

Um eine möglichst vollständige und breite Rückmeldung zu bekommen und gleichsam ein für die Erhebungsgruppe angemessenes Instrument zu verwenden, habe ich einen standardisierten Fragebogen für die Schüler eingesetzt. Ergänzende Informationen wurden mittels leitfadengestützter Interviews mit Schulleitern und Eltern geplant.

Die Erhebung wurde als Primäruntersuchung vorbereitet. Die Daten wurden also durch den Verfasser selbst erhoben und als erstes analysiert (vgl. Gering und Weins 2000, S. 14f.). Dadurch konnte der Vorteil erzielt werden, dass die Informationen abgefragt werden konnten, die tatsächlich auch gewünscht wurden.

Besondere Berücksichtigung muss der Aspekt finden, dass im Rahmen der Untersuchung Kinder befragt wurden. Befragungen von Kindern erwecken schnell den Verdacht, wissenschaftlich nicht zuverlässig und aussagekräftig zu sein, da Kinder noch nicht über den Weitblick eines Erwachsenen verfügen. Dem darf jedoch entgegengehalten werden, dass eine Erhebung über den Transfer von Gesundheits- und Wellnesswissen in den Alltag von Kindern eben nur diese eine verlässliche Antwort über das Gelingen geben können. Für ihr eigenes Empfinden sind die Kinder selbst Experten (vgl. Kränzl-Nagel und Wilk 2000, S. 60). Ganz im Gegensatz stellt „die kindliche Sichtweise und Interpretationen ihrer Lebenssituation (...) ein wichtiges Korrektiv zur Erwachsenensicht [dar]“ (ebd., S. 62). Diese Informationen haben einen hohen Genauigkeitsgrad, wie *Lipski* im Jahr 2000 in einem Versuch belegt. Demnach waren „bei einer häuslichen Befragung acht- bis neunjähriger Kinder zur familiären Lage“ die Mehrzahl der Kinder fähig, die korrekten Einschätzungen über die Familienumstände zu geben (Lipski 2000, S. 80).

Darüber hinaus hat die Kinderforschung ermittelt, dass besonders die älteren Kinder bereits ein ausgeprägtes Eigenleben führen, dessen Strukturen oftmals den Eltern nur sequenziell oder überhaupt nicht bekannt sind (vgl. ebd., S. 82).

Für den Wissenschaftler stellt sich die Frage, wie aus diesen Voraussetzungen eine aussagekräftige Evaluation zu konstruieren ist. Die Möglichkeit einer mündlichen Befragung hat sich als weniger günstig erwiesen. Die Befragungssituation Erwachsener/Schüler lässt beim Kind zu schnell den Anschein einer Prüfungssituation aufkommen (vgl. Kränzl-Nagel et al., S. 67f.). Die Folge können sozial erwünschte Antworten sein, da das Kind eher der Meinung ist, „richtige“ Antworten geben zu müssen als seine eigenen Auffassungen anzugeben.

Aus praktischer Sicht muss zudem angemerkt werden, dass eine qualitative Befragung von Kindern einen sehr hohen Zeitaufwand bedeutet, sollte man ausreichende und gesicherte Daten wünschen. Die entstehenden Kosten wären ebenso kritisch zu bedenken wie die unrealistische Durchführung, da sicherlich keine komplette Schulklasse die Zeit für eine qualitative Befragung im Unterricht erübrigen kann.

Als sinnvolles Instrument für die Befragung junger Menschen hat sich deshalb der Fragebogen bewährt. Durch standardisierte Fragen kann den Ansprüchen nach Objektivität, Reliabilität und Validität in hohem Maße Rechnung getragen werden (ebd., S. 63). Fragebögen sind für Kinder spannend und anregend, ihre Bearbeitung kommt ihrer Auffassung nicht einer Prüfung sondern einer Beloh-

nung gleich. Dieser Umstand entschärft die Stresssituation einer Evaluation und führt in Verbindung mit dem vertrauten Klassen- und Unterrichtsumfeld zu zuverlässigen Informationen.

Kritisch anzumerken bleibt allerdings bei jeder Forschungsmethode, die bei Erhebungen mit Kindern eingesetzt wird, dass sie stets zu einem Informationswunsch von Erwachsenen führen (vgl. Lipski, S. 82). Diese verfolgen einen Gedanken, den sie durch die Befragung von Kindern belegen und konkretisieren möchten. Für die jungen Menschen geht es darum herauszufinden, welche Informationen die Erwachsenen in der Befragung tatsächlich erzielen möchten. Erst dann ist eine gelungene Kommunikation via Fragebogen möglich.

Es ist an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die vorliegende Untersuchung keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit erheben kann. Das Ergebnis ist ausschließlich auf die Untersuchungsgruppe beziehbar und kann daher nicht ungeprüft auf andere, nicht an der Evaluation beteiligte Schulen übertragen werden. Gleichwohl soll die Erhebung wichtige Erkenntnisse und Denkanstöße hervorbringen und die Diskussion der Gesundheits- und Wellnesserziehung um wissenschaftlich fundierte Daten bereichern.

6.4 Erläuterungen zum Fragebogen

6.4.1 Konstruktion des Fragebogens

Die Hauptuntersuchung wurde in Form eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Diese Erhebungsmethode hat sich wie bereits in Kap. 1.3 erläutert, bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bewährt (vgl. Sommer et al. 2006, S. 117). Die schriftliche Bearbeitung lässt dem Probanden einen persönlichen und anonymen Schutzraum; er fühlt sich nicht kontrolliert und konfrontiert. Zudem kann die Erhebung während der Unterrichtsstunde im Klassenverband durchgeführt werden. So ergibt sich eine vertrautere Ausgangssituation, die der Erhebung mehr Authentizität verleiht.

Ferner bietet der Fragebogen eine ökonomische Methode der Datenbeschaffung im vorgestellten Kontext. Die Schulen können die Erhebung binnen einer Schulstunde durchführen. Eine unangemessene Belastung für den Unterricht ist nicht erkennbar.

Der Befrager gelangt in relativ kurzer Zeit zu einer erheblichen Menge von Probanden. Die in der Folge gewonnenen Daten lassen sich zügig auswerten und bieten eine gute Basis für vergleichende Untersuchungen (vgl. Altrichter 1998, S. 307).

Fragebogenerhebungen bergen durchaus auch Nachteile, die jedoch in der Vorbereitung der vorliegenden Erhebung minimiert bzw. ausgeräumt werden konnten. Die Erstellung von Fragebögen erfordert hohe fachliche und methodische Kompetenzen, die keinesfalls durch Laien erbracht werden können (vgl. ebd.). Der Fragebogen zur hier thematisierten Erhebung wurde durch pädagogische

Wissenschaftler erstellt, die über hinreichend Erfahrung mit der entsprechenden Evaluationsmethode verfügen.

Ebenfalls gilt es zu bedenken, dass das Instrument auf die Untersuchungsgruppe abgestimmt ist. Nicht nur die Fragestellungen sind angemessen zu wählen. Es gilt auch im Voraus zu klären, ob Grundkenntnisse zum befragten Thema vorhanden sind, damit ein gewisses Fragenverständnis gegeben ist. Außerdem sollten die Probanden in der näheren Vergangenheit nicht bereits mehrfach Fragebogenuntersuchungen durchgeführt haben, da sich möglicherweise eine gewisse Evaluationsmüdigkeit breit machen könnte (vgl. ebd.). Eine weitere Voraussetzung besteht darin, dass Proband und Forscher über ein „übereinstimmendes sprachliches Verständnis“ (Kränzl-Nagel et al. 2000, S. 66) verfügen, also der Befragte aus der Fragestellung das liest, was der Wissenschaftler erforschen möchte. Gleichsam muss sich der Forscher bereits bei seiner Planung auf das Abstraktionsniveau der Probanden einstellen; so muss er bei der Befragung von Kindern entsprechend kindgerechte Fragen stellen und Antworten lesen können.

Dieser Aspekt spielt bei der Konstruktion des Fragebogens (siehe Anhang) für die vorliegende Untersuchung eine kardinale Rolle. Aus der Klärung der Kommunikationsbasis heraus wurde der Bogen nach folgenden Kriterien zusammengestellt:

- Der Bogen enthält 40 Fragen, die sich auf die Bereiche Allgemeines, Bewegung, Körperpflege/Hygiene, Ernährung und Entspannung beziehen. Die genauere Erläuterung der Fragestellungen erfolgt in Kapitel 1.4.3.
- Den Schülern wurden in der Mehrzahl *entweder/oder*-Antworten zur Auswahl angeboten. Diese Verfahrensweise erschien für die Altersklasse eine angemessene Aufgabenstellung. Detaillierter skalierte Auswahlmöglichkeiten hätten die Kinder möglicherweise mehr verwirrt als ihnen als Entscheidungskriterium geholfen.
- Zwei Fragen wurden als offene Fragen gestellt, da eine geschlossene Fragestellung zu viele Antwortmöglichkeiten erfordert hätte, die Unübersichtlichkeit erzeugt hätten. Antworten auf offene Fragestellungen sollen durch Authentizität gekennzeichnet sein und Informationen abrufen, die durch andere Frageformen nicht in so detaillierter Form gewonnen werden können (vgl. Altrichter 1998, S. 307).
- Die Schüler hatten die Möglichkeit, bei Unsicherheiten Mehrfachnennungen zu geben oder im Gegenteil die Beantwortung einer Frage ganz auszulassen.
- In sorgsamer Vorbereitung wurden die Fragen so konstruiert, dass für die Antworten der Aspekt sozialer Erwünschtheit weitgehend minimiert wurde. Um diese Problematik weiter eindämmen zu können, wurden die Klassenlehrer der betreffenden Untersuchungsklassen in einem Vorgespräch gebeten, die Kinder nochmals auf individuelle und wahrheitsgemäße Ant-

worten hinzuweisen. Diese Aufgabe wurde bewusst an den Klassenlehrer delegiert, da er für die Kinder eine besondere Vertrauensposition genießt, der entsprechender Respekt und angemessenes Vertrauen entgegengebracht wird. Der Hinweis auf Anonymität der Untersuchung und auf die Vertraulichkeit bei der Auswertung wirkte in diesem Punkt nochmals verstärkend.

- Die Reihenfolge der Fragenbereiche wurde so angelegt, dass mit den allgemeinen Angaben und der Sparte Bewegung Themen angesprochen wurden, die den Kindern vertraut sind. Somit sollte der Einstieg in die Erhebung erleichtert werden. Anschließend wechselten sich weniger vertraute Bereiche (Körperpflege/Hygiene, Entspannung) mit einem bekannten (Ernährung) ab. Es sollte vermieden werden, einen thematischen Spannungsbogen aufzubauen, der die Probanden unnötig unter Druck hätte setzen können. Der Wechsel sollte somit neue Konzentration und neues Interesse wecken.
- Die einzelnen Fragen innerhalb der Bereiche wurden in unstrukturierter Folge notiert. Schulische Aspekte wechseln mit Freizeitgestaltungen oder Familienleben ab. Ziel dieser Reihenfolge war es, die Befragten vor einem Kategorien-Denken zu bewahren, dem unkonzentrierten Abhaken einzelner Fragenbereiche. So sollte für jede Frage eine neue Aufmerksamkeit erzeugt werden.

Auf den Einbau echter Kontrollfragen wurde verzichtet. Diese definieren sich in folgender Form:

„Kontrollfragen sollen eine gegebene Antwort auf eine schon vorher gestellte Frage kontrollieren. Sie sollen die erhaltenen Informationen überprüfen und absichern. Die Kontrollfrage hat den gleichen Inhalt wie die zu kontrollierende (schon gestellte) Frage, hat aber nicht den gleichen Wortlaut“ (Abel, Möller und Treumann 1998, S. 58).

Der Umfang von 40 Fragen stellte für die Grundschüler bereits eine ausreichende kognitive und konditionelle Herausforderung dar. Mehr Fragen hätten zum einen für die Schüler eine zu hohe mentale Belastung dargestellt. Zum anderen wären sie möglicherweise mit sinkender Antwortqualität verbunden gewesen. Die Komplexität des Forschungsanliegens erlaubte es allerdings nicht, in eine Zahl von 40 Fragen noch eine Reihe von Kontrollfragen einzubauen, die zu Lasten des Informationsgewinns gegangen wären.

So wurden einige Fragen so konstruiert, dass sie sowohl einen Zugewinn an Informationen bedeuteten als auch gleichzeitig zur Überprüfung anderer Antworten durch auftretende Unlogiken hinzugezogen werden konnten.

6.4.2 Der Pretest

Um dem Fragebogen eine angemessene Basis an Qualität und Aussagefähigkeit zu verleihen, wurde ein Pretest-Verfahren durchgeführt. Dieses wurde im Mai 2006 mit zwölf Schülern der vierten Klasse der Astrid-Lindgren-Schule in Harsewinkel durchgeführt. Der Pretest verfolgte mehrere Anliegen (vgl. auch Friedrichs 1990, S. 153f.):

- Der Fragebogen sollte den Probanden die Thematik der Erhebung verdeutlichen
- Es sollte geprüft werden, welcher Erhebungsort den Schülern die größte Sicherheit gibt
- Das Rollenverständnis der Probanden sollte getestet werden.
- Die Verständlichkeit der Einzelfragen sollte durch exemplarisches Beantworten und entsprechende Kommentare reflektiert werden

Die Auswertung des Pretests ergab, dass alle befragten Schüler die Thematik der Erhebung erfassten und grundlegende Vorkenntnisse zum Bereich Gesundheit mitbrachten. Der Begriff Wellness war allen Schülern vom Wortlaut her bekannt, jedoch auf Rückfrage hin nur von vier Schülern inhaltlich mit Sinn zu füllen.

Die Fragebögen wurden entweder in der Schule oder im Elternhaus ausgefüllt. Die Schüler, die den Test zuhause absolvierten, fühlten sich nach eigener Einschätzung bei der Bearbeitung wohl. Allerdings ließ sich beobachten, dass sie sich durch Reize in der Wohnung schnell ablenken ließen. Die Schüler, die in der Schule getestet wurden, zeigten sich ebenfalls entspannt, waren aber zudem wesentlich konzentrierter. Da nicht beide Testsituationen für alle Pretest-Probanden möglich waren, habe ich entschieden, die Hauptuntersuchung in der Schule durchzuführen, da sie zum einen im Pretest nicht nachteiliger abgeschnitten hat und zum anderen eine deutlich ökonomischere Abwicklung gewährleistete. Außerdem bietet sich die Schule als realitätsnäherer Ort erzieherischer Aktivitäten an und bietet den Kindern so ein bekannteres Umfeld für Fragesituationen (vgl. Mäder 2006, S. 386f.).

Die Rollenverteilung ergab bei keinem Probanden eine Problematik. Die Schüler akzeptierten ungefragt die Situation, durch eine erwachsene Person nach Informationen gefragt zu werden, empfanden nach eigener Aussage sogar teilweise Freude, für die spannende Aufgabe ausgewählt worden zu sein.

Fragestellungen, die den Schülern unklar waren, sollten von ihnen gekennzeichnet werden und gegebenenfalls mit Zusatzinformationen gekennzeichnet werden. So wurden folgende Korrekturen bzw. Ergänzungen zum zuvor erarbeiteten Fragebogen durchgeführt:

- Frage 2: Es wurde der Zusatz „oder unwichtig“ ergänzt.
- Frage 13: Es wurde der Zusatz „oder mit dem Auto“ ergänzt.
- Frage 16: Die Frage wurde komplett neu eingebaut.

- Frage 28: Es wurde der Zusatz „warmes“ ergänzt.
- Frage 31: Es wurde der Zusatz „oder Süßigkeiten“ ergänzt.
- Frage 33: Es wurde der Zusatz „nach der Schule“ ergänzt.
- Frage 40: Die Frage wurde komplett neu eingebaut.

6.4.3 Begründung der Fragestellungen

Der für die Hauptuntersuchung verwendete Fragebogen umfasst 40 Fragen, die sich in fünf Teilbereiche differenzieren. Im Folgenden sollen die Einzelfragen thematisiert werden und die Auswahl begründet werden.

6.4.3.1 Bereich 1: Allgemeines

Frage 1: männlich / weiblich

Die Schüler geben in dieser Frage durch Ankreuzen ihr Geschlecht an. Die erste Frage diene dazu, „in die Befragung hineinzukommen“. Es soll zunächst eine Frage gestellt werden, die jeder Schüler ohne Aufwand beantworten kann und die ihm die Sicherheit gibt, dem Ausfüllen des Fragebogens positiv entgegen zu treten.

Die Erhebung des Geschlechts bildet eine wichtige statistische Größe für die Untersuchung. So sollen Informationen darüber gewonnen werden, ob Mädchen über ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein verfügen als Jungen. So ist es von Interesse, ob das zuvor angesprochene höhere Gesundheitsinteresse von Frauen (Kap. 1.3, S. 12) bereits im Kindesalter manifestiert wird oder sich erst im Jugend- oder Erwachsenenalter entwickelt.

Darüber hinaus soll in den Fragestellungen ermittelt werden, welche gesundheits- und wellnesbezogenen Verhaltensweisen und Vorstellungen typisch weiblich oder typisch männlich sind bzw. welche keine geschlechtlichen Unterschiede ergeben.

Frage 2: Ist Gesundheit für dich sehr wichtig oder eher unwichtig?

Die Fragestellung ist bewusst abstrakt gehalten. Der Mensch neigt dazu, eine gute Gesundheit als Normalzustand zu definieren, ihn jedoch zugleich als wichtigstes persönliches Lebensziel zu definieren.

Die Frage ist, inwieweit sich ein Mensch mit diesem Tatbestand befasst. Bejaht er die persönliche Wichtigkeit von Gesundheit oder ist dieser Aspekt für ihn eher unwichtig, weil er Wohlbefinden als

grundsätzlich voraussetzt und den Sinn der Fragestellung ähnlich interpretiert wie die Frage, ob es ihm wichtig ist, dass morgens die Sonne aufgeht.

So kann zunächst eine Tendenz zur positiven Einstellung zum Gesundheitsbegriff abgeleitet werden. Dieses Erkenntnis kann dann in der Folge in Bezug zu den Daten der übrigen Fragen gesetzt werden. Auf diese Weise können Informationen darüber gewonnen werden, welche Faktoren ein gesundheitsbejahender Mensch tatsächlich in sein eigenes Gesundheitsbewusstsein integriert.

Zudem kann die Frage 2 als Kontrollfrage interpretiert werden, die Rückschlüsse auf die Verizität der in der Folge gegebenen Antworten geben kann.

Frage 3: Kennst du den Begriff „Wellness“?

Die Frage zielt zunächst darauf ab, die Bekanntheit des Abstrakts Wellness zu ermitteln. Inwiefern die Kinder zu diesem Aspekt Vorwissen aktivieren und in welcher Gestalt sich dieses zeigt, lässt sich mit der Frage noch nicht ermitteln. Der erzielte Wert lässt sich in der Folge allerdings mit den wellness-orientierten Fragestellungen in Bezug setzen. Dadurch lassen sich Erkenntnisse gewinnen, welche tatsächlichen Wellnesskompetenzen und -wünsche die Probanden zeigen. Eine direkte Rückmeldung, ob die Schüler selbst praktizierte Wellness-Aktivitäten auch wirklich als solche definieren, ist auf diesem Wege nicht belegbar. Jedoch lassen sich Vermutungen anstellen, dass wellness-orientiertes Verhalten eine Kenntnis des Begriffs mit sich zieht.

Frage 4: Kennst du den Begriff „OPUS-Schule“?

Die Frage wird an alle Schüler gestellt, wobei natürlich die Daten der OPUS-Schüler von vorrangiger Bedeutung sind. Das OPUS-Konzept sieht ein gesundheitsorientiertes Konzept für das gesamte Schulumfeld vor, das neben dem Setting Schule die Familie, das soziale Umfeld und Kooperationspartner einbindet (vgl. Kap. 5.3). OPUS wird somit zu einem Synonym des ganzheitlichen Schulgesundheitskonzeptes. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Begriff den Kindern durch die Arbeit im Unterricht und über die Kommunikation im Elternhaus geläufig ist und sie mit OPUS Aktivitäten zur Gesundheit an ihrer Schule verbinden.

Die Nicht-OPUS-Schüler können mit ihren Antworten zu dieser Frage dokumentieren, welchen Bekanntheitsgrad das Konzept über die Partnerschulen hinaus hat. OPUS verfügt über mediale Präsenz, gilt als Qualitätsmerkmal einer Schule und kann dementsprechend bei der Schulwahl von Eltern und Kindern eine Rolle spielen. Auch wenn zum Zeitpunkt der Erhebung die Schulbezirksöffnung noch nicht zum Tragen gekommen ist, besteht für eine Vielzahl von Schülern die Wahlmöglichkeit der Grundschule (beispielsweise durch konfessionelle Gründe). Somit kann es interessant sein, wie präsent OPUS in den Köpfen der Schüler der Kontrollgruppe ist.

Frage 5: Hast du schon einmal geraucht?

Nikotinkonsum scheint peripher betrachtet ein Problem von Jugendlichen und Erwachsenen zu sein. Der Einfluss rauchender Eltern, Geschwister und Personen aus dem sozialen Umfeld darf allerdings nicht unterschätzt werden. Der Reiz des Ausprobierens und das Wagnis des Verbotenen haben einen hohen Aufforderungscharakter für Kinder. So soll mit der Frage ermittelt werden, wie viele Kinder bereits im Grundschulalter zur Zigarette gegriffen haben.

Verlässliche Daten zum Nikotinkonsum liegen für Kinder im Grundschulalter nicht vor. Im Rahmen des Mikrozensus NRW wurden beispielsweise Daten zum Zigarettenrauchen erst ab der Altersgruppe 10-14 erhoben (vgl. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen 2005, S. 5). Die Auswertungen der Erhebungen zum Thema zeigen belegbaren Nikotinmissbrauch im Kindesalter.

Damit ist jedoch auch eindeutig belegt, dass Untersuchungen im Alter ab 10 Jahren schon zu spät einsetzen. Bereits im Grundschulalter probieren viele junge Menschen das Rauchen erstmals aus (vgl. von Troschke 1993, S. 167). Auch wenn die Begleiterscheinungen oft heftig sind (Übelkeit, Husten, Durchfall) und bei vielen Kindern der erste Versuch der letzte bleibt, wird eine Basis für die Bereitschaft zum Nikotinkonsum gelegt.

Die gesundheitlichen Risiken des Rauchens sind hinlänglich bekannt und werden auch in der Primarstufe thematisiert. Frage 5 soll herausfiltern, inwieweit Kinder den Bezug dieses Risikos zu ihrer positiven Gesundheitseinstellung herstellen.

Frage 6: Hast du eine chronische Krankheit? (Allergie, Asthma, Neurodermitis usw.)

Eine Vielzahl junger Menschen sind heute von chronischen Krankheiten betroffen. In den vergangenen Jahrzehnten hat eine deutliche Verschiebung zu diesem Krankheitstyp stattgefunden (vgl. Kap. 1.1, S. 9). Das kranke Kind ist in vielen Schulklassen daher zum alltäglichen Bild geworden. Die Frage soll ermitteln, in welchem Maße die untersuchten Klassen davon betroffen sind.

Ein interessanter Aspekt findet sich im Zusammenhang mit der Fragestellung darin, zu untersuchen, inwieweit Kinder mit chronischen Krankheiten und der bewussten persönlichen Auseinandersetzung damit in der Lage sind, gesundheitsbewusster zu leben als ihre Klassenkameraden.

Ferner kann der Gedanke verfolgt werden, ob Klassen, in denen sich ein hoher Anteil chronisch kranker Kinder befindet, im gesundheitsfördernden Bereich über weitreichendere Kompetenzen verfügen als überwiegend „gesunde“ Klassen (vgl. Kap. 2.6.1, S. 48). Führt die tägliche Konfrontation mit Krankheit dazu, sich selbst für eine gesündere Lebensführung zu entscheiden?

Frage 7: Habt ihr im Schulunterricht schon über Körperpflege gesprochen?

Gesundheit und Wohlbefinden werden mit vielen Aspekten in Verbindung gebracht. Der Aspekt der Körperpflege wird in diesem Zusammenhang häufig unterschätzt. Jedoch zählt er nicht nur normativ durch den Lehrplan Grundschule des Landes NRW (Kap. 1.6, S. 23) zu den notwendigen Unterrichtsinhalten, sondern gehört auch vom Grundgedanken der gesunden Lebensführung zu einem vollständigen gesundheitlichen Wohlbefinden (Kap. 1.5.3.2, S. 18). Auch wenn der Bereich Hygiene ein sensibles Thema in der Schule darstellt, sind in jedem Fall die Grundkenntnisse im Unterricht und in den Pausenzeiten zu thematisieren und zu üben (Kap. 1.6.3, S. 31).

Der Begriff sollte somit jedem Schüler geläufig sein. Die Unkenntnis des Synonyms darf damit mit einer Nichtbehandlung im Unterricht gleichgesetzt werden. Interessant ist in diesem Zuge der Vergleich der Daten mit denen des Bereichs 3, inwieweit Schüler mit bzw. ohne schulische Körperpflegekenntnisse ihr Alltagsleben gestalten.

Frage 8: Habt ihr im Schulunterricht schon einmal über Ernährung gesprochen?

Ernährung nimmt im Alltag von Kindern eine wesentliche Rolle ein. Die tägliche Ernährung zuhause, Pausenbrot und -getränk, mediale Berieselung mit Lebensmittelwerbung und nicht zu vergessen die Thematisierung im Sachunterricht: Vom Aufstehen bis zum Einschlafen bestimmt die Ernährung wesentlich den Tagesablauf eines Kindes. Die im Kapitel 1 ausführlich erläuterten und aus Fehlernährung resultierenden heutigen Probleme junger Menschen belegen den Mangel an Bildung in diesem Feld. Das Elternhaus leistet die kardinalen Fertigkeiten, mag aber heute gleichwohl in vielen Fällen nicht mehr in der Lage sein, eine sinnvolle Ernährungserziehung zu gewährleisten. So kommt der Schule die wichtige Aufgabe zu, den Kindern grundlegende Handlungskompetenzen in Sachen Ernährung zu vermitteln.

Die Frage 8 prüft daher zunächst ab, ob das Thema Ernährung in der Grundschule überhaupt thematisiert wird. In der Folge lässt sich die Frage mit Antworten mehrerer Bereiche, allen voran natürlich Bereich 4, in Bezug setzen. Es liegt die Vermutung nahe, dass das Ess- und Trinkverhalten sich auch auf andere Bereiche, beispielsweise die Bewegung auswirkt.

Wie auch bei Frage 2 dient Frage 8 zudem als Kontrollfrage für den Bereich 4. Wie ist das Ernährungsverhalten ausgeprägt, wenn das Thema Essen und Trinken im Unterricht behandelt wird? Wie sind die Ergebnisse, wenn Ernährung nicht Gegenstand ist?

Frage 9: Habt ihr im Schulunterricht schon über Entspannung / Ausruhen gesprochen?

Die Rhythmisierung des Alltages und das Finden von Ruhe und Muße gehören zur Gesundheitsbildung und insbesondere zur Wellnessbildung (vgl. Kap. 1 und 3). Gerade der Entspannung wird jedoch im täglichen Leben zu wenig Zeit eingeräumt.

Die Frage soll überprüfen, ob die Schule als Institution von Bildung und Erziehung, von Leistung und Kreativität, den Kindern die Fähigkeit vermittelt, Tempo zu reduzieren, Ausgleich zu finden und aktiv Erholung zu gestalten.

Die Frage fungiert außerdem als Kontrollfrage für den Bereich 5. Inwieweit sind Kinder, die in der Schule von Entspannung gehört haben, in der Lage, diese Kompetenz in ihr Alltagsleben zu übertragen. Um diese Erkenntnisse zu erzielen, sind Beziehungen der Daten auszuwerten.

Im Gegenzug kann auch wieder die Anschlussfrage gestellt werden, wie das Entspannungsverhalten zu interpretieren ist, falls die Kinder nicht in den Genuss von Ausgleich spendendem Unterricht gelangen.

6.4.3.2 Bereich 2: Bewegung

Über den Sportunterricht erhalten Schüler der Primarstufe in Nordrhein-Westfalen inklusive des Schwimmunterrichts durchschnittlich zwischen drei und vier Wochenstunden Leibeserziehung. In keinem anderen Gesundheits- und Wellnessbereich genießen Kinder in der Schule bessere Voraussetzungen für die Umsetzung fachspezifischer Inhalte.

Es gilt mit dem Fragenblock 10 bis 17 zu ermitteln, inwieweit diese Voraussetzungen genutzt werden, um den Primarstufenschülern Kompetenzen und Einstellungen zur gesunden Lebensführung und zur positiven Einstellung zur Wohlbefindenssteigerung nahe zu bringen.

Frage 10: Welche Sportarten betreibst du?

Die erste von zwei offenen Fragen des Bogens befasst sich mit den betriebenen Sportarten der Probanden. Dabei ist es den Schülern überlassen, Aktivitäten aus dem privaten oder dem Vereinsbereich anzugeben. Es geht primär darum festzustellen, ob die befragten Kinder sich in ihrer Freizeit mit sportlicher Bewegung befassen und dieser ein gewisses Zeitkontingent schenken.

Da zudem eine Auswertung erfolgen soll, welche Sportarten von den Probanden bevorzugt werden, sind Mehrfachantworten gestattet. Dabei dürfte es auch von Interesse sein, welchen gesundheitlichen Nutzen die einzelnen genannten Disziplinen ausweisen. Auch wenn grundsätzlich jeder Sport-

art ein gesundheitsstiftendes Image zugestanden wird, sind auch objektiv Unterscheidungen hinsichtlich Verletzungsrisiko, Verschleiß oder Teambildung offensichtlich.

So lassen sich auch vorsichtige Erkenntnisse über den Grad der social wellness ableiten, obgleich diese nicht Kern der vorliegenden Untersuchung sind. Jedoch sind Aktivitäten in Sportteams sicherlich dem sozialen Wohlbefinden zuträglich.

Frage 11: Treibst du Sport im Verein?

Die sportliche Aktivität im Verein genießt noch immer eine wertigere Beurteilung als der privat am Nachmittag oder Abend betriebene Sport. Ohne dieser Hypothese weiter wertend auf den Grund zu gehen ist durchaus die Ansicht vertretbar, dass die Mitgliedschaft im Verein fördernd auf das Wohlbefinden sich auswirkt. Die Verpflichtung zum regelmäßigen Trainings- und Spielbetrieb begünstigt die Formung eines Alltagsrhythmus und fördert durch Geselligkeit das soziale Wohlbefinden. Zwangsläufig führt auch die in der Regel sachkundig angeleitete Übungsstunde eher zu einem leistungssteigernden und gleichsam gesundheitsfördernden Zustand als dies oftmals für den solo trainierenden Einzelkämpfer realisierbar ist.

Frage 11 überprüft, wieviele der befragten Kinder tatsächlich rhythmisiert in einem Verein Sport treiben und wieviele als Einzelsportler - ob organisiert oder unorganisiert - ihren Körper ertüchtigen.

Frage 12: Besuchst du mindestens 2 x im Monat das Schwimmbad?

Schwimmen und Baden genießt im Alltags- und Freizeitverhalten der Menschen einen besonderen Stellenwert (vgl. 3.4.2, S. 60). Es bedient den Wunsch nach Wohlbefinden und angenehmer psychomotorischer Erfahrung. Der Besuch des Bades bedeutet zumeist ein schönes Gemeinschaftserlebnis, vermittelt Spaß und Fitness.

Gesundheitspädagogisch nimmt Baden und Schwimmen eine bedeutende Rolle ein. Neben dem sozialen Gedanken steht zunächst der hygienische Aspekt im Blickpunkt. Der Aufenthalt im Schwimmbad erfordert und fördert Körperpflege, vermittelt Hygiene als sinnvollen und notwendigen Rahmen des Alltags.

Zudem begünstigt die aktive sportliche Betätigung eine hohe körperliche Fitness, die zum einen der physischen Gesundheit dienlich ist und zum anderen vor Unfällen schützt.

Der regelmäßige Besuch des Bades fördert außerdem die Rhythmisierung des täglichen Lebens, bedeutet Vorfreude auf einen angenehmen Aufenthalt und eine wiederkehrende aktive Betätigung.

Die Frage 12 soll insbesondere herausstellen, ob die Probanden regelmäßig Baden und Schwimmen in ihren Alltag integrieren. Zum einen können dadurch Rückschlüsse auf die sportliche Aktivität gezogen werden und gleichsam Erkenntnisse zur Einstellung zu Wellness gesammelt werden.

Da Schwimmen fester Bestandteil des Primarstufenunterrichts ist, haben nahezu alle Grundschüler Erfahrungen mit dem Bad. So basiert die Frage eindeutig auf angemessene Vorerfahrungen der Kinder.

Frage 13: Kommst du mit dem Fahrrad/zu Fuß oder mit dem Auto/Bus zur Schule?

Bewegung fußt nicht nur auf Sport und Fitness sondern bezieht auch den Bereich der Alltagsbewegung ein. Dieser wird allzu gern in seiner Intensität vernachlässigt, jedoch summieren sich täglich die Erträge der verschiedenen Bewegungen, die uns zur Arbeit und zurück führen, unsere Haushaltstätigkeiten begleiten und uns von einem Ort zum anderen bringen.

Die Frage zielt auf diesen Aspekt ab. Kinder kommen auf verschiedene Weisen zur Schule. Die einen kommen zu Fuß oder aber mit dem Fahrrad, soweit sie etwas weiter entfernt wohnen. Allerdings gibt es auch einen beträchtlichen Anteil von Grundschulern, die morgens mit dem Bus fahren, da sie aus Außenbezirken anreisen sowie Kinder, die von den Eltern per PKW abgesetzt werden.

Sicherlich hat das Bus-Kind kein bewusst schlechteres Gesundheitsverständnis als das Kind, das gezwungenerweise zu Fuß geht, weil die Eltern entweder kein Fahrzeug besitzen oder gar morgens gar nicht mehr zu Hause sind. Von Interesse ist jedoch, ob sich dieses unbewusste Gesundheitsverhalten im positiven oder negativen Sinne auf die alltäglichen Gesundheitseinstellungen der Probanden überträgt.

Frage 14: Bewegst du dich in der Pause oder ruhst du dich aus?

Die Frage 14 will grundsätzliche Präferenzen offenlegen: Welche Betätigung wählen die Schüler nach zwei Stunden Schulunterricht? Entspanntes Zurücklehnen, Faulenzen beim Gespräch mit dem Freund, oder doch aktive Bewegung auf dem Schulhof, wie z.B. Klettern, Rennen, Springen, Werfen.

Gleich welchen Typ das Grundschulkind repräsentiert - eine angemessene Pausengestaltung nach 90 Minuten Unterricht inklusive zumeist wenig eigener Aktivität und viel zu häufiger Bewegungsarmut ist ein essentielles Kriterium für ganzheitliches Wohlbefinden und eine angemessene Leistungsfähigkeit.

Unterschwellig arbeitet sicher die in den Medien veröffentlichte Meinung zugunsten der Bewegungsbefürworter. Bewegung repräsentiert Leistungsbereitschaft und -willen, zeigt physische Höchstleistungen und legitimiert deren finanzielle und soziale Bedingungen. Erfolgreiche Sportler genießen in der Gesellschaft hohes Ansehen, Fitness und körperliche Leistungsfähigkeit gelten als Merkmale von Ausdauer, Gesundheit, Entschlusskraft und persönlichem Einsatz. Der entspannte Mensch gilt als träge und faul, vermeidet Anstrengung und zeitlichen Aufwand zur Körperkräftigung.

Gleichwohl beinhaltet ein gesundes und sinngerichtetes Leben Ruhe- und Entspannungsphasen, die der Regeneration und Rhythmisierung dienen. Die Fragestellung soll offenlegen, wie Schüler die knappe Ressource Pause nutzen.

Frage 15: Hast du in der Schule genug Möglichkeiten zur Bewegung?

Die Frage setzt an die Beantwortung der vorhergehenden Frage an. Kinder sind in der Lage, vielfältige Gelegenheiten zur Bewegung zu nutzen. Dabei sind jedoch die Kompetenzen ungleich verteilt. Der eine Schüler findet bereits Zufriedenheit darin, auf dem Pausenhof zu laufen oder an Fangspielen teilzunehmen. Der andere sucht Gegenstände, auf die er klettern kann, wählt dazu Orte auf dem Schulgelände, an denen er dies umsetzen kann. Weitere Kinder benötigen wiederum strukturierte Settings mit einem besonderen Aufforderungscharakter: Spielplatzgeräte, Spielangebote, Bälle, Stelzen und vieles mehr.

Gleich ist allen der Wunsch, sich in der Pause in irgendeiner Form zu bewegen. Die Daten sollen herausstellen, ob die Probanden das Angebot ihrer Schulen für angemessen halten oder Defizite sehen.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Untersuchung derjenigen Schüler, die in Frage 14 angeben, eher Entspannung vorzuziehen. Wie bewerten sie das Bewegungsangebot ihrer Schule? Hindern sie möglicherweise die für sie wenig attraktiven Bewegungsmöglichkeiten daran, in der Pause körperlich aktiv zu werden?

Zudem ist es von hohem Interesse, welche Auffassungen die OPUS-Schüler zu der Frage 15 angeben. Das OPUS-Konzept nennt als zwei ihrer tragenden Säulen Bewegung und Schulumfeldgestaltung⁸⁸. Demnach gilt dort der Möglichkeit zur aktiven und attraktiven Pausengestaltung ein besonderes Augenmerk.

⁸⁸ <http://www.opus-nrw.de/schule.html> (Zugriff vom 12.12.2007)

Frage 16: Benutzt du, wenn beides vorhanden ist, lieber eine Treppe oder einen Aufzug?

Eine weitere Transferfrage beschäftigt sich damit, inwiefern Kinder die Bewegungserziehung in ihren Alltag übertragen. Im speziellen Fall geht es darum, ob die Probanden angesichts einer Auswahl zwischen Aufzug und Treppe die körperliche Aktivität aussuchen und ihren Kreislauf und ihre Skelettmuskulatur stärken oder aber die passive Variante bevorzugen und sich bewegen lassen.

Denkbar ist, dass ein Teil der Kinder, die die Treppe wählen, dies tun, da sie Ängste gegenüber dem Fahrstuhlfahren hegen. Allerdings tritt diese Form der Agoraphobie in der Regel eher im späten Jugendalter auf⁸⁹. Deshalb ist dieses Kriterium nicht maßgeblich für eine repräsentative Aussage zur Erhebungsgruppe.

Grundsätzlich soll ermittelt werden, ob die Probanden eine positive Grundeinstellung zur Bewegung entwickelt haben und im Alltag scheinbar unbequemere Aufgaben wählen, die jedoch die Entwicklung ihrer Gesundheit begünstigen. Dieser Aspekt hat bereits eine besondere Qualität. Die Gesundheitsförderung ist im genannten Fall mit einem deutlichen Mehraufwand verbunden. Diesen in Kauf zu nehmen bedeutet Anstrengung ohne sofortigen Gegenwert. Das Kind, das sich darauf einlässt, zeigt bereits Ansätze gesundheitspädagogischer Bildung.

Frage 17: Findest du den Schulsport anstrengend?

Der Schulsportunterricht bedeutet für viele Kinder die einzige aktive Bewegungszeit in der Woche. Zwei bis vier Wochenstunden beziffern - verglichen mit dem hohen Grad sitzender Tätigkeiten in Schule und Freizeit - einen absoluten Unterwert an körperlicher Ertüchtigung. Dabei kommt dem Sportunterricht eine der kardinalen Rollen gesundheitspädagogischer Arbeit an Grundschulen zu (Kap. 1.6.2, S. 29).

Ob er sie erfüllt oder erfüllen kann, sei an dieser Stelle nicht thematisiert. Eher ist es von Interesse herauszufinden, ob bereits der Sportunterricht eine körperliche Herausforderung darstellt. Finden Grundschüler im Sportunterricht eine angenehme Bewegung oder gar eine ihrer physischen Fähigkeiten entsprechende Unterforderung. Oder sind die Sportstunden so auffordernd gestaltet, dass ihre Inhalte die Kinder in einen - positiven oder negativen - Erschöpfungszustand versetzen.

⁸⁹ http://www.dgkjp.de/InfoElternPatienten.php?ID_Sub=100050&display=8161&displayback=8141 (Zugriff vom 13.12.2007)

6.4.3.3 Bereich 3: Körperpflege / Hygiene

Auf die besondere Sensibilität des Themas wurde bereits in Frage 7 (S. 94) hingewiesen. Allerdings verbirgt sich unter den Bezeichnungen Körperpflege / Hygiene noch wesentlich mehr als Körperwäsche und saubere Kleidung. Die Erweiterungen wurden im Fragebogen berücksichtigt, sodass sich dem Probanden ein ganz anderes Bild der Begrifflichkeit zeichnet. Besonders im Körperpflegebereich kommt der Wellness-Gedanke für die Kinder und auch die an der Evaluation beteiligten Erwachsenen zum tragen.

Frage 18: Würdest du gern eine Kur machen?

Der Begriff des Kurwesens genießt in Deutschland eine positive Reputation. Das Angebot an Bädern, Therapieeinrichtungen und angemessener Infrastruktur der Kurorte (Kap. 4.7, S. 74) ist vielschichtig und qualitativ anerkannt. Wie bereits in Kapitel B3 erläutert, existiert allerdings, abgesehen von den Mutter-Kind-Kuren, kein besonderer Markt für Kur- und Wellnessleistungen für Kinder. Besonders in Nordrhein-Westfalen spielt das Thema keine Rolle (S.3), so gibt es gar in Bad Aachen mit den Carolus-Thermen eine Kureinrichtung, in der der Eintritt von Kindern unter sechs Jahren untersagt und unter sechszehn Jahren nur in Begleitung erlaubt ist.⁹⁰

Die mangelnde Weitsicht der Kuranbieter ist schwer nachzuvollziehen, sind doch gerade Kinder für Aktivitäten rund um die Gesundheit unbefangener und positiver eingestellt als Erwachsene und damit als künftige und lebenslängliche Konsumenten von Wellness und Kurangeboten interessant.

Die Frage soll herausstellen, ob die Probanden das Interesse haben, eine Kurmaßnahme, die aus ihrer Sicht grundsätzlich nur Kranken und Alten zusteht, auch für sich in Anspruch zu nehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kinder bereits durch Mutter-Kind-Kuren oder andere kurative Maßnahmen über Vorerfahrungen verfügen oder ob sie ausschließlich aus Interesse und Neugier auf die Maßnahmen zugreifen möchten. Möglicherweise können sich Hinweise auf einen völlig neuen Selbstzahlermarkt ergeben.

Frage 19: Würdest du die Gelegenheit nutzen, in der Schule die Zähne zu putzen?

Zahngesundheit spielt eine sehr kontrovers diskutierte Rolle im Grundschulalter. Kinder bejahen jegliche Formen von Gesundheitsförderung, wozu auch die Pflege der Zähne gehört. Bereits im Kindergarten und in den Kindertagesstätten werden hierfür elementare Grundlagen gelegt (Kap. 1.6.3., S. 31). Für die Kinder ist es eine Selbstverständlichkeit, sich nach Mahlzeiten die Zähne zu putzen.

⁹⁰ http://www.carolus-thermen.de/go/a_bis_z/german.html (Zugriff vom 13.12.2007)

Nicht verleugnet werden darf allerdings die Tatsache, dass Schüler mit zunehmendem Alter hinsichtlich der Zahnpflege einen Motivationsverlust erleiden und das Zähneputzen von einem Gunstfaktor der Gesundheitsförderung zur lästigen Pflicht mutiert.

Gerade in diesen Konflikt ragt die Frage 19. Die in den Kindertageseinrichtungen erworbenen Kompetenzen zur Zahnpflege könnten in der Schule weitergeführt werden. Oftmals scheitert dies aber an logistischen Problemen oder der Erwachsenen-Auffassung, dass Kinder auf das zusätzliche Zähneputzen ohnehin verzichten würden.

Die Frage soll Daten liefern, wie die Schüler ein solches Angebot bewerten. Da es faktisch an kaum einer Grundschule im Regelschulbetrieb besteht, unterliegt besonders diese Frage nicht dem Problem der sozialen Erwünschtheit. Es ist nicht notwendig, eine positive Antwort zu geben, da das angesprochene Angebot ohnehin nicht besteht.

Zudem lassen sich Schlüsse ziehen, welche Schüler bereits ein besonderes Gesundheitsbewusstsein entwickelt haben und über die gängige Praxis des täglich zweimaligen Zähneputzens hinaus den Wunsch nach zusätzlicher Pflege offenbaren.

Frage 20: Wenn genug Zeit wäre, würdest du dich nach dem Schulsport duschen?

Frage 20 schließt sich der Struktur der vorhergehenden Frage an. Körperpflege und regelmäßiges Waschen gehört zum Allgemeinwissen vieler junger Menschen. Nach körperlicher Anstrengung oder Verunreinigung werden sie im Elternhaus zur Sauberkeit angehalten.

Der Schulsport kann eine hohe Intensität für die Kinder erzeugen. Damit verbunden ist Schweißproduktion, Körpergeruch und eine Störung des Wohlbefindens. In der Regel verfügen Grundschulen in ihren Sporthallen über ausreichend Duschen, um nach der sportlichen Ertüchtigung den Schülern die Gelegenheit zu geben, sich vollständig zu waschen.

Zumeist wird auf die zeitliche Problematik hingewiesen. Neben der knappen Sportzeit kann nicht auch noch eine Zeitreserve für Dusche und Trocknen reserviert werden. Dass Körperpflege und Hygiene jedoch kardinale Bausteine der Gesundheitserziehung darstellen und somit feste und regelmäßige Bestandteile des Grundschulalltages sein sollten, wird dabei übersehen.

Die Frage will daher evaluieren, wie viele Schüler tatsächlich das Bedürfnis haben, nach dem Schulsport diese besagte Zeitreserve für die Körperpflege einzufordern. Zudem lassen sich anhand der Antworten bereits erhöhte Kompetenzen der Gesundheitsbildung ableiten, bedeutet der Wunsch nach eigener Hygiene eine sehr persönliche Kompetenz, die ausschließlich auf die eigene Person gerichtet ist. Niemand fordert dieses Verhalten ein, niemand bewertet es. Befürwortet ein junger Mensch trotzdem die regelmäßige freiwillige Körperpflege nach dem Schulsport, so hat er bereits hinreichende Selbstkompetenz im Gesundheitsbereich nachgewiesen.

Frage 21: Würdest du gern Hausschuhe / Pantoffel in der Klasse tragen?

Auch Frage 21 schließt sich, wie die meisten Fragen und Ausführungen zum Bereich Körperpflege, an die Vorerfahrungen der Probanden an. Im Elternhaus entledigen sich viele Kinder nach dem Eintreten möglichst schnell ihrer Straßenschuhe, um sich in bequemen Untersätzen weiter zu bewegen. Gleiches gilt für die Kindertageseinrichtungen. Auch dort stellen die Kinder die Straßenschuhe in Regale am Eingang zu den Gruppenräumen, um in angenehmen Schuhwerk den Tag zu bestreiten und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass die Räume sauber bleiben.

Beim Eintritt in die Grundschule reißt diese lieb gewordene Gewohnheit, ohne plausible Erklärung, einfach ab. Argumente wie Pantoffelklau, Aufbewahrungsprobleme und Zeitverluste beim Schuhtausch sind im Grunde nur Ausflüchte.

Die Frage soll herausstellen, in welcher Ausprägung es tatsächlich der Wunsch der Probanden ist, auch in der Schulklasse das bequeme Schuhwerk nutzen zu dürfen und so einen Beitrag zur Hygiene und gleichzeitig zum Wohlbefinden zu leisten.

Frage 22: Putzt du mindestens zweimal täglich die Zähne?

Die Frage ist als Ergänzung zur vorhergehenden Frage gedacht. Auch bezüglich der Zahnpflege verfügen die meisten Kinder über grundlegende Kompetenzen. Zwar ist das Zähneputzen im Elternhaus sehr differenziert zu betrachten, jedoch gehört die Zahnpflege zu den grundlegenden Fertigkeiten, die in den Kindertagesstätten vermittelt werden. Das Zähneputzen nach dem zweiten Frühstück ist dort fester Bestandteil des Alltags, es besteht ein klares Bewusstsein für Zahnhygiene.

In der Primarstufe stellen sich der Zahnpflege vor allem logistische Hürden in den Weg: ein durch den festen Stundenplan eingeschränktes bzw. nicht vorhandenes Zeitbudget, die mangelnde Anzahl von Waschbecken oder Putzplätzen und ein zunehmendes Desinteresse aller am Erziehungsprozess Beteiligten können hierfür Gründe sein (Kap. 1.6, S. 22).

So findet die Zahnpflege im Grundschulalter grundsätzlich - es sei denn, das Kind besucht die Ganztagschule - im Elternhaus statt. Das Thema wird dem Grundschulkind in der Schule in theoretischer Form angeboten, eine praktische Vertiefung und vielmehr noch eine tägliche Anwendung findet nicht statt (Kap. 1.6.3., S. 31). Damit gehört die Zahnhygiene zu den Gesundheits- und Wellnessbereichen, die nicht in enger Kooperation von Elternhaus und Schule gelingen.

Die Frage soll neben einer Kontrollfunktion für Frage 19 besonders herausstellen, wieviele Kinder die in Elternhaus und Kindertagesstätte erworbenen Kompetenzen trotz einer in der Grundschule nicht mehr vorhandenen praktischen Anwendung bewahrt haben.

Frage 23: Gehst du mindestens zweimal in der Woche in die Dusche oder Badewanne?

Auch diese Frage erfüllt eine Kontrollfunktion. Gehören diejenigen Schüler, die Körperpflege nach dem Schulsport wünschen (Frage 20) auch zu der Gruppe, die zweimal wöchentlich duscht oder badet?

Ebenso wie die Frage 22 befasst sich die Frage 23 mit Inhalten, die in der Schule theoretisch thematisiert werden, denen jedoch die praktische Umsetzung vollständig fehlt. Obwohl es elementares Ziel von Schule ist, Inhalte durch praktische Tätigkeiten und eigene Erfahrungen zu erlernen, findet Körperhygiene nur an der Tafel oder auf dem Arbeitsblatt statt.

So findet der Bereich Körperpflege außerhalb der Schule statt. Die Frage 23 soll herausstellen, inwiefern theoretische Inhalte für einen Transfer ins Alltagsleben sorgen können.

Frage 24: Warst du schon einmal in der Sauna?

Der Besuch einer Sauna steht im positiven Sinne für viele Merkmale: Die Reinigung der Hautoberfläche, intensive Temperaturwechsel, die psychische Säuberung, das entspannende Moment. All diese Aspekte lassen die Schwitzkur als Synonym für Gesundheit und Wellness erscheinen.

Saunaparks öffnen sich mehr und mehr auch für Kinder, wenn auch die Betreiber nicht wirklich explizit auf diese Zielgruppe vorbereitet sind. Jungen Menschen wird zwar preislich reduzierter Eintritt gewährt, ein angemessenes kindgerechtes Rahmenprogramm ist jedoch praktisch nicht vorhanden.

Die Frage will trotzallem erforschen, ob Kinder Kunden in der Sauna-Landschaft sind und über Erfahrungen in diesem Wellness-Bereich verfügen. Interessant ist die Frage auch dahingehend, dass im Primarstufenunterricht das Thema Sauna in keinem Fachunterrichtsbereich vorkommt. So ist eine Sparte der Gesundheitsförderung bereits ausgeklammert. Der Saunabesuch der Probanden basiert also auf Freiwilligkeit. Deshalb sind die Daten der Frage 24 mit besonderer Aufmerksamkeit zu betrachten, da die beschriebene Kompetenz nicht auf schulischem Wissen beruht, sondern über Familie oder Peer-Groups erworben wird.

6.4.3.4 Bereich: Ernährung

Ausgewogene Ernährung spielt für die Gesundheits- und Wellnessbildung eine kardinale Rolle. Die Problematik von Fehlernährung mit all ihren Folgeschäden ist offensichtlich. Sie wird in der öffentlichen Diskussion in vielschichtiger Form thematisiert. So soll Ernährung auch regelmäßiges Programm in der Schule sein. Die theoretischen Inhalte der Gesundheitserziehung können sich so mit den praktischen Anwendungen, dem täglichen Frühstück in der Pause oder der Essenszubereitung im Projektunterricht, verbunden werden. Die Fragen 25 bis 31 befassen sich mit den Transferleistungen des Ernährungsunterrichts auf das Alltagsleben der Schüler.

Frage 25: Welche Getränke nimmst du am Tag ein?

Die Frage soll evaluieren, welche verschiedenen Getränke die Probanden pro Tag konsumieren. Es geht dabei sowohl darum, wieviele unterschiedliche Sorten genannt werden und welche Getränke besonders bevorzugt werden. Besonderes Augenmerk verdienen die gesundheitlichen Qualitäten der angegebenen Getränke.

Da Kinder im Rahmen ihres Tagesrhythmus diverse Getränke zu sich nehmen, ist die Antwortmöglichkeit für die Frage 25 offen gestaltet. So können die Probanden mehrere Angaben machen und müssen sich nicht für ein Getränk entscheiden, was eine repräsentative Übersicht verfälschen würde.

Frage 26: Isst du mindestens dreimal wöchentlich Gemüse?

Die Einnahme frischen Gemüses ist unbestritten ein wesentlicher Bestandteil gesunder Ernährung. Die deutsche Gesellschaft für Ernährung stellt dieses in ihrem Konzept *5 am Tag* heraus (Kap. 5.1, S. 79). Frisches Gemüse und Salat sind allerdings nicht nur ernährungswissenschaftlich von Bedeutung. Das Erleben verschiedener Gerüche und Geschmäcker beinhaltet einen hohen wellnesorientierten Aspekt und stellt über den physiologischen Aspekt hinaus das Ansprechen verschiedener Sinnesreize heraus.

Die Frage soll ermitteln, wieviele Probanden ihre Ernährungskennntnisse soweit umsetzen, dass sie sich regelmäßig auf den Konsum von Gemüse einlassen.

Frage 27: Isst du jeden Tag ein Stück Obst?

Die Frage schließt sich sinngemäß an die Vorgängerfrage an. Auch hier gilt beispielsweise wieder der Verweis auf das richtungsweisende Konzept *5 am Tag*. Der Verzehr von Obst ist in gesundheitsfördernder Hinsicht unabdingbar. Die Erziehung dazu, Früchte auf den täglichen Speiseplan zu set-

zen, geht maßgeblich vom Elternhaus aus. Jedoch leistet dieses bei weitem nicht mehr in jedem Fall die notwendigen Fertigkeiten. Diese werden somit der Schule übertragen.

Frage 27 zeigt also in deutlicher Weise die Transferleistung bzw. die Synthese zwischen Schulpädagogik und Erziehung im Elternhaus.

Frage 28: Hast du schon einmal ein warmes Essen zubereitet?

Die Speisenzubereitung obliegt im Elternhaus vornehmlich den Eltern, dabei traditionell insbesondere den Müttern. Kinder im Grundschulalter übernehmen gelegentlich Hilfstätigkeiten, die Durchführung der kompletten Speisenzubereitung geschieht eher selten.

Die meisten Kinder erlernen diese Kompetenz im Elternhaus nicht. Möglicherweise liegt dies an mangelndem Interesse oder fehlender Motivation des Kindes. Denkbar ist auch, dass im tempointensiven Alltag nicht die Zeit und Geduld übrig ist, mit dem Kind eine ruhige und intensive Einführung in die Speisenzubereitung durchzuführen.

So hat auch in diesem Bereich die Grundschule eine wichtige Aufgabe zu übernehmen. In den Schulküchen können ausgebildete Fachkräfte die Schüler in die Grundlagen des Kochens einweisen, damit diese künftig Eigenverantwortung übernehmen können.

So deckt die Frage 28 gleich zwei Bereiche ab: die Speisenzubereitung in der Schule und die im Elternhaus. Interessant ist die Frage, ob es Kinder gibt, die weder in der Primarstufe noch zu Hause Kochen gelernt haben. Insbesondere ist in diesem Punkt auch der Vergleich der OPUS-Gruppe mit der Kontrollgruppe von Belang.

Frage 29: Nimmst du jeden Morgen zuhause ein Frühstück ein?

Die Wichtigkeit des morgendlichen Frühstücks wurde bereits deutlich angemerkt (Kap. 1.6.1, S. 27). Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass viele Menschen morgens auf die Ernährung verzichten und diese auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.

Dieser Verzicht hat weitreichende Folgen. Die reduzierte Aufladung der kurzfristig verfügbaren Kohlenhydratspeicher führt zu einer rascheren Ermüdung. Gerade für einen jungen Schüler bedeutet dies, dass er bereits in der 1. und 2. Stunde von den Nährstoffreserven des Vortages leben muss und nicht genügend schnell verfügbare Energiereserven aufbieten kann.

Die Frage soll evaluieren, ob die angesprochene Ausgangslage tatsächlich so schwerwiegend ist, wie in der Literatur behauptet. Wie viele Kinder kommen tatsächlich morgendlich ohne Frühstück im Elternhaus zur Schule?

Frage 30: Nimmst du ein Pausenbrot mit in die Schule?

Die Frage stellt die Anschlussfrage zu Frage 29 dar. Sie soll zum einen prüfen, wieviele Kinder mit einem angemessenen zweiten Frühstück versorgt sind und zum zweiten Informationen darüber geben, wieviele derjenigen Kinder, die morgens das Haus verlassen, ohne gefrühstückt zu haben, auch in der Schule auf eine ausreichende Kohlenhydratversorgung verzichten müssen.

Die Fragestellung lässt Ermessensspielraum zu. So kann ein Kind anstelle eines Brotes durchaus Obst oder Cornflakes mitbringen. Ebenso könnte die Möglichkeit bestehen, in der Schule ein Brot oder Brötchen zu erwerben.

Der letztgenannte Aspekt ist jedoch unter Berücksichtigung der Erhebungsgruppe theoretisch nur an einer Schule möglich, die über einen Kiosk mit einem entsprechendem Angebot an Broten verfügt.

Obst als Frühstück ist sicherlich eine gesunde Möglichkeit, sollte jedoch als Ergänzung einer kohlenhydratreichen Kost, die schnell bereitstellbare Energie beinhaltet, gewählt werden. Diese sind zwar in Cornflakes enthalten, jedoch auch in erheblichem Maße raffinierte Einfachzucker.

Bei Stichproben in einer Erhebungsgruppe wurde allerdings deutlich, dass die überwiegende Zahl der Kinder über ein Pausenbrot oder -brötchen verfügt.

Frage 31: Isst du mindestens an drei Tagen in der Woche Süßigkeiten oder Chips?

Fett- oder zuckerreiche Lebensmittel finden bei Kindern eine hohe Nachfrage. Mit Süßigkeiten wachsen viele Grundschüler schon vom Kleinkindalter an heran. Zunächst nur zu besonderen Anlässen und mit viel Bedacht gereicht, entwickelt sich in den Folgejahren in vielen Fällen ein regelmäßiger Konsum. Beinahe parallel, wenn auch zeitlich etwas verzögert, setzt der Konsum von Kartoffelchips und vergleichbarer frittierten Produkte ein. Im späten Grundschulalter entwickelt sich bei zahlreichen Kindern so ein regelmäßiger täglicher Verzehr der genannten Nahrungsmittel (Kap. B4, S. 5).

Die Frage beabsichtigt, nicht nur den Dauerkonsumenten, sondern auch den Durchschnittsverbraucher zu ermitteln. So ist es von Interesse, wieviele Schüler mehr Gebrauch von ungesunden Lebensmitteln machen als in der gleichen Zeitspanne beispielsweise Gemüse zu verzehren.

6.4.3.5 Bereich 5: Entspannung

Der Bereich Entspannung soll wichtige wellnesorientierte Transferleistungen und Alltagsgewohnheiten evaluieren. Da der Aspekt des Ausruhens und Rhythmisierens in der Gesundheitserziehung und -förderung in der Schule zumeist eine mehr oder minder kleine Nebenrolle spielt, jedoch von elementarer Bedeutung für ein ganzheitliches Wohlbefinden ist, wurde dem Bereich 5 mit neun Fragen das mengenmäßig größte Gewicht zugestanden.

Frage 32: Gibt es in deiner Schule Plätze zum entspannten Ausruhen?

Entspannung setzt neben der Fähigkeit, diese wirksam einsetzen zu können, einen entsprechenden Ort voraus. Ziel der Frage ist es, dass die Probanden bezüglich des Vorhandenseins dieses Raumes reflektieren. Ob sich dieser Entspannungsbereich im Schulgebäude oder auf dem Schulgelände befindet, ist hierbei unerheblich.

Interessant ist zudem der Zusammenhang, wieviele Schüler, die die Frage 14 damit beantworten, dass sie sich in der Pause lieber bewegen als ausruhen, die Frage 32 negativ beantworten. Ist tatsächlich Bewegung der Wunsch der Kinder, oder hält sie nur das Fehlen eines angemessenen Raumes davon ab, in der Pause zu entspannen?

Frage 33: Wie viele feste Termine hast du in der Woche nach der Schule?

Eine wichtige Transferleistung von Gesundheits- und Wellnesserziehung ist die der Rhythmisierung des Alltags. Während der Vormittag durch Stundenplan, feste Pausenzeiten und den Heimweg zumindest an fünf Tagen in der Woche einheitlich und verlässlich strukturiert ist, so stellt der Nachmittag für Kinder und Eltern eine organisatorische Herausforderung dar.

Die Frage 33 befasst sich damit herauszustellen, wie häufig die befragten Schüler durch feste Veranstaltungen in der Woche gebunden sind, die den Biorhythmus der Kinder zusätzlich belasten und von den Ruhezeiten abgezogen werden müssen.

Frage 34: Bist du schon einmal massiert worden?

Eine zunehmend entdeckte Entspannungsform, die auch im Rahmen von gesundheitserzieherischen Maßnahmen Anwendung findet, ist die Massage. Das Lockern und Beruhigen müder und verspannter Muskulatur besitzt einen hohen Regenerationswert und ist auch für Kinder eine angenehme Entspannungsmethode.

Die Frage 34 soll ermitteln, wieviele Kinder tatsächlich in den Genuss der so begehrten und empfehlenswerten Massage kommen. Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um eine professionelle Behandlung durch einen Physiotherapeuten handelt oder um das beruhigende Verwöhnen durch die Eltern.

Frage 35: Wie viele Stunden verbringst du täglich vor dem Computer / PC-Spiel?

Der Computer hat sich zu einem unverzichtbaren Bestandteil des täglichen Lebens entwickelt. So erfasst er heute auch maßgeblich das Leben von Kindern und Jugendlichen. Neben den Vereinfachungen des Alltags birgt der Rechner jedoch auch negatives Potenzial. Dies ist genau dann der Fall, wenn Kinder beginnen, den Großteil ihrer Freizeit vor dem Monitor zu verbringen. Die Gefahren sind dabei vielschichtig: die wenig kommunikative Situation am Bildschirm lässt soziale Kontakte verarmen, die Sprache leidet unter der verkürzten und mutierten „Chat-Sprache“. Die Anhäufung visueller und akustischer Reize in kürzester Zeit überfordert die mentalen und kognitiven Fähigkeiten vieler Schüler. Überreaktion wie Aggressivität, Abhängigkeit oder Abstumpfung können die Folge sein, für die die Kinder keine ausreichenden Bewältigungsstrategien besitzen (vgl. Kap. 2.5, S. 45).

Die Frage 35 soll herausstellen, wieviele Stunden sich ein Proband täglich dieser Situation aussetzt. Dabei ist bei den Antworten eine Abstufung in Stunden vorgegeben. Allein die positive Beantwortung eines täglichen PC-Spiel-Konsums darf allerdings schon als Alarmsignal gewertet werden.

Frage 36: Wie viel Zeit verbringst du täglich vor dem Fernseher?

Fluch oder Segen? Kaum ein Medium muss sich einer so kontroversen Diskussion um Sinn oder Unsinn aussetzen wie das Fernsehen. Der Kombination visueller und akustischer Reize mit hohem Informations- und Aktualitätsgrad steht ein unüberschaubarer Berg qualitativ minderwertiger Sendezeit gegenüber. Die Vielzahl der verschiedenen Einflüsse können Geist und Seele des Kindes stark beeinflussen und belasten. Entspannung ist während des Fernsehens so kaum gegeben. Genau wie unter Frage 35 bereits notiert, gesellt sich die Verarmung der Kommunikation während des Fernsehkonsums hinzu.

Die Frage 36 soll deshalb herausstellen, wie viele Stunden am Tag für die reduzierte Kommunikation und die Informationsflut des Fernsehens geopfert werden.

Frage 37: Machst du vor den Hausaufgaben eine Pause?

Kehrt der Schüler am Mittag nach Hause zurück, sollte nach dem Essen eine Ruhepause stattfinden, um Körper und Geist eine Erholung zu gönnen (Kap. 1.6.4, S. 32). Eine täglich gewährte Mittagspause ermöglicht dem Körper den Rhythmus von An- und Entspannung, die er braucht, um gesund arbeiten zu können.

Die Frage 37 soll evaluieren, wie viele Kinder sich vor den Hausaufgaben, die die Wiederaufnahme der Schularbeit bedeuten, eine angemessene Mittagspause gönnen. Es soll herausgestellt werden, ob Schüler die Erholungsregeln, die für jede Berufstätigkeit von Erwachsenen als notwendig belegt sind, bereits im Kindesalter aus dem Arbeits-Pausen-Rhythmus in der Schule transferieren und verinnerlichen.

Frage 38: Hast du ein eigenes Zimmer?

Entspannung hat maßgeblich mit Ruhe zu tun. Der intensive Vormittag, den ein Kind in der Schule erlebt, bringt eine Vielzahl optischer und akustischer Reizen mit sich. Nachdem der Schüler ins Elternhaus zurückgekehrt ist, sollte er daher nach dem Essen einen Ruhepunkt im Hause finden, an dem er ohne störende Außeneinflüsse ausruhen und anschließend auch wieder arbeiten kann.

Es steht außer Diskussion, dass nicht alle Familien ihren Kindern eigene Zimmer zur Verfügung stellen können. Die wirtschaftlichen Bedingungen vieler Haushalte haben sich in den vergangenen Jahren durch Inflation und Arbeitslosigkeit deutlich verschlechtert, sodass die meisten Familien ihren Wohnraum nicht nach ihren Wünschen gestalten können, sondern nach den Möglichkeiten ihres Bankkontos.

Die Frage soll prüfen, wievielen Kindern der optimale Fall eines eigenen Zimmers zur Verfügung steht. In der weiteren Forschung können sich bezüglich dieser Frage interessante Beziehungen zu Fragen aus dem Bereich der Entspannung ergeben.

Frage 39: Hat deine Familie einen eigenen Garten?

Der Bedeutung eines Gartens als grüne Oase lässt sich kaum in Zahlen fassen. Der Mensch findet in der Natur Ruhe und geistige Anregung. Gleichsam ist die Bewegung an der frischen Luft durch keine Sporthalle und kein Fitnessstudio zu ersetzen.

Gerade für Kinder spielt der Aufenthalt in der Natur eine bedeutende Rolle. Sie nutzen den Garten, um auszuspannen, sich zu bewegen, zu entdecken, zu spielen, zu kommunizieren.

Bedauerlicherweise stellt der eigene Garten einen noch größeren Luxus dar, als das in Frage 38 thematisierte eigene Zimmer. Ein Großteil der Bevölkerung lebt in Mehrfamilienhäusern, die entweder über gar keinen Garten verfügen oder einen Gemeinschaftsgarten haben, der entweder überfüllt ist oder eine Abstimmung der Nutzer untereinander erfordert. In beiden Fällen entsteht jedoch Eile und psychischer Druck, sodass eine entspannte Nutzung der grünen Oase nur eingeschränkt möglich ist.

Die Frage 39 geht dem nach und soll die Anzahl der Familien mit eigenem Garten ermitteln. Auch bei dieser Frage können sich Beziehungen zu den anderen Entspannungsfragen herstellen.

Frage 40: Wann gehst du abends schlafen?

Die Bedeutung einer angemessenen Nachtruhe wurde bereits in Kap. 1.6.4 (S. 32) thematisiert. Ausreichend Schlaf ist nicht nur dafür verantwortlich, dass ein Mensch am kommenden Morgen wieder aufnahmefähig ist. Er ist zudem als wichtiger Gesundheitsfaktor für ein harmonisches Funktionieren des Organismus und des Geistes verantwortlich. Gleichsam erhält er die Leistungsfähigkeit und dient damit der Unfallvorbeugung.

Kinder neigen dazu, ihre Wachphasen und damit ihre Freizeit am Abend möglichst weit nach hinten zu verlängern. Bedingt dadurch, dass sie am folgenden Morgen zu einer festen Zeit in der Schule sein müssen, können sich somit Schlafzeiten ergeben, die für Schüler zu kurz sind.

Die Frage 40 erfragt in einer Dreierstaffelung die Zeiten, zu denen die Kinder zu Bett gehen. Die ermittelten Werte lassen sich mit vielen Fragen sinnvoll in Bezug setzen. Vor allem die Querverbindungen im Bereich 5 sind von Interesse.

6.5 Gegenstand und Absicht der qualitativen Interviews

6.5.1 Methodische Entscheidungen

Die von den Schülern gewonnenen Daten stellen die empirische Basis für die vorliegende Untersuchung dar. Allerdings ist es ratsam, weitere Beteiligte der schulischen Gesundheitserziehung mit in die Evaluation einzubeziehen. Die dadurch gewonnene Außenperspektive gewährt Rückschlüsse auf die Empfindung von Kindern und das, was Erwachsene daraus interpretieren. Konzepte zur Gesundheitsbildung für Kinder werden in den Köpfen von Erwachsenen ersonnen. Oftmals fehlt ihnen jedoch die Fähigkeit, aus der Sicht der Kinder zu denken und zu handeln.

Um diese Diskrepanzen offen zu legen und die Problematik unterschiedlicher Empfindungen zu belegen, gleichwohl aber auch wichtige zusätzliche Informationen zu gewinnen, wurden Interviews

mit erwachsenen Partnern der Gesundheitserziehung initiiert (vgl. Kränzl-Nagl et al. 2000, S. 62). Es wurde für sinnvoll erachtet, zum einen Eltern zum Transfer von Gesundheitswissen ihrer Kinder zu befragen. Zum anderen war es unabdingbar, mit den Schulleitern der evaluierten Schulen zu sprechen, um erstens die Rahmenbedingungen der einzelnen Schulen aufzuzeigen und zweitens die Einschätzung der Rektoren zu den Transferkompetenzen ihrer Schüler einzuholen.

Zur Datengewinnung wurde ein themenzentriertes Leitfadenterview gewählt, das in der Sozialforschung häufige Anwendung findet und eine Wirklichkeitskonstruktion idealtypisch nachvollziehen kann. Dieses bietet die Möglichkeit, anhand von aktivierenden Ausgangsfragen den Interviewpartner anzuregen und frei „erzählen“ zu lassen (vgl. Faltermeier 1998, S. 58).

Um gesundheitliche Themen zu erörtern, ist das themenzentrierte Interview besonders geeignet, da dieses „erst eine offene Interviewführung und ein ausführliches und intensives Gespräch über Gesundheit [ermöglicht]“ (ebd.). So wurde den Schulleitern die Gelegenheit eröffnet, das gesundheits- und wellnesserzieherische Konzept ihrer Schule zu reflektieren und darzustellen. Dabei sollten besondere individuelle Aspekte zur Sprache kommen, die beispielsweise mittels eines Fragebogens nur reduzierter abrufbar gewesen wären.

Die Rollenverteilung in den Interviews war zuvor klar abgesprochen worden. Die Interviews sollten sich nicht als „Frage- und Antwort-Spiel“ (Treumann 2005) entwickeln, sondern durch die Eingangsfragen des Interviewers angestoßen und durch das ungebundene Berichten der Interviewten weitergeführt werden.

Die Fragen des Leitfadens sowie die Festlegung der Problembereiche wurden in enger Abstimmung mit den wissenschaftlich betreuenden Mitarbeitern erarbeitet. Ebenso wurden in diesem Zuge die Modalitäten des Postskriptums vereinbart. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse.

6.5.2 Begründung des Leitfadens für die Schulleiter-Interviews

Die Schulleiter der untersuchten Schulen sollten im Rahmen eines Interviews zu den gesundheits- und wellnesserzieherischen Rahmenbedingungen ihrer Institution Stellung nehmen. Sie wurden anhand eines Leitfadens befragt, wobei zunächst seitens des Interviewers einleitende Erläuterungen bezüglich Anonymität, Wahrheitsgehalt, Absicht und Umfang der Unterhaltung geklärt wurden.

Um einen möglichst umfassenden wie auch gleich strukturierten und vergleichbaren Überblick zu bekommen, wurde bei allen Interviews der gleiche Leitfaden zugrunde gelegt. Ebenso wurde die Gestaltung der Befragung annähernd stimmig gestaltet. So erhielten alle Schulleiter die selbe Ein-

gangsfrage und konnten in der Folge ihr Bewusstsein rekapitulieren. Mittels des Leitfadens wurden die notwendigen Mindestinformationen für die Erhebung eingefordert.

Als Aufbereitungsverfahren wurde eine selektive Transkription gewählt. Aufgrund der teilweise ungünstigen Interviewsituationen mit einem hohen Unruhegrad wurde entschieden, auf eine vollständige Transkription zu verzichten und eine zusammenfassende Notation vorzuziehen. Anhand der Fragen des Leitfadens wurde im Nachgang ein selektives Protokoll erstellt, um vergleichbare Informationen zu sichern (vgl. Altrichter 1998, S. 311). Über den Leitfaden hinausgehende wichtige Aspekte wurden ebenfalls festgehalten. Überflüssige, ausschweifende bzw. thematisch unpassende Interviewinhalte konnten demnach weggelassen werden (vgl. ebd.).

Der Leitfaden beinhaltete elf Fragen, die im Folgenden begründet werden:

Frage 1: Welcher praktische Unterricht wird in Entspannung, Ernährung und Körperpflege durchgeführt?

In den Kapiteln 1.6, 2.6 und 3.5 wurden die notwendigen Inhalte gesundheits- und wellnesorientierter Pädagogik in der Schule erläutert. Angelehnt an die Bereiche der quantitativen Befragung wurden die schulischen Aktivitäten in den Sparten Entspannung, Ernährung und Körperpflege erfragt. Auf eine vertiefte Behandlung des Themas Bewegung wurde verzichtet, da dieses bereits durch die an allen evaluierten Schulen vorhandenen Möglichkeiten des Sportunterrichts und der Pausenhofnutzung primär abgedeckt ist.

So geht es aber darum, einleitend die unterrichtlichen Aktivitäten der Schulen im Rahmen der Gesundheitsbildung zu evaluieren. Interessant ist in diesem Zuge der Vergleich, in welchem Umfang entsprechende Aktivitäten während des Unterrichts und welche in den Pausen oder nach Schulschluss stattfinden.

Frage 2: Bestehen Kooperationen mit Ärzten / Kassen / Politik / Eltern?

Die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern verkörpert, wie bereits in den Kapiteln 1.5.2 und 4 ausführlich dargelegt, einen wichtigen Aspekt für das Gelingen wirksamer Gesundheitserziehung und -förderung. Emotionale, finanzielle oder fachliche Unterstützung erzeugt durch gemeinschaftliches Handeln in pädagogischen Fragen vielfältige Blickwinkel und die Erweiterung des erziehungswissenschaftlichen Horizontes.

So ist es von großem Interesse, welche Partnerschaften seitens der untersuchten Schulen bestehen und in welcher Form sie gestaltet sind. Ein besonderes Augenmerk liegt sicherlich auch auf den OPUS-Schulen, denn das Konzept sieht die Kooperation mit Partnern zur Bildung eines Netzwerks vor (Kap. 5.3, S. 81).

Frage 3: Wie viele Fachkräfte gibt es im Fach Sachunterricht? Wie viel wird fachfremd unterrichtet?

Wie bereits in Kapitel 1.6 (S. 25) beschrieben, leidet die Gesundheits- und Wellnesserziehung in der Primarstufe unter einer Unterversorgung mit Fachlehrern im Fach Sachunterricht. Dies hat zur Folge, dass der durchgehend von Klasse eins bis vier zu unterrichtende Sachunterricht fachfremd unterrichtet wird. Die Folgen wurden bereits erläutert und sollen an dieser Stelle nicht noch einmal rekapituliert werden.

Für das Interview ist es von Bedeutung, wie viel des Sachunterrichts von Laien vertreten wird und somit Gesundheitserziehung nur nach persönlichem Richtigkeitsempfinden erteilt wird.

Frage 4: Nimmt das Kollegium an Fortbildungen zum Thema Gesundheit und Wellness teil?

Der Markt an weiterführenden Veranstaltungen im gesundheitspädagogischen Feld ist vielschichtig. Ob individuelle Seminarteilnahmen oder kollektive Weiterbildungen im Kollegiumsverband: zahllose kommerzielle und institutionelle Anbieter ringen um die Gunst der pädagogischen Kundschaft.

Allerdings sind auch die Klippen dieses riesigen Informationsmeeres offensichtlich geworden. So bieten insbesondere die Hochschulen nicht das angemessene Angebot, das für eine Verbesserung der gesundheitspädagogischen Kompetenzen der Lehrer notwendig wäre (vgl. Kap. 1.8, S. 35). Ebenso sind viele Fortbildungsangebote zum einen mit sehr hohen Kosten verbunden und zum anderen nicht ausreichend für die Klientel Grundschullehrer ausgerichtet.

Frage 5: Wie beurteilen Sie das Modell des Faches „Gesundheitserziehung“?

Die Frage verlässt für einen Moment den Sektor der bestehenden bzw. nicht bestehenden Rahmenbedingungen der betreffenden Schule und wendet sich einer Zukunftsperspektive zu. Jedoch ist die Frage nicht planlos eingestreut, sondern reflektiert insbesondere die Fragen drei und vier und soll beim Schulleiter Gedanken zu einer möglichen Lösung aufgetretener Probleme aufkommen lassen.

Im Kapitel 1.7 (S. 33) wurde bereits hinreichend die Möglichkeit erläutert, ein separates Schulfach Gesundheitserziehung ins Kalkül zu ziehen. Die Diskussion ist kontrovers und von verschiedenen Lobby-Gruppen stark beeinflusst. So ist sowohl die Schaffung des Faches, die Beibehaltung der alten Systematik des Unterrichtsprinzips oder eine Mischform denkbar.

Die Schulleiter verfügen über einen angemessenen Erfahrungsschatz im Umgang mit dem Thema Gesundheitserziehung, aber einen zumeist etwas begrenzteren Überblick im Bereich Wellness. Sie sollten daher die Entscheidungskompetenz haben, ob die Schaffung eines speziellen Unterrichtsfachs notwendig und sinnvoll wäre. Dieses Ergebnis soll mit der Frage 5 erarbeitet werden.

Frage 6: Gibt es im Bereich der Wellnesserziehung Kooperationen mit Kigas / Kita / Sek. I?

Die Übergänge zur und aus der Primarstufe stellen eine besondere Schnittstelle im Bereich der Wellnesserziehung dar. In den Kindertageseinrichtungen wird häufig sehr intensiv hinsichtlich der Gesundheitspädagogik vorgearbeitet (vgl. Kap. 2.5, S. 45) und dies sollte im Anschluss an die Grundschulzeit an der weiterführenden Schule der Sekundarstufe I fortgesetzt werden.

Die Diskrepanzen bei den angesprochenen Übergängen sind nicht von der Hand zu weisen (vgl. Kap. 1.6, S. 24). Läuft in den Kindertageseinrichtungen noch ein reichhaltiges Programm vor allem zur praktischen Arbeit zum Thema Gesundheit, so findet hierzu in vielen Sekundarstufe 1 – Schulen aufgrund personeller oder finanzieller Gründe nur noch wenig oder gar nichts mehr statt.

Umso interessanter ist es für die Erhebung, welche Motivation die Schulleiter besitzen, mit den zeitlich vor- und nachgeschalteten Partnern der Gesundheitserziehung Kontakt aufzunehmen und aufeinander aufbauende Erziehung zu fördern.

Frage 7: Ist eine Schulküche vorhanden? Wird sie genutzt?

Küchen sind in zahlreichen Grundschulen vorhanden. Ob aus dem Schuletat oder aus externen Spendengeldern finanziert, symbolisieren sie stets die praktische Umsetzung von Schule und stehen für gelebte Unterrichtsinhalte. Es stellt sich allerdings die Frage, in welcher Form die vorhandenen Schulküchen über das vorweihnachtliche Plätzchenbacken hinaus wirklich genutzt werden.

Kochen und die Zubereitung von Speisen ist keinem Schulfach in der Primarstufe zugeordnet. Zwar nennt der Lehrplan NRW hauswirtschaftliche Themen im Rahmen des Sachunterrichts (vgl. Kap. 1.6, S. 23), jedoch ist praktischer Kochunterricht hierbei nicht vorgesehen. Die Frage 7 soll daher erfragen, in welcher Form die vorhandenen Küchen von Schülern, Lehrern oder Eltern in Anspruch genommen werden.

Frage 8: Gibt es Essensangebote in der Schule? Welche?

Die Bedeutung gesunder Kost wurde in den theoretischen Ausführungen des Teils I hinreichend erläutert. Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass Kinder ohne angemessenes Frühstück zur Schule kommen und in der Folge keine angemessene Leistungsfähigkeit für einen erfolgreichen Unterricht mitbringen können (vgl. Kap. B.1, S. 2).

Die Bereitstellung eines gesunden und gehaltvollen Essensangebots erlangt in der Schule somit zunehmende Bedeutung. Die Frage 8 soll evaluieren, inwieweit dieser Tatbestand in den Gedanken der befragten Schulen eine Rolle spielt und in welcher Form bereits Interventionen stattgefunden haben.

Gleichfalls stehen hierbei auch entsprechende Mittagsangebote im Fokus, die für Ganztagschulkinder, Randstundenkinder oder auch Schulkinder, die nach dem regulären Unterricht die Schule verlassen und gegebenenfalls eine Mahlzeit nachfragen, offeriert werden.

Frage 9: Was ist im Bezug auf Wellnesserziehung wünschenswert? Woran scheitert die Umsetzung?

Die Frage 9 sammelt Wünsche und Äußerungen der Schulleiter zum Thema Wellness. Hierbei sollen entweder die freiwilligen, unbewussten Anmerkungen als auch konkret erfragte Aspekte notiert werden. Die Schulleiter sollen die Möglichkeit haben, einmal unabhängig von finanziellen oder personellen Limitierungen ihre Gedanken und Vorstellungen zur Umsetzung von Wellness-Aktivitäten zu formulieren. Erst im Anschluss soll die Problematik der Umsetzung diskutiert werden.

Ziel der Fragestellung ist es, das Kreativitätspotenzial und die Phantasie der verantwortlichen Schulleiter in Erfahrung zu bringen und so erste Schlüsse zu erlauben, ob die Veränderungsfähigkeit von Schulen eher an Rahmenbedingungen oder an mangelnden Visionen scheitert.

Frage 10: Ihre Einschätzung: Was nehmen die Schüler aus der Gesundheitserziehung mit nach Hause?

Bildung und Erziehung in der Schule haben stets zwei Betrachtungsseiten: die Sicht der Schüler und die Sicht der Pädagogen. Mag sich diese Anschauung oftmals decken, so differiert sie allerdings in vielen Fällen auch. Die Frage 10 soll auf der Basis der in der quantitativen Erhebung gewonnenen Daten die Sichtweise der Pädagogen aufzeichnen und mit den Schülerdaten vergleichen.

Frage 11: Sind Ihnen weitere Gesundheits- und Wellness-Konzepte bekannt?

Gesundheits- und Wellnesserziehung nehmen im erziehungswissenschaftlichen Kontext eine feste Rolle ein. Auch im Umfeld schulischer Erziehung wird Gesundheit gegenwärtig vielseitig dargestellt und findet gerade derzeit eine hohe mediale Berücksichtigung.

Für die Erhebung ist es von Interesse, ob die verantwortlichen Schulleiter, seien sie nun OPUS-Schulleiter oder Leiter einer Schule ohne Gesundheitskonzept, sich mit anderen Formen der Umsetzung von Gesundheit und Wellness in der Schule befassen und dies gegebenenfalls auch im Kollegium positiv diskutieren können.

6.5.3 Begründung des Leitfadens für die Eltern-Interviews

Zur Ergänzung der quantitativen Daten der Schüler wurden neben den Schulleiterinterviews Befragungen von Elternteilen in die Erhebung einbezogen. Diese Interviews sollten eine Außensicht der schulischen Gesundheits- und Wellnesserziehung zuzüglich des entsprechenden Transfers aufnehmen. Die Übertragung von Gesundheitsbildung soll besonders auf die Familie wirken, dortige Gewohnheiten hinterfragen und unter Umständen verändern. Somit sind Eltern die idealen Evaluationspartner, um die Transferkompetenzen und -bemühungen reflektieren zu können.

Die Stichprobe wurde durch die Auswahl einer OPUS-Grundschule begrenzt. Dort wurden per Zufallsauswahl zwölf Eltern ausgewählt und bezüglich der Bereitschaft zu einem Interview angesprochen. Acht Eltern erklärten sich daraufhin bereit, an der Befragung teilzunehmen. Sämtliche Elternteile waren mit Interviewsituationen bis zu diesem Zeitpunkt nicht konfrontiert gewesen, sodass die Interviewdurchführung hinsichtlich der Fragen und der Befragungssituation angemessen abgestimmt werden musste.

Alle Interviewpartner waren mit einer Tonbandaufzeichnung einverstanden, die im häuslichen Umfeld durchgeführt wurde. Die vollständige Transkription wurde ohne dialektische und gefühlsbedingte Feinheiten durchgeführt, da regionale und emotionelle Aspekte für die Aussagekraft der Daten unerheblich waren.

Ebenso wie bei den Schulleitern wurde der Befragung der Eltern ein Leitfadeninterview zugrunde gelegt, das sich in einen allgemeinen und einen Gesundheits-/Wellnessbereich differenzierte. Die allgemeinen Fragen wurden zu Beginn abgefragt, anschließend die weiterführenden Fragen im freien Gespräch abgedeckt.

Die Fragen des Leitfadens werden im Folgenden detaillierter begründet:

Allgemeiner Teil:

Der einleitende Teil erfragt statistische Daten der interviewten Eltern. Hierbei geht es um das Alter, den Beruf, den Beruf des Partners und die Anzahl der Personen im Haushalt. Das Alter und der Beruf sind als einfache Einstiegsfragen, um ein Gefühl für die Befragung zu entwickeln. Die Auskunft über den Beruf des Partners soll einen ersten Aufschluss über die Sozialstruktur des Haushaltes geben: Wieviel Einkommen steht potenziell zur Verfügung? Welcher Bildungshintergrund besteht?

Die Anzahl der Personen im Haushalt gibt Rückschluss über die familiären Sozialstrukturen. Sind die Eltern mit der Erziehung mehrerer Kinder konfrontiert? Beeinflusst sich die schulische Erziehung der Geschwisterkinder untereinander? Fokussiert sich die Bildungsarbeit auf ein Einzelkind?

Die Strukturen der befragten Familien ließen sich in unbegrenzter Form analysieren. Für die vorliegende Evaluation sollen diese Aspekte jedoch nur sekundär von Bedeutung sein.

Gesundheit / Wellness Frage 1: Was verbinden Sie mit dem Begriff „Gesundheitserziehung“?

Mit der Einstiegsfrage des weiterführenden Bereichs soll das Gesundheitsverständnis der Eltern abgerufen werden. Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheitserziehung soll die Befragten zum Erzählen anregen, soll Einstellungen, Erfahrungen und Ideen abrufen.

Dabei sollen alle Quellbereiche abgefragt werden: wissenschaftlich begründete genauso wie tradierte oder medial-populäre. Aus dem vielfältigen Datenpotenzial soll ein Bild der gesundheitserzieherischen Anschauung der befragten Eltern gezeichnet werden. Dieses nimmt eine wesentliche Rolle bei der Transferleistung der Gesundheitsbildung der eigenen Kinder ein. Mit welchem Gesundheitsverständnis begegnen Eltern den Kompetenzen des Nachwuchses?

Frage 2: Kennen Sie den Begriff „Wellness“?

Wellness bezeichnet in der Öffentlichkeit einen nicht eindeutig definierten und daher umso weitläufigeren Begriff. Neben der körperlichen Ertüchtigung und der angemessenen Entspannung gehören hierzu Kosmetik und Schönheit sowie ausgewählte Ernährung (vgl. Kap. 3.2, S. 54).

Die Frage soll ergänzend zu Frage 1 Differenzierungen zum Gesundheitserziehungsbegriff herausstellen. Werden Gesundheit und Wellness gleich beurteilt oder existieren unterschiedliche Definitionen, unterschiedliche Wertigkeiten?

Frage 3: Kennen Sie den Begriff „OPUS“?

Da alle Probanden der Elternbefragung einer OPUS-Schule entstammen, ist die Ausgangslage zur Beantwortung für alle Befragten gleich. Es gilt daher zu evaluieren, in welcher Form das Konzept seitens der Schule an die Eltern herangetragen wird, sei es auf direktem Weg über Gespräche oder Elternabende oder auf externe Weise, indem über die Tagespresse oder über Elternbriefe und Aushänge informiert wird.

Die besondere Bedeutung eines Gesundheitskonzeptes auf die Gesundheits- und Wellnesserziehung gilt es unter anderem in dieser Arbeit herauszustellen. Gleichwohl kann die Informationspolitik der betreffenden Schulen überprüft werden.

Frage 4: Werden Sie durch die Schule über das Erziehungsangebot bezüglich des Themas Gesundheit informiert?

Gesundheitsorientierte Aktivitäten finden, wie bereits im Teil I erläutert, in vielfältiger Weise statt. Ebenfalls deutlich herausgestellt wurde die Notwendigkeit, dass die entsprechenden Bildungsinhalte in Abstimmung mit dem Elternhaus erfolgen (Kap. 1.6, S. 26). Diese in der Theorie sehr lobenswerte und gleichsam notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitserziehung gilt es in der Praxis zu untersuchen. Die Frage 4 versucht somit den Informationstransfer von der Schule zum Elternhaus zu beleuchten.

Frage 5: Werden Sie von der Schule in die Gesundheitserziehung mit einbezogen?

Die Frage 5 geht über den Inhalt der vorhergehenden Frage noch hinaus. Es geht nicht mehr nur um Information sondern um Kooperation und Mitwirkung. Die Gestaltung von Gesundheitsbildung kann sowohl in der Schule als auch im Elternhaus stattfinden. Eine wichtige Basis dafür ist jedoch das gemeinsame Handeln. Eltern können an schulischen Aktivitäten teilnehmen oder sie planerisch unterstützen. Gleichwohl kann die Schule gemeinsam mit Eltern die häusliche Gesundheitserziehung optimieren.

Schulen, die nach einem Gesundheitskonzept handeln, sollten eine klare Vorstellung von Kooperationsmöglichkeiten mit den Elternhäusern haben. Dies soll im Rahmen der Frage 5 erörtert werden.

Frage 6: Wie bewerten Sie die Aktivitäten der Grundschule Ihres Kindes hinsichtlich der Gesundheits- und Wellnesserziehung?

Die Frage 6 setzt idealerweise eine positive Beantwortung der Fragen 4 und 5 voraus. Eine aktive und kooperative Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus lässt eine intensive und vielschichtige Reflexion bezüglich der Gesundheits- und Wellnessaktivitäten zu.

Trotzdem ist natürlich auch eine Bewertung zulässig, wenn die Zusammenarbeit nicht von Fruchtbarkeit gekennzeichnet ist. Allerdings heißt dies nicht gleichbedeutend, dass diese Situation von den Eltern negativ bewertet wird, denn gesundheitsorientiertes Handeln wird nicht von allen Eltern als gleich wichtig angesehen.

Frage 7: Hat sich Ihr Kind im Verlauf der Grundschulzeit bezüglich seines Bewegungsverhaltens verändert?

Reflektierend auf die bis zum Evaluationszeitpunkt nahezu dreieinhalb Grundschuljahre soll ermittelt werden, ob und in welcher Form sich das Verhalten bezüglich Bewegungsfreudigkeit und Häufigkeit von Sportaktivitäten verändert hat. Aus den Angaben der Eltern soll ermittelt werden, ob sich eine Veränderung aufgrund der schulischen Angebote ergeben hat.

Einen direkten Zusammenhang in dieser Hinsicht zu ermitteln, ist sicherlich sehr schwierig. Möglicherweise wird jedoch im Rahmen der Interviews durch die Eltern selbst ein solcher Bezug hergestellt.

Frage 8: Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Ernährungsverhaltens verändert?

Einen sehr interessanten Hintergrund bietet die Frage, ob und inwieweit sich die Ernährungsgewohnheiten der Schüler verändert haben. Es steht nach den Erläuterungen aus Teil I außer Frage, dass das Elternhaus maßgeblich am Ess- und Trinkverhalten seiner Kinder beteiligt ist. Sein Einfluss ist hierbei gegenüber der Schule größer als in jedem anderen Gesundheitsbereich.

Sollten sich im Rahmen der Evaluation nun Veränderungen bemerkbar machen, können diese auf unterschiedliche Weise interpretiert werden. So kann durchaus eine intensive Ernährungsbildung in der Schule zu einer so starken Bewusstseinsänderung bei einem Kind führen, dass es diese auf den Familienalltag überträgt.

Frage 9: Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Entspannungs- und Ruheverhaltens verändert?

Ausruhen, das Zurückfahren des Aktionstempos und das Finden eines Alltagsrhythmus stellt eine Kompetenz dar, die erlernt werden muss. Diese Fertigkeit kann sowohl im Elternhaus als auch in der Schule angeeignet werden. So ist es von Interesse, ob die Schule, die maßgeblich an der psychischen und physischen Belastung eines Kindes beteiligt ist, auch für das Erlernen von Ruhe und Entspannung Sorge trägt.

Daher soll mit der Frage 9 ermittelt werden, ob sich die vom Elternhaus aus gelegten Ruhegewohnheiten im Laufe der Grundschulzeiten einer Veränderung unterzogen haben.

Frage 10: Hat sich Ihr Kind im Verlauf der Grundschulzeit bezüglich seines Körperpflegeverhaltens verändert?

Die Grundlagen der Hygiene und Körperpflege werden im Elternhaus gelegt. Für die Schule ist es schwierig, das sensible Thema weiterzuführen und in kritischen Zuständen eine Intervention herbeizuführen.

Jedoch bedeutet Körperpflege mehr als nur Hygiene und Sauberkeit. Das Entdecken des eigenen Körpers, die Fähigkeit ihm etwas gutes zu tun und vielfältige Wellness-Angebote auszuprobieren, müssen einem Kind näher gebracht werden. Dies kann oftmals nicht das Elternhaus leisten, hier ist die Schule gefragt. Somit ist es von Interesse, ob sich das verstärkte Angebot auf das Elternhaus überträgt.

Frage 11: Hat sich durch die Gesundheitserziehung in der Schule in Ihrer Familie etwas verändert? Hat das Verhalten Ihres Kindes Wirkung in der Familiengemeinschaft erzeugt?

Frage 11 dient als Kontroll- und Ergänzungsfrage. Sie soll die Interviewten noch einmal zum Rekapitulieren ihrer Informationen anregen. Möglicherweise sind zu diesem Zeitpunkt noch Aspekte unerwähnt geblieben, die sich nicht an den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Körperpflege festmachen lassen.

Frage 12: Hat sich durch die Wellnesserziehung in der Schule in Ihrer Familie etwas verändert? Hat das Verhalten Ihres Kindes Wirkung in der Familiengemeinschaft erzeugt?

Die Frage 12 stellt eine besondere Erweiterung der vorhergehenden Frage dar. Die Reflektion über Gesundheitserziehung wird erweitert auf Gesundheitsförderung und Wellness. Die Befragten sollen überdenken, ob sich die an der Schule vermittelten Wellness-Inhalte auf das Alltagsleben der Familie auswirken und gar ihre wohlbefindenssteigernde Wirkung von den Eltern übernommen wird. Dies setzt selbstredend voraus, dass wellnessorientierte Aspekte zuvor in der Grundschule thematisiert worden sind.

Frage 13: Welche Wünsche und Anregungen haben Sie zur Gesundheitserziehung in der Grundschule?

Die Frage zielt auf vorhandene gesundheitserzieherische Kenntnisse der Eltern ab, die sie in der Schule nicht verwirklicht sehen oder kritisch betrachten. Möglicherweise ergeben sich aus den Angaben der Interviewten Rückschlüsse darauf, warum mögliche Anregungen der Elternhäuser in der Schule keine Umsetzung finden.

Die Fragestellung ist bewusst offen gehalten, um den Befragten möglichst viele Optionen frei zu halten und auch bei Bedarf das Verhältnis zur Schule einzubringen.

Frage 14: Welche Wünsche und Anregungen haben Sie zur Wellnesserziehung in der Grundschule?

Wellness geht im Bewusstsein vieler Menschen über die Gesundheitsinhalte der Schule hinaus. Die Verbindung von Wellness und Schule bedeutet in der Fragestellung daher sicher für einige Befragte einen neuen Zusammenhang, mit dem sie sich auseinandersetzen müssen. Die Frage soll deswegen neue Gedanken und Ideen freilegen und diese im Zusammenhang mit dem Handlungsfeld hinterfragen.

Frage 15: Wie helfen Sie Ihrem Kind bezüglich der Gesundheitserziehung?

Die Bedeutung des Elternhauses für die erfolgreiche Gesundheitserziehung ist hinreichend beschrieben worden. Unabhängig davon, ob gesundheitsrelevante Inhalte in der Schule thematisiert werden oder nicht: das Elternhaus legt grundlegende Fundamente und setzt die Rahmenbedingungen für das tägliche Gesundheitshandeln.

Die Eltern sind demnach maßgeblich dafür verantwortlich, ihre Kinder bei der Entwicklung der genannten Kompetenzen zu unterstützen. Die Frage 15 soll diese Aktivitäten evaluieren. Was bezeichnen die Befragten als gesundheitserzieherische Unterstützung und in welcher Form bieten sie sie an?

Frage 16: Wie helfen Sie Ihren Kindern bezüglich der Wellnesserziehung?

Auch diese Frage soll ebenfalls an den Einfallsreichtum der Eltern appellieren. Welche Wellness-Angebote nehmen die Befragten mit ihren Kindern wahr? Welche theoretischen Inhalte vermitteln die Eltern als wichtig und erstrebenswert weiter? Nicht immer stehen die Ressourcen zur Verfügung, um die vielen Wellness-Angebote wahrnehmen zu können. Gerade hier ist es jedoch wichtig, deren Wertigkeit und Sinn zu verdeutlichen, um die Kinder dahin zu bringen, Wellness-Aktivitäten in Zukunft anzunehmen.

Frage 17: Hat sich in Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändert, seit Sie Kinder haben?

Einen wichtigen Reflexionspunkt stellt die Frage dar: inwieweit kann sich das Gesundheitsverhalten noch bei Erwachsenen verändern, sobald sie Verantwortung für Kinder haben. Auch wenn auf den ersten Blick kein direkter Zusammenhang mit dem Transfer von schulischer Gesundheits- und Wellnesserziehung zu erkennen ist, haben Kinder durch ihren unausgesprochenen Anspruch auf ein

gesundes Umfeld und die gesundheitsbedingten Fragen, die sie aus der Schule mit nach Hause bringen, einen maßgeblichen Einfluss auf das Verhalten der Eltern.

6.6 Gütekriterien

Die empirischen Untersuchungen dieser Arbeit haben sich den Ansprüchen wissenschaftlicher Gütekriterien zu unterwerfen. Die ermittelten Daten haben sich auf belegte Begründungen zu stützen. Wissenschaftliches Arbeiten verbietet unbegründete Behauptungen und Phantasiegerüste. Zu diesem Zwecke ist es forschungspraktischer Konsens, empirische Erhebungen nach den Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität zu messen.

6.6.1 Objektivität

Objektivität bezeichnet demnach „die Unabhängigkeit einer Messung von den Personen, die das Messinstrument anwenden“ (Abel, Möller und Treumann 1998, S. 70f.). Unter gleichen Bedingungen soll daher von verschiedenen untersuchenden Fachleuten ein übereinstimmendes Erhebungsergebnis erzielt werden können. Die vorliegende Untersuchung wurde deshalb in enger Abstimmung mit Wissenschaftlern der Universität Bielefeld erarbeitet. Bei den einzelnen Erhebungen in den Schulen wurde zudem darauf geachtet, dass in allen Fällen die gleichen Verfahrensinstruktionen gegeben und annähernd gleiche räumliche und zeitliche Erhebungsrahmen hergestellt wurden, sodass eine einheitliche Ausgangssituation für alle Durchführenden geschaffen wurde.

Gleiches gilt für die Befragten der Untersuchung. Sowohl die Fragebögen als auch die Interviewleitfäden sind so zu gestalten, dass alle Probanden bezüglich der Fragen gleiches Verständnis erzielen. Auch dieser Punkt erfordert wiederum eine sorgfältige Abstimmung der Messinstrumente.

6.6.2 Reliabilität

Die Reliabilität einer Erhebung bezeichnet „die Reproduzierbarkeit einer Messung mit einem Untersuchungsinstrument unter gleichbleibenden Bedingungen“ (ebd.). Dies bedeutet, dass eine Erhebung, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wird, das identische Ergebnis erzielen muss.

Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes für die Probanden war eine wiederholte Durchführung der vorliegenden Untersuchung nicht möglich. Die nachzuweisende Zuverlässigkeit der Erhebung wurde durch eine sorgfältige Datenerhebung sichergestellt. Die Fragen wurden dergestalt konzipiert,

dass sie unabhängig von Zeit und Ort annähernd gleiche Werte beim selben Probanden erzielen konnten.

6.6.3 Validität

Die Validität kennzeichnet die Gültigkeit einer Erhebung und bezeichnet „den Grad, mit dem das Erhebungsinstrument dasjenige Merkmal der Untersuchungseinheit charakterisiert, das erfasst werden soll“ (ebd.). So sagt die Validität aus, dass tatsächlich das gemessen wird, was auch gemessen werden soll. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass besonders die Validität Einfluss auf die Aussagekraft einer Erhebung bezüglich des theoretischen Hintergrundes hat (vgl. Walter 1977, S. 61), da bereits in zwei verschiedenen Schulen Unterschiede bezüglich Unterrichtsinhalten und Lehrmitteln bestehen können und somit die Validität eines gemeinsam verwendeten Erhebungsinstruments eingeschränkt sein kann. Daher ist nochmals deutlich darauf hinzuweisen, dass die ermittelten Daten und die daraus zu ziehenden Schlüsse auf die Stichprobe zu begrenzen sind.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Validität zum einen dadurch Genüge getan, dass die Erhebungsinstrumente durch sorgsame Abstimmung mit Wissenschaftlern geprüft wurden und zum anderen Pretests durchgeführt wurden (vgl. Kap. 1.4.2, S. 95). Diese Tests ließen hinreichende Schlüsse zur Verständlichkeit und Gültigkeit der einzelnen Fragen zu. Problematische Fragestellungen konnten so angemessen korrigiert oder umgestaltet werden.

6.7 Untersuchungsdesign und Zeitplan

Abschließend soll in zusammenfassender Form der vollständige Zeitplan des Forschungsprojektes dargestellt werden. Dabei werden die einzelnen Forschungsabschnitte, die Art ihrer Durchführung sowie die entsprechenden zeitlichen Dimensionen verdeutlicht.

Zeitraum	Forschungsabschnitt	Art der Durchführung
Juli 2005	Strukturaufbau	Expertengespräche, konzeptionelle Arbeit

Juli 2005 - November 2006	Analyse des theoretischen Hintergrundes	Literaturrecherche, Internetrecherche, Expertengespräche
Juni 2006	Entwicklung und Standardisierung der Pretest-Erhebungsinstrumente	
Juli 2006	a) Durchführung und Revision des Pretests b) Standardisierung der Erhebungsinstrumente für die Hauptuntersuchung c) Information der Eltern	a) Testlauf mit 12 Schülern b) Abgleich mit den Pretest-Resultaten und entsprechende Überarbeitung c) Elterninformation für alle teilnehmenden Schulen
August 2006	Hauptuntersuchung	Standardfragebogen in 6 OPUS-Schulen und 6 Kontrollschulen als Querschnittsuntersuchung
August 2006	Befragung der Schulleiter	Leitfadeninterviews während der Hauptuntersuchung
August - September 2006	Datenaufbereitung	Erfassung der Daten mit Grafstat und SPSS
Oktober 2006 – März 2007	Auswertung	Auswertung der quantitativen Daten mittels Grundauswertung und Kreuztabellen Auswertung der Schulleiterinterviews
Juni - Juli 2007	Befragung der Eltern	Leitfadeninterviews mit 8 Eltern und anschließende Auswertung

August 2007 - Mai 2008	Dokumentation	Verschriftlichung der Forschungsarbeit
------------------------	---------------	--

Abb. 17: Verlaufsplan der Untersuchung

7 Auswertung der quantitativen Befragung

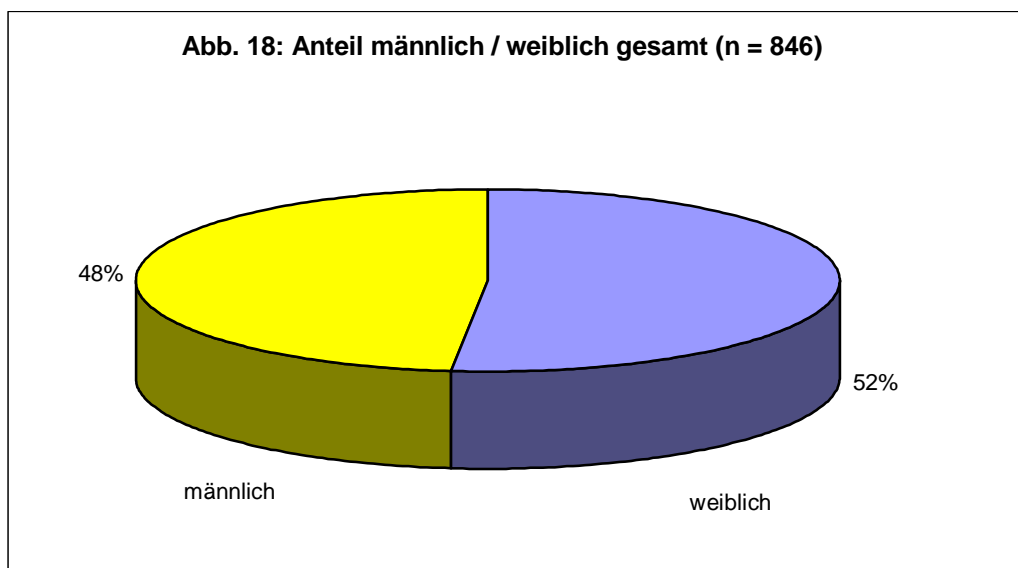
Die quantitativen Daten der Erhebung wurden mit zwei Statistikprogrammen bearbeitet. Die Erfassung der Rohdaten für die Grundausswertung erfolgte mittels Grafstat 2006, das sich ausgezeichnet für eine Grunddatenverarbeitung eignet. Um die weiteren Daten in Kreuztabellen in entsprechende Beziehungen zu setzen, wurde auf SPSS 14 zurückgegriffen, in das die Rohdaten konvertiert wurden.

Nachfolgend werden die Grundausswertungen der 40 Fragen des Erhebungsbogens detailliert dargestellt und diskutiert. Dabei werden die in Kapitel 1.5.3.2 genannten Rubriken Bewegung, Ernährung, Entspannung und Hygiene differenziert betrachtet.

7.1 Bereich 1: Allgemeines

Frage 1: männlich / weiblich

Die Frage wurde von 846 der 850 befragten Personen beantwortet. Davon waren 410 Probanden männlich (48 %) ⁹¹ und 436 weiblich (52 %). Die Verteilung im Rahmen der OPUS-Schulen und der Kontrollgruppe zeigte die gleichen Werte. Ähnliches gilt bei der Untersuchung der beiden Kreise Gütersloh und Lippe.



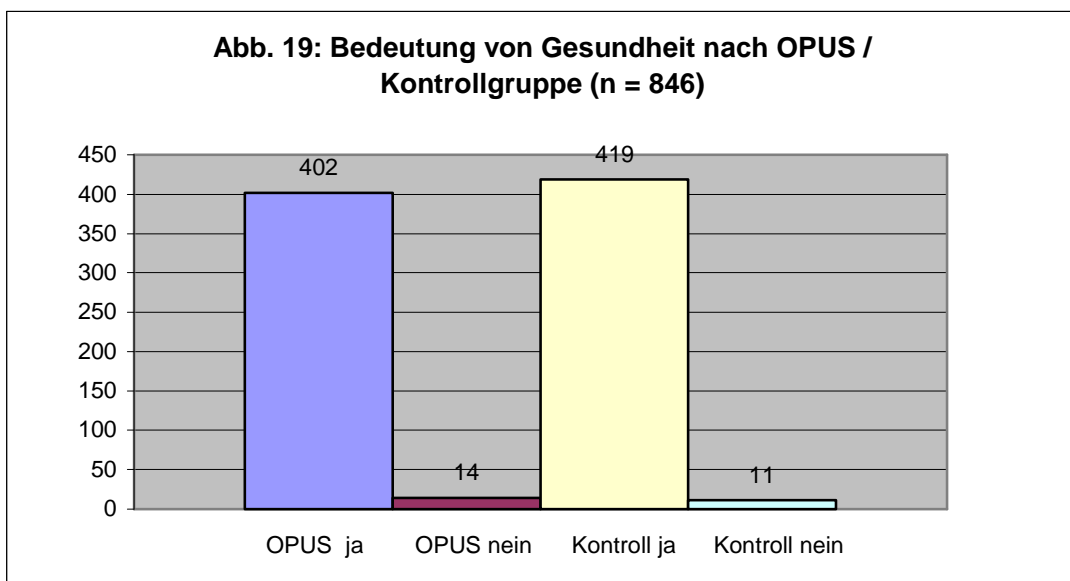
⁹¹ Die angegebenen Prozentwerte der quantitativen Erhebung sind auf eine Nachkommastelle auf- bzw. abgerundet.

Das Thema Gesundheits- und Wellnesserziehung wird also in der vorliegenden Untersuchung von zwei annähernd gleichstarken Geschlechtergruppen repräsentiert. So darf angenommen werden, dass die gewonnenen Daten sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen für aussagekräftige Ergebnisse verwendet werden können.

Frage 2: Ist Gesundheit für dich sehr wichtig oder eher unwichtig?

Die Frage nach der Bedeutung von Gesundheit wird von der überwiegenden Zahl der Probanden positiv bewertet. Allein 821 (97%) Antworten bestätigen dies. Lediglich 25 Schüler antworten negativ. Die Werte repräsentieren die positive Einstellung, die Kinder gegenüber der Gesundheit hegen. In jungen Jahren sind sie noch nicht in dem Maße gesundheitsgefährdenden Faktoren ausgesetzt, wie dies für Jugendliche oder Erwachsene gilt. Somit ist gesundheitsorientiertes Handeln als Normalzustand anzusehen.

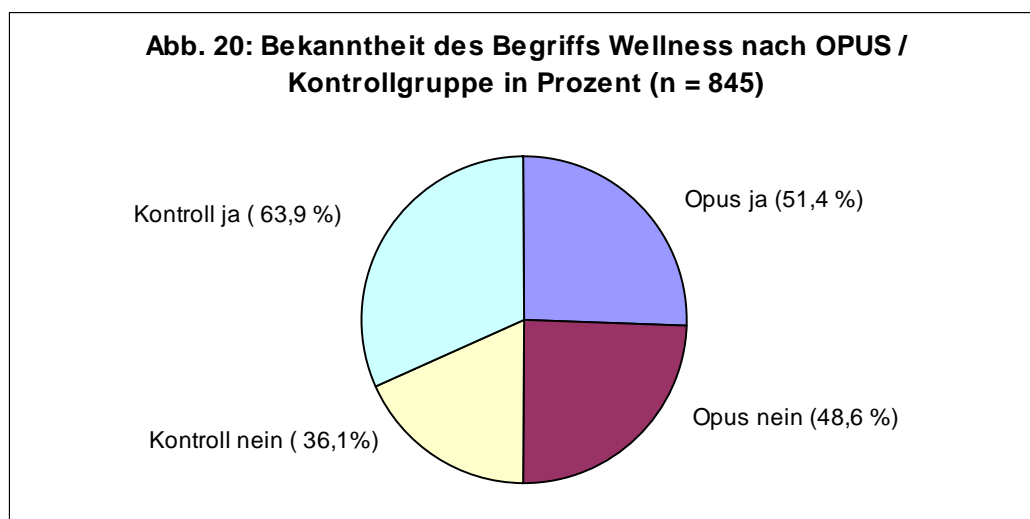
Die Verteilung der Antworten verläuft auch in der Betrachtung der beiden Kreise analog. Das gleiche Bild zeigt sich bemerkenswerterweise auch bei der Unterscheidung der OPUS-Schulen und der Kontrollschulen. Trotz eines ausgeprägten Gesundheitskonzepts (vgl. Kap. 5.3, S. 81) der OPUS-Schulen liefern die Kontrollgruppen ein gleich hohes Ergebnis (Abb. 19). Somit scheint für die Grundhaltung zur Gesundheit nicht entscheidend zu sein, ob eine Schule ein Gesundheitskonzept vertritt oder nicht. Möglicherweise liegt dies darin begründet, dass diese Grundhaltung nicht erst in der Schule erwirkt wird, sondern bereits im Elternhaus. Denkbar ist auch, dass die Bajahung der Gesundheit zum Ausgangskonzept jeder Grundschule gehört.



Frage 3: Kennst du den Begriff „Wellness“?

Der Wellness-Begriff ist 488 befragten Schülern (57,8%) bekannt. Angesichts der Omnipräsenz von Wellness im Medien- und Konsumbereich (vgl. Kap. 3.3) ist dieser Wert eher als niedrig zu bezeichnen. Zwar wurde bereits darauf hingewiesen, dass Wellness-Angebote für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche nur unzureichend vorhanden sind (vgl. Kap. 3.5), jedoch finden sich zahlreiche Konsumartikel im täglichen Gebrauch, die den Zusatz „Wellness“ tragen (vgl. Kap. 3.6), die von Schülern erkannt und verwendet werden.

Betrachtet man im Rahmen der Erhebung die Verteilung der Antworten nach OPUS-Schulen und Kontrollschulen, werden deutliche Unterschiede offenbar. So geben lediglich 214 OPUS-Schüler an, den Begriff Wellness zu kennen, dies entspricht 51,4 %. Die gleiche Frage beantworten jedoch 63,9 % der Kontrollschüler (274 Antworten) positiv.



Auch wenn, wie in der Erläuterung der Fragestellungen erwähnt, mit der Frage nicht das Ausmaß des Wellness-Vorwissens belegt werden kann, so kann sie sehr wohl den Bekanntheitsgrad von Wellness ermitteln. Insofern verwundert es schon, dass ein Gesundheitsprogramm, das neben der Gesundheitserziehung auch beispielsweise das Stressmanagement thematisiert (vgl. Kap. 5.3), eine so niedrige Rückmeldung zur Begriffsfrage erzielt.

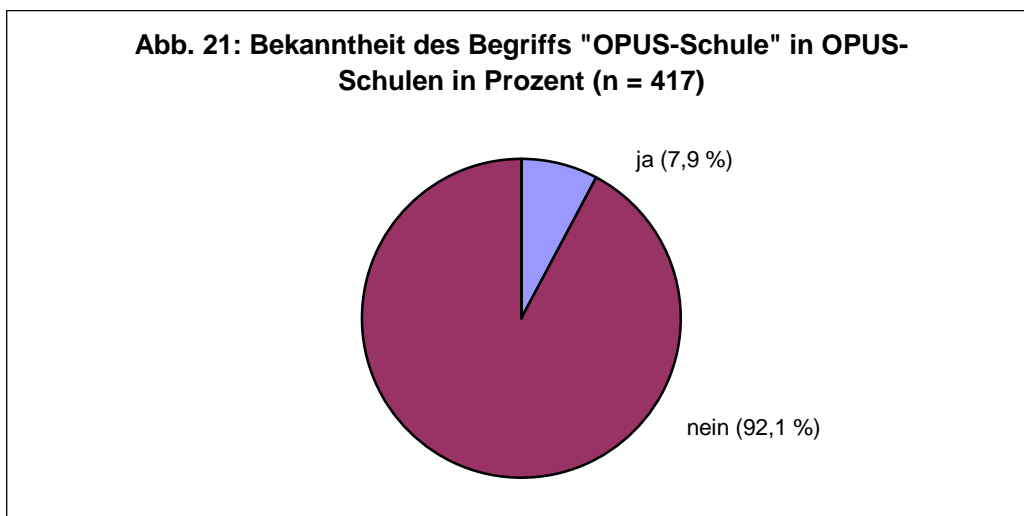
Betrachtet man die regionale Aufteilung der OPUS-Antworten, lassen sich erste Rückschlüsse ziehen. Während 110 der befragten OPUS-Schüler (61,5 %) aus dem Kreis Lippe mit dem Begriff Wellness etwas anfangen können, wird eine positive Antwort nur von 104 Gütersloher Schülern (43,9 %) erteilt.

So wird bei der Frage 3 ein besonderes Defizit der Gütersloher OPUS-Schulen offenkundig, das allerdings gleichzeitig zeigt, dass das Konzept im Kreis Lippe einen Wert deutlich über dem Kreischnitt erzielen kann.

Frage 4: Kennst du den Begriff „OPUS-Schule“?

Die Frage nach dem Bekanntheitsgrad des Begriffs OPUS-Schule ist im Rahmen der Erhebung selbstverständlich vornehmlich für die am Konzept teilnehmenden Schulen konzipiert. Fast ausnahmslos pflegen diese Schulen einen regelmäßigen Schriftverkehr mit den Elternhäusern, in dem unter anderem das Thema OPUS erläutert und aktualisiert wird. Zudem wird in der Mehrzahl der evaluierten Schulen innerhalb des Gebäudes der Begriff OPUS über Aushänge oder Plakate dokumentiert.

Umso mehr überrascht die Auswertung der Daten. Lediglich 33 OPUS-Schüler geben an, den Begriff OPUS-Schule zu kennen, was gerade 7,9 % der Befragten ausmacht. Somit ist gerade einmal jedem zwölften Schüler das Gesundheitskonzept seiner Schule mit dem Namen bekannt.



Der niedrige Wert unterscheidet sich regional nur wenig. Im Kreis Lippe haben 7,1 % und im Kreis Gütersloh 8,4 % der OPUS-Schüler die Frage 4 mit Ja beantwortet.

Somit scheint es hinsichtlich der Präsenz von OPUS in den betreffenden Schulen Defizite zu geben. Zwar wird der Begriff in den Institutionen und gegenüber den Eltern dokumentiert, den Schülern bleibt er jedoch in den überwiegenden Fällen verborgen. Aufschlüsse bezüglich der Kenntnisse der

OPUS-Schüler hinsichtlich gesundheits- und wellnesspädagogischer Inhalte werden sich in der Auswertung der noch folgenden Fragen zeigen. Jedoch sind die daraus evaluierten Erkenntnisse auch stets unter der Prämisse zu bewerten, dass die Kinder innerhalb eines Konzepts handeln, dessen Name ihnen weitgehend unbekannt ist.

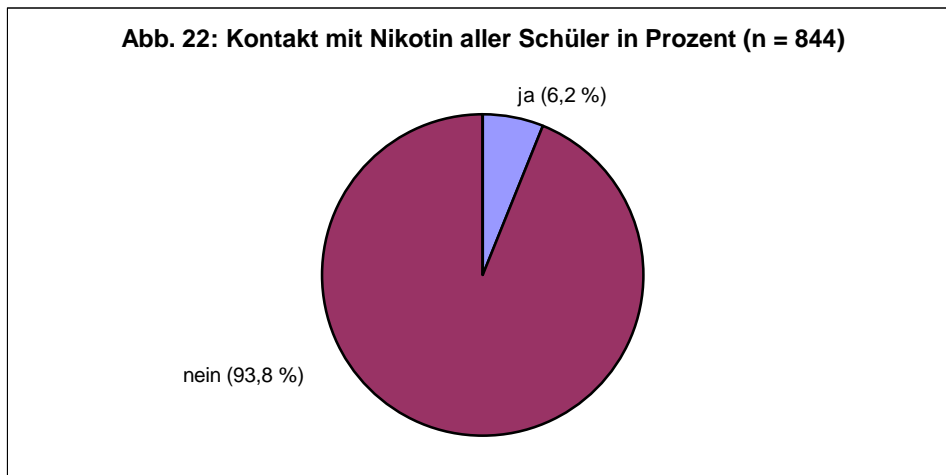
Außerhalb der OPUS-Schulen verfügt das Konzept verständlicherweise über einen deutlich geringeren Bekanntheitsgrad. Lediglich 12 von 415 Schülern der Kontrollgruppe (entspricht 2,9 %) ist der Begriff OPUS bekannt. Somit darf angenommen werden, dass das Programm über die OPUS-Schulen hinaus noch keinen Erkennungswert gegenüber den Kindern und Jugendlichen erlangt hat. Allerdings darf dieses auch nicht vorausgesetzt werden, da die OPUS-Kampagne nicht auf die Zielgruppe der Schüler ausgerichtet ist, sondern eher auf den interessierten erwachsenen Entscheidungsträger.

Frage 5: Hast du schon einmal geraucht?

In den Begründungen der Fragestellungen wurde auf Seite 98 ausführlich auf die Problematik des Tabakrauchens von Kindern hingewiesen. Die alarmierenden Zahlen der jugendlichen Raucher lassen darauf schließen, dass durchaus bereits Kinder im Grundschulalter zur Zigarette greifen. Die bisher kaum vorliegenden Daten sollen daher mit der Frage 5 erweitert werden.

Die Fragestellung ist bewusst allgemein gehalten, um sowohl regelmäßige Raucher als auch Kinder, die einmal das Rauchen ausprobiert haben, zu erfassen. Der Übergang von der Neugier zur Gewohnheit ist fließend, daher sollen alle Probanden erfasst werden, die bereits Kontakt mit Nikotin gehabt haben.

Bei der Auswertung der Fragebögen fiel auf, dass besonders diese Frage eine Reihe von Schülern vor Gewissenskonflikte gestellt hat. Trotz der anonymen Befragungssituation zeigten sich bei den Ja-Antwortfeldern mehrere Streichungen oder Radierungen, die durch eine Nein-Antwort ergänzt wurden. So darf durchaus mit einer gewissen Dunkelziffer an Schülern mit Nikotinerfahrung gerechnet werden.



Insgesamt geben 52 von 844 Schülern an, bereits Kontakt mit Rauchwaren gehabt zu haben. Auch wenn der Wert von 6,2 % auf den ersten Blick niedrig zu sein scheint, so ist in diesem Fall jeder Prozentpunkt bei Weitem zuviel. Erschreckend sind zudem Fragebogenkommentare von Schülern, dass beispielsweise Wasserpfeife geraucht wurde, also frei heraus noch methodische Ergänzungen angegeben werden.

Im Vergleich von OPUS- und Kontrollschulen lässt sich feststellen, dass die OPUS-Schulen im Bereich Nikotinkonsum besser abschneiden. 19 von 417 Schülern geben an, bereits geraucht zu haben (entspricht 4,6 %), bei den Kontrollschulen tun dies 33 von 427 Probanden (entspricht 7,8 %).

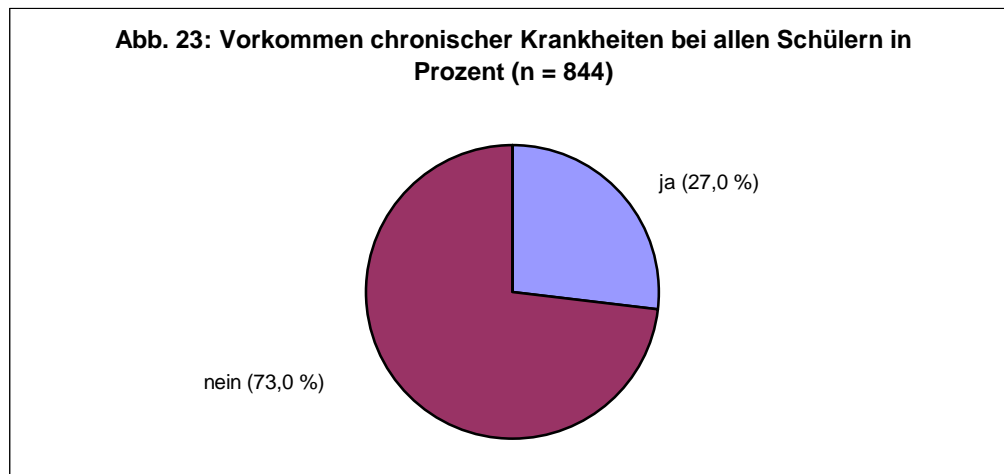
Da es regional zu annähernd gleichen Verteilungen kommt, darf angenommen werden, dass das Thema Rauchen in den OPUS-Schulen mit den Kindern intensiver diskutiert wird, so dass ein wirk-samerer Transfer stattfindet.

Frage 6: Hast du eine chronische Krankheit? (Allergie, Asthma, Neurodermitis usw.)

Die Beschäftigung mit chronischen Krankheiten ist - wie auf Seite 93 bereits erläutert - ein täglicher Umgang für die Betroffenen selbst und die Klassenkameraden geworden. Diabetiker, Asthmatiker und Allergiker sind in vielen Klassen nichts Ungewöhnliches mehr. In Kapitel 1.1 wird deutlich erwähnt, dass sich die chronischen Krankheiten rasant vermehren und im Alltag von Kindern keine Seltenheit mehr darstellen.

Die Ergebnisse der Erhebung bestätigen diese Vermutungen. Von 844 gültigen Antworten geben 228 Schüler (27 %) an, dass sie unter einer chronischen Krankheit leiden. Somit ist jeder vierte Schüler betroffen, etwa sieben bis acht Kinder pro Klasse. Diese Zahl zeigt einen bemerkenswerten

Zustand an. Die Frage betrifft nicht mangelndes oder fehlerhaftes Gesundheitsverhalten auf oberflächlicher Ebene, sondern ernsthafte Einschränkungen der Gesundheit und des Wohlbefindens bereits im Kindesalter.



Das Problem chronischer Krankheiten lässt sich nicht an Gesundheitskonzepten oder regionalen Unterschieden festmachen. In allen ausgewerteten Fällen kommen OPUS- und Kontrollschulen (27,7 % bzw. 26,3 %) genauso wie Lipper und Gütersloher Schulen (26,8 % bzw. 27,2 %) auf annähernd gleiche Werte.

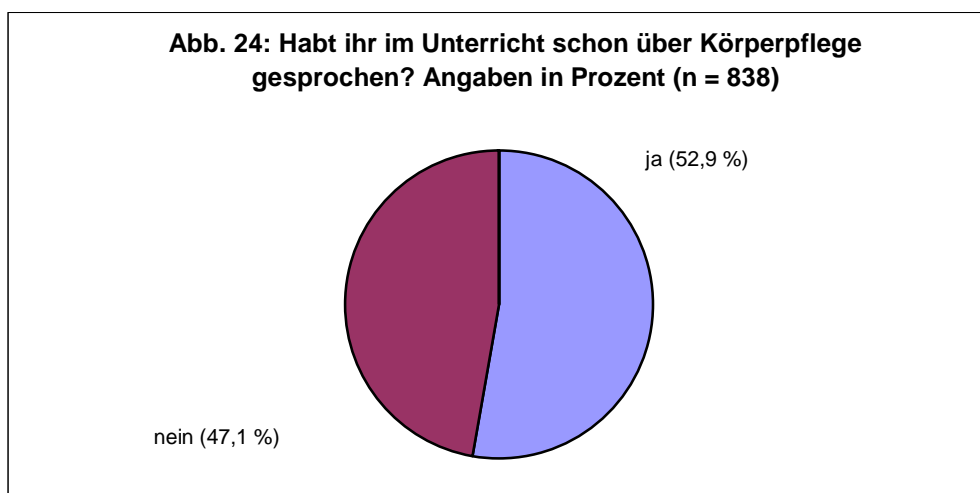
Gleichzeitig ist es aber nicht möglich, einem Gesundheitskonzept wie OPUS oder einer vermeintlich gesundheitsorientierten Region, wie sie der Kreis Lippe verkörpert (vgl. Kap. 4.7, S. 76), die Kompetenzen im Rahmen der Gesundheitserziehung oder -förderung abzusprechen. Die Disposition für chronische Krankheiten kann durch genetische Faktoren bedingt sein und gleichsam durch Umwelteinflüsse bereits in der frühen Kindheit erworben werden. Eine Evaluation, die Auskunft darüber gibt, welche Krankheiten ursächlich im Laufe der Grundschulzeit hinzugekommen sind, ist ebenso unrealistisch wie ein Bezug zwischen dem Auftreten der Krankheiten und der Gesundheitserziehung im Primarstufenunterricht.

Die vorliegenden Daten werden jedoch an späterer Stelle noch einmal in Beziehung zu weiteren Erkenntnissen zum Gesundheitsverhalten der Probanden gesetzt, um so genauere Schlüsse bezüglich des Gesundheitsverhaltens betroffener Kinder ziehen zu können.

Frage 7: Habt ihr im Schulunterricht schon über Körperpflege gesprochen?

Über die Sensibilität des Bereichs Körperpflege wurde bereits auf S. 99, ergänzend zu den theoretischen Ausführungen aus den Kap. 1.5 und 1.6, eingehender gesprochen. Fraglich ist sicherlich, ob diese empfindliche Behandlung der Sache gerecht wird. Schließlich gehört zum einen die Körperpflege zu einer elementaren Kulturtechnik, die nichts anrüchiges an sich hat und grundlegend erlernt werden muss. Zum anderen verbirgt sich hinter dem Begriff auch ein hoher wellnesorientierter Ansatz, dem Körperpflege und Hygiene auch hohe physische und psychische Entspannungs- und Reinigungswerte zuweisen.

Anscheinend offenbaren sich jedoch trotz der eindeutigen Verankerung des Themas im Lehrplan große Defizite im Umgang mit Unterrichtsinhalten hinsichtlich körperlicher und geistiger Reinigung. Von 838 Schülern, die die Frage beantworten, geben 395 und somit 47,1 % an, noch nicht im Unterricht über Körperpflege gesprochen zu haben.



Betrachtet man die Fragestellung im Vergleich der OPUS- mit den Kontrollschulen, so zeigen sich höchst überraschende Ergebnisse. Die Schüler der OPUS-Schulen geben lediglich zu 44,6 % an, im Unterricht über Körperpflege gesprochen zu haben. Die Kontrollschulen liefern mit 60,8 % Ja-Stimmen ein deutlich besseres Resultat.

Eine Erklärung für das schwache Abschneiden des OPUS-Konzeptes in diesem Punkt lässt sich auf den ersten Blick nicht finden. Eine detailliertere Betrachtung der regionalen Ergebnisse zeigt, dass die Lipper OPUS-Schulen mit 36,7 % positiven Antworten besonders schwach abschneiden. Die Gütersloher OPUS-Schulen erzielen mit 50,6 % noch ein Ergebnis, das im Schnitt der Gesamtgruppe liegt.

Vergegenwärtigt man sich die Ergebnisse der Kontrollgruppen, so liefern die Gütersloher Schulen mit 58,9 und die Lipper Schulen mit 62,4 % annähernd gleich hohe und überdurchschnittliche Werte.

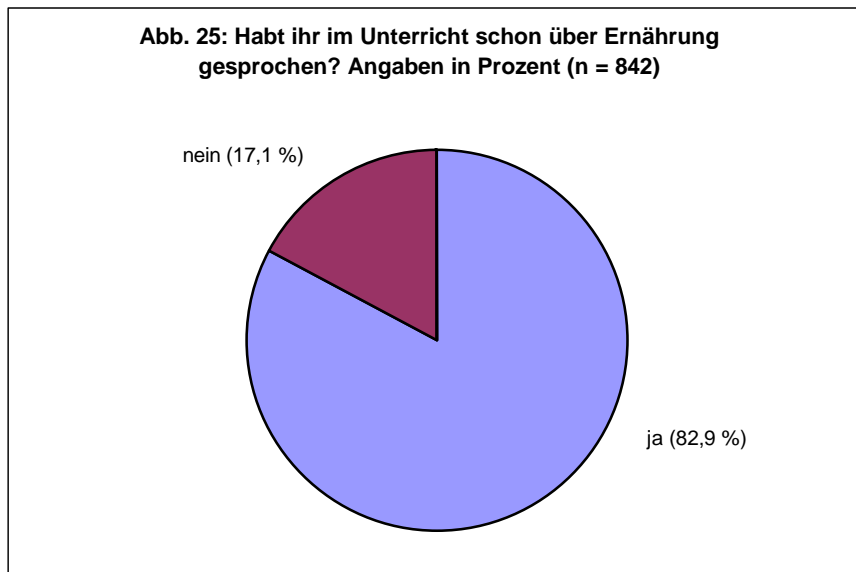
Die notwendige Differenzierung der Lipper OPUS-Schulen zeigt eine Schule, die mit 73,9 % sogar ein herausragendes Ergebnis erzielt. Zwei weitere Schulen erzielen allerdings mit 20,3 bzw. 26,9 % die niedrigsten Werte der Erhebung. Auch wenn das schwache Abschneiden sicherlich nicht auf das OPUS-Konzept zurückzuführen ist, so ist es dennoch bedenklich, dass die betroffenen Schulen trotz eines besonderen Gesundheitskonzeptes bei der Frage 7 derart schwach abschneiden.

Inwieweit jedoch trotz der Kommunikationsmängel Kompetenzen der Körperpflege und Hygiene in das Alltagsleben der Probanden transferiert werden, wird im weiteren Verlauf der Dokumentation noch hinterfragt.

Frage 8: Habt ihr im Schulunterricht schon über Ernährung gesprochen?

Kaum ein Gesundheitsthema beschäftigt und polarisiert derzeit so wie die Ernährungsprobleme der Menschen in Deutschland. Fälle von Übergewicht und Magersucht tauchen beinahe täglich in den Medien auf. Die Gesundheits- und Wellnesspädagogik hat sich der Ernährungsproblematik intensiv angenommen (vgl. Kap. 1.4 und 2.5) und Inhalte im Rahmen der Grundschullehrpläne im Fach Sachunterricht festgelegt (Kap. 1.6).

Nachzuprüfen ist nun, inwieweit die Lehrplaninhalte in der Schule thematisiert werden und schließlich in die Ernährungsgewohnheiten der Kinder einfließen. Von den 842 Schülern, die die Frage 8 beantworten, geben 698 Probanden und somit 82,9 % an, Ernährung in der Schule bereits erörtert zu haben. Die hohe Zustimmung rechtfertigt somit die hohe mediale Präsenz des Themas. Gesunde Nahrungsaufnahme wird in der Schule behandelt und damit eine Basis für einen erfolgreichen Bildungstransfer gelegt.



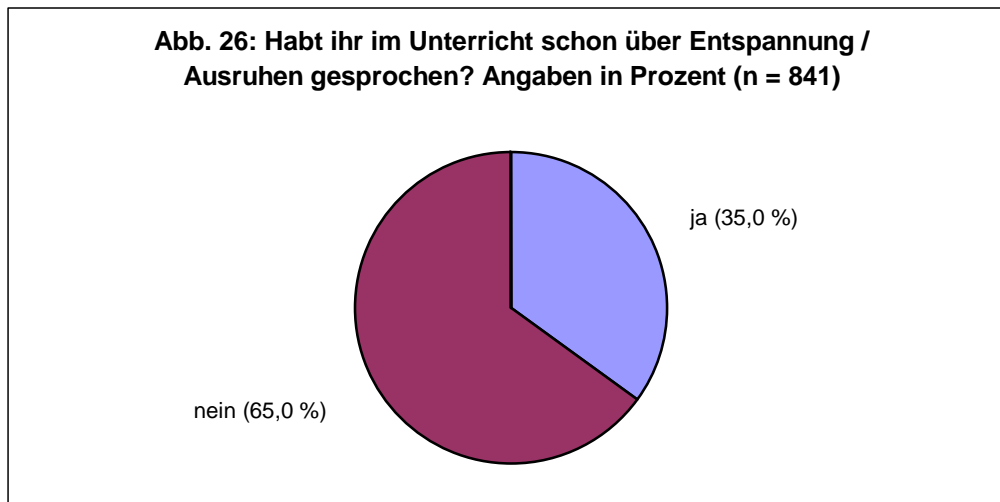
Sowohl OPUS- als auch Kontrollschulen erzielen bei der Frage 8 ähnlich hohe Werte. 80,9 % der OPUS-Schüler und 84,8 % der Kontroll-Schüler antworten mit Ja. Regional ergeben sich keine erheblichen Unterschiede, so dass festgehalten werden kann, dass in allen untersuchten Schulen der überwiegenden Zahl von Schülern das Thema Ernährung im Unterricht begegnet ist.

Bedenklich ist jedoch auch in diesem Fall, dass die OPUS-Schulen keinen deutlichen Vorteil bezüglich der Ernährungsbildung erzielt, sondern ganz im Gegenteil sogar etwas niedrigere Werte eingefahren haben.

Frage 9: Habt ihr in der Schule schon über Entspannung / Ausruhen gesprochen?

Die Fähigkeit, entspannt ausruhen zu können, den Alltagsstress zurückzufahren und der Muße die gleiche Bedeutung beizumessen wie der Arbeit, stellt eine bedeutende Gesundheits- und Wellnesskompetenz dar. Diese wurde bereits nachhaltig in den Kapiteln eins und drei erörtert. So ist es notwendig, gerade an dem Ort Entspannung zu lernen, an dem Stress entsteht. Damit hat die Schule die Aufgabe, für eine angemessene Entschleunigung zu sorgen und diese in den Tagesrhythmus der Kinder übertragen zu helfen.

Die Erhebung ergibt hier allerdings ein alarmierendes Ergebnis: Gerade einmal 35 % der 841 gültigen Werte bejahen die Frage 9. Die OPUS-Schulen schneiden mit 42 % dabei deutlich besser ab als die Kontrollschulen, die nur auf 28,1 % positive Antworten kommen.



Regional ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, so dass die Kontroll-Schulen ohne Gesundheitskonzept eine deutliche Schwäche ihrer Gesundheitserziehung offenbaren. Auch die OPUS-Schulen erzielen einen unbefriedigenden Wert, womit festgehalten werden darf, dass ein wichtiges Element einer ganzheitlichen Erziehung zum Wohlbefinden in völlig unzureichendem Maße vermittelt wird.

Inwieweit die befragten Schüler trotzdem einen Transfer in ihre Alltagsgewohnheiten bewerkstelligen oder sogar ohne schulische Thematisierung von Entspannung entsprechende Kompetenzen erwerben, wird im Kapitel 7.5 noch weiter untersucht.

7.2 Bereich 2: Bewegung

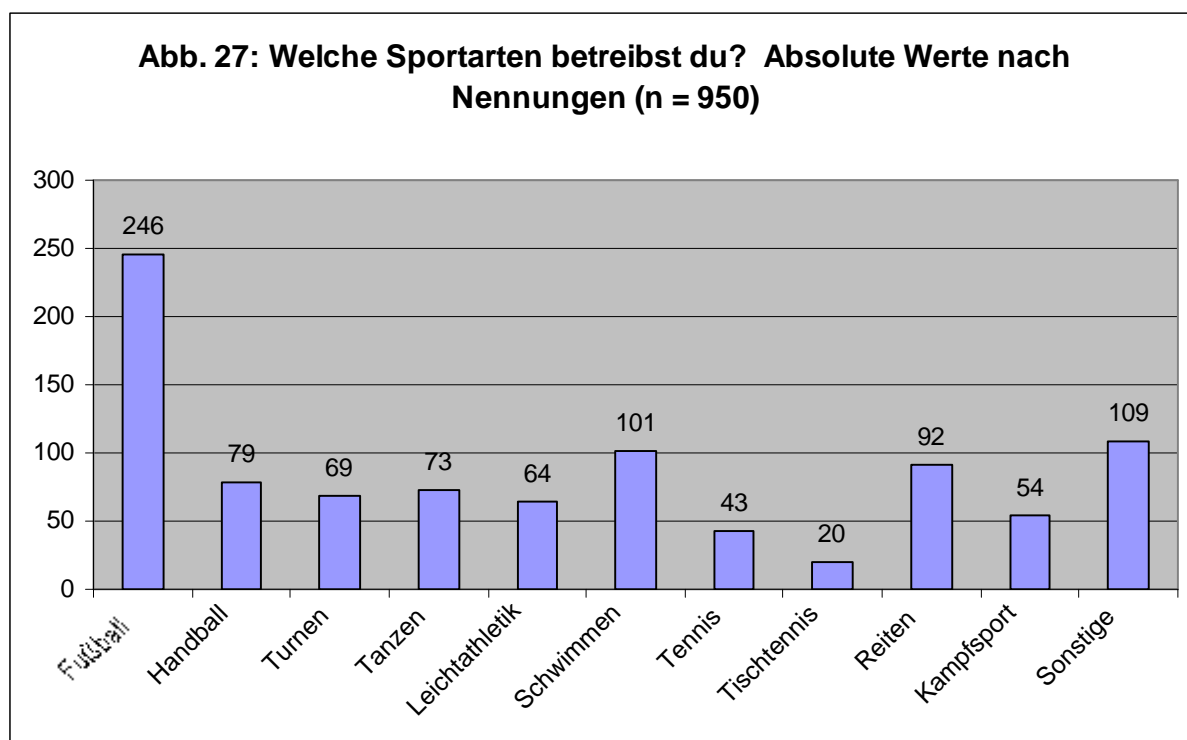
Frage 10: Welche Sportarten betreibst du?

Die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit ist bereits in den Kapiteln eins bis drei ausführlich dargestellt worden. Insbesondere im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung wurde das Modell der gesunden Lebensführung genannt, das Bewegung als untrennbares Element von vollständigem Wohlbefinden versteht (Kap. 1.5.3.2, S. 18). Sportliche Ertüchtigung stellt, wie in Kapitel B.2 dargestellt, für einen Großteil der Bevölkerung ein wesentliches Element der Lebensgestaltung dar. Insbesondere Kinder profitieren von den physischen und sozialen Aspekten des Sports (vgl. Kap. 1.6.2 und 3.1)

Der Doppelauftrag des Schulsports sieht laut Lehrplan des Landes NRW (vgl. MSWF NRW 2004, S. 38) vor, Schülern eine Motivation für lebenslange sportliche Betätigung zu vermitteln. Für den Sportunterricht gilt somit, eine besondere Transferleistung herzustellen.

Bewegung findet im Alltag eines Grundschulkindes in vielschichtiger Form statt. Die Frage 10 befasst sich mit der organisierten Form von Bewegung, dem Sport. Die Probanden sollen reflektieren, welchen Sportarten sie außerhalb der Schule nachgehen, wobei nicht erheblich ist, ob die Aktivitäten im vereinsgebundenem Rahmen oder in freizeitorientierter Form stattfinden.

Die Schüler haben demnach in der Erhebung die Möglichkeit gehabt, mehrere Antworten zu geben. Im Ergebnis zeigt sich, dass 740 Befragte Sportarten betreiben und insgesamt 950 Antworten gegeben haben.⁹² Nach der Auswertung der Sportarten ist eine Kategorisierung in die zehn am häufigsten genannten Disziplinen sowie einer Sparte „Sonstige“ vorgenommen worden, die die restlichen Sparten zusammenfasst.



Die mit Abstand meistgenannte Sportart ist Fußball mit einem Viertel aller Antworten. Es folgen Schwimmen, Reiten und Handball mit Werten zwischen 13,7 und 10,7 %, ferner Tanzen (9,7 %), Turnen (9,3) und Leichtathletik (8,7).

Interessant ist erstens der Aspekt, dass Fußball eine derart hohe Transferwirksamkeit erzielt. Zweitens ist anzumerken, dass mit Reiten und Handball Sportarten hohe Werte erzielen, die im Grundschulsportunterricht gar nicht bzw. wenig erteilt werden. Somit findet in diesen Fällen zwar kein

⁹² Die Prozentangaben der Antworten bei Fragen mit Mehrfachantworten beziehen sich grundsätzlich auf die Anzahl der Probanden.

direkter Transfer statt aber möglicherweise eine Motivation, sich außerschulische Sportangebote zu suchen.

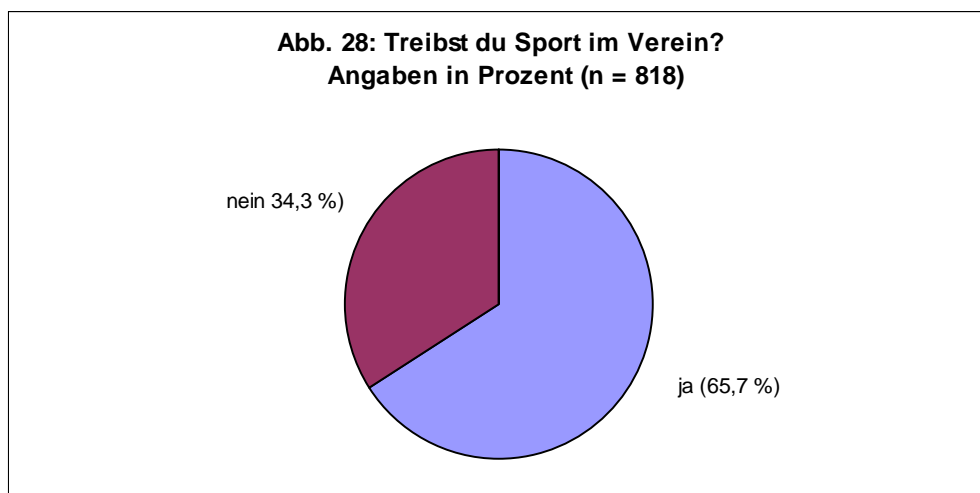
Die OPUS-Schulen und Kontrollschulen zeigen im Vergleich keine signifikanten Unterschiede. Dies ist umso interessanter, als es im regionalen Vergleich der Schulen in verschiedenen Sportarten deutliche Unterscheidungen gibt. So spielen im Kreis Gütersloh 52 Kinder Handball (Lippe 27), 34 spielen Tennis (Lippe 9) und 61 haben sich dem Reitsport verschrieben (Lippe 31). Der Kreis Lippe stellt hingegen 70 Schüler, die sich keiner der 10 meistgenannten Sportarten angeschlossen haben, sondern sich auf viele kleinere Sparten verteilen (Gütersloh 39).

Es ist daher augenscheinlich, dass Gesundheitskonzepte nicht den entscheidenden Ausschlag für einen konkreten Transfer im Sportbereich geben, sondern andere Faktoren dafür verantwortlich sind. Dies sind vornehmlich regionale Strukturen, beispielsweise durch besonderes Engagement einzelner Sportarten vor Ort oder die Präsenz professioneller Vorbilder.

Frage 11: Treibst du Sport im Verein?

Viele Kinder und Jugendliche nutzen die positiven Freizeitmöglichkeiten, die ein Sportverein bietet (vgl. Kap. B4, S. 7). Der besondere Wert des organisierten Sports wurde ebenfalls bereits in Kap. 1.5.2 aufgezeigt (S. 17). Neben der körperlichen Ertüchtigung dienen die Rhythmisierung durch das regelmäßige Training sowie die vielschichtigen sozialen Kontakte der Wohlbefindenssteigerung.

Von den befragten Schülern geben 818 eine Antwort zur Frage 11. 537 (65,7 %) davon sagen aus, Mitglied in einem Sportverein zu sein. Dieses Ergebnis liegt deutlich über den Werten, die beispielsweise die LBS-Studie mit 23 % ermittelt hat (Kap. B.4).



Das OPUS-Konzept kann auch bei dieser Frage keine besseren Werte als die Kontrollschulen erzielen, sondern erreicht mit 64,0 % gar einen etwas niedrigeren Prozentsatz als die übrigen Schulen (66,2 %).

Deutlicher fällt der Vergleich auf regionaler Ebene aus. Während im Kreis Gütersloh 301 Schüler (70,3 %) eine Sportvereinszugehörigkeit besitzen, sind dies im Kreis Lippe lediglich 236 (entspricht 60,5 %). Trotz der Präsenz hochwertigen Vereinssports - der Handball-Bundesligist TBV Lemgo ist beispielsweise Träger des Grünen Bandes für herausragende Kinder- und Jugendarbeit - kann sich der Kreis Lippe als durch Gesundheitsaktivitäten geprägter Kreis (vgl. Kap. 4.7, S. 76) nicht von der entsprechenden Arbeit im Kreis Gütersloh absetzen. Ganz im Gegenteil: Der weniger öffentlich gesundheitsorientierte Gütersloher Kreis erzielt höhere Werte. Auch hier sind die gleichen Ursachen denkbar, wie bei Frage 10 schon vermutet wurde: Die regionale Vereinsstruktur spielt eine herausragende Rolle. Hoch motivierte Protagonisten in den unterschiedlichen Sportclubs, familiäres Umfeld und kommunale Netzwerke lassen Sportvereine gegen den Trend wachsen oder auch schrumpfen.

Auch die schulische Transferleistung des Sportunterrichts lässt sich bei der Beantwortung der Frage 11 nur spekulativ beurteilen. So lässt sich nicht sicher belegen, ob die Kinder durch den Schulsport zum Vereinssport animiert werden oder sie sich die Clubangebote unabhängig von der Schule anschauen.

Frage 12: Besuchst du mindestens 2 x im Monat das Schwimmbad?

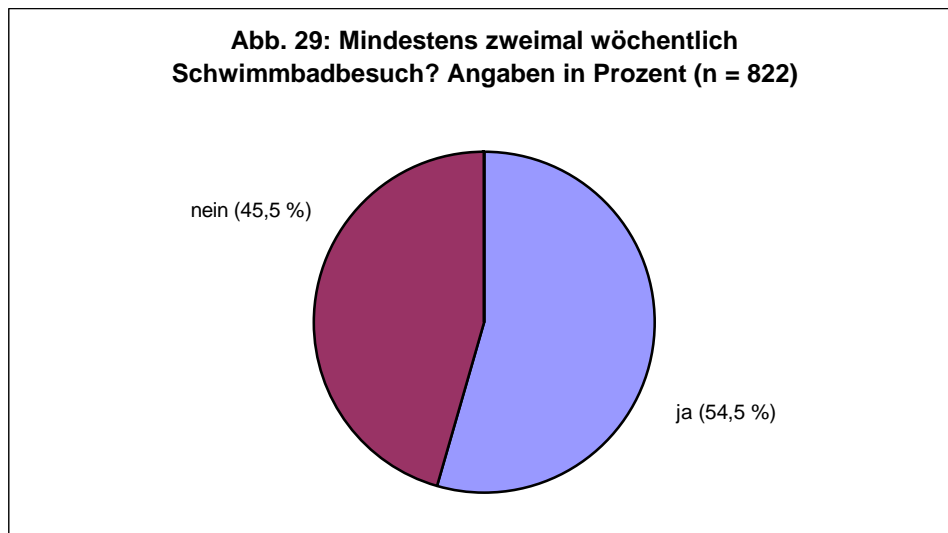
Die Erläuterung zu Frage 12 zeigt auf Seite 96 ausführlich den bereits im theoretischen Teil mehrfach vermerkten hohen Wert des Schwimmens und Badens für die Gesundheits- und Wellnessbildung. Körperliche Beanspruchung, Rhythmusgefühl, Hygiene, Körpererfahrungen oder soziale Kontakte: kaum eine sportliche Betätigung ermöglicht so vielschichtige Erfahrungen für das Wohlbefinden wie der Besuch im Schwimmbad.

Für die Schüler ist Baden zumeist positiv belegt. Häufig haben die Kinder bereits vor Beginn der Schulzeit Erfahrung mit dem Wasser gemacht und daher in dieser Sparte deutlich mehr Kenntnisse als mit den meisten übrigen Disziplinen des Sportunterrichts.

Im Regelfall gehen Grundschul Kinder im Schnitt ein Schuljahr lang zwei Stunden pro Woche ins Schwimmbad, um die Grundformen einzelner Schwimmstile zu erlernen und die Materie Wasser kennenzulernen. Mit diesem Zeitkontingent wird dem Schwimmen in der Schule mehr Bedeutung beigemessen als jeder anderen Sportart.

Der vermutete positive Transfer in Form eines regelmäßigen außerschulischen Besuchs des Schwimmbades bestätigt sich zum überwiegenden Teil. Immerhin geben von 822 Schülern 448

(54,5 %) an, regelmäßige Badegäste zu sein. Angesichts der Tatsache, dass nicht jedes Kind als sportbegeistert bezeichnet werden darf und von den sportlichen Schülern sich nicht alle für das Schwimmen interessieren, ist der erzielte Wert zufriedenstellend. Bemerkenswert ist zudem, dass in Frage 10 lediglich 10,6 % der Befragten antworten, aktive Schwimmer zu sein, die Frage 12 aber die fünffache Menge regelmäßiger Badbenutzer nachweist.



Mit 53,2 % (OPUS) und 55,8 % (Kontroll) liegen die Werte der untersuchten Konzepte erneut nah beieinander. Ähnlich verhält es sich im regionalen Vergleich. Scheinbar handelt es sich beim evaluierten Phänomen nicht um eine Frage von Programmen oder regionalen Differenzen, sondern um ein individuelles Bedürfnis nach Wohlbefinden, das sich besonders durch den Kontakt mit Wasser herstellen lässt. Die Befragten lassen in der Frage 12 bereits eine hohe Bereitschaft für Wellness erkennen.

Die Transferleistung des Schwimmunterrichts darf als gelungen bezeichnet werden. Der körpersensible Bereich des Sports, der sicher nicht jeden Schüler gleichermaßen begeistert, reklamiert in der Erhebung mit den hohen Werten zum Schwimmsport- und Badebereich ein sehr gutes Übertragungsergebnis für sich. Und dies tut er in einem Sportfeld, das mit einem deutlich höheren logistischen Aufwand verbunden ist als beispielsweise das Fußballspiel auf dem nahen Bolzplatz oder die Joggingrunde im Wohngebiet. Zudem zeigen die Daten ein noch besseres Resultat als die Ergebnisse der in Kapitel B.4 genannten LBS-Studie (40 %).

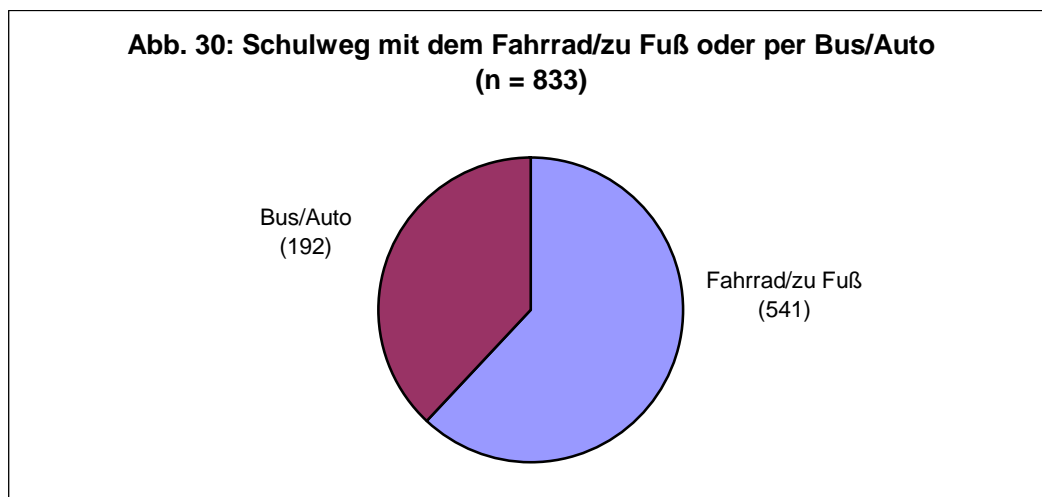
Frage 13: Kommst du mit dem Fahrrad/zu Fuß oder mit dem Auto/Bus zur Schule?

Sport- und Gesundheitserziehung in der Schule sollen dazu anregen, Bewegung auch in das Alltagsleben zu übertragen. Dies betrifft jedoch nicht nur das aktive Betreiben einer Sportart, sondern das Nutzen von Bewegungsmöglichkeiten während des gesamten Tages. Gerade die Alltagsbewegungen sind in einem besonderen Maße für die Stärkung des Organismus und des Wohlbefindens verantwortlich und regeln maßgeblich den Energiehaushalt eines Menschen.

Die Frage 13 zielt auf eine Form der Alltagsbewegung ab. Der Schulweg bietet eine tägliche Gelegenheit, sich körperlich an der frischen Luft zu betätigen.

Die Frage wird im Rahmen der Erhebung von 833 Schülern beantwortet. Mehrfachantworten wurden bei der Frage erlaubt, da Schüler nicht immer auf die selbe Art und Weise zur Schule kommen. Die Mehrfachantwortmöglichkeit wurde dementsprechend auch genutzt, sodass 872 Antworten notiert wurden.

Das Ergebnis zeigt, dass 541 angeben, überwiegend mit dem Fahrrad oder zu Fuß zur Schule zu kommen. Dies entspricht einem Prozentsatz von 65,0 %. Im Gegenzug geben 39,7 % an, mit dem Bus oder per PKW den Schulweg zurück zu legen.



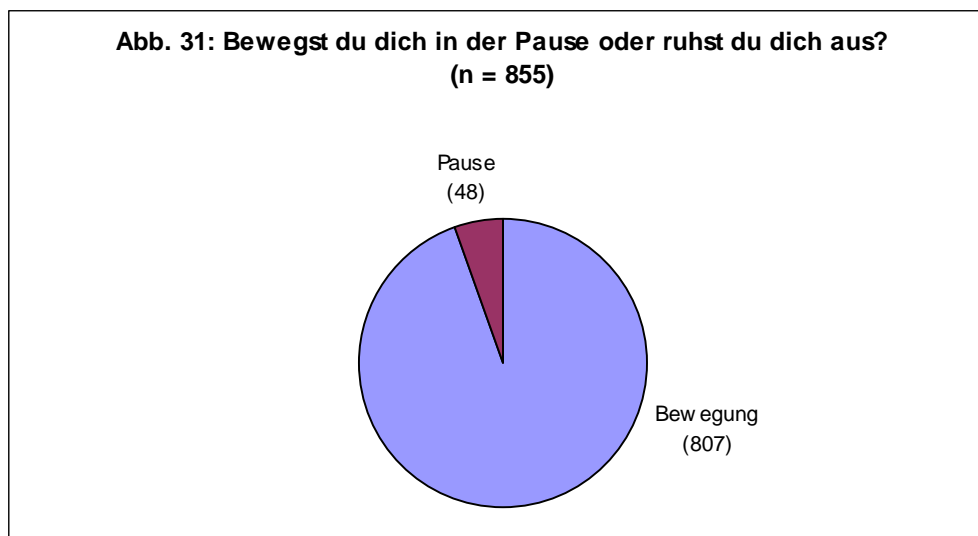
Der Vergleich der Gesundheitskonzepte ergibt bei den Kontrollschulen einen deutlich höheren Wert von Schülern, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule kommen als bei den OPUS-Schulen (68 % gegenüber 61,7 %). Hierbei fällt besonders der niedrige Wert der Lipper OPUS-Schule auf, der sich auf 55,9 % beläuft. Analysiert man die einzelnen Schulen, so fallen zwei auf, die auf 46,9 % bzw. 50,0 % kommen. Da die gesamten Schulen im Kreis Lippe dennoch einen Wert von 61 % erreichen, weisen die übrigen Lipper Schulen ähnlich gute Werte auf wie der Kreis Gütersloh.

Die beiden schwachen Ergebnisse lassen sich nicht exakt interpretieren. Möglich ist ein tatsächliches Defizit des Transfers von Gesundheitserziehung. Gleichsam lässt sich auch vermuten, dass die betroffenen Schulen aufgrund ihrer ländlichen Lage eine schlechte Verkehrsanbindung bieten und daher viele Schüler gezwungen sind, motorisiert zur Schule gebracht zu werden.

Frage 14: Bewegst du dich in der Pause oder ruhst du dich aus?

Die Pausengestaltung hat für Schüler einen bedeutenden Wert. In der Zeit zwischen den Unterrichtsstunden müssen die Kinder als Zeitmanager Nahrungsaufnahme, Entspannungsmöglichkeiten und Bewegungsdrang unter einen Hut bringen. Dabei spielt neben der Rhythmisierung des Alltags (Kap. 1.5.2, S. 16) Bewegung eine wichtige pädagogische Rolle. Die Kompetenz zur sinnvollen und effektiven Pausengestaltung ist Gegenstand der Gesundheits- und Wellnesserziehung in der Primarstufe (Kap. 1.7, S. 33). Inwiefern die Schüler diese Fähigkeiten in ihr Pausenverhalten übertragen, soll unter anderem mit der Frage 14 evaluiert werden.

Da Kinder mit einem ausgeprägten Gesundheitsverhalten die Pause sowohl für Entspannung als auch für Bewegung nutzen, wurden bei dieser Frage Mehrfachantworten zugelassen. So resultieren von den 843 antwortenden Schülern 855 Werte. 807 Schüler (95,7 %) geben an, die Pausenzeit für Bewegungsangebote zu nutzen. 48 Kinder (5,7 %) bevorzugen Ruhezeit. Da Pausengestaltung eine individuelle Präferenz darstellt, die sich auf die besonderen Befürfnisse eines einzelnen Kindes bezieht, kann in der Bewertung der Frage 14 nicht von positiven oder negativen Werten gesprochen werden. Somit sind auch keine Beurteilungen in regionaler oder konzeptueller Weise möglich.



Das hohe Bewegungsbedürfnis ist ein eindeutiger Indikator für die Problematik, dass Grundschulkinder in einer doppelten Unterrichtsstunde häufig 90 Minuten lang still am Platz sitzen bleiben müssen (Kap. 1.6.2, S. 29) und sich in den Pausen verständlicherweise die angestaute Bewegungsenergie entlädt. Dies zeigt die Wichtigkeit der Pausenzeiten. Gleichzeitig gibt es aber zu bedenken, dass für Ruhezeiten und Entspannung das Zeitkontingent fehlt.

Frage 15: Hast du in der Schule genug Möglichkeiten zur Bewegung?

Der Wunsch nach Bewegung in den Unterrichtspausen wird in den Resultaten der Frage 14 eindeutig bejaht. Gleiches gilt für die Tatsache, dass die befragten Schüler die Zeit auch tatsächlich für Bewegungsmöglichkeiten nutzen. Dabei entwickelt sicher jeder Schüler unterschiedliche Kompetenzen, vorhandene Ressourcen zu nutzen. Dem einen genügt ein Ball, ein Baumstamm oder ein Springseil, der andere benötigt ein angeleitetes Angebot oder ein komplexes Spielgerät.

So soll die Frage 15 ermitteln, inwieweit die Probanden das Bewegungsangebot in den Pausen beurteilen. Dies schließt sowohl die räumlichen als auch die logistischen Potenziale ein.

Insgesamt 838 Schüler beantworten die Frage, von denen 763 (91,0%) angeben, dass die zur Verfügung stehenden Bedingungen ausreichend sind. Das für Schule und Schüler positive Ergebnis zeigt, dass die Kinder trotz der an den Schulen sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen die überwiegende Zahl in der Lage ist, die Pausenzeiten für Bewegung zu nutzen. Dabei entwickeln viele Schüler die Kompetenz, aus geringen Möglichkeiten für sich selbst einen angemessenen Nutzen zu ziehen. Die Antworten zeigen somit bereits einen Transfer von Wellness-Wissen: die Fähigkeit, die Umweltbedingungen so zu gestalten, dass mit teilweise einfachen Mitteln innerhalb kürzester Zeit Wohlbefinden hergestellt werden kann.

Die Kontrollschulen erreichen bei der Bewertung mit 93,9 % einen höheren Wert als die OPUS-Schulen (88,1%). Auch wenn beide Ergebnisse einen hohen Zufriedenheitsgrad repräsentieren, so gilt es doch zu bedenken, dass das OPUS-Konzept einen besonderen Wert auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten legt (Kap. 5.3, S. 82). Dies schließt neben dem Schulgebäude auch den Pausenhof und die Außenanlagen ein.

Bei näherer Betrachtung fällt eine deutliche Diskrepanz zwischen den Güterloher und den Lipper OPUS-Schulen auf. Während Lippe mit 94,4 % einen überdurchschnittlichen Wert erreicht, kommt Gütersloh gerade auf 83,4 %. Untersucht man die überprüften Gütersloher OPUS-Schulen einzeln, so ergeben sich Werte zwischen 73 % und 94 %. Demnach sind die niedrigeren OPUS-Werte weder dem Konzept noch den regionalen Umsetzungsmöglichkeiten von OPUS zuzuschreiben, sondern individuell durch die lokalen Gestaltungsmöglichkeiten begründet.

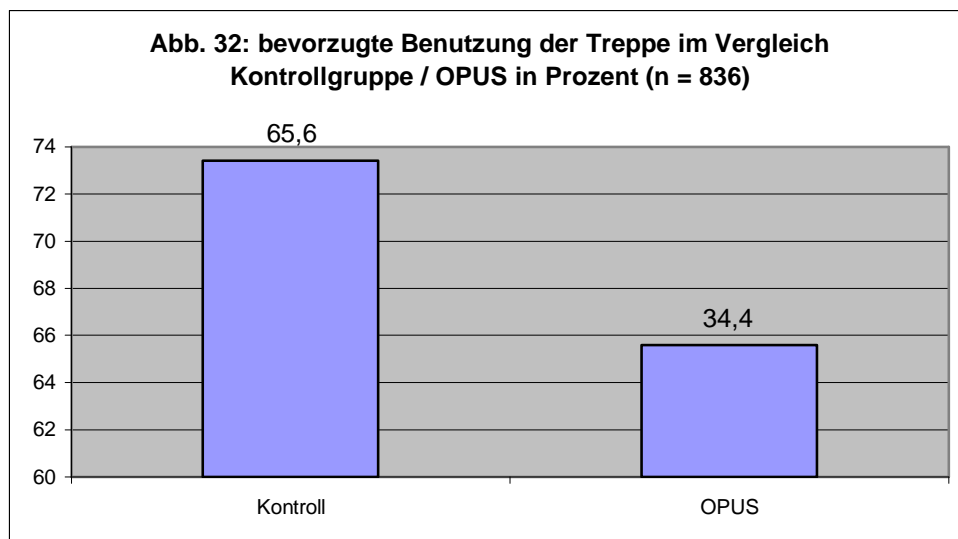
Frage 16: Benutzt du, wenn beides voranden ist, lieber eine Treppe oder einen Aufzug?

Die Gewohnheiten der Alltagsbewegung wurde bereits bei der Frage 13 angesprochen. Frage 16 besitzt hinsichtlich des Gesundheitstransfers eine noch höhere Qualität, da der gesunde Weg (Treppe) mit deutlich höherem physischen Aufwand verbunden ist als der ungesunde.

Insgesamt geben 836 Schüler eine Antwort zu Frage 16, wobei neun Probanden doppelt antworten. Es sagen 582 Schüler (69,6 %) aus, die Treppe zur Überbrückung eines Stockwerkes zu bevorzugen. 263 Befragte (31,5 %) entscheiden sich für den Aufzug.

Angesichts des hohen Aufforderungscharakters, den ein Lift hinsichtlich der Bequemlichkeit und der Spannung für ein Kind verfügt, überrascht das Evaluationsergebnis ein wenig. Da psychische Abneigungen gegen eine Aufzugnutzung, wie auf Seite 98 erläutert, als Einflussgröße vernachlässigt werden können, ist das vorliegende Resultat als sehr positiv zu bewerten.

Im Konzeptvergleich schneiden die Kontrollschulen erneut deutlich besser ab als die OPUS-Schulen (73,4 % gegenüber 65,6 %). Die Ergebnisse spiegeln sich im regionalen Vergleich der OPUS-Teilnehmer wieder. Sowohl die Lipper als auch die Gütersloher OPUS-Schüler beantworten mit einem Wert von 65 % die Frage zugunsten der Treppe.

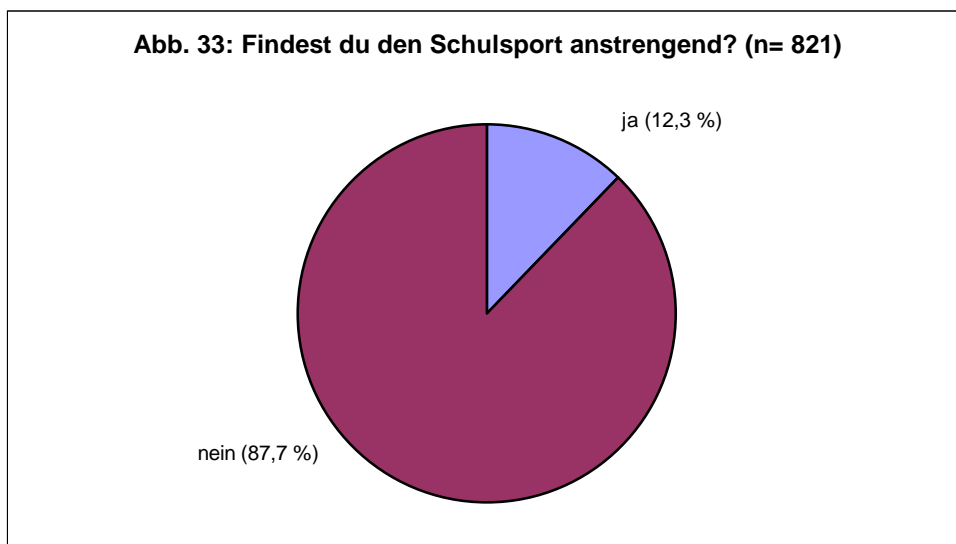


Es drängt sich aufgrund des durchgehend niedrigeren Wertes und unter Berücksichtigung der Resultate der Frage 13 die Vermutung auf, dass das OPUS-Konzept die Thematisierung und den Transfer von Alltagsbewegung noch defizitär behandelt.

Frage 17: Findest du den Schulsport anstrengend?

Der Schulsport bedeutet, wie auf Seite 98 erläutert, für viele Schüler die einzige, über einen längeren Zeitraum zusammenhängende, körperliche Bewegung. Die Bedeutung der wenigen Sportstunden wird durch diesen Aspekt eminent wichtig. Die Nutzung der zur Verfügung stehenden Unterrichtszeit sollte möglichst effektiv und intensiv sein, so dass die Schüler sie auch als physische Anforderung wahrnehmen.

Die Frage 17 wird von 821 Schüler beantwortet, von denen 720 (87,7 %) angeben, den Schulsport nicht als Anstrengung zu empfinden. Dieses Resultat ist bemerkenswert und bedarf einer eingehenderen Betrachtung.



Die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen beruht auch darauf, den individuellen Herzschlag für einen bestimmten Zeitraum zu erhöhen und dort zu halten. Nur dadurch können positive Anpassungseffekte, die der Gesundheitsförderung zugute kommen, erzielt werden.

In der vorliegenden Frage spricht die Mehrzahl der Schüler dem Sportunterricht die Eigenschaft ab, den angemessenen Erschöpfungsgrad zu erzielen. Mit annähernd gleichen Werten sind sich bei der Frage 17 auch die OPUS-Schüler und die Schüler der Kontrollschulen einig (87 % gegenüber 88,4 %). Das Gleiche gilt auch für den regionalen Vergleich der beiden Kreise.

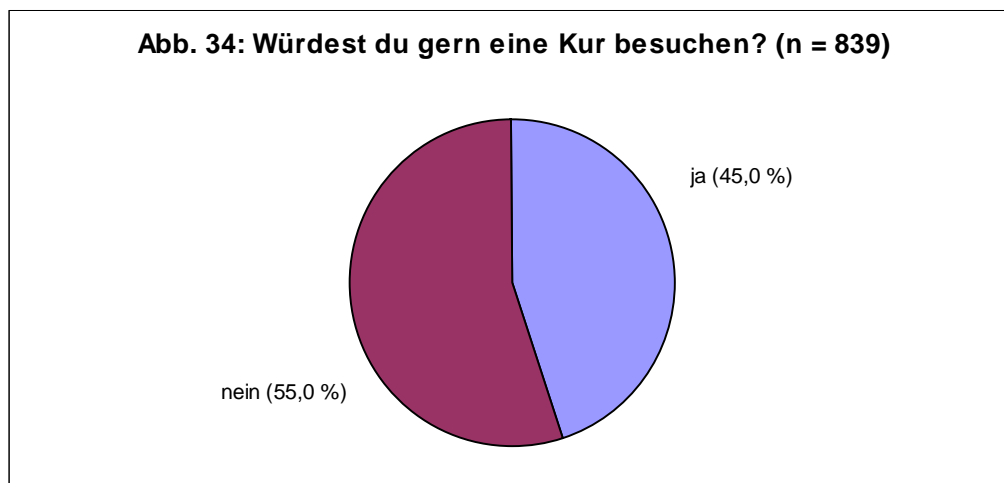
So scheint es, dass die Anforderungen, die seitens der Sportlehrer an die Schüler gestellt werden, nicht der Leistungsfähigkeit bzw. dem Lebensalter der Kinder entsprechen. Die Fähigkeit, Leistung und Einsatzbereitschaft in das Alltagsleben - insbesondere in die Gesundheitsgewohnheiten - zu transferieren, wird so vermindert.

7.3 Bereich 3: Körperpflege / Hygiene

Frage 18: Würdest du gern eine Kur machen?

Wie bereits in den theoretischen Grundlagen erläutert, befassen sich die bundesdeutschen Kurorte zunehmend mit dem Thema Wellness (Kap. 3.3 und 4.7). Allerdings wurde in diesem Zuge auch erwähnt, dass Kinder von der Tourismuswirtschaft in den Kurorten noch nicht als potenzielle Zielgruppe wahrgenommen werden (ebd.).

Frage 18 ergibt, dass von 839 antwortenden Schülern 378 (45 %) den Wunsch eines Kurbesuchs hegen. Der Wert lässt sich in zweierlei Hinsicht interpretieren. Zum einen zeigen sich über die Hälfte der Befragten reserviert gegenüber einer Kur. Obgleich ihnen laut Information der Klassenlehrer der Gegenstand der Kur bekannt ist, zeigen sie Skepsis, die möglicherweise damit begründet ist, dass sich die Kinder nicht krank fühlen, Kur mit älteren Menschen verbinden oder Angst vor dem Unbekannten zeigen.



Zum anderen zeigt nahezu die Hälfte der Schüler eine positive Einstellung zur Kur. Einzelne von ihnen mögen über Erfahrungen mit einer Mutter-Kind-Kur verfügen und dies in angenehmer Erinnerung haben. Andere bejahen die gesundheitsfördernde Wirkung einer Kur. Es ergeben sich somit für die Kurorte 378 potenzielle Kurgäste, die nicht nur einen ökonomischen Wert verkörpern, sondern auch die Bereitschaft zeigen, gesundheits- und wellnessfördernde Maßnahmen als Bildung anzunehmen.

Der regionale Vergleich birgt eine interessante Ausgangslage: Der Bäderkreis Lippe mit seinem reichen Angebot an Kur-, Wellness- und Gesundheitseinrichtungen (ebd., S. 75) bietet den Schülern der Region die tagtägliche Präsenz von Wohlbefinden und Gesundheit. Im Gegenteil muss sich der

Kreis Gütersloh mit einem deutlich reduzierteren Kurangebot begnügen. Keine Gemeinde der Region verfügt über den Status eines Kurortes oder einer anderen staatlich anerkannten Form als Gesundheitsort.

Die Erhebung zeigt allerdings ein überraschendes Ergebnis. So verfügen die befragten Lipper Grundschulen nicht über einen bedeutenden Vorteil des Gesundheitsbewusstseins hinsichtlich des Kurwesens, sondern liegen mit 42,4 % sogar noch deutlich hinter dem Wert des Kreises Gütersloh zurück, der 47,5 % kurwillige Schüler ermittelt.

Die Interpretation dieses Ergebnisses offenbart mehrere mögliche Aspekte:

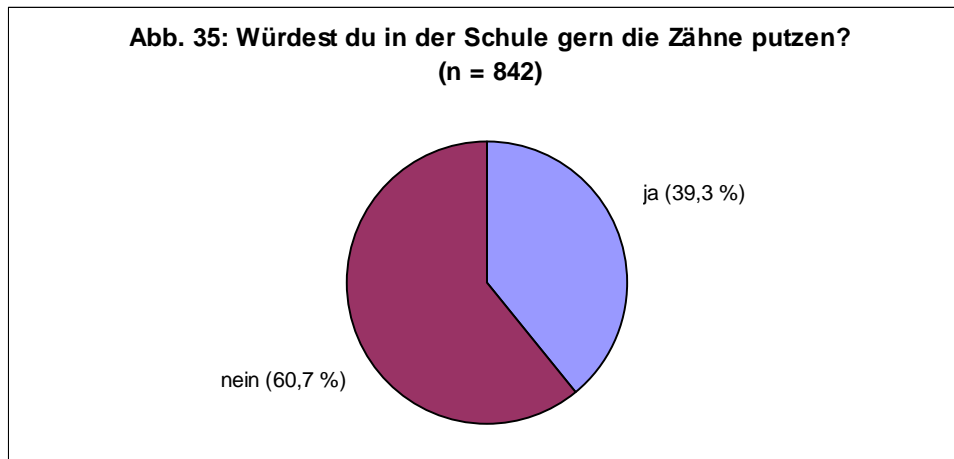
Denkbar sind kommunal bedingte Gründe im Bereich der Gesundheitserziehung, die sich auf die Bildungsprogramme der Grundschulen auswirken und die Thematisierung des Kurwesens speziell im Kreis Lippe vernachlässigen. Gleichfalls besteht die Möglichkeit, dass für die Lipper Primarschüler der Reiz einer Kur aufgrund der dauerhaften Präsenz von Heilbädern nicht den Status hat wie für einen Schüler aus einer Region ohne Kurorte.

Etwas entkräftet werden die beiden genannten Überlegungen durch die Befragungsergebnisse der OPUS-Schulen. Dabei erzielten die Lipper OPUS-Schulen mit 49,7 % kurwilligen Schülern den höchsten Wert aller befragten Teilgruppen. Im Gegenzug stellen die Lipper Kontrollschulen mit 36,4 % das deutlich schwächste Ergebnis. Somit fokussiert sich die Problematik etwas mehr in den Bereich einzelner Schulen, wobei alle drei Kontrollschulen nahezu gleiche Werte erzielen.

Frage 19: Würdest du die Gelegenheit nutzen, in der Schule die Zähne zu putzen?

Zahnpflege spielt für Gesundheit und dauerhaftes Wohlbefinden wie bereits zuvor mehrfach angemerkt eine wichtige Rolle (Kap. 1.6, S. 23). Die sorgfältig in den Kindertageseinrichtungen erworbene Gewohnheit des Zähneputzens nach dem zweiten Frühstück geht in vielen, gar den meisten Grundschulen verloren. Die potenziellen Gründe dafür sollen an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden.

Interessanter ist vielmehr, ob die Grundschüler trotz des Verlustes des Zahnhygieneangebotes weiterhin den Wunsch hegen, nach dem Schulfrühstück ihre Zähne pflegen zu können. Von den befragten Schülern antworteten 842 auf die Frage 19. Davon geben 39,3 % an, ein solches Angebot annehmen zu wollen.



Das Ergebnis ist als sehr bedenklich zu bezeichnen. Obwohl für die Kinder die Möglichkeit besteht, einen Wunschgedanken zu äußern - Zahnpflege in der Schule entspricht aktuell nicht der Wirklichkeit - so lehnen sie diese Vorstellung mehrheitlich ab. Also weisen knapp zwei Drittel der Probanden in Bezug auf die Frage zur zusätzlichen Zahnhygiene noch keinen gelungenen Transfer von Gesundheitsbildung auf.

Während OPUS- und Kontrollgruppen gleiche Ergebnisse erzielen, zeigen sich im regionalen Vergleich durchaus deutliche Unterschiede. So wünschen sich die Lipper Schüler zu 43,6 % die Zahnpflege in der Schule, während dies nur 35,4 % der Gütersloher Probanden tun. Während die OPUS-Gruppen im Kreis Gütersloh mit 37,3 % noch ein im Verhältnis zu den anderen Gruppen passables Ergebnis erzielen, erreichen die Gütersloher Kontrollschulen lediglich 33,2 %.

Eine Interpretation der Ergebnisse kann an dieser Stelle nur spekulativ erfolgen. Da die Gütersloher Kontrollgruppen annähernd gleiche Werte erzielen, darf ein Einzelschulproblem ausgeschlossen werden. Die Wünsche der Kinder können durch Erfahrungen aus der Zeit in der Kindertageseinrichtung vorgeprägt sein.

In der Gesamtbetrachtung lässt sich allerdings die Vermutung bekräftigen, dass die mit dem späten Kindesalter sinkende Motivation zur Zahnhygiene eine beträchtliche Rolle im diskutierten Zusammenhang spielt. Solange keine Möglichkeit zum Zähneputzen besteht, wird weder eine Pflicht noch eine Freiwilligkeit gesehen.

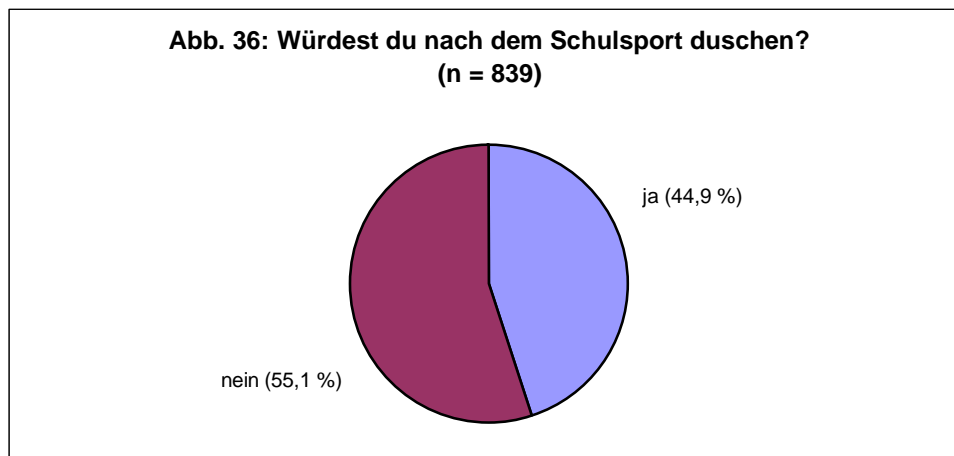
Frage 20: Wenn genug Zeit wäre, würdest du nach dem Schulsport duschen?

Auch wenn seitens der Schule und der Schüler gern Argumente gesucht werden, das Thema Duschen nach dem Schulsport zu vermeiden, so besteht objektiv betrachtet in vielen Fällen in der

Grundschule die Möglichkeit für die Kinder, sich nach dem Schulsport zu duschen. Gerade wenn der Unterricht zweistündig erteilt wird, wird der Übergang in den anschließenden Unterricht durch eine angemessen große Pause unterbrochen.

Ohne Zweifel stellt es für die Kinder einen Aufwand und eine Überwindung der Schamgrenze dar, nach den Sportstunden Duschen zu gehen. So zeugt es von einem hohen Gesundheits- und Selbstbewusstsein, wenn die Grundschüler den Wunsch äußern, ausreichend Zeit und Möglichkeit für die Körperreinigung zu erhalten.

Auf die Frage 20 antworten 839 Probanden. Davon geben 377 an, dass sie die Dusche nach dem Schulsport bevorzugen würden. Die daraus resultierenden 44,9 % sind ein bemerkenswert hohes Resultat.



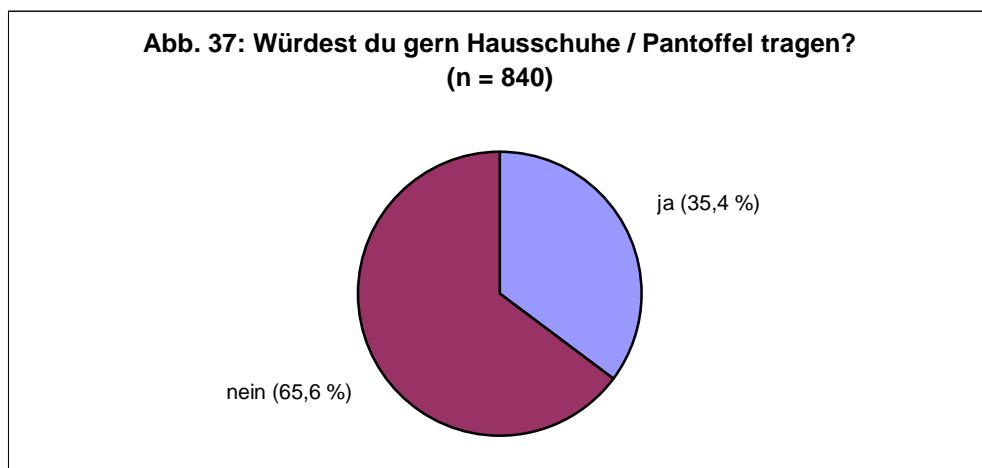
Nahezu die Hälfte der Probanden wären bereit, die Zeit und die Arbeit aufzuwenden, nach dem Sportunterricht eine erweiterte Körperpflege durchzuführen. Da die logistischen Möglichkeiten in den Sporthallen in vielen Fällen durchaus vorhanden sind, dürfen die vorliegenden Antworten nicht ins Reich der Fantasie verworfen sondern als konkret formuliertes Bedürfnis interpretiert werden.

Auffälligkeiten hinsichtlich konzeptueller oder regionaler Aspekte existieren bei der Erhebung nicht. Die OPUS-Schulen schneiden mit 46,5 % geringfügig besser ab als die Kontrollschulen (43,4 %). Auch auf regionaler Ebene sind die Unterschiede marginal und belaufen sich auf unter 3 %.

Frage 21: Würdest du gern Hausschuhe / Pantoffel in der Klasse tragen?

In den theoretischen Ausführungen zur Gesundheitserziehung wird erwähnt, dass das Tragen von Hausschuhen in der Schule einen bedeutenden logistischen Aufwand darstellt, der in der Institution nicht umgesetzt werden kann. (Kap. 1.6, S. 21). Beobachtungen in den Schulen sowie die Rücksprache mit Schülern und Lehrern ergeben, dass der überwiegende Teil der untersuchten Schule entweder über einzelne Pantoffelklassen verfügt oder die gesamte Schule bereits die Möglichkeiten für das Hausschuhtragen umsetzt.

Allerdings gilt es noch zu ermitteln, welchen Grad an Wohlbefinden die Schüler durch das Tragen der Hausschuhe erreichen. Die Frage wurde von 840 Schülern beantwortet, davon geben 35,4 % der Befragten an, gern die Straßenschuhe vor dem Klassenzimmer abzulegen.

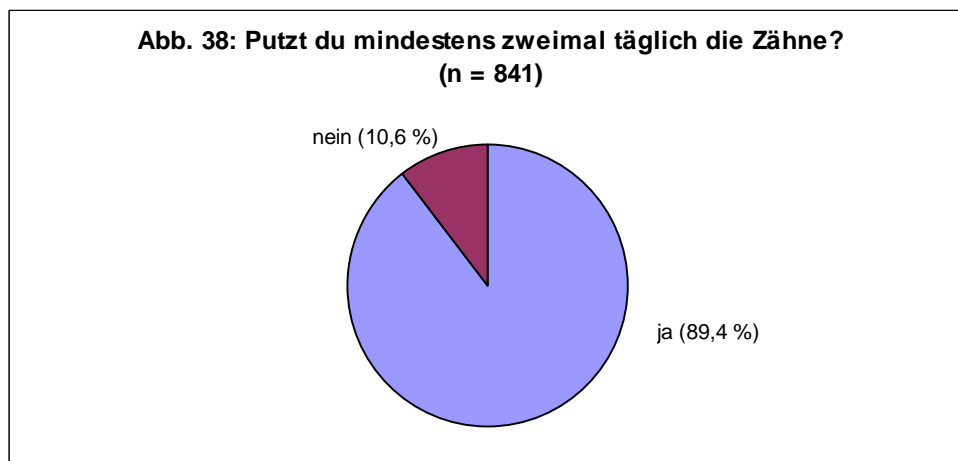


Die Verteilung der Werte lässt keinen exakten Aufschluss über die Ursachen des Ergebnisses zu. Betrachtet man die Differenzierung nach Gesundheitskonzepten, so erreichen die OPUS-Schulen 30,6 % der Ja-Stimmen, die Kontrollschulen 40,0 %. Eine Interpretation hinsichtlich einer Schwäche des OPUS-Konzeptes greift allerdings zu kurz. Die Untersuchung der OPUS-Schulen in regionaler Unterteilung zeigt, dass die Lipper Schüler 39,1 %, die Gütersloher 24,2 % erreichen. Die Kontrollgruppen erzielen das umgekehrte Ergebnis: Hier zählen wir bei den Lipper Schülern 19,4 %, bei den Güterslohern 62,6 %. Eine eindeutige Interpretation ist somit nicht möglich.

Frage 22: Putzt du mindestens zweimal täglich die Zähne?

Die kritische Betrachtung der Frage 22 wurde bereits auf der Seite 107 deutlich angemerkt. Die praktische Umsetzung von Zahnhygiene findet in den Vormittagsstunden der Grundschule nicht statt. Die im Elternhaus und in der Kindertagesstätte erworbenen Kompetenzen müssen somit bereits so gefestigt sein, dass sie in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter überdauern können.

Anders als bei der Frage 19, die Wünsche erfragt, befasst sich die Frage 22 mit den konkreten Gesundheitsgewohnheiten der Probanden. 841 Schüler beantworten diesen Erhebungspunkt. Davon geben 752 (89,4 %) an, zweimal täglich die Zähne zu putzen. Damit wird deutlich, dass die klare Mehrheit der Probanden sich in diesem Punkt gesundheitsfördernd verhält.



Die Betrachtung der differenzierten Ergebnisse zeigt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Schülern aus den OPUS- und Kontrollschulen (88,0 % bzw. 90,9 %). Auch in regionaler Hinsicht (Lippe 89,6 %, Gütersloh 89,3 %) lassen sich keine Abweichungen feststellen.

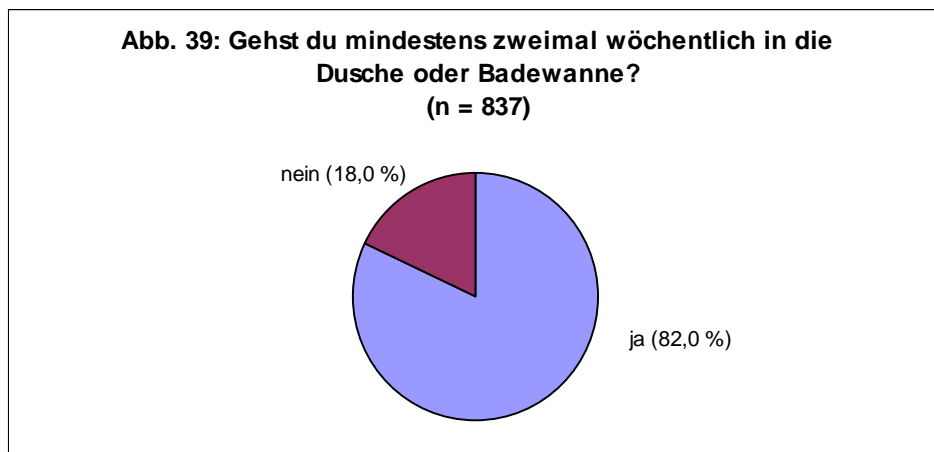
Somit lässt sich feststellen, dass unabhängig von Konzepten oder regionalen Gegebenheiten die in der frühen Kindheit erworbenen Kompetenzen stabilisiert worden sind. So hat der Transfer von Gesundheitserziehung stattgefunden, wobei dieser vermutlich bereits vor der Grundschulzeit liegt.

Frage 23: Gehst du mindestens zweimal in der Woche in die Dusche oder Badewanne?

In der Frage 20 wurde bereits herausgestellt, dass nahezu die Hälfte der Schüler bereit wären, nach dem Schulsport zu duschen. Die Frage 23 soll diesen Gedanken wieder aufnehmen und nachprüfen, ob die befragten Schüler trotz der in der Schule nicht gegebenen Möglichkeit zur praktischen Um-

setzung einen angemessenen Gesundheitstransfer in der angesprochenen Kompetenz im Alltagsleben realisieren können.

Die Frage 23 wird von 837 Probanden beantwortet. Davon geben 686 Schüler an, mindestens zweimal wöchentlich die Dusche oder Badewanne zu nutzen.



Der daraus resultierende Wert von 82,0 % darf auf den ersten Blick optimistisch stimmen. So ist doch der deutlich überwiegende Teil der Kinder mit einem positiven Hygieneverständnis ausgestattet. Nichtsdestotrotz darf nicht übersehen werden, dass jeder fünfte Befragte eine negative Antwort gibt.

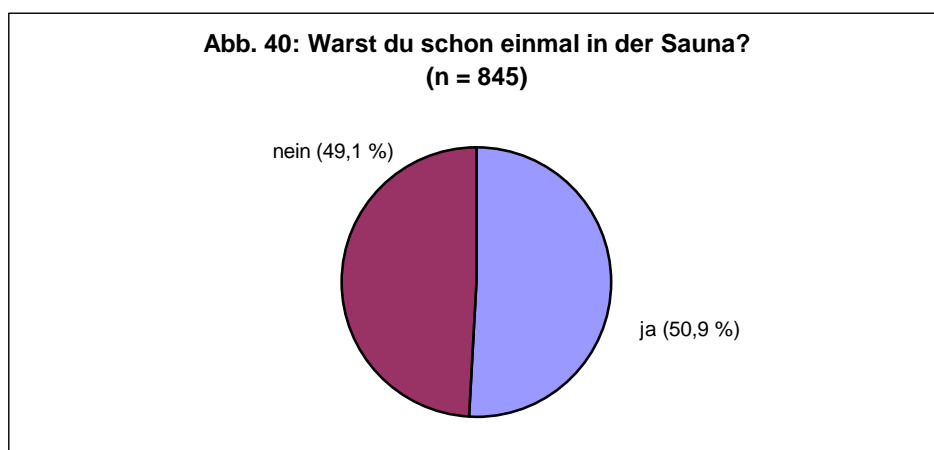
Wie schon in Frage 22 ermittelt wurde, sind die Gesundheitskompetenzen, die nicht direkt in der Schule erlernt werden, sondern sich insbesondere im Elternhaus festigen, diejenigen, die den quantitativ höchsten Transfer ins Alltagsleben erzielen.

Dies lässt sich auch dadurch belegen, dass weder ein besonderes Gesundheitskonzept (OPUS 82,5 %, Kontrollgruppe 81,4 %) noch regionale Besonderheiten (Lippe 82,3, Gütersloh 81,7) einen wirksamen Einfluss auf den Gesundheitstransfer der Kinder nehmen. Zum einen ist dies ein erfreuliches Ergebnis für die Gesundheitserziehung des Elternhauses. Zum anderen stimmt es bedenklich, dass jedes fünfte Kind nicht die notwendige Hygiene im Alltag praktiziert. Dieser Umstand stellt noch eindringlicher die Notwendigkeit heraus, dass die Körperreinigung in der Schule thematisiert und auch praktisch - es sei wieder auf das Duschen nach dem Sport verwiesen - geübt wird.

Frage 24: Warst du schon einmal in der Sauna?

Entspannung und Wellness finden sich unter vielen anderen Möglichkeiten auch im Besuch der Sauna wieder. Diese stellt eine besondere Verbindung von Körperpflege und Wellness dar. Die entschlackende und entschleunigende Wirkung eines Saunabesuchs ist heute ein gängiger Bestandteil von Wohlfühlangeboten (Kap. 3.4.1, S. 59). Auch wenn Kinder noch nicht als Zielgruppe von Wellness und Entspannungsaktivitäten akzeptiert werden, so werden sie doch als Kunden mittlerweile wahrgenommen. Gesundheitsanbieter untersuchen die Möglichkeiten, Schüler als Wellnesskonsumenten zu gewinnen (Kap.4.7, S. 75).

Die Frage 24 wurde im Rahmen der Überprüfung der Sauna-Besuche der Probanden von 845 Personen beantwortet. Davon geben 430 Schüler (50,9 %) an, schon mindestens einmal die Sauna genutzt zu haben.



Der Wert ist sehr positiv. Angesichts des finanziellen und zeitlichen Aufwandes eines Saunabesuchs sowie der ethischen und psychischen Reserviertheiten bedeutet die Hälfte der Antworten eine bemerkenswerte Leistung. Da das Thema Sauna mit all seinen gesundheitsfördernden Aspekten kein Bestandteil des Grundschul Lehrplans ist, hat in diesem Sinne bei über 50 % der Schüler ein Gesundheitstransfer stattgefunden, der entweder auf die Gewohnheiten aus dem Elternhaus fußt oder aus den Inhalten der übrigen schulischen Gesundheitserziehung resultiert.

Hinsichtlich der Bewertung der Gesundheitskonzepte ergibt sich auch bei der 24. Frage das gleiche Bild wie bei vielen Fragen zuvor: Das OPUS-Konzept kann sich gegenüber den Kontrollgruppen keinen entscheidenden Vorteil verschaffen. Die Frage wird von 49,0 % der Probanden mit Ja beantwortet, während dies 52,7 % der Kontrollschüler tun.

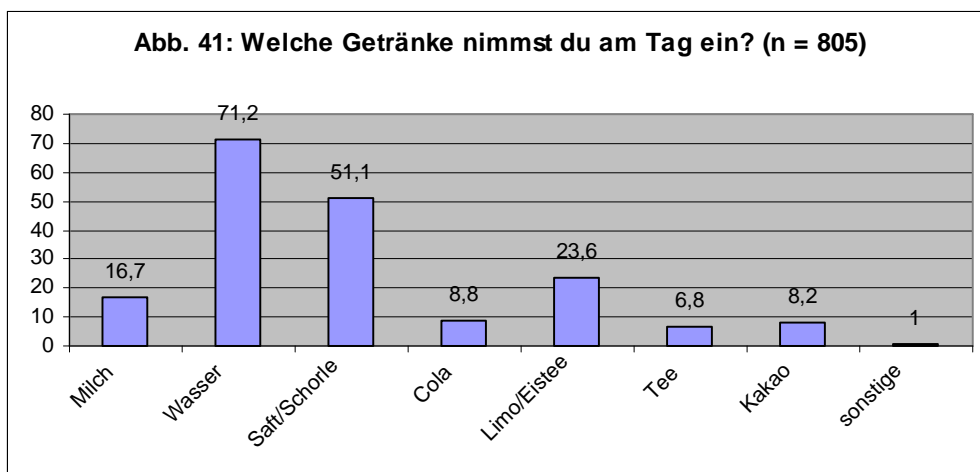
Bei der regionalen Betrachtung kann sich der Kreis Lippe mit 54,0 % Ja-Stimmen gegenüber 48,1 % im Kreis Gütersloh ein deutlich höheres Gewicht verschaffen. Da sich die Werte an den einzelnen Schulen beispielsweise im Kreis Lippe zwischen 37 % und 62 % belaufen, ist eine Begründung aufgrund regionaler Besonderheiten, beispielsweise durch eine höhere Präsenz von Kureinrichtungen, nicht standhaft. Der höchste Wert wird bezeichnenderweise in einer sogenannten „Brennpunktschule“ erzielt (62,0 %). So ist auch der oben erwähnte finanzielle Aufwand wiederum in Frage zu stellen. Vielmehr gilt es zu bedenken, dass auch ethnisch bedingte Einstellungen für einen Sauna-Besuch stehen.

7.4 Bereich 4: Ernährung

Frage 25: Welche Getränke nimmst du am Tag ein?

Die erste Frage des Bereichs Ernährung nimmt sich der Getränke an, die die Probanden gewöhnlich konsumieren. So soll evaluiert werden, was die Schüler im Verlaufe eines Tages trinken, um an der Zusammensetzung einen weiteren Baustein ihres Gesundheitsbewusstseins zu erkennen.

Da ein Mensch am Tag mehrere verschiedene Getränke zu sich nimmt, wurden wie zuvor erwähnt, in der Erhebung Mehrfachantworten ermöglicht. Deshalb wurden von 805 Probanden 1506 Antworten gegeben.



Das mit Abstand meistkonsumierte Getränk ist demnach Wasser mit 71,2 %, gefolgt von Saft und Schorle mit 51,1 %. Also nehmen zwei Getränke mit einem hohen Gesundheitswert mit deutlichem Vorsprung die beiden ersten Plätze ein. Dies bestätigt die Einschätzung der in Kap. B.1 geäußerten

Meinung von Erziehungsberechtigten, dass insbesondere Wasser das empfehlenswerteste Getränk sei. Es folgen Limonaden / Eistee mit 23,6 %. Gezuckerte Getränke werden somit von nahezu einem Viertel der Probanden täglich konsumiert, was eine alarmierende Bedeutung hat. Milch (16,7 %) landet wiederum als gesundes Getränk auf dem vierten Rang. Angesichts der nach wie vor öffentlich hohen Popularität von Milch als Gesundheits- und Stärkungsmittel und den Schulmilchangeboten in der Primarstufe ist der Wert durchaus als niedrig zu bezeichnen.

Es folgen mit größerem Abstand Cola (8,8 %), Kakao (8,2 %) und Tee (6,8 %). Auch wenn sich die eher als ungesund geltenden süßen Limonaden, Eistees, Cola und Kakao in der Erhebung niederschlagen, so kann den Probanden dennoch attestiert werden, dass sie überwiegend gesunde Getränke konsumieren.

Im Vergleich zu den Daten der Trinx-Kampagne (Kap. B1, S. 2) ergeben sich deutliche Unterschiede. Milch (40%), Kakao (23%) und Tee (21%) werden demnach gemäß Trinx häufiger konsumiert als in der vorliegende Erhebung. Mineralwasser (26%) findet in der Trinx-Studie allerdings eine wesentlich niedrigere Berücksichtigung als in der Evaluation in Lippe und im Kreis Gütersloh.

Von Interesse ist zudem, in welcher Form sich im Rahmen des Konzeptvergleichs die Trinkgewohnheiten der Kinder unterscheiden. Die OPUS-Schüler zeigen sich gegenüber den Kontrollschülern deutlich variabler, konsumieren mehr unterschiedliche Getränke. Allerdings ist festzustellen, dass sie dabei sowohl höhere Werte bei den gesunden Getränken (Milch 19, %, Saft/Schorle 56,1 %) als auch bei den ungesunden (Cola 11,7 %, Kakao 10,0 %) erzielen. Ein besserer Transfer von Gesundheitserziehung lässt sich somit nicht nachweisen.

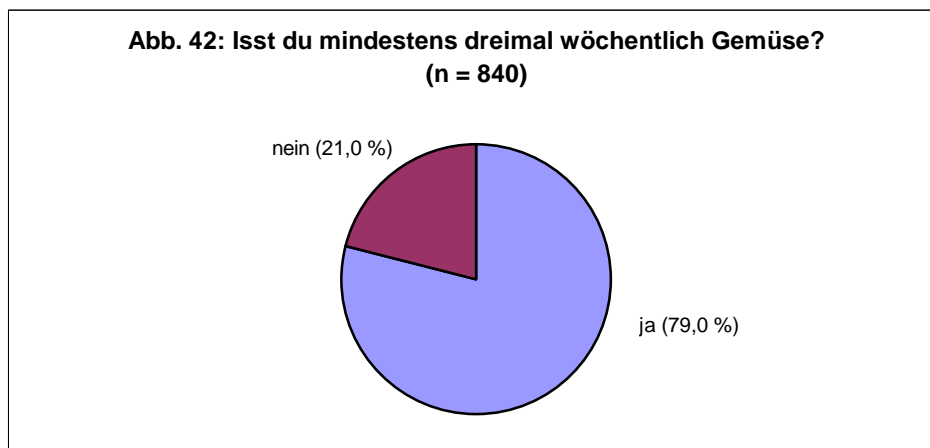
Die Kontrollschüler geben weniger Getränkevariationen an. Überdurchschnittliche Werte erzielen sie lediglich bei Wasser (73,0 %) und Limonaden/Eistee (24,3 %). Auch diese Daten reichen nicht für eine Aussage bezüglich des Gesundheitstransfers aus.

Frage 26: Isst du mindestens dreimal wöchentlich Gemüse?

Gesunde Ernährung wird unter anderem durch den Konsum von - möglichst frischem - Gemüse gekennzeichnet. Die Kenntnis richtigen Ernährungsverhaltens ist fester Bestandteil des Grundschullehrplans in Nordrhein-Westfalen (Kap. 1.6, S. 23), wengleich dessen Umsetzung aufgrund personeller Aspekte nicht immer optimal gegeben ist (Kap. 1.6.1, S. 28). So ist es von Interesse, inwieweit die im Sachunterricht erlernten Kenntnisse hinsichtlich des regelmäßigen Verzehrs von Gemüse in den Alltag transferiert werden.

Die Antworten der Erhebung liefern ein sehr positives Ergebnis: Von 840 Befragten geben 664 (79,0 %) an, dreimal wöchentlich Gemüse zu essen. Somit darf angenommen werden, dass Pflan-

zenkost zum regelmäßigen Speiseplan der überwiegenden Zahl von Schülern gehört und sich trotz der mangelnden Präsenz in der Werbung einen festen Platz im Ernährungskonzept sichert.



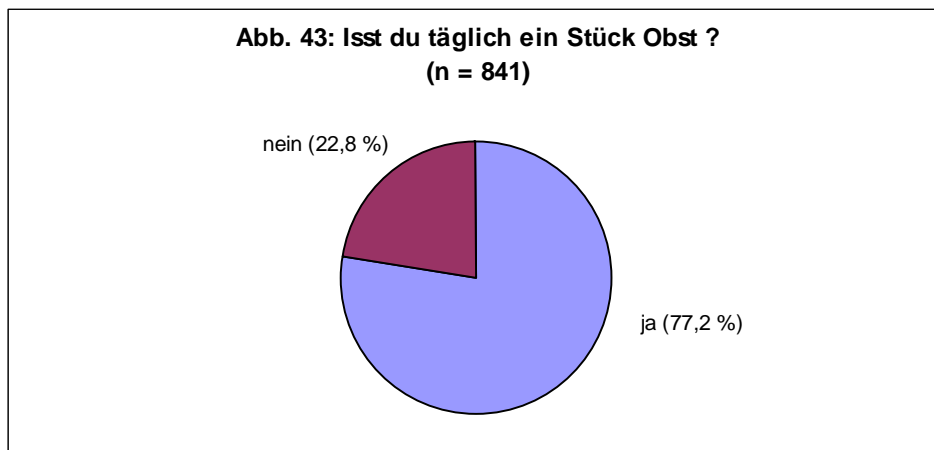
Im Vergleich der Konzepte schneiden die Kontrollgruppen (80,2 %) leicht besser ab als die OPUS-Schulen (77,8 %). Trotz eines besonderen Gesundheitskonzeptes kann sich auch im Ernährungsbe- reich OPUS keinen signifikanten Vorteil erarbeiten.

Frage 27: Isst du jeden Tag ein Stück Obst?

Obst nimmt ähnlich wie Gemüse eine elementare Rolle in der gesunden Ernährung ein. Da es sich als Zwischenmahlzeit noch besser eignet als Gemüse, ist sein täglicher Verzehr sowohl einfach als auch ratsam. Die Süße der meisten Obstsorten hat zudem einen deutlich höheren Reiz auf die Sinne von Kindern und Jugendlichen als die weniger geschmacksintensiven Gemüsearten.

Die Frage 27 wird von 841 Probanden beantwortet und liefert mit 77,2 % ein ähnlich positives Er- gebnis wie die Frage 26. Im Vergleich ist zu beachten, dass die vorhergehende Frage nur einen dreimaligen Verzehr pro Woche evaluierte, während Frage 27 einen täglichen Konsum erfragt. Al- lerdings stellt Obst, wie schon zuvor erwähnt, eine geeignetere Zwischenmahlzeit dar, so dass ein täglicher Verzehr wünschenswert und machbar ist. Unter Berücksichtigung beider einschränkender Aspekte muss somit festgehalten werden, dass der ermittelte Wert kein optimales Ergebnis darstellt. Ein zufriedenstellender Gesundheitstransfer ist daher nicht hergestellt.

Überraschend genau decken sich die ermittelten Werte mit den Resultaten der in Kapitel B.4 er- wählten HBSC-Studie, die für die Gruppe der 11- bis 15-Jährigen 75% tägliche Obstkonsumenten ausweist.



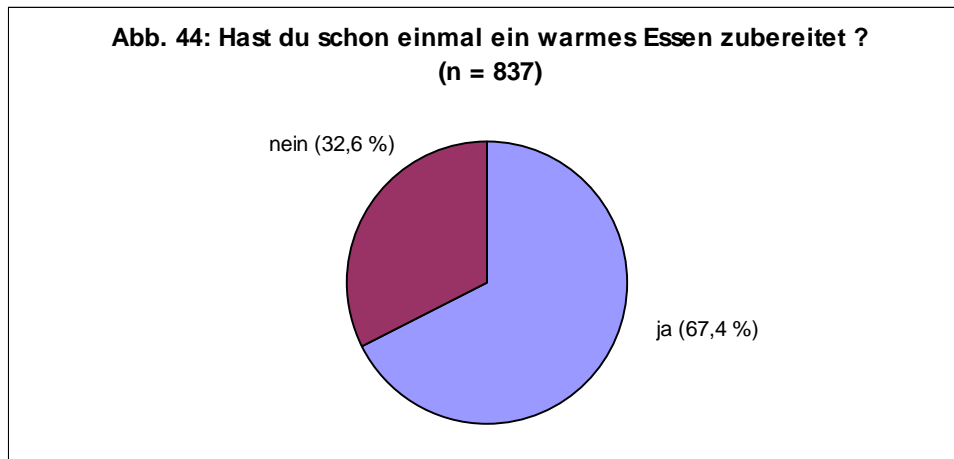
OPUS kann sich im Konzeptvergleich mit 77,7 % bei der Obst-Frage leicht gegenüber den Kontrollgruppen (76,6 %) behaupten, jedoch keinen entscheidenden Vorteil für das Gesundheitskonzept herausarbeiten.

Frage 28: Hast du schon einmal ein warmes Essen zubereitet?

Der Lehrplan Sachunterricht der Primarstufe NRW thematisiert zwar die Nahrungszusammensetzung, allerdings verzichtet er vollständig darauf, die Kompetenz zur praktischen Umsetzung vorzuschreiben. So bleibt es in den meisten Fällen auf pädagogischer Ebene bei den in den Kindertagesstätten erlernten Fertigkeiten sowie in der Schule beim Plätzchenbacken zur Weihnachtszeit. Vergessen werden dabei besonders auch die in Kapitel B.4 erwähnten Aspekte der Gemeinschaft und der gegenseitigen Unterstützung, die das gemeinsame Zubereiten von Speisen ausmachen.

Daher kann die Frage 28 nicht unter dem Aspekt betrachtet werden, inwieweit ein Transfer von Gesundheitserziehung stattfindet, da die Grundlagen für die Übertragung in der Schule nicht gelegt werden. Vielmehr sind die Antworten daraufhin zu interpretieren, inwiefern Gesundheitskompetenzen auch ohne schulischen Transfer entwickelt werden können.

Von 837 Schülern, die die Frage beantworten, geben 564 (67,4 %) an, bereits selbst warme Speisen zubereitet zu haben. Dieser Wert ist genauso erfreulich wie bemerkenswert. Er belegt, dass ein wesentlicher Teil von Gesundheitserziehung außerhalb der Schule im Elternhaus stattfindet und stützt damit die Aussagen aus Kapitel 4.1 (S. 66), das die Familie als wichtigsten Partner der Gesundheits- und Wellnessbildung ausweist.



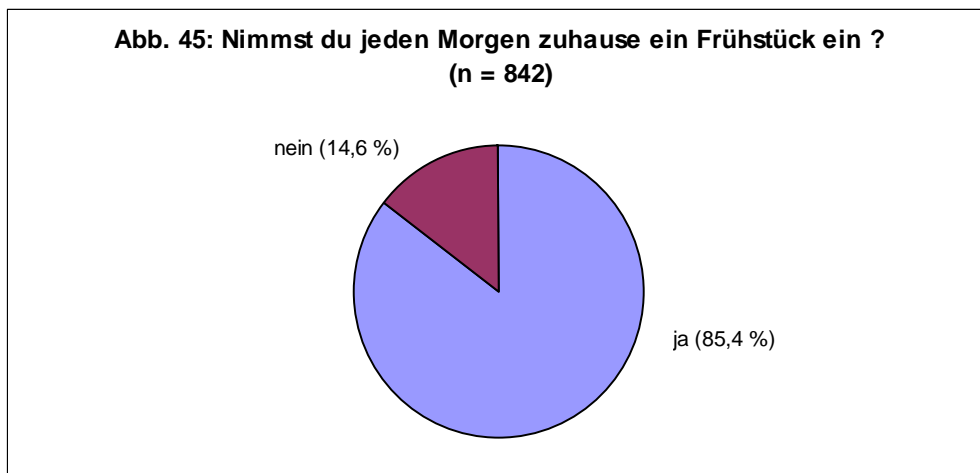
Nun kann die Vermutung aufgestellt werden, dass der Ernährungsunterricht in der Schule auf die Kinder einwirkt, die in den Stunden gewonnenen Kenntnisse zur Speisekunde zuhause praktisch umzusetzen. Belegbar ist diese Aussage leider nicht. Möglich ist auch, dass sich das im gesamten Gesundheitsunterricht erworbene Wissen auch positiv auf Bereiche auswirkt, die nicht direkt im Unterricht behandelt werden, sondern nur im nachschulischen Alltag der Kinder vorkommen, somit also ein indirekter Transfer stattfindet.

Die Kontroll-Schüler erzielen hierbei bessere Werte (69,2 %) gegenüber den OPUS-Schülern (65,5 %). Dies verwundert, da sich drei der Kontrollschulen in Brennpunktgebieten befinden, die von den Strukturen häufiger Haushalte aufweisen, in denen aufgrund von doppelter Berufstätigkeit nicht in der Form gekocht wird wie in Hausfrauen-Haushalten. Eindeutig belegbar ist diese Vermutung jedoch nicht.

Frage 29: Nimmst du jeden Morgen zuhause ein Frühstück ein?

Die physiologische Notwendigkeit eines morgendlichen Frühstücks ist bereits in Kap. 1.6.1 erläutert worden. Um entsprechende Reserven für die kognitiven Anforderungen gerade in den ersten beiden Schulstunden zu speichern, ist eine angemessene Mahlzeit vor dem zweiten Frühstück unabdingbar (Kap. 1.6.1, S. 27).

Doch wie sieht dieses wünschenswerte Verhalten tatsächlich in der Praxis aus? Von 842 antwortenden Schülern geben 719 (85,4 %) an, zuhause zu frühstücken. Obgleich der Prozentwert hoch erscheint, geben die knapp 15 % der Kinder, die die Frage negativ beantwortet haben, Grund zur Sorge. So ist jedes siebte Kind zum morgendlichen Schulbeginn ohne Frühstück.



Im Vergleich zur im Kapitel B.1 erwähnten Studie von Sommer et al. (S. 2), die einen Anteil nicht frühstückender Kinder auf 4 bis 12 % beziffert, zeigt die vorliegende Erhebung einen noch höheren Wert negativ betroffener Kinder.

Die OPUS-Schüler schneiden bei der Frage 29 mit 86,4 % Ja-Stimmen etwas besser ab als die Kontrollschüler (84,6 %), wobei beide Gruppen mit den viel zu hohen Nein-Werten zu schlecht abschneiden.

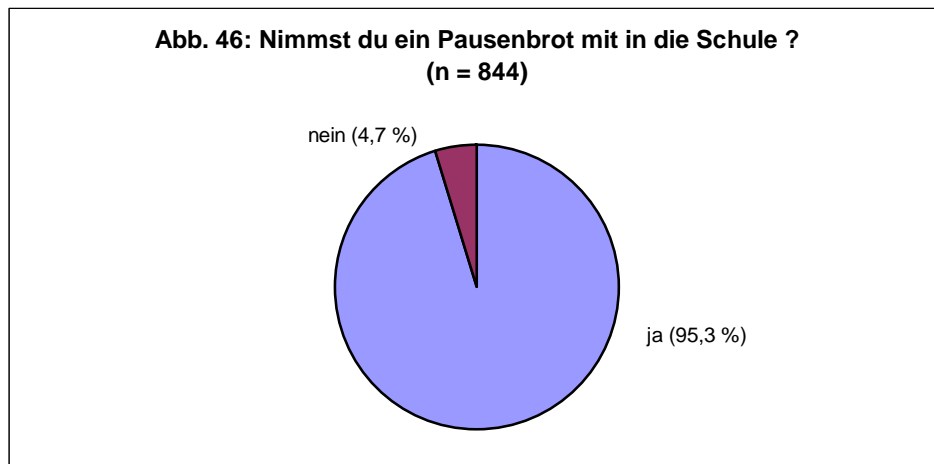
Bezüglich der Frage des Gesundheitstransfers lässt sich eine Analogie zu den oben erwähnten Werten herstellen. Ein hohes Maß gelungenen Transfers ist erfreulich, darf aber bei der Fragestellung nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein nennenswerter Teil der Probanden die Unterrichtsinhalte zum Thema Ernährung nicht in der Form in sein Alltagsleben übernommen hat, wie dies wünschenswert ist.

Frage 30: Nimmst du ein Pausenbrot mit in die Schule ?

Die Frage setzt direkt an die Ergebnisse der vorhergehenden Frage an. Die für die ersten Schulstunden notwendige Versorgung mit Nährstoffen erfordert eine Auffrischung in den Pausen, um eine kontinuierliche Leistungsfähigkeit des Organismus zu sichern.

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit diese einsichtige Aussage sich mit der Praxis deckt. Zuvor wurde bereits erwähnt, dass es Kinder gibt, die ohne zweites Frühstück in die Schule kommen und so auch Gefahr laufen, den gesamten Vormittag ohne weitere Nahrungsaufnahme zu verbringen (Kap. 1.6.1, S. 27).

Es beteiligen sich 844 Schüler an der Frage 30, von denen 804 (95,3 %) angeben, ein Pausenbrot mit in die Schule zu nehmen. Dieser Wert darf als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Ob nun zuvor zu Hause gefrühstückt wurde oder nicht, in der Schule sind fast alle Probanden mit Nahrung versorgt.



Sicherlich sind die 4,7 % Kinder, die keine Pausenverpflegung mitbringen in jedem einzelnen Fall zuviel, jedoch darf in deutlich überwiegendem Maße von einem gelungenen Gesundheitstransfer gesprochen werden. Möglich ist natürlich auch, dass in diesem Punkt nicht von Transfer von Gesundheitserziehung gesprochen werden kann, sondern schlicht und ergreifend das Hungergefühl die Kinder dazu bringt, ein zweites Frühstück einzunehmen.

Sowohl bei den Gesundheitskonzepten als auch im regionalen Vergleich lassen sich interessanterweise keine Unterschiede feststellen. Die Evaluationswerte differieren lediglich im Rahmen von Nachkommastellen. Fraglich ist, weshalb gerade die Frage 30 erstmals ein derart einmütiges Antwortverhalten auslöst.

Ein exakter Beleg lässt sich nicht offenlegen, so bleibt die Antwort im Reich der Vermutungen. Möglich ist, dass das Schulfrühstück in den Köpfen der Eltern aus ihrer eigenen Erfahrung so manifestiert ist, dass es jegliche Strömungen überdauert hat. So geben Eltern den Kindern eine zweite Mahlzeit mit, egal ob der Nachwuchs morgens bereits gegessen hat oder nicht.

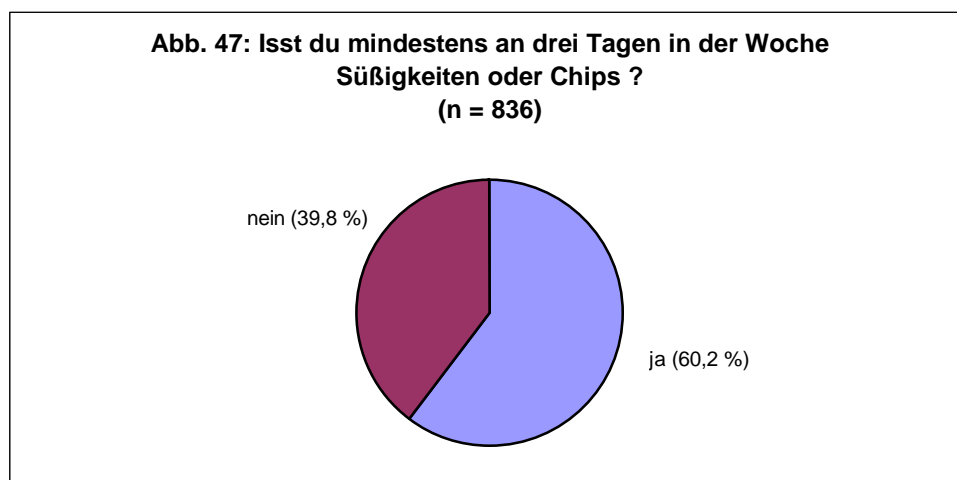
Denkbar ist auch die bereits angerissene Variante, dass die Schüler nach einem mehr oder minder kleinen Frühstück im Laufe des Vormittags ein so großes Hungergefühl entwickeln, dass dies vollkommen unabhängig von Gesundheitserziehung und Transfer nach einer Befriedigung verlangt.

Frage 31: Isst du mindestens an drei Tagen in der Woche Süßigkeiten oder Chips?

Die Überernährung der Kinder in der heutigen Gesellschaft ist nicht nur durch eine erhöhte Zufuhr von Energie gekennzeichnet, sondern auch durch die veränderte Zusammensetzung der Nahrung.

Fettreichen und überzuckerten Speisen wird demnach klar der Vorzug vor frischen Lebensmitteln wie Obst, Gemüse oder Getreideprodukten gegeben (vgl. Kap. B.1). In der HBSC-Studie wird diese Präferenz von Kartoffel-Chips und Süßigkeiten klar belegt (Kap. B.4).

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung geben 836 Schüler Auskunft zur Frage 31. Davon geben 60,2 % an, mindestens dreimal wöchentlich Chips oder Süßigkeiten zu sich zu nehmen.



Die Problematik ist offensichtlich und alarmierend. Trotz der durchaus positiven Werte bezüglich gesunder Ernährung zeigt sich nunmehr eindeutig, dass bestimmte Bereiche des Essens und Trinkens hinsichtlich ihrer Zusammensetzung und Gesundheitsgefahr nicht reflektiert werden.

Dieser Tatbestand ist auch unabhängig von schulischen Gesundheitskonzepten. Weder die OPUS-Schüler (61,1 %) noch die Kontrollschüler (59,2 %) weisen bei der Frage 31 eine bessere Gesundheitskompetenz auf.

Da sich auch regional keine Unterschiede aufdecken lassen (Lippe 60,9 %, Gütersloh 59,5 %), muss von einer übergreifenden Problematik ausgegangen werden. Trotz aller gesundheits- und wellnesspädagogischen Anstrengungen, die in einigen Fragen positive Resultate erzielen, zeigt sich in der vorliegenden Fragestellung die Resistenz ungesunden Verhaltens.

Es stellt sich die Frage, wie sich dieses ungünstige Verhalten, trotz der in den zuvor erläuterten Fragen durchaus nachgewiesenen Gesundheitskompetenz, manifestieren kann. Mehrere Komponenten, die dies begünstigen, sind denkbar: Erstens darf in einigen Fällen ein negatives Vorbildverhalten der Eltern und Geschwister angenommen werden. Zweitens ist der hohe Einfluss der Medien zu nennen, der sowohl das Bewerben ungesunder Lebensmittel als auch den Konsum von Süßigkeiten und fettgebackenen Produkten in Fernsehsendungen betrifft (Kap. 4.2, S. 67f.). Unbestreitbar ist die Abbildung ungesunder Lebensmittel in den Medien, während der Verzehr von Obst und Gemüse eher selten im Fernsehen zu beobachten ist. Gleiches gilt im Übrigen auch für Getränke. Auch hierbei existiert in den Medien ein klares Übergewicht zugunsten alkoholischer Getränke gegenüber beispielsweise Säften oder Mineralwasser.

7.5 Bereich 5: Entspannung

Die fehlende Rhythmisierung und Entschleunigung des Alltags wird bereits im Kapitel 1.2 genannt. Die nachstehenden Daten sollen Aufschluss darüber geben, inwieweit es den Probanden gelingt, Distanz zu den täglichen Belastungen durch Schule und andere äußere Einflüsse aufzubauen.

Frage 32: Gibt es in deiner Schule Plätze zum entspannten Ausruhen?

Die Ergebnisse der Frage 14 verraten, dass die überwiegende Zahl der Schüler in den Pausen Bewegungsaktivitäten bevorzugt. Die Begründung, dass die Kinder im Unterricht häufig lange Zeiten still am Platz sitzen müssen und daher in den Pausen Bewegung suchen, ist einleuchtend. Ein weiterer Grund kann jedoch sein, dass das Schulgelände keine geeigneten Lokalitäten für ein entspanntes und vor allem lärmgeschütztes Ausruhen bietet.

Die Frage nach einem solchen Platz wird von 840 Probanden beantwortet, wobei eine Doppelantwort vorliegt. 365 Schüler (43,6 %) geben an, dass der beschriebene Ort vorhanden ist. Mehr als die Hälfte der Kinder sind allerdings der Meinung, dass dies nicht der Fall ist. Für 56,7 % der Befragten ist somit das Fehlen eines geeigneten Entspannungsraums möglicherweise ein Grund, weshalb es sie in den Pausen zu Bewegungsaktivitäten zieht.

Sehr überraschend ist die Auswertung der Daten nach Gesundheitskonzepten. Während bei den Kontrollschulen 50,9 % der Befragten aussagen, dass angemessene Ruheplätze vorhanden sind, so geben dies an den OPUS-Schulen lediglich 35,8 % an. Angesichts der besonderen Betonung der Schulumfeldgestaltung⁹³ ist der letztgenannte Wert durchaus sehr kritisch zu betrachten.

⁹³ http://www.opus-nrw.de/medio/praxis/in_umfeld.html#u1 (Zugriff vom 20.01.2008)

Die Untersuchung der regionalen Verteilung gibt weiteren Aufschluss: Ein deutliches Gefälle zeigt sich zwischen dem Kreis Lippe (48,3 % Ja-Stimmen) und dem Kreis Gütersloh (39,1 %). Betrachtet man die Werte im Zusammenhang mit dem OPUS-Konzept, so erreichen die Lipper OPUS-Schulen 45,4 %, die Gütersloher Schulen nur 28,5 %).

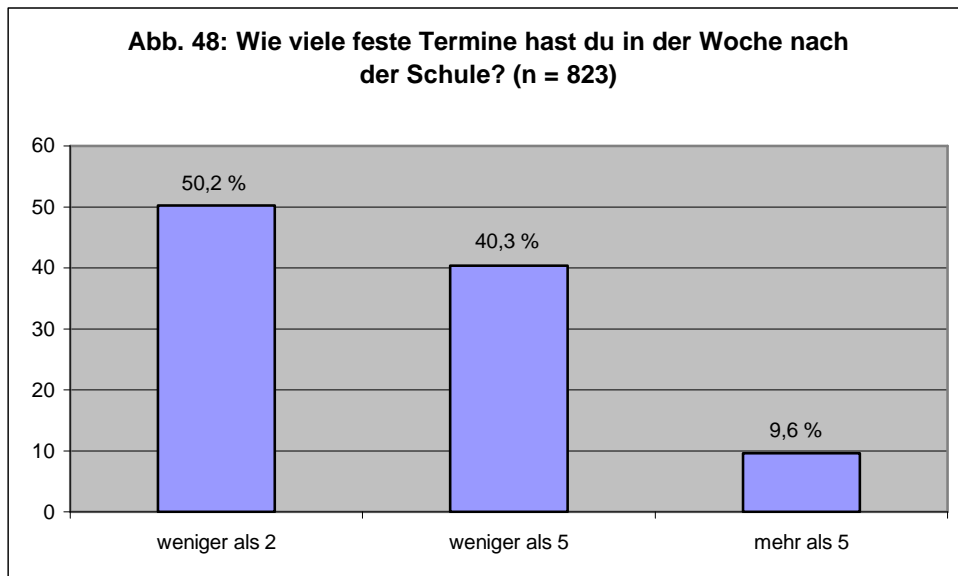
Das Problem darf im vorliegenden Fall also eher an regionalen als an konzeptuellen Gesichtspunkten festgemacht werden. Allerdings ist eine tiefergehende Analyse der Infrastrukturpolitik der beiden Kreise hinsichtlich der Schulumfeldgestaltung aufgrund nicht greifbarer Daten unmöglich und daher nur spekulativ zu betrachten.

Frage 33: Wie viele feste Termine hast du in der Woche nach der Schule?

Die Transferkompetenz von Entspannung soll unter anderem mit der Frage evaluiert werden, wie oft die Befragten am Nachmittag durch feste Termine zeitlich, physisch und mental gebunden sind und dieses Zeitreservoir nicht für das Abschalten und Ausruhen nutzen können. Viele Kinder sind bereits im Grundschulalter durch dichtgepackte Terminkalender belastet (vgl. Kap. 2.5). Die Überprüfung der Probanden ist also von deutlichem Interesse.

Die Frage wird von 823 Schülern beantwortet, eine Doppelantwort wurde mitgezählt. Die Probanden hatten die Auswahlmöglichkeit in drei Staffeln. Dabei konnten sie entscheiden, ob sie weniger als zwei feste Termine pro Woche wahrnehmen, weniger als fünf, oder mehr als fünf.

Von den 824 Antworten entfallen 413 (50,2 %) auf die Aussage, weniger als zwei Termine zu haben. 332 Probanden (40,3 %) geben an, dass dies bei ihnen weniger als fünf Mal der Fall sei und 79 Befragte (9,6 %) sind mehr als fünfmal wöchentlich unterwegs.



Die Werte mögen einen beruhigenden Eindruck erwecken, betrachtet man die Tatsache, dass die Hälfte der Schüler einen angemessen entspannten Nachmittag ohne Terminstress verbringen können. Jedoch ist ebenso unübersehbar, dass zwei Fünftel der Probanden bereits zwischen zwei und vier Veranstaltungen in ihrem Terminkalender unterbringen müssen und jeder zehnte Befragte bereits fünf und mehr. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei den evaluierten Personen um Grundschüler handelt und sich Kinder in jungen Jahren zweifelsfrei vielseitige Bilder der sie umspannenden Angebote verschaffen sollen, sind die ermittelten Werte mit großer Obacht zu betrachten. Junge Menschen, die im Schnitt jeden Tag einmal einer festen Verpflichtung nachkommen müssen, erleben keinen verlässlichen Tagesrhythmus, finden keine Zeiten mehr, um sich ungezwungen mit Freunden zu verabreden oder allein den eigenen Gedanken zu folgen.

Die Fremdbestimmung deckt einen gefährlichen Krankheitsfaktor auf: Stress in der Freizeit. Die freie Zeit am Nachmittag wird ähnlich wie der vorstrukturierte Schultag am Morgen in Zeitraster gepresst. Erholung ist nicht in der sinnvollen Form möglich wie es erforderlich ist, die Entspannung richtet sich nach den Zeiten der Anspannung.

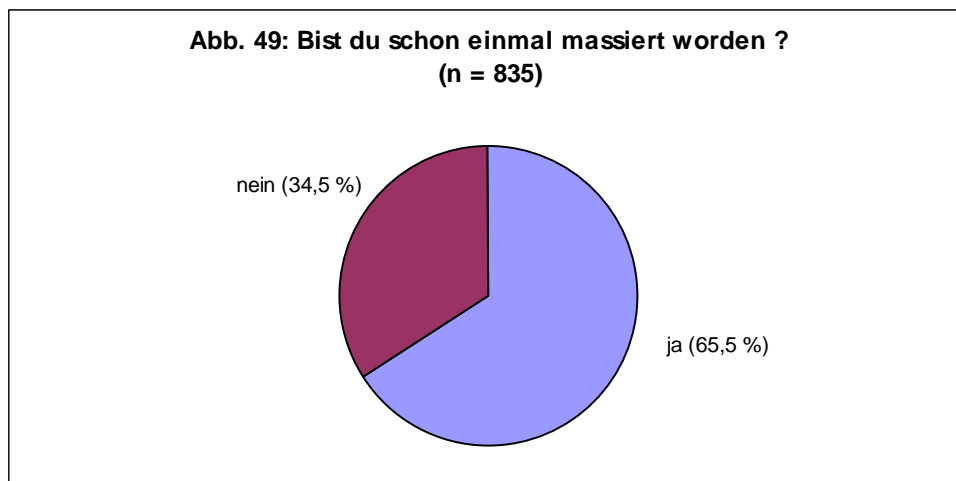
Es ist von Interesse, zu ermitteln, inwieweit die OPUS-Schüler die Kompetenz zur Wahrung einer überschaubaren Freizeitbelastung mit Terminen entwickeln. Die Auswertung der Daten ergibt, dass die OPUS-Schüler etwas besser abschneiden als die Kontrollgruppen. 52,2 % sagen aus, weniger als zwei Termine zu haben, 38,3 % kommen auf zwei bis vier Termine, 9,5 auf fünf und mehr. Die Kontrollgruppen liegen mit 48,2 %, 42,3 % und 9,7 % geringfügig schlechter. Eindeutige Unterschiede ergeben sich somit nicht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass etwa jedes zehnte Kind mit festen Terminen derart belastet ist, dass freie Zeit für gemeinsames Spiel mit Freunden oder gar zur reinen Entspannung kaum zur Verfügung steht.

Frage 34: Bist du schon einmal massiert worden?

Entspannung in Form einer Massage bildet eine wirksame Form, das Wohlbefinden zu steigern. Einfachere Techniken sind für Eltern schnell und kostenfrei möglich. Professionelle Anwendungen bilden besondere, wenn auch teurere Erlebnisse.

Die Frage zu den Erfahrungen mit Massagen wird von 835 Befragten beantwortet. Davon geben 547 (65,5 %) an, schon in den Genuss einer Massage gekommen zu sein. Der Wert überrascht bei der ersten Betrachtung. So scheint die Anwendung von Massagen weiter verbreitet als dies die Exklusivität dieser Technik vermuten lässt. Offenbar sind die elterlichen Qualitäten in diesem Bereich wesentlich höher als angenommen. Möglich ist auch die Thematisierung von Massagetechniken im Sportunterricht der Primarstufe. Ganz gleich, von welcher der erwähnten Seiten das Phänomen betrachtet wird: Es scheint bei einem Großteil der Probanden ein erfolgreicher Transfer von Wellnessbildung stattgefunden zu haben.

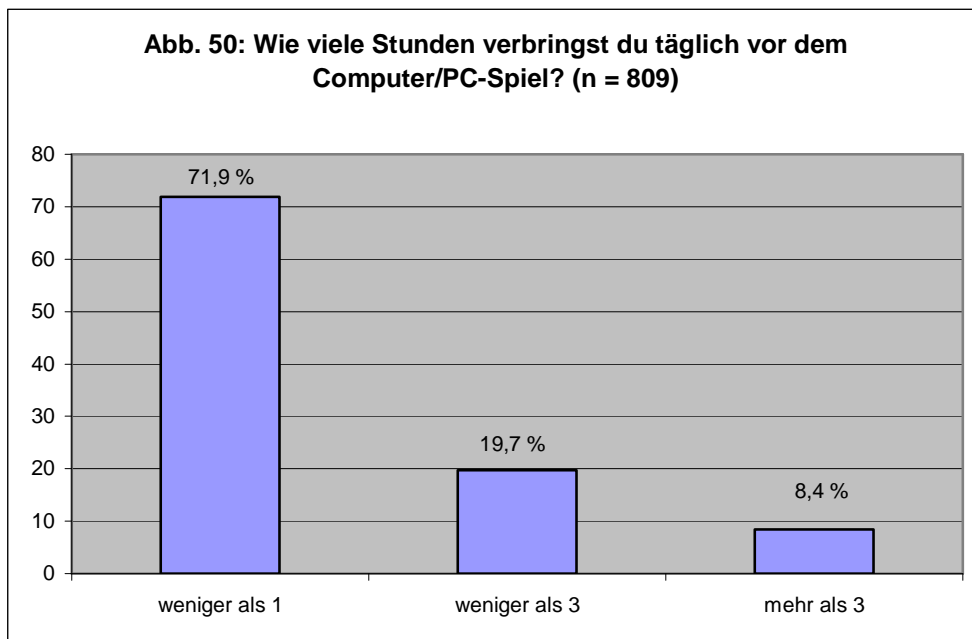


Zwischen den Kontrollschülern (66,0 %) und den OPUS-Schülern (65,1 %) ergeben sich keine erheblichen Unterschiede. Daher lässt sich erneut die fehlende Überlegenheit eines Gesundheitskonzeptes belegen. Auch regional ergeben sich keine nennenswerten Differenzen (Lippe 66,2 %) / (Gütersloh 64,9 %). So scheint auch das regional bedingte Angebot von Kur- und Heilbetrieben keinen zusätzlichen oder überlegenen Reiz von Entspannungs- und Massagetechniken voraus zu setzen.

Frage 35: Wie viele Stunden verbringst du täglich vor dem Computer / PC-Spiel?

Die psychischen und emotionalen Beeinträchtigungen durch übermäßigen PC-Konsum werden beinahe täglich in den Medien diskutiert und beklagt. Die vorliegende Arbeit soll sich nicht an diesen Ergebnissen orientieren, sondern auf Basis der erhobenen Daten ein Urteil fällen können.

Die Frage 35 wird von 809 Probanden beantwortet. Um eine differenziertere Aufteilung nach weniger intensiven PC-Nutzern bis zu exzessiven Konsumenten zu ermöglichen, erhalten die Befragten drei Antwortkategorien zur Auswahl. 582 Kinder (71,9 %) geben an, weniger als eine Stunde täglich am PC zu verbringen. 159 Schüler (19,7 %) sitzen immerhin ein bis drei Stunden am Rechner und 68 Probanden (8,4 %) konsumieren drei und mehr Stunden Spiele, Chat und Downloads.



Die Betrachtung der Zahlen des Konzeptvergleichs überrascht erneut: Von den Kontrollschülern geben 77,3 % an, weniger als eine Stunde PC-Zeit zu investieren, 15,4 % weniger als drei und 7,3 % mehr als drei. Die OPUS-Schüler liegen mit den Werten 66,5 %, 24,0 % und 9,5 % eindeutig kritischer. Dabei ergeben sich regional keine Unterschiede, sodass die OPUS-Schulen sowohl in Lippe als auch in Gütersloh annähernd gleiche, schwächere Resultate aufweisen. Bei den Kontrollschulen zeigen besonders die Gütersloher Schulen sehr gute Ergebnisse (79,4 % / 12,9 % / 7,7 %).

Somit zeigt sich, dass Gesundheitskonzepte oder eine gesundheitlich geprägte Region keine konsequent gute Voraussetzung für ein höheres Gesundheitsverständnis liefert. Möglich ist, dass PC-

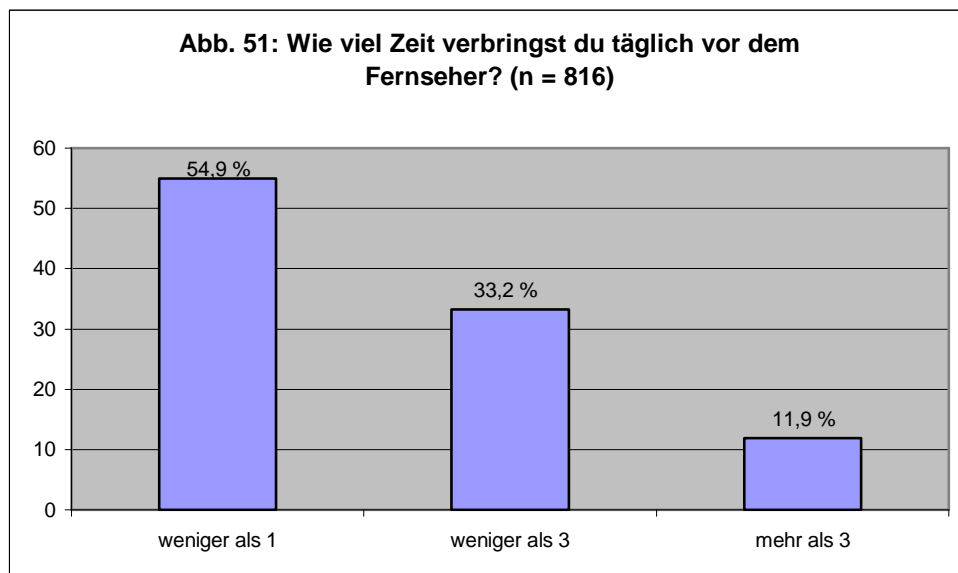
Zeiten bezüglich der Auffassung von Gesundheit in Schule und Öffentlichkeit nicht dem Bereich der Gesundheitserziehung zugerechnet werden. Die Zahlen der Kontrollschulen widerlegen aber diese Annahme.

Die Konsequenzen sind für alle Beteiligten gleichbedeutend: Es ist durch den Einfluss von Pädagogik und Elternhaus möglich, günstigere Bedingungen herzustellen. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit angeraten. Diese wiederum setzt eine funktionierende Kommunikation voraus: die Schule muss sich intensiv um die Arbeit mit den Eltern hinsichtlich der Gesundheitsbildung bemühen, um dem übermäßigen PC-Konsum der Kinder entgegen zu treten.

Frage 36: Wie viel Zeit verbringst du täglich vor dem Fernseher?

Während bei der Frage 35 noch angenommen werden darf, dass eine Reihe von Familien noch nicht über einen Computer verfügt, so darf vorausgesetzt werden, dass alle Haushalte einen Fernseher besitzen.

Die TV-Zeiten werden ebenso wie in der Frage zuvor in einer Dreier-Staffelung differenziert. So haben 816 Probanden geantwortet. Davon nutzen 54,9 % den Fernseher weniger als eine Stunde. 33,2 % sitzen ein bis drei Stunden vor der Mattscheibe und 11,9 % nutzen das TV länger als drei Stunden.



Die Zahlen sind im Grunde erfreulich. Das Fernsehen wird von der überwiegenden Zahl der Befragten in moderater Weise genutzt. Allerdings verbringt jeder zehnte Befragte mehr als drei Stunden

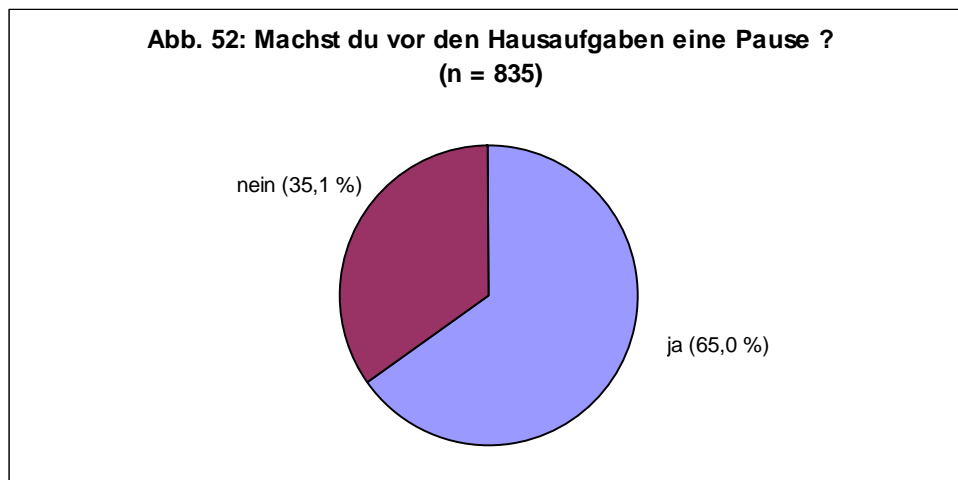
und damit den überwiegenden Teil seiner Freizeit vor dem TV. Selbst wenn die gesehenen Sendungen eher sinnvoll und lehrreich sein sollten, sind diese Konsumzeiten deutlich zu hoch. Auch wenn die Qualität der Sendungen höherwertig sein sollte, so leiden eindeutig die Kommunikationsfähigkeit und die physische und die psychische Ausgeglichenheit, da doch viele Kinder mit der Informationsflut mental überfordert sind (vgl. Kap. 3.5). Allerdings widerlegen die erzielten Daten die in Kapitel 4.2 erwähnten Erhebungswerte, die aussagen, dass die Deutschen ein Viertel ihrer Freizeit vor dem Fernseher verbringen.

Die Kontrollschulen erzielen mit 59,0 % / 31,3 % / 9,7 % ähnlich wie bei Frage 35 erneut überdurchschnittliche Werte. Die OPUS-Schüler zeigen mit 50,7 % / 35,2 % / 14,1 % deutlich schwächere Ergebnisse. Auch bei der Frage 36 erzielen die Kontrollschüler des Kreises Gütersloh mit 62,1 % / 30,8 % / 7,1 % klar die positivsten Resultate. Daher kann aus den Daten der Fragen 35 und 36 hergeleitet werden, dass der mediale Konsum von Schülern keinen direkten Zusammenhang mit Gesundheitskonzepten oder regionalen Gunstfaktoren zu tun hat. Offensichtlich spielt die besondere Prägung von einzelnen Schulen die entscheidende Rolle. Dies bestätigt sich auch bei der Betrachtung der Einzelschulen. Die Gütersloher Kontrollschulen weisen zwar in den verschiedenen Antwortsparten Differenzen auf, jedoch liegen die Werte aller Schulen oberhalb des Gesamtdurchschnittes.

Frage 37: Machst du vor den Hausaufgaben eine Pause?

Die Notwendigkeit einer schöpferischen Pause zwischen dem Schulunterricht und der nachmittäglichen Hausaufgabenarbeit ist nachvollziehbar. Jeder Erwachsene erkennt für sich den Nutzen einer Regeneration nach einem halben Arbeitstag. Demnach ist es schlüssig, dass diese Erkenntnis auch für Kinder gilt.

Die Frage 37 wird von 835 Schülern beantwortet (eine Doppelantwort). Davon geben 543 (65,0 %) an, eine Pause vor den Hausaufgaben einzulegen. Dieser Wert verwundert doch eher. So scheint der Wunsch nach einem langen freien Nachmittag immerhin ein Drittel der Kinder dazu zu bewegen, direkt nach der Schule bzw. dem Essen mit der Arbeit fortzufahren.



Der Großteil der befragten Schüler zeigt jedoch die notwendige Vernunft, vor dem Fortfahren der Arbeit eine angemessene Ruhepause einzulegen. Fraglich ist jedoch, ob diese Ruhephase tatsächlich der Vernunft geschuldet ist oder schlicht und ergreifend darauf zurückzuführen ist, dass die Kinder den Beginn der Hausaufgaben möglichst weit hinauszögern möchten.

Die Betrachtung der Gesundheitskonzepte ergibt, dass die OPUS-Schüler etwa die gleichen Werte (66,6 %) wie die Kontrollschüler erzielen (63,5 %). Somit ist das Ruheverhalten der Probanden nicht unbedingt konzeptabhängig. Auch der Regionalvergleich zeigt eine ausgeglichene Verteilung. Selbst eine tiefergehende Differenzierung ergibt ein ähnliches Ergebnis.

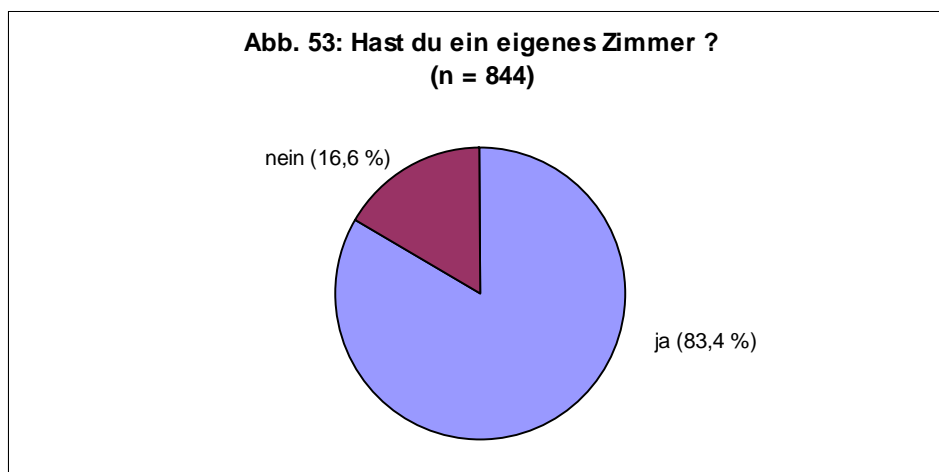
Somit kann zum einen festgestellt werden, dass der überwiegende Teil der befragten Schüler vor der Arbeit am Nachmittag eine Ruhephase einlegt. Zum anderen scheint dieses Verhalten vollkommen unabhängig von konzeptuellen, gesundheitserzieherischen oder regionalen Aspekten zu sein.

Dies wirft die Frage auf, was möglicherweise die wirkende Kraft auf die Einstellungen der Kinder ist. Möglicherweise ist es das Elternhaus. Denkbar ist auch der Biorhythmus, der den Menschen zur Ruhe auffordert. Vielleicht verraten die Probanden aber auch bereits eine eigenständige Gesundheitskompetenz.

Frage 38: Hast du ein eigenes Zimmer?

Die Frage nach Privatsphäre und einem Rückzugsraum für Entspannung und Wohlbefinden wird von 844 Probanden beantwortet. Davon geben 704 (83,4 %) an, über ein eigenes Zimmer zu verfügen. Auch wenn dieser Wert nichts mit einer Konsequenz aus dem Transfer von Gesundheitserziehung zu tun hat, so bildet er jedoch eine wichtige Basisgröße für viele Grundeinstellungen der Kin-

der. So sind sie deutlich besser in der Lage, Stressmanagement und Muße durchzuführen als ein junger Mensch, der auf keinen Rückzugsraum zurückgreifen kann (vgl. auch Kap. 2.1).

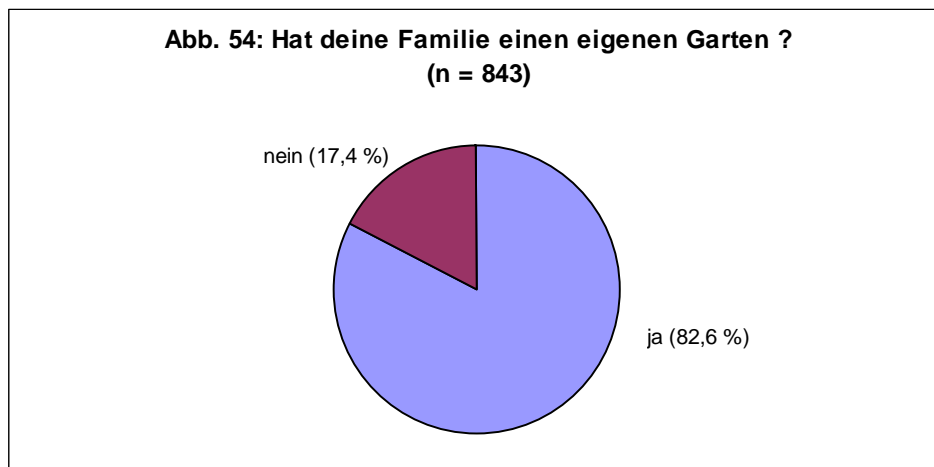


Wie erwähnt ist ein Zusammenhang zwischen schulischer Gesundheitserziehung und einem eigenen Zimmer nicht direkt herstellbar. Trotzdem sollen auch für die Gesundheitskonzepte und regionalen Differenzierungen Werte ermittelt werden. Diese sollen Hinweise geben, welche Probanden bessere Voraussetzungen hinsichtlich der häuslichen Entspannungsmöglichkeiten genießen.

Hierbei zeigt sich, dass die OPUS-Schüler über eine etwas bessere Ausgangsposition verfügen. Von ihnen können 85,2 % ein Zimmer ihr eigen nennen, während dies bei den Kontrollschülern nur auf 81,1 % zutrifft. Die Versorgungssituation zeigt sich im Kreis Gütersloh (85,8 %) stärker als im Kreis Lippe (81,1 %).

Frage 39: Hat deine Familie einen eigenen Garten?

Die unerschöpflichen Entspannungs- und Wohlbefindensmöglichkeiten, die ein Garten bietet, sind bei der Erläuterung der Fragestellungen bereits thematisiert worden. Die Frage nach der eigenen grünen Oase wird von 843 (82,6 %) der Probanden positiv beantwortet. Dieser Wert zeigt ein überraschend erfreuliches Ergebnis. Trotz der Berücksichtigung mehrerer Schulen in Brennpunktgebieten verfügen vier von fünf Familien über einen eigenen Garten. Die Werte bestätigen die in Kapitel B.4 notierten Resultate der LBS-Studie, dass über 80 % der Familien einen eigenen Garten nutzen können.



Die Betrachtung der konzeptuellen und regionalen Aspekte ergibt wiederum annähernd gleiche Resultate. Die OPUS-Schüler (83,6 %) nennen unwesentlich mehr positive Werte als die Kontrollschüler (81,5 %). Auch der Vergleich der Kreise Gütersloh (83,5 %) und Lippe (81,6 %) zeigt keine aussagekräftigen Unterschiede. Somit kann allerdings, wie bereits bei mehreren Fragen zuvor festgestellt werden, dass die Erhebungsvoraussetzungen an den meisten Schulen trotz individueller Unterschiede von der Grundausrichtung im gesundheitspädagogischen Bereich dennoch relativ ähnlich sind.

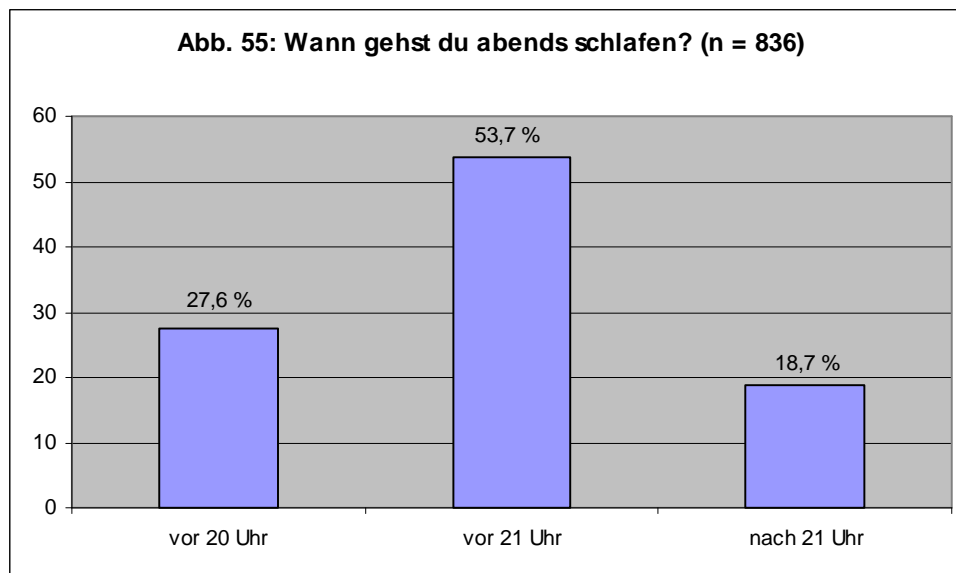
Die Antworten der Fragen 38 und 39 zeigen, dass durchaus gute Voraussetzungen bestehen, Kindern daheim Wellness und Entspannung zu ermöglichen.

Deutlich angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang natürlich auch, dass für einen nicht unerheblichen Teil der Schüler diese Voraussetzungen nicht vorhanden sind. Für sie ist es ungleich wichtiger, im Rahmen von Schule die notwendigen Kompetenzen für ein angemessenes Entspannungsverhalten zu vermitteln.

Frage 40: Wann gehst du abends schlafen?

Regelmäßiger und ausreichender Schlaf besitzt für die Gesunderhaltung und das Wohlbefinden eines Menschen eine herausragende Funktion. Diese regenerative Basis wirkt sich nicht nur auf das Entspannungsverhalten sondern auch auf physische Aspekte wie das vegetative Nervensystem und das Herz-Kreislauf-System aus.

Die abschließende Frage des Erhebungsbogens beantworteten 836 Schüler. In einer vorgegebenen Dreier-Staffelung geben 231 Kinder (27,6 %) an, vor 20 Uhr ins Bett zu gehen. 449 Probanden (53,7 %) tun dies zwischen 20 und 21 Uhr, 156 Befragte (18,7 %) erst nach 21 Uhr.



Prinzipiell können mit den erzielten Resultaten nahezu alle Probanden die für ein Grundschulkind als sinnvoll angesehen neun bis zehn Stunden Schlaf (Kap. 1.6.4, S. 32) nachweisen, geht man von morgendlichen Aufstehenszeiten zwischen sechs und sieben Uhr aus. Trotzdem ist es für die sinnvolle Gestaltung eines Biorhythmus bedenklich, wenn ein Neun- bis Zehnjähriger abends noch nach 21 Uhr wach ist. Im weiteren Verlauf der Untersuchung ist es daher von Interesse, wie viele von diesen Schülern besonders durch lange PC- und TV-Zeiten gebunden werden. Darauf wird im Folgekapitel noch explizit eingegangen.

Bezüglich des Schlafverhaltens schneiden die OPUS-Schüler (29,1 % / 54,0 % / 17,0 %) besser ab als die Kontrollschüler (26,2 % / 53,4 % / 20,3 %). So scheint das Thema Schlaf im Rahmen des Gesundheitskonzeptes besser umgesetzt zu werden als dies bei den übrigen Schulen der Fall ist. Betrachtet man die regionalen Aspekte der OPUS-Schüler, dann ergeben sich zwar in den beiden ersten Kategorien (Lippe 41,2 % / Gütersloh 20,0 % sowie Lippe 44,1 % / Gütersloh 61,4 %) deutliche Unterschiede, jedoch liegt die Zahl der Kinder, die nach 21 Uhr ins Bett gehen, in beiden Kreisen unterhalb des Gesamtdurchschnitts. Besonders schwach schneiden in dieser Kategorie die Lipper Kontrollschulen mit 23,3 % ab. Somit kommt dort fast jedes vierte Kind erst sehr spät abends zur Ruhe.

8 Vergleichende Aspekte der Befragung

Die im vorstehenden Kapitel 7 erläuterten Daten geben bereits einen sehr detaillierten Überblick über das Gesundheits- und Wellnessverhalten der Probanden und lassen vielschichtige Schlüsse hinsichtlich des Transfers des gesundheitspädagogischen Unterrichts in die Alltagsgewohnheiten der Schüler zu.

Im Folgenden sollen ausgewählte Fragestellungen in Bezug gesetzt werden. Mittels der gewonnenen Erkenntnisse können die zuvor erzielten Aussagen überprüft, gestützt und differenzierter diskutiert werden.

Dabei stehen erneut besonders die Aspekte im Vordergrund, die erstens die Wirksamkeit des Gesundheitskonzepts OPUS und zweitens den Transfer von Gesundheits- und Wellnessunterricht beleuchten. Zudem ist es von Interesse, das Gesundheitsverhalten von Jungen und Mädchen deutlicher zu unterscheiden.

So ergeben sich die nachstehenden Untersuchungsbereiche, die in den anschließenden Kapiteln überprüft und in Form von Kreuztabellen⁹⁴ dargestellt und interpretiert werden:

- a) die Beziehungen zwischen dem Geschlecht und den Gesundheitseinstellungen
- b) die Zusammenhänge zwischen erteiltem Hygieneunterricht und den Körperpflegegewohnheiten
- c) der Bezug zwischen schulischer Ernährungslehre und den Ess- und Trinkgewohnheiten
- d) die Verbindung von Entspannungsunterricht und den Entspannungskompetenzen
- e) Querbeziehungen innerhalb des Bereichs Ruhe und Entspannung
- f) Die Zusammenhänge zwischen OPUS-Schule und dem Gesundheits- und Wellnessverhalten.

Die Punkte a) bis e) werden in separaten Kapiteln analysiert. Der Punkt f) findet seine Berücksichtigung innerhalb der übrigen Kapitel, da ein sofortiger Vergleich mit der Kontrollgruppe zu den verschiedenen Zusammenhängen aussagekräftiger erscheint.

8.1 Beziehungen zwischen Geschlecht und den Gesundheits- und Wellness Einstellungen

Frauen wird im Kapitel 1.3 attestiert, dass sie eine überdurchschnittliche Nachfrage nach Gesundheitswissen haben. Die in der vorliegenden Erhebung gewonnenen Daten sollen nunmehr dahingehend überprüft werden, inwieweit sich dieses positive Verhalten bereits im Grundschulalter bei

⁹⁴ „Mit Hilfe von Kreuztabellen kann man die gemeinsame Verteilung von zwei Merkmalen wiedergeben. Da mit [ihrer] Hilfe (...) ein Zusammenhang zwischen Merkmalen festgestellt werden kann, spricht man auch von Kontingenztabellen oder Kontingenztafeln“ (Gehring und Weins 2000, S. 81).

Mädchen manifestiert oder ob diese Grundeinstellungen sich erst im Jugend- oder Erwachsenenalter herausbilden. Gleichzeitig ergibt sich die Frage, ob vielleicht die Jungen eine bessere Ausgangsposition einnehmen, die im Verlaufe des Erwachsenenalters wieder zurückfällt.

8.1.1 Allgemeine Angaben

Bei der Betrachtung der Frage, ob die Probanden Gesundheit für sich als wichtig erachten, zeigt sich für beide Geschlechter ein nahezu gleiches Ergebnis. So geben 97,1 % der Jungen und 97,5 % der Mädchen an, dass dies auf sie zutrifft. Beide Geschlechter gehen für sich von einem positiven Gesundheitsverständnis aus.

Ähnlich verhält es sich mit der Kenntnis des theoretischen Begriffs Wellness. Von den knapp 60 % bejahenden Antworten entfallen 57,0 % auf die Jungen und 58,1 % auf die Mädchen. Auch hier sind also gleiche Wissensvoraussetzungen gegeben. Bemerkenswert ist allerdings, dass die OPUS-Schüler mit 50,0 % (m) und 52,3 % (w)⁹⁵ deutlich schwächere Werte erzielen als die Kontrollschüler und mit der Thematik Wellness daher offensichtlich schlechter vertraut sind. Umso interessanter ist es nun, in der Folge die Gesundheits- und Wellnessgewohnheiten zu betrachten.

Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Raucherzahlen. Während 9,1 % der Jungen angeben, bereits geraucht zu haben, zeigen die Mädchen mit 3,5 % ein wesentlich besser entwickeltes Gesundheitsverständnis.

			F5 Hast du schon einmal geraucht?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	37	371	408
		% von F1 Geschlecht	9,1%	90,9%	100,0%
		% von F5 Hast du schon einmal geraucht?	71,2%	47,1%	48,6%
	weiblich	Anzahl	15	417	432
		% von F1 Geschlecht	3,5%	96,5%	100,0%
		% von F5 Hast du schon einmal geraucht?	28,8%	52,9%	51,4%
Gesamt	Anzahl	52	788	840	
	% von F1 Geschlecht	6,2%	93,8%	100,0%	
	% von F5 Hast du schon einmal geraucht?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 56: Zusammenhang Geschlecht - Tabakkonsum

⁹⁵ Aus Vereinfachungsgründen werden im Folgenden die Daten der Jungen mit dem Buchstaben m (männlich) und die der Mädchen mit w (weiblich) gekennzeichnet.

An den Kontroll-Schulen zeigt sich der Unterschied mit 12,0 % (m) und 3,7 % (w) signifikant deutlicher. Drogenprävention ist gemäß Lehrplan des Landes NRW nicht eindeutig definiert. Im Rahmen des Themenbereichs Gesunderhaltung des eigenen Körpers (vgl. Kap. 1.6) kann der Aspekt berücksichtigt werden. Tatsächlich findet die Diskussion über Genussmittel jedoch zu selten statt (vgl. Kap. 1.7, Biener). Trotzdem gelingt es den Mädchen, das Gesundheitsverständnis in diesem Bereich günstiger zu gestalten.

Auf die Fragen nach den thematisierten Gesundheitsinhalten im Unterricht ergeben sich hinsichtlich der Bereiche Körperpflege und Ernährung keine Unterschiede. Differenzierter wahrgenommen wird jedoch der Unterricht zum Thema Entspannung. Während 37,6 % der Jungen angeben, schon in der Schule etwas über Ausruhen und Entschleunigen gehört zu haben, können dies nur 32,1 % der Mädchen nachvollziehen.

Gleiches gilt für die Betrachtung der OPUS-Werte mit 45,7 % (m) und 38,5 % (w). Auch wenn die Unterschiede nicht signifikant sind, sind die Ergebnisse bemerkenswert, gelten Mädchen als ruhiger und entspannter, während Jungen eher die unruhige und agilere Rolle zugeschrieben wird.

8.1.2 Bewegung

Die Untersuchung der sportlichen Aktivitäten stützt die letztgenannte Vermutung. Die Beteiligung in einem Sportverein nennen 69,4 % der Jungen, während dies 62,1 % der Mädchen angeben. An den Kontroll-Schulen liegen die Werte mit 72,5 % (m) und 62,3 % (w) signifikant noch weiter auseinander. Die Bereitschaft der Jungen zum organisierten und rhythmisierten Sporttreiben ist somit evident.

			F11 Treibst du Sport im Verein?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	148	56	204
		% von F1 Geschlecht	72,5%	27,5%	100,0%
		% von F11 Treibst du Sport im Verein?	52,9%	41,2%	49,0%
	weiblich	Anzahl	132	80	212
		% von F1 Geschlecht	62,3%	37,7%	100,0%
		% von F11 Treibst du Sport im Verein?	47,1%	58,8%	51,0%
Gesamt	Anzahl	280	136	416	
	% von F1 Geschlecht	67,3%	32,7%	100,0%	
	% von F11 Treibst du Sport im Verein?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 57: Zusammenhang Geschlecht – Mitgliedschaft Sportverein (Kontrollschulen)

Offen bleibt die Frage, inwieweit sich die Mädchen gegenüber den Jungen in unorganisierten Formen zur Bewegung treffen. Aufgrund der für Grundschüler schwer zu definierenden Fragestellung wurde in der Erhebung auf diesen Aspekt verzichtet.

Ein bemerkenswerter Widerspruch ergibt sich bei der Betrachtung der Schwimmbadbesuche. Hier bevorzugen sogar geringfügig mehr Mädchen (55,1 %) den regelmäßigen Badbesuch als Jungen (53,6 %). Bei den Kontroll-Schülern neigt sich das Verhältnis mit 59,3 % (w) und 51,7 % (m) deutlicher zugunsten des weiblichen Geschlechts. Die OPUS-Werte liegen lediglich 2,3 % auseinander. Schwimmen und Baden stellt somit eine bevorzugte sportliche Betätigung von Mädchen dar.

Die zuvor thematisierte hohe Agilität der Jungen spiegelt sich auch in der Betrachtung des Bewegungsbedürfnisses in den Pausen (96,8 %) wieder. Allerdings zeigen auch die Werte der Mädchen trotz des signifikanten⁹⁶ Unterschieds den großen Drang nach körperlichem Ausgleich (92,1 %). Der OPUS-Vergleich zeigt mit 97,5 % (m) und 92,5 % (w) analoge Resultate.

				F14 In der Pause Bewegung oder Ruhe?			Gesamt
				Bewegung	Ruhe	beides	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	394	9	4	407	
		% von F1 Geschlecht	96,8%	2,2%	1,0%	100,0%	
		% von F14 In der Pause Bewegung oder Ruhe?	49,7%	25,7%	33,3%	48,5%	
	weiblich	Anzahl	398	26	8	432	
		% von F1 Geschlecht	92,1%	6,0%	1,9%	100,0%	
		% von F14 In der Pause Bewegung oder Ruhe?	50,3%	74,3%	66,7%	51,5%	
Gesamt	Anzahl	792	35	12	839		
	% von F1 Geschlecht	94,4%	4,2%	1,4%	100,0%		
	% von F14 In der Pause Bewegung oder Ruhe?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Abb. 58: Zusammenhang Geschlecht – Bewegungsdrang in den Pausen

Einen hohen Zufriedenheitsgrad erzielen die Mädchen bei der Bewertung der Bewegungsmöglichkeiten an der eigenen Schule. Besonders die Kontroll-Schülerinnen äußern mit 95 % ein deutlich positives Votum zugunsten ihrer Schule (Vergleich OPUS: 91,5 %). Offen bleibt dabei, ob die Möglichkeiten auf dem Schulgelände grundsätzlich gut sind, oder ob die Mädchen besseres Improvisationstalent hinsichtlich der Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten entwickeln.

⁹⁶ Signifikanz wird bezüglich des vorliegenden Datensatzes bei einem asymptotischen Wert von weniger als 0,05 beziehungsweise einem Phi-Wert von weniger als 0,2 festgelegt.

Sehr interessant ist der Aspekt, dass sowohl Mädchen als auch Jungen in der Befragung beinahe gleichwertig (88,6 % (m) / 87,2 % (w)) angeben, den Schulsportunterricht nicht anstrengend zu finden. Da sich bereits in der vierten Klasse die körperlichen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen und auch in den Geschlechtergruppen untereinander stärker unterscheiden, verraten die Mädchen eine gleich ausgeprägte Fitness wie die Jungen. An den OPUS-Schulen wird in der Erhebung bei dieser Fragestellung ein nahezu gleicher Prozentwert erzielt (85,8 %).

8.1.3 Körperpflege

Ein deutlich besseres Wellnessverständnis zeigen die Mädchen bei dem Wunsch nach dem Besuch einer Kur. 49,1 % geben an, gern einen Kurort aufsuchen zu wollen, bei den Jungen streben dies 40,8 % an. Offensichtlich verbinden die Probanden mit dem Begriff Kur mehr als nur physische Aktivitäten. Möglicherweise zeigt sich hier, dass Mädchen ihre etwas weiter entwickelnden Präferenzen zum Baden und zur Entspannung einbringen als dies bei den Jungen der Fall ist.

			F18 Würdest du gern eine Kur machen?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	167	242	409
		% von F1 Geschlecht	40,8%	59,2%	100,0%
		% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	44,4%	52,7%	49,0%
	weiblich	Anzahl	209	217	426
		% von F1 Geschlecht	49,1%	50,9%	100,0%
		% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	55,6%	47,3%	51,0%
Gesamt	Anzahl	376	459	835	
	% von F1 Geschlecht	45,0%	55,0%	100,0%	
	% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 59: Zusammenhang Geschlecht – Wunsch nach einer Kur

Im Bereich des Körperpflege- /Hygienebereichs ergeben sich Unterschiede bei der Betrachtung der Geschlechter. Die Frage zur Möglichkeit der Zahnpflege in der Schule bejahen 41,6 % der Mädchen, während nur 36 % der Jungen von dieser Gelegenheit Gebrauch machen würden. Grundsätzlich zeigen die Mädchen hinsichtlich der Zahnpflege bei der Frage nach dem mindestens zweimal täglichen Zähneputzens mit 91,0 % gegenüber 87,7 % der Jungen etwas bessere Gesundheitseinstellungen.

Ebenso äußern wesentlich mehr Mädchen (38,8 %) den Wunsch, in der Klasse Hausschuhe tragen zu dürfen, als dies von den Jungen nachgefragt wird (31,6 %). Es zeigt sich hierbei offensichtlich ein stärkeres Bedürfnis nach Wohlbefinden oder die stärkere Einstellung zu Sauberkeit und Hygiene beim weiblichen Geschlecht.

			F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	129	279	408
		% von F1 Geschlecht	31,6%	68,4%	100,0%
		% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	43,7%	51,6%	48,8%
	weiblich	Anzahl	166	262	428
		% von F1 Geschlecht	38,8%	61,2%	100,0%
		% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	56,3%	48,4%	51,2%
Gesamt	Anzahl	295	541	836	
	% von F1 Geschlecht	35,3%	64,7%	100,0%	
	% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 60: Zusammenhang Geschlecht – Tragen von Pantoffeln in der Klasse

Gleiche Bedürfnisse zeigen beide Geschlechter bei der Frage nach der Möglichkeit, nach dem Schulsport zu duschen (45,6 % (m) / 44,7 % (w)). Offen bleibt hierbei jedoch die genaue Ursache. Denkbar ist das stärkere Schwitzen der Jungen oder das höhere Körperpflegebewusstsein der Mädchen trotz eines stärkeren Schamgefühls.

Eine tiefergehende Reflexion des Körpergefühls führt zur Frage nach den Präferenzen eines Saunabesuchs. Der Genuss einer Schwitzkur bedeutet für viele Erwachsene eines der treffendsten Symbole für Wellness und Wohlbefinden. Sicherlich überträgt sich dieses Image auf Kinder. Allerdings birgt der Bereich Sauna mit all seinen begleitenden Umständen - Schwitzen, Nacktheit, gemischtgeschlechtliche Gruppen, die Möglichkeit der gegenseitigen Betrachtung - ein sehr sensibles Thema für junge Menschen.

Umso erstaunlicher ist sicherlich die hohe Anzahl der Kinder, die bereits die Sauna besucht haben. Allerdings ergeben sich dabei signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während 55,3 % der Jungen angeben, bereits sauniert zu haben, so bestätigen dies nur 46,8 % der Mädchen.

			F24 Warst du schon in der Sauna?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	225	182	407
		% von F1 Geschlecht	55,3%	44,7%	100,0%
		% von F24 Warst du schon in der Sauna?	52,6%	44,1%	48,4%
	weiblich	Anzahl	203	231	434
		% von F1 Geschlecht	46,8%	53,2%	100,0%
		% von F24 Warst du schon in der Sauna?	47,4%	55,9%	51,6%
Gesamt	Anzahl	428	413	841	
	% von F1 Geschlecht	50,9%	49,1%	100,0%	
	% von F24 Warst du schon in der Sauna?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 61: Zusammenhang Geschlecht – Saunabesuch

Das Resultat ist in besonderem Maße bemerkenswert. Während die Mädchen bei allen Fragen des Bereichs Körperpflege positiver abschneiden als die Jungen, so liefert die vorliegende Antwort vollkommen entgegengesetzte Daten. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Ursachen dafür in diesem Fall nicht in einem reduzierten Gesundheits- und Wellnessverhalten der weiblichen Probanden liegen. Eher drängt sich der Gedanke auf, dass der zuvor angesprochene Bereich der körperlichen und psychischen Sensibilität viele Mädchen davon abhält, ein Saunabad aufzusuchen.

8.1.4 Ernährung

Wie bereits mehrfach erwähnt, sind die Ernährungsgewohnheiten von Kindern in hohem Maße von den Gegebenheiten im Elternhaus abhängig. So muss sich in manchen Fällen der Transfer von Ernährungsbildung aus der Schule auf dem Weg ins Alltagsleben der Schüler einen beschwerlichen Weg durch die ungünstigen Einstellungen der Eltern bahnen. Insofern ist es von besonderem Interesse, ob es Hinweise darauf gibt, dass es einem Geschlecht besser gelingt, gesunde Ernährungsgewohnheiten im Alltag zu konservieren.

Der Konsum von Gemüse an drei Tagen in der Woche zeigt bereits erste Differenzen bei den Geschlechtern, wenngleich sich die Werte nicht signifikant unterscheiden. Dennoch zeigen die Mädchen mit 81,2 % ein deutlich besseres Gesundheitsverhalten als die Jungen mit 76,8 %.

Die Kontroll-Schülerinnen erzielen bei dieser Fragestellung sogar noch bessere Werte (83,4 %) als die Kontroll-Schüler (77,2 %).

			F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	159	47	206
		% von F1 Geschlecht	77,2%	22,8%	100,0%
		% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	46,8%	56,6%	48,7%
	weiblich	Anzahl	181	36	217
		% von F1 Geschlecht	83,4%	16,6%	100,0%
		% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	53,2%	43,4%	51,3%
Gesamt	Anzahl	340	83	423	
	% von F1 Geschlecht	80,4%	19,6%	100,0%	
	% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 62: Zusammenhang Geschlecht – Gemüseverzehr (Kontrollschulen)

Die ermittelten Daten weisen darauf hin, dass Mädchen scheinbar regelmäßiger Gemüse oder Salate zu sich nehmen als Jungen. Die Gründe sind spekulativ. Zum einen ist es denkbar, dass der in der Gesellschaft vorherrschende Schlankeitswahn unter jungen Menschen bereits auf das Kindesalter abfährt. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass Jungen durch ihren deutlich weniger ausgeprägten Bezug zur Speissherstellung weniger Sinn für gesunde Ernährung entwickeln.

Gleichwohl ist es evident, dass auch die Mehrzahl der befragten männlichen Probanden hinsichtlich des Konsums von Gemüse positive Antworten abgeben. Dies zeigt, dass es bei den befragten Personen überwiegend günstige Konstellationen zwischen schulischer Gesundheitserziehung und Elternhaus gibt.

Einen signifikanten Unterschied ergibt die Frage nach dem täglichen Obstverzehr der Schüler. Auch hier sind es wiederum die Mädchen, die eine deutlich positivere Einstellung zu gesunder Ernährung nachweisen. So geben 80,0 % der weiblichen Befragten an, täglich Obst zu essen. Die Jungen bejahen diese Frage nur zu 73,9 %. Bei den Kontroll-Schulen ergeben sich wiederum noch deutlichere Abweichungen. 81,4 % der Mädchen bedeuten gegenüber 71,4 % der Jungen eine Differenz von exakt zehn Prozent. In den OPUS-Schulen fällt die Differenz wesentlich geringer aus (76,6 % (m) / 78,5 % (w)).

			F27 Jeden Tag Obst?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	147	59	206
		% von F1 Geschlecht	71,4%	28,6%	100,0%
		% von F27 Jeden Tag Obst?	45,1%	59,0%	48,4%
	weiblich	Anzahl	179	41	220
		% von F1 Geschlecht	81,4%	18,6%	100,0%
		% von F27 Jeden Tag Obst?	54,9%	41,0%	51,6%
Gesamt	Anzahl		326	100	426
	% von F1 Geschlecht		76,5%	23,5%	100,0%
	% von F27 Jeden Tag Obst?		100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 63: Zusammenhang Geschlecht – Obstverzehr r(Kontrollschulen)

Erneut finden wir für beide Geschlechtergruppen positive Auswertungsergebnisse vor. Doch wiederum zeigen die Mädchen das deutlich bessere Gesundheitsbewusstsein im Ernährungsbereich. Die Gründe dürfen als ähnlich gelagert vermutet werden wie bei der Fragestellung zum Gemüseverzehr.

Bemerkenswert ist auch die Stärke der Kontroll-Schülerinnen bei den ersten beiden Fragen zum Ernährungsbereich. Somit scheinen an diesen Schulen die Mädchen in noch nachhaltigerer Form mit der Ernährungsbildung konfrontiert zu sein, als dies für die OPUS-Schulen zutrifft.

Ein sicherlich überraschendes Ergebnis liefern die Antworten zur Frage, ob die Schüler bereits eine warme Mahlzeit selbst zubereitet haben. Entgegen der Vermutung, dass die Mädchen durch sozial-typisches Rollenverhalten in diesem Bereich kompetenter erscheinen, sind es die Jungen, die mit geringem Vorsprung (68,1 % (m) / 66,6 % (w)) aussagen, bereits am Herd tätig geworden zu sein. Die OPUS-Befragten zeigen eine etwas veränderte Gewichtung (68,2 (m) / 62,7 % (w)), jedoch liegen auch hier die Jungen besser als die Mädchen und verraten eine ausgeprägtere Handlungskompetenz.

Woher rührt nun dieses überraschende Ergebnis? Denkbar ist, dass die traditionelle Rollenverteilung des Mädchens in der Küche und des Jungen draußen in der Natur nicht mehr der Realität entspricht. So ist es möglich, dass heute eine Vielzahl von Jungen durch die berufliche Belastung der Erziehungsberechtigten darauf angewiesen sind, selbstständig für die Zubereitung ihrer Mahlzeiten zu sorgen. Gleichwohl ist es möglich, dass das Herstellen einer Speise für einen Grundschüler noch den Charakter eines spannenden und komplexen Vorganges besitzt, der insbesondere für den „Forscher- und Abenteuererdrang“ von Jungen einen besonderen Reiz darstellt.

Interessante Werte liefert die Betrachtung der Frage nach der Einnahme eines morgendlichen Frühstücks. Die Gesamterhebung liefert hierbei exakt gleiche Werte (85,3 %) für Jungen und Mädchen.

So scheint das in den Medien derzeit thematisierte Phänomen, dass viele der jugendlichen Mädchen bereits an Untergewicht leiden, nicht unbedingt am Ernährungsverhalten im Grundschulalter verankert sein. Die Antworten der OPUS-Schüler sagen sogar aus, dass mit 87,2 % mehr Mädchen des Morgens zuhause essen als dies für Jungen zutrifft (85,5 %), wobei selbst die männlichen Probanden noch oberhalb des Gesamtschnittes liegen. Auch wenn die Mädchen der Kontrollschulen mit 83,5 % geringfügig unter dem Schnitt liegen, so ergeben sich bei der Berücksichtigung des Gesundheitskonzepts keine Unterschiede. Das morgendliche Frühstück kann also als feste Institution bezeichnet werden, ganz gleich, ob es als Ritual gesehen wird oder aus Hungergefühl entsteht. Es nimmt im rhythmisierten Tagesablauf einen festen Platz ein und legt einen günstigen Startpunkt für einen gesunden Tag fest.

Nicht außer Acht gelassen werden darf aber die Tatsache, dass - gleichwohl ob Junge oder Mädchen - jedes siebte Kind ohne Frühstück in die Schule kommt, also statistisch gesehen vier Schüler einer Klasse in den ersten beiden Stunden mit leerem Magen im Unterricht sitzen.

Umso wichtiger ist die parallele Untersuchung, wie viele Kinder ohne Pausenbrot zur Schule kommen. Hierbei ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Nahezu alle befragten Mädchen (97,5 %) geben an, eine Pausenverpflegung mitzubringen. Lediglich 11 von 434 Schülerinnen sagen aus, auf ein zweites Frühstück zu verzichten. Nicht berücksichtigt ist allerdings die Möglichkeit, dass sich Probanden Obst, Gemüse oder Cerialien mitbringen oder sich im Schulkiosk verpflegen.

				F30 Nimmst du Pausenbrot mit?		Gesamt
				ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	377	29	406	
		% von F1 Geschlecht	92,9%	7,1%	100,0%	
		% von F30 Nimmst du ein Pausenbrot mit	47,1%	72,5%	48,3%	
	weiblich	Anzahl	423	11	434	
		% von F1 Geschlecht	97,5%	2,5%	100,0%	
		% von F30 Nimmst du ein Pausenbrot mit	52,9%	27,5%	51,7%	
Gesamt	Anzahl	800	40	840		
	% von F1 Geschlecht	95,2%	4,8%	100,0%		
	% von F30 Nimmst du ein Pausenbrot mit	100,0%	100,0%	100,0%		

Abb. 64: Zusammenhang Geschlecht - Pausenbrot

Der hohe Wert, der sich sowohl bei den OPUS- als auch den Kontrollschulern betrachten lässt, sagt jedoch deutlich aus, dass das Pausenbrot ein sehr fester Bestandteil des Schulalltages ist. Die Werte relativieren demnach die Antworten zum häuslichen Frühstück ein wenig. Denkbar ist auch, dass

eine Reihe von Kindern früh morgens zuhause weder Hunger noch Appetit entwickeln können und nach einer angemessenen „Anlaufzeit“ zu einem späteren Zeitpunkt essen möchten.

Dass die Versorgung - auch wenn sie erst in der ersten großen Pause erfolgt - grundsätzlich gewährleistet ist, belegt die Betrachtung der Kinder, die weder daheim frühstücken noch ein Brot mit in die Schule nehmen. Von den Probanden, die auf das morgendliche Essen daheim verzichten, geben nur sieben Befragte (5,7%) an, auch in der Schule auf die Ernährung zu verzichten.

Erheblich Unterschiede - die auf ein deutlich besseres Gesundheitsbewusstsein von Mädchen hindeuten - ergeben sich aus der Frage nach dem regelmäßigen Verzehr von Süßigkeiten oder Chips. Während zwei Drittel der Jungen (65,9 %) antworten, mehr als dreimal wöchentlich diese Nahrungsmittel einzunehmen, geben dies nur 54,8 % der Mädchen an. Auch wenn der letztgenannte Wert relativ betrachtet noch immer viel zu hoch ist, so verrät er doch, dass die Schülerinnen eher bereit sind, den Leckereien zu widerstehen.

Noch deutlicher zeigen sich die Differenzen an den OPUS-Schulen. Dort konsumieren 69,0 % der Jungen und 54% der Mädchen regelmäßig Süßigkeiten oder Chips. Der besorgniserregende Wert der männlichen Schüler deutet hierbei auf einen klaren Handlungsbedarf hin.

			F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	136	61	197
		% von F1 Geschlecht	69,0%	31,0%	100,0%
		% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips	54,0%	38,1%	47,8%
	weiblich	Anzahl	116	99	215
		% von F1 Geschlecht	54,0%	46,0%	100,0%
		% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips	46,0%	61,9%	52,2%
Gesamt	Anzahl		252	160	412
	% von F1 Geschlecht		61,2%	38,8%	100,0%
	% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips		100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 65: Zusammenhang Geschlecht – Verzehr von Süßigkeiten oder Chips (OPUS)

8.1.5 Entspannung

Mit besonderem Interesse sind die Antworten zum Ausruh- und Entspannungsverhalten zu betrachten. Jungen wird eine körperlich aktivere Rolle zugesprochen, Mädchen gelten als ruhiger und defensiver. So wirft sich die Frage auf, ob Mädchen daraus folgend eine höhere Kompetenz zur Gestaltung von Ruhephasen besitzen, die im Rahmen von Wellness und Wohlbefinden einen Schlüsselbereich darstellen.

So geben zur Frage nach der angemessenen Zahl von Ruheplätzen in der Schule 47,3 % der Mädchen an, genügend Entspannungsräume zu finden. Gegenüber 39,1 % der Jungen bedeutet dies einen signifikant höheren Wert. Eine mögliche Erklärung für diese Einstellung ist eine vermehrte Suche nach Pausenplätzen durch die Mädchen. Sie sind eventuell eher bereit, Entspannungsflächen zu suchen, anstatt einer körperlichen Bewegung nachzugehen. Gleichsam ist denkbar, dass Mädchen eher in der Lage sind, einen Platz als Ruheraum zu definieren und zu gestalten.

Die stark abfallenden Werte der OPUS-Schulen zu dieser Fragestellung wurden bereits im 2. Kapitel der Auswertung genauer definiert. Jedoch liefern sie, unabhängig von regionalen Gesichtspunkten, ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden.

So nähern sich die 42,5 % der Mädchen dem Wert der Gesamterhebung und lassen auf die zuvor vermuteten Kompetenzen zur Schaffung und Nutzung von Entspannungsgelegenheiten schließen. Bedenklich mutet jedoch an, dass nur 28,5 % der männlichen OPUS-Schüler genügend Ruheplätze auf dem Schulgelände finden. Hier scheint entweder der Bedarf an Entspannung oder aber die Fähigkeit zum Ausruhen nur sehr reduziert vorhanden zu sein. Die höheren Werte der Mädchen schließen die Erklärung aus, dass besonders die lokalen Voraussetzungen an den einzelnen Schulen für das reduzierte Ausruhverhalten ursächlich sind.

			F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?		Gesamt
			ja	nein	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	57	143	200
		% von F1 Geschlecht	28,5%	71,5%	100,0%
		% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	38,5%	53,8%	48,3%
	weiblich	Anzahl	91	123	214
		% von F1 Geschlecht	42,5%	57,5%	100,0%
		% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	61,5%	46,2%	51,7%
Gesamt	Anzahl	148	266	414	
	% von F1 Geschlecht	35,7%	64,3%	100,0%	
	% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 66: Zusammenhang Geschlecht – genügend schulische Plätze zum Ausruhen (OPUS)

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich bei der Auswertung der festen Termine, die auf dem Wochenkalender der befragten Schüler stehen. Etwa die Hälfte aller Schüler (52,5 % (m) / 47,5 % (w)) nennen lediglich eine feste Verpflichtung, der sie in der Woche nachgehen. Offensichtlich ist der Wunsch nach individuell einteilbarer Freizeit geschlechterunabhängig zu betrachten.

Zwei bis vier Termine pro Woche nehmen 38,4 % der Jungen und 42,3 % der Mädchen wahr. Auch hier ergeben sich nur unwesentliche Differenzen zwischen den Geschlechtern. Dieser Eindruck bestätigt sich ebenfalls bei der Auswertung der Angaben zu fünf und mehr Wochenterminen. 9 % (m) bzw. 10 % (w) zeigen keine Unterscheidung.

Da auch bei der Betrachtung der OPUS- und Kontrollwerte nur geringfügige Verschiebungen feststellbar sind, die keinesfalls der konzeptuellen Ausrichtung zuzuschreiben sind, ist für die Zeiteinteilung der Freizeit in gebundene und freie Phasen nicht der Geschlechteraspekt Ausschlag gebend.

Ebenfalls ohne signifikante Unterschiede fällt die Analyse der Massageerfahrungen aus. 66,4 % der Jungen und 64,6 % der Mädchen antworten, bereits massiert worden zu sein. Nach der Betrachtung der zuvor im Entspannungs- und Körperpflegebereich erzielten Ergebnisse ist dieses Resultat bemerkenswert. So verraten die Mädchen in den zuvor erörterten Fragestellungen ein höheres Bewusstsein für Entspannung und Entschleunigung. Sie ziehen häufiger als Jungen Ruhephasen vor und zeigen höheres Interesse für Kurmaßnahmen. Trotzdem scheinen die männlichen Probanden im Bereich der Körpererfahrung gleiche Bedürfnisse zu entwickeln wie die Mädchen. Schon bei der Frage nach dem Saunabesuch wurde dies offenbar. Die Antworten zur Massage bestätigen dies. So

scheint Körperentspannung als Bestandteil von Wellness nicht ein typisch weiblich konnotiertes Merkmal zu sein, sondern auch für Jungen interessant zu sein.

Nicht exakt zu bestimmen ist die Hypothese, nach der sich ein weniger ausgeprägtes Entspannungsinteresse der Jungen mit einem etwas erhöhten Schamgefühl bei Körperkontakt bei der Mädchen-Gruppe ausgleicht. Aufgrund der auf beiden Geschlechterseiten erzielten hohen Zustimmungswerte zur Massage entkräftet sich diese Vermutung jedoch eher.

Deutliche Unterschiede sind bei der Untersuchung der Computer-Nutzungszeiten zu erkennen. Den ermittelten Werten lässt sich entnehmen, dass die Verwendung von PC-Spielen oder Computer-Programmen deutlich mehr Zeit der Jungen in Anspruch nimmt als dies für Mädchen zutrifft.

				F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?			Gesamt
				< 1 h	1 – 3 h	> 3 h	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	249	96	43	388	
		% von F1 Geschlecht	64,2%	24,7%	11,1%	100,0%	
		% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	43,0%	60,8%	63,2%	48,2%	
	weiblich	Anzahl	330	62	25	417	
		% von F1 Geschlecht	79,1%	14,9%	6,0%	100,0%	
		% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	57,0%	39,2%	36,8%	51,8%	
Gesamt	Anzahl	579	158	68	805		
	% von F1 Geschlecht	71,9%	19,6%	8,4%	100,0%		
	% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Abb. 67: Zusammenhang Geschlecht – Computernutzung

Demnach verbringen 64,2 % der Jungen weniger als eine Stunde vor dem Rechner. 24,7 % tun dies bis zu drei Stunden täglich, 11,1 % gar mehr als drei Stunden. Somit investiert rund ein Drittel der männlichen Probanden einen wesentlichen Teil der Freizeit vor dem Monitor - Zeit, die für Entspannung, soziale Kontakte oder aktive Freizeitgestaltung entbehrt werden muss.

Die Mädchen zeigen in diesem Bereich entwickeltere Kompetenzen. Möglicherweise wird ihr Bedürfnis nach anderweitiger Freizeitgestaltung durch ein nicht so ausgeprägtes technisches Interesse unterstützt, trotzdem verwenden 79,1 % den Computer täglich nur eine Stunde oder weniger. Jede siebte Schülerin (14,9 %) verbringt bis zu drei Stunden vor dem Rechner, nur 6 % mehr als drei Stunden.

Die OPUS-Schülerinnen entsprechen mit ihren Gewohnheiten den zuvor dargestellten Verhaltensweisen. Bei den Jungen sind sogar Verschiebungen hin zu längeren Nutzungszeiten erkennbar. Immerhin 30,7 % der OPUS-Schüler geben bis zu drei Stunden PC-Zeit an, 13,8 % sogar noch mehr. Insgesamt 44,5 % der OPUS-Schüler investieren somit erheblich Freizeit in den Computergebrauch.

Während der Computer zwar auch für junge Menschen zum täglichen Gebrauchsgegenstand geworden ist, so verfügt noch nicht jeder Privathaushalt über einen eigenen Rechner, den die Kinder nutzen können. Anders verhält es sich mit dem Fernsehgerät. Der Fernseher gilt heute als lebensnotwendiges Gut eines Haushalts, das die Informationsversorgung sichern soll.

Daher ist die Betrachtung der Fernsehzeiten der Probanden unter völlig anderen Gesichtspunkten zu bewerten als die PC-Frage. Das TV-Gerät steht praktisch allen Befragten zur Verfügung - es stellt sich die Frage, wie lang die Kinder es täglich nutzen.

Erneut sind es die Mädchen, die bei der Analyse der gewonnenen Daten kompetenter hinsichtlich ihres TV-Konsums abschneiden und somit mehr Potenzial für Ausgeglichenheit und Wohlbefinden reservieren können. Weniger als eine Stunde täglich sehen 56,6 % der weiblichen Befragten fern, was einen überraschend hohen Wert darstellt. Weitere 34,4 % verbringen bis zu drei Stunden vor der Mattscheibe und lediglich 9 % tun dies drei und mehr Stunden.

Die Jungen zeigen hinsichtlich ihres Fernseh-Verhaltens bedenklichere Werte. Während die Kurzseher (52,6 %) und die Gruppe bis drei Stunden (32,3 %) an die Werte der Mädchen näher heranrücken, so sind 15,1 % männlicher Probanden, die täglich mehr als drei Stunden vor dem Fernseher verbringen, höchst besorgniserregend. Somit verbringt jeder siebte befragte Junge nahezu seine vollständige Freizeit vor dem TV-Gerät.

Alarmierend sind gar die Resultate der männlichen OPUS-Schüler. Während deutlich weniger Schüler die kurze TV-Zeit bevorzugen (46,1 %), geben 20,7 % und damit jeder fünfte männliche Befragte an, mehr als drei Stunden täglich fern zu sehen. Berücksichtigt man die bereits zuvor dargestellten Computernutzungszeiten, so besteht für OPUS ein deutlicher Handlungsbedarf in diesem Bildungsfeld.

				F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?			Gesamt
				< 1 h	1 – 3 h	> 3 h	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl	89	64	40	193	
		% von F1 Geschlecht	46,1%	33,2%	20,7%	100,0%	
		% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	43,8%	45,1%	70,2%	48,0%	
	weiblich	Anzahl	114	78	17	209	
		% von F1 Geschlecht	54,5%	37,3%	8,1%	100,0%	
		% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	56,2%	54,9%	29,8%	52,0%	
Gesamt	Anzahl	203	142	57	402		
	% von F1 Geschlecht	50,5%	35,3%	14,2%	100,0%		
	% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Abb. 68: Zusammenhang Geschlecht – Fernsehernutzung (OPUS)

Keine signifikanten Unterschiede liefert der Vergleich zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich ihrer Gewohnheit, vor den Hausaufgaben am Nachmittag eine angemessene Erholungspause ein zu legen. Sowohl Mädchen (64,4 %) als auch Jungen (65,6 %) zeigen eine ähnliche Kompetenz zur Rhythmisierung und Entspannung. Auch das OPUS-Konzept liefert nahezu gleiche Werte.

Allerdings ist die Pause vor der nachmittäglichen Arbeit kein Selbstläufer. Immerhin verweigert ein Drittel der Schüler eine Ruhephase vor den Hausarbeiten. Daher ist unabhängig von Geschlecht oder konzeptueller Ausrichtung einem erheblichen Teil der Probanden ein angemessenes Entspannungsverhalten nicht vertraut.

Einige Rückschlüsse auf die zuvor erwähnten Zusammenhänge lassen sich aus der Betrachtung der Fragestellung zum eigenen Zimmer ermitteln. Hierbei ergibt sich, dass 81,5 % der Mädchen über ein eigenes Zimmer verfügen, bei den Jungen sind dies 85,3 %. Somit ist die Versorgung mit Rückzugsräumen als durchaus gut zu bezeichnen. Bei den OPUS-Schülern ist die Versorgung sogar noch etwas besser (83,6 % (w) / 88,0 % (m)).

Im Grunde drängt sich daher die Vermutung auf, dass sowohl Mädchen als auch Jungen über angemessene Rückzugsräume sowie den Wunsch nach Ruhe verfügen. Bei den Mädchen lassen sich diese Gedanken durch die ermittelten Daten deutlich belegen. Jedoch ergibt sich bei den Jungen kein schlüssiger Zusammenhang.

Ein weiterer Gedanke befasst sich damit, dass die Jungen durch ihr eigenes Zimmer einen geschützten Rückzugsraum besitzen, in dem sie die hohen PC- und TV-Zeiten in ungestörter Form entwickeln können. So können die eigenen vier Wände in unterschiedlicher Form interpretiert werden. Fraglich ist zudem, ob das eigene Zimmer in der Freizeit von allen Probanden in ähnlicher Intensität

genutzt wird. Möglich ist, dass einige Probanden einen großen Teil ihrer Freizeit außerhalb des Hauses in der Natur oder in Vereinen verbringen und ihr Zimmer nicht als besondere Stätte des Wohlbefindens wahrnehmen. Trotzdem ist der Wert eines eigenen Zimmers als Rückzugs- und Entspannungsraum nicht hoch genug zu bewerten.

Einen eigenen Garten können ebenfalls beide Geschlechtergruppen in ähnlicher Form nutzen. 81,8 % der Mädchen und 83,3 % der Jungen bestätigen dies in der Befragung. Somit sind keine Unterschiede nachweisbar, die einer der beiden Gruppen einen Vorteil bei der Umsetzung von Entspannung und Wellness in diesem Bereich verschaffen könnten.

Ein besonderes Interesse hinsichtlich des Gesundheits- und Entspannungsverhaltens gilt der Untersuchung des Schlafverhaltens. Die nächtliche Ruhe hat, wie in den Kapiteln zuvor bereits mehrfach erwähnt, einen ungemein wichtigen Stellenwert hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit. Nicht nur Ausruhen und Entspannung sind die Ergebnisse ausreichenden Schlafes. Gleichsam ist die Wirkung auf den Stoffwechsel und das Herz-Kreislauf-System evident.

Somit stellt sich die Frage, ob sich unter der Betrachtung des Geschlechterspektes Unterschiede beim Schlafverhalten ergeben. Interessant ist dies besonders, weil frühes Schlafengehen und lange Nachtruhe für Kinder eher als unattraktiv gelten. Der Schlafenszeitpunkt wird häufig im Kampf mit den Eltern soweit nach hinten herausgezögert, wie es geht. So zeugt es von besonderem Gesundheits- und Wellnessbewusstsein, wenn ein angemessen früher Nachtruhezeitpunkt gewählt und eingehalten wird.

Die Untersuchung der Daten ergibt, dass die Mädchen in diesem Bereich deutlich höhere Kompetenzen entwickelt haben als die Jungen.

				F40 Wann abends schlafen?			Gesamt
				vor 20 Uhr	vor 21 Uhr	nach 21 Uhr	
F1 Geschlecht	männlich	Anzahl		97	218	90	405
		% von F1 Geschlecht		24,0%	53,8%	22,2%	100,0%
		% von F40 Wann abends schlafen?		42,2%	48,9%	57,7%	48,7%
	weiblich	Anzahl		133	228	66	427
		% von F1 Geschlecht		31,1%	53,4%	15,5%	100,0%
		% von F40 Wann abends schlafen?		57,8%	51,1%	42,3%	51,3%
Gesamt	Anzahl		230	446	156	832	
	% von F1 Geschlecht		27,6%	53,6%	18,8%	100,0%	
	% von F40 Wann abends schlafen?		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 69: Zusammenhang Geschlecht - Schlafenszeiten

Die Anzahl der weiblichen Probanden, die bereits vor 20 Uhr zu Bett gehen, beläuft sich auf 133, was 31,1 % aller Mädchen entspricht. Setzt man voraus, dass die Befragten am folgenden Morgen zwischen 6 und 6.30 Uhr aufstehen, kommen sie also auf 10 bis 10,5 Stunden Schlaf. Dieser Wert darf als absolut angemessen bezeichnet werden und ist eine optimale Voraussetzung für ein wirksames Wohlbefinden.

Die Tatsache, dass nahezu ein Drittel der Mädchen diese Variante bevorzugt, jedoch nur knapp ein Viertel aller Jungen, lässt Spielraum für viele Vermutungen. Trotz der im Verlauf der vorliegenden empirischen Untersuchung ermittelten höheren Agilität kommen die Jungen später zur Ruhe. Die reduzierte Ruhephase macht sich möglicherweise am Folgetag hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit im Unterricht bemerkbar. Unausgeschlafene Kinder können dem Schulstundengeschehen nur eingeschränkt folgen. Die Ergebnisse können Wissensdefizite und Lernunlust sein. Die mangelnde Zufriedenheit gipfelt in Aggressionen und ausgeprägtem Bewegungsdrang, der in den Pausen und vermehrt auch im Unterricht ausgelebt wird.

Trotz alledem darf der überwiegenden Zahl der Probanden noch eine angemessene Entspannungskompetenz attestiert werden. Etwas mehr als die Hälfte der Mädchen und Jungen suchen zwischen 20 und 21 Uhr das Bett auf, was unter den zuvor genannten Bedingungen zu einer Ruhezeit von mindestens neun Stunden führt. Dieser Wert, der sicher für einen Viertklässler eine Untergrenze darstellen sollte, deckt jedoch noch die Minimalanforderungen, die an ein gesundheitskonformes Verhalten gestellt werden.

Völlig unzureichend sind die Angaben einer Reihe der Probanden zu ihren Schlafenszeiten. Fast jeder fünfte Junge (22,2 %) und jedes siebte Mädchen (15,5 %) ziehen sich erst nach 21 Uhr zur Ruhe zurück. Das zuvor bereits erwähnte mögliche Problem der Jungen, das sich bei den niedrigen Zahlen bei den angemessenen Schlafzeiten andeutete, spiegelt sich in den hohen Werten der Kurzschläfer wieder.

Somit sitzen des Morgens fünf bis sechs Kinder in jeder Klasse, die bei Weitem nicht ausreichend ausgeschlafen sind. Die Mehrheit davon sind Jungen. Diese sind bereits durch die - biologisch bedingte - schneller eintretende körperliche und geistige Entwicklung der Mädchen genügend benachteiligt. Nun gesellt sich ein Konzentrationsdefizit hinzu, das die heterogene Leistungsdichte weiter auseinander treibt.

Die ermittelten Daten müssen mit größtem Nachdruck herausgestellt werden. Die Basis für jegliche Gesundheits- und Wellnessbildung ist eine angemessene Aufnahmefähigkeit. Steht diese Bereitschaft nicht zur Verfügung, können erzieherische Inhalte nicht hinreichend vermittelt werden. So setzt Gesundheitserziehung nicht an einem Nullpunkt an, an dem dem Erziehenden Grundvoraussetzungen für ein künftiges gesundes Leben erläutert werden. Vielmehr muss die Pädagogik wie im Fall des Entspannungsverhaltens bereits im negativen Bereich ansetzen und die jungen Menschen aus ihren schon eingeschliffenen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen herauslösen.

Deutlich wird hier schon der Ansatz eines Gesundheitskontinuums (siehe Travis) erkennbar. Bereits in jungen Jahren haben sich ungünstige Verhaltensweisen entwickelt, die es mit Gesundheits- und Wellnessförderung zum Positiven hin zu korrigieren gilt.

8.2 Zusammenhänge zwischen erteiltem Hygieneunterricht und den Körperpflegegewohnheiten

Körperpflege und Hygiene spielen, wie in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach erwähnt, sensible Rollen im Schulunterricht. Nichtsdestotrotz ist es notwendig, Kindern Basisregeln und grundlegende Einsichten für den Umgang mit dem eigenen Körper zu vermitteln.

Erwähnt wurde ebenfalls bereits, dass die Inhalte dieses Bereichs zu einem bedeutenden Anteil von fachfremden Kräften nach bestem Wissen und Gewissen unterrichtet werden. Offensichtlich wurde aber auch, dass die Schüler nur in wenigen Teilthemen angemessene Hygienekenntnisse und -einstellungen nachweisen können.

So gilt es zu untersuchen, ob der erteilte Hygieneunterricht eine nachhaltige Transferwirkung auf die befragten Schüler erzielen kann. Aus diesem Grunde werden nachfolgend die Zusammenhänge der Frage nach dem Hygieneunterricht und den Fragen aus dem Bereich 3 differenzierter betrachtet.

Ein bemerkenswertes Ergebnis zeigt der Bezug des Hygieneunterrichts zur Einstellung zu einer Kur. Von den Schülern, die angeben, bereits Körperpflege im Schulunterricht thematisiert zu haben, geben lediglich 41,4 % an, sich für eine Kur zu interessieren. Die Schüler, die keine Unterrichtsinhalte im Bereich Körperhygiene genossen haben, erreichen mit 49,0 % sogar einen signifikant höheren Wert.

Das Ergebnis belegt eindeutig, dass die Inhalte des Hygieneunterrichts keinen Transfer hinsichtlich der Einstellung zu einer Kur herstellen. So ist anzunehmen, dass das Themen Badetherapie und Kuranwendung im Gesundheitsunterricht keinerlei Berücksichtigung findet. Da eindeutig der Wunsch nach einer Kur abgefragt wurde, lässt sich das deutliche Ergebnis nicht auf möglicherweise mangelnde finanzielle Mittel der Familie (die vermutlich ohnehin von den Kindern nicht exakt eingeschätzt werden können) beziehen.

Ein wichtiger Unterrichtsaspekt in Sachen Reinigung auf körperlicher und seelischer Ebene findet somit nicht, oder nur sehr reduziert, statt. Die stärkeren Werte der zweiten Gruppe belegen schließlich, dass der Kurwunsch auch und sogar mehr von Kindern gewünscht wird, die keinen Hygieneunterricht erfahren haben.

			F18 Würdest du gern eine Kur machen?		Gesamt
			ja	nein	
F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	ja	Anzahl	181	256	437
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	41,4%	58,6%	100,0%
		% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	48,7%	56,3%	52,8%
	nein	Anzahl	191	199	390
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	49,0%	51,0%	100,0%
		% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	51,3%	43,7%	47,2%
Gesamt	Anzahl	372	455	827	
	% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	45,0%	55,0%	100,0%	
	% von F18 Würdest du gern eine Kur machen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 70: Zusammenhang Hygieneunterricht – Einstellung zur Kur

Nach Betrachtung dieser Werte fällt auf, dass die Thematisierung von Kuranwendungen mit all ihren physischen und psychischen Gunstfaktoren keinen angemessenen Platz im Unterricht findet. Geschuldet ist dies sicherlich der Nichtberücksichtigung im Lehrplan. Jedoch erscheint dem Bereich auch im übrigen unterrichtlichen Kontext keine Bedeutung beigemessen zu werden. Möglicherweise symbolisiert der Begriff Kur in der Vorstellung der Lehrkräfte eher Assoziationen, die mit älteren Menschen, mit Krankheitsbeseitigung - nicht mit Gesundheitsvorsorge - oder mit hohem finanziellem Hintergrund verknüpft sind. Hier wird ein wichtiger Auftrag, sowohl für die Pädagogik als auch das Kurwesen, offensichtlich.

Mag der Themenbereich Kur noch von vielen Kritikern als zu schulfern bezeichnet werden, so gehört das Erlernen und Festigen regelmäßiger Zahnpflege sowohl gemäß Lehrplan als auch aus dem allgemeinen Verständnis schulischer Gesundheitserziehung eindeutig in den Stundenplan des Gesundheits- und Wellnessunterrichts. So stimmen die ermittelten Werte zum Bezug von Gesundheitsunterricht und schulischer Zahnpflege nicht nur überrascht, sondern vielmehr höchst bedenklich.

In der Grundausswertung geben 39 % der Schüler an, dass sie die Gelegenheit nutzen würden, in der Schule die Zähne zu putzen. Betrachtet man die Probanden, die aussagen, im Unterricht über Hygiene und Körperpflege gesprochen zu haben, ergeben sich nur 38 %, die den Wunsch nach Zahnpflege nach dem Schulfrühstück oder -mittagsessen äußern. Auch bei dieser Frage erzielten die ungeschul-

ten⁹⁷ Schüler geringfügig höhere Werte. Die geschulten OPUS-Schüler, die Zahnpflege wünschen, zeigen mit 36,7 % einen noch niedrigeren Wert.

			F19 Würdest du in der Schule Zähne putzen?		Gesamt
			ja	nein	
F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	ja	Anzahl	167	272	439
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	38,0%	62,0%	100,0%
		% von F19 Würdest du in der Schule Zähne putzen?	51,7%	53,6%	52,9%
	nein	Anzahl	156	235	391
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	39,9%	60,1%	100,0%
		% von F19 Würdest du in der Schule Zähne putzen?	48,3%	46,4%	47,1%
Gesamt	Anzahl	323	507	830	
	% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	38,9%	61,1%	100,0%	
	% von F19 Würdest du in der Schule Zähne putzen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 71: Zusammenhang Hygieneunterricht – Wunsch nach Zahnpflege in der Schule

Das ernüchternde Ergebnis zeigt erneut eine Wirkungslosigkeit des Transfers. Sei es dadurch hervorgerufen, dass das Thema Zahnpflege nicht Gegenstand des Unterrichts ist oder aber die Inhalte nicht nachhaltig vermittelt werden: Die befragten Kinder erlangen nur zu einem geringen Anteil das Bewusstsein, dass regelmäßiges, mehrmals tägliches Zähneputzen zu einem festen Bestandteil einer gesunden Lebensführung gehört. Angesichts des hohen Stellenwerts, der der Zahnpflege durch Lehrplaninhalte, Schulzahnarztuntersuchungen und elterliches Engagement beigemessen wird, müssen die ermittelten Daten als ein Alarmsignal gewertet werden.

Bestätigt werden diese Gedanken durch die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Hygieneunterricht und der Frage, ob sich die Probanden zweimal täglich die Zähne putzen. Die etwa 90 % der Schüler, die in der Grundausswertung die regelmäßige Zahnpflege bestätigen, bilden einen posi-

⁹⁷ Mit „geschulten“ werden in der Folge aus Vereinfachungsgründen die Probanden bezeichnet, die im Unterricht bereits jeweils über Körperpflege, Ernährung und Entspannung gesprochen haben.

tiven Ausgangswert. Jedoch ergibt sich bei der Betrachtung der geschulten und ungeschulten Schüler erneut kein Unterschied. Beide Gruppen liefern den exakt gleichen Prozentwert.

Deutlich wird somit wieder die Wirkungslosigkeit des Unterrichtstransfers in das Alltagsleben dokumentiert. Ob über Gesundheit im Unterricht gesprochen wird oder nicht: auf die persönlichen Gewohnheiten der Kinder nimmt keine der beiden Ausgangssituationen einen signifikanten Einfluss.

So gilt es deutlich zu hinterfragen, in welcher Form in der Primarstufe das Thema Zahngesundheit innerhalb und außerhalb des Unterrichts behandelt wird. Möglicherweise ist der Bereich zu theorie-lastig aufgebaut, so dass die praktische Umsetzung, das regelmäßige Üben und somit der Transfer in die Alltagsgewohnheiten begrenzt sind. Hier ist es ratsam, die bereits im Theorieteil erwähnten Grundlegungen aus dem Kindergarten in praktischer Form zu übernehmen und so weit zu festigen, dass die Schüler eine konstante und positive Einstellung zur täglichen Zahnpflege erwerben.

Die körperliche und seelische Reinigungsfähigkeit des Wassers wurde im Rahmen des Theorikapitels mehrfach thematisiert. Die Einsicht, sich täglich mit Wasser von Schmutz und Gerüchen zu befreien, gehört zu einer der grundlegenden Kulturtechniken unserer Gesellschaft. Die Grundlagen hierfür werden im Elternhaus und in den elementarpädagogischen Einrichtungen gelegt. Die Schule hat die Aufgabe, diese Grundkompetenzen zumindest zu sichern, prinzipiell jedoch auch zu erweitern. Dieser Bereich wird dem Sachunterricht zugeschrieben, der im Rahmen seiner Anteile zur Körpererziehung auch die Sauberkeit von Haut und Haaren behandelt. Gleichwohl ist Körperpflege Teil des gesamten Schultages, sowohl im Unterricht als auch in den außerunterrichtlichen Phasen.

In der Grundauswertung wird durch die Angabe von mehr als 80 % der Schüler dokumentiert, dass die Mehrheit der Probanden regelmäßig duscht oder badet. Allerdings belegt auch jeder fünfte Schüler, dass dieses Verhalten für ihn nicht zutrifft. Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen erteiltem Hygieneunterricht und der Bereitschaft, zweimal wöchentlich die Dusche oder Badewanne zu nutzen, so lassen sich keine signifikanten Unterschiede zu den Schülern ermitteln, die nicht durch Körperpflegeunterricht vorbelastet sind.

			F23 Zweimal in der Woche Badewanne / Dusche?		
			ja	nein	Gesamt
F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	ja	Anzahl	364	73	437
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	83,3%	16,7%	100,0%
		% von F23 Zweimal in der Woche Badewanne / Dusche?	53,8%	48,7%	52,9%
	nein	Anzahl	312	77	389
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	80,2%	19,8%	100,0%
		% von F23 Zweimal in der Woche Badewanne / Dusche?	46,2%	51,3%	47,1%
Gesamt	Anzahl	676	150	826	
	% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	81,8%	18,2%	100,0%	
	% von F23 Zweimal in der Woche Badewanne / Dusche?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 72: Zusammenhang Hygieneunterricht – regelmäßiges Baden oder Duschen

Auch wenn die Vergleiche den zuvor beim Kurinteresse oder bei der Zahnpflege ermittelten Daten folgen, so überrascht es. Besonders diejenigen Probanden, die kein regelmäßiges intensives Waschen bevorzugen, lassen sich auch nicht durch die offene Ansprache des Themas im Unterricht beeinflussen. Gerade der sensible Bereich der Körperhygiene, verbunden mit der Beseitigung von Schmutz oder Geruch, sollte eine Wirkung auf Schüler zeigen, die Probleme mit der eigenen Körperpflege haben. Nicht dass sie über ihre Einstellungen dazu in der Schule berichten, jedoch darf unterstellt werden, dass sie ein Unterrichtsgespräch auf ihren persönlichen Zustand reflektieren.

So jedenfalls soll die Transferwirkung eines erfolgreichen Hygieneunterrichts erfolgen. Die ermittelten Daten widerlegen dies allerdings eindeutig. Die Alltagsgewohnheiten binden sich offensichtlich an anderen Eckfeilern als am schulischen Gesundheits- und Wellnessunterricht.

So verwundert es nicht, dass auch die Frage zum Wunsch nach Körperpflege nach Beendigung des Sportunterrichts ähnliche Zusammenhänge offenbart. Die Grundausswertung zeigt eine geteilte Meinung zu diesem Thema. Weniger als die Hälfte der Probanden würden das Angebot eines kurzen Duschgangs nach dem Sport in Anspruch nehmen. Dabei ist es erneut unerheblich, ob die Schüler hinsichtlich eines Hygieneunterrichts vorbelastet sind oder nicht.

So geben 44,0 % der geschulten Schüler den Wunsch nach Duschen an, von den ungeschulten sind es 45,7 %. Auch von den geschulten OPUS-Schülern stimmen nur 45,1 % der Befragten zu. Die sich ergebende Konsequenz ist nach der Interpretation der zuvor ausgewerteten Daten schlüssig: Eine grundlegend negative Einstellung zum regelmäßigen Waschen lässt sich ebenso wenig durch Gesundheitsunterricht korrigieren, wie dies für eine Körperreinigung nach dem Sport geschieht. Vielmehr stellt das Duschen nach der Bewegungsstunde einen besonderen zeitlichen und organisatorischen Aufwand dar, der von mehr als der Hälfte der Befragten vermieden werden würde. So sollte es insbesondere Aufgabe des Hygieneunterrichts sein, schnelle und unkomplizierte Handlungsabläufe für die Körperpflege nach dem Sport zu vermitteln.

Damit wird eine Aufgabe der Schule deutlich: nicht nur das Stärken und Festigen von Gesundheits- und Wellnesskenntnissen gehört in das Handlungsfeld des Unterrichts, sondern auch das gemeinsame Aufdecken und Ändern gesundheitsschädigender Verhaltensweisen durch nachhaltige und selbstständige Kompetenzerweiterungen. Die Aufgabe im Bereich der Ganzkörperreinigung ist eindeutig der Schule zuzuordnen. Im Kindergartenalter besteht auf Grund des noch nicht so ausgeprägten Schwitzens kein Bedarf nach der regelmäßigen Dusche in der Institution. In der Schule ist der Sportunterricht für manche Schüler die einzige hochpulsige Bewegung in der Woche. Daher darf es als legitim und auch notwendig angesehen werden, dass die Schüler nach der körperlichen Anstrengung ausreichend Raum für die Körperpflege erhalten.

Die Einstellung zur Körperpflege und ihrer entsprechenden Organisation lässt sich auch in der Analyse der Sauna-Besuche reflektieren. Schwitzkuren sind vielen Schülern bekannt. Von den Befragten bestätigen dies etwas mehr als die Hälfte. Betrachtet man nun die Angaben unter Berücksichtigung des Hygieneunterrichts, so geben 50,0 % der geschulten Schüler an, schon die Sauna besucht zu haben, von den ungeschulten Probanden taten dies 52,7 %. Bei den OPUS-Schülern differieren die Werte noch deutlicher. Nur 45,6 % der Schüler, die bereits Körperpflege in der Schule thematisiert haben, haben bereits die Sauna besucht. Jedoch können 52,7 % der Befragten ohne Unterrichtserfahrung ein Schwitzbad bestätigen.

			F24 Warst du schon in der Sauna?		Gesamt
			ja	nein	
F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	ja	Anzahl	82	98	180
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	45,6%	54,4%	100,0%
		% von F24 Warst du schon in der Sauna?	40,8%	47,8%	44,3%
	nein	Anzahl	119	107	226
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	52,7%	47,3%	100,0%
		% von F24 Warst du schon in der Sauna?	59,2%	52,2%	55,7%
Gesamt	Anzahl	201	205	406	
	% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	49,5%	50,5%	100,0%	
	% von F24 Warst du schon in der Sauna?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 73: Zusammenhang Hygieneunterricht - Saunabesuch (OPUS)

Das Ergebnis stimmt erneut nachdenklich. Nicht nur, dass die geschulten Schüler kein verstärktes Wellnessbewusstsein entwickeln und die gesundheitsfördernden Wirkungen eines Saunabesuchs testen; die Schüler, die keinen Hygieneunterricht genossen haben, weisen gar ein höheres Gesundheitsbewusstsein in diesem Feld nach.

Der letzte und prägnanteste Aspekt zur Hygieneerziehung betrifft den Wunsch der Schüler, in der Klasse Hausschuhe zu tragen. Die Sauberkeit des Fußbodens in der Klasse wird in nahezu jeder Schulklasse thematisiert. Das Abtreten verschmutzter Schuhe am Gebäudeeingang sowie der tägliche Fegedienst im Klassenzimmer gehören zu festen und nicht angezweifelten Ritualen in der Schule. Ein sauberer Fußboden in der Klasse vermittelt ein angenehmes Umfeld, das Erscheinungsbild des Raumes ist stimmiger, Arbeiten auf dem Boden - sei es in Kreativ- oder Gruppenphasen - lässt sich mit mehr Freude durchführen.

So ist es verwunderlich, dass es nur rund 35 % der Befragten vorziehen würden, in der Klasse Hausschuhe zu tragen, obwohl neben dem daraus resultierenden Sauberkeitsaspekt auch das Wohlbefinden der Füße besser wäre.

Abgesehen von der Höhe dieser Zahlen ist es jedoch bemerkenswert, dass sich in den befragten OPUS-Schulen ganze 22,0 % der Schüler, die bereits Hygieneunterricht erhalten haben, für das Tragen von Hausschuhen aussprechen. Bei den Kontrollschulen geben dies mit 46,1 % der Befragten überdurchschnittlich viele an.

			F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?		Gesamt
			ja	nein	
F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	ja	Anzahl	40	142	182
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	22,0%	78,0%	100,0%
		% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	32,5%	50,0%	44,7%
	nein	Anzahl	83	142	225
		% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	36,9%	63,1%	100,0%
		% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	67,5%	50,0%	55,3%
Gesamt	Anzahl	123	284	407	
	% von F7 Habt ihr in der Schule über Körperpflege gesprochen?	30,2%	69,8%	100,0%	
	% von F21 Würdest du Pantoffel in der Klasse tragen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 74: Zusammenhang Hygieneunterricht – Hausschuhe in der Schule (OPUS)

Der Unterschied von 24 % bedarf einer genaueren Betrachtung. Während sich in den zuvor analysierten Fragestellungen die Werte auch unterhalb der verschiedenen OPUS- und Kontrollschulen weitgehend annähern, scheint das Thema Hausschuhe nicht allgemein zu interpretieren sein. Wie bereits bei der Grundausswertung erwähnt, ergeben sich starke Unterschiede bei den Einzelschulen. So sind Hausschuhe bis auf eine Ausnahme bei den untersuchten Schulen entweder klassenweise oder für die gesamte Schülerschaft eingeführt. Oftmals ist es jedoch dem zuständigen Klassenlehrer überlassen, ob er das Konzept in seiner Klasse umsetzt. Es ist daher zu vermuten, dass auch die Thematisierung des Pantoffeltragens im Hygieneunterricht stark von den persönlichen Einstellungen des entsprechenden Lehrers abhängt.

Obwohl somit eine exakte Zuweisung der Ursachen nicht möglich ist, sind die Werte der OPUS-Schulen mit Bedenken zu betrachten. Das Handeln nach einem Gesundheitskonzept soll neben den populären Bereichen Bewegung und Ernährung die Körperpflege und Hygiene nicht vernachlässigen. OPUS kommt diesem Bereich vornehmlich im Rahmen der Lebensmittelhygiene nach. Offensichtlich bestehen für die teilnehmenden Schulen jedoch Defizite in Einzelfeldern der Sauberkeitserziehung.

Zusammenfassend lässt sich durch die ermittelten Daten feststellen, dass der Hygiene- und Körperpflegeunterricht, der an den evaluierten Schulen durchgeführt wird, nicht die durchschlagende Wirkung auf die Alltagsgewohnheiten besitzt, wie es von pädagogischer Seite aus gewünscht sein sollte. Die Sicherung und vor allem Erweiterung gesundheits- und wellnesfördernder Maßnahmen zur Reinigung von Körper und Seele finden offenbar im aktuellen Gesundheitsunterricht der untersuchten Schulen nicht oder in wenig wirksamer Form statt. Es eröffnet sich somit eine didaktische und methodische Baustelle im Rahmen der schulischen Gesundheits- und Wellnesserziehung.

8.3 Zusammenhänge zwischen erteiltem Ernährungsunterricht und den Ernährungsgewohnheiten

Die Ess- und Trinkgewohnheiten der Menschen stehen aktuell im besonderen Fokus der Öffentlichkeit. In den Theoriekapiteln und im Kapitel zum Forschungsstand wurde darauf bereits sehr ausführlich eingegangen. So steht im schulpädagogischen Verständnis natürlich auch der Gesundheitsunterricht - und hier speziell der Ernährungsunterricht - im Fokus. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollen daher nachfolgend die Zusammenhänge zwischen dem in den befragten Schulen erteilten Ernährungsunterricht und den Ernährungsgewohnheiten der Schüler evaluiert werden.

Gesunde Ernährung setzt den Verzehr von reichlich Gemüse und Obst voraus. Diese in vielen Gesundheitsprogrammen propagierte Aussage (beispielsweise in *5 am Tag*) ist ernährungswissenschaftlich allgemein unbestritten.

Zu untersuchen gilt es abermals, inwieweit Gesundheitsunterricht auf die Alltagsgewohnheiten der Kinder wirkt. Die Grundausswertung zeigt im Allgemeinen eine positive Einstellung der meisten Probanden hinsichtlich eines regelmäßigen, mindestens dreimal wöchentlichen Gemüseverzehr. Rund 79 % der Schüler bestätigen diese Fragestellung mit einem Ja.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen erteiltem Ernährungsunterricht und dem Gemüsekonsum, so geben 79,6 % der geschulten Schüler eine positive Rückmeldung. Die Schüler, die keinen Unterricht zur gesunden Ernährung erhalten haben, bejahen die Fragestellung zu 76,1 %.

			F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	550	141	691
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	79,6%	20,4%	100,0%
		% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	83,6%	80,6%	83,0%
	nein	Anzahl	108	34	142
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	76,1%	23,9%	100,0%
		% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	16,4%	19,4%	17,0%
Gesamt	Anzahl	658	175	833	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	79,0%	21,0%	100,0%	
	% von F26 Dreimal wöchentlich Gemüse?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 75: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Gemüseverzehr

Gegenüber den zuvor thematisierten Hygienefragen finden wir einen verbesserten Transfer von Gesundheitswissen vor. Allerdings ist der Unterschied nicht signifikant, sondern mit 3,5 % nur leicht verbessert. Auch die OPUS-Schulen erzielen in diesem Bereich ein prozentual ähnliches Verhältnis.

Ernährungsunterricht wirkt demnach weder in der Bewertung aller evaluierten Schulen noch in den OPUS-Schulen deutlich besser. Dieser Umstand stimmt nachdenklich. Gemüse als Bestandteil gesunder Ernährung ist ein klar festgelegter Bestandteil des Lehrplans im Sachunterricht. So ist es zum einen fraglich, ob die Inhalte überhaupt soweit in der Schule behandelt werden, dass die Schüler sie wahrnehmen und auch als wichtig erachten. Zum anderen muss nachgefragt werden, weshalb der Unterricht zu diesem Thema so wenig Übertragung ins Alltagsleben der Kinder findet. Die in der Grundausswertung ermittelten guten Werte sind demnach vermutlich den Ernährungsgewohnheiten des Elternhauses geschuldet. Die Kinder aus den Haushalten, in denen nicht regelmäßig Gemüse verzehrt wird, lassen sich also auch durch eine Förderung im Gesundheitsunterricht nicht zu einer positiveren Ernährungseinstellung bewegen.

Das zweite Synonym gesunden Essverhaltens ist der Verzehr von Obst. Noch besser als beim Gemüsekonsum geben drei Viertel der Probanden einen sogar täglichen Griff zur Obstschale an. Jedoch ist auch dieser Wert unabhängig von erteiltem Ernährungsunterricht.

So ergibt sich bei der Analyse der Gesamtgruppe kein Unterschied, ob die Probanden zuvor das Thema gesunde Ernährung im Unterricht behandelt haben oder nicht. 77,1 % der geschulten Schüler stehen 77,6 % der ungeschulten gegenüber.

			F27 Jeden Tag Obst?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	255	76	331
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	77,0%	23,0%	100,0%
		% von F27 Jeden Tag Obst?	80,4%	82,6%	80,9%
	nein	Anzahl	62	16	78
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	79,5%	20,5%	100,0%
		% von F27 Jeden Tag Obst?	19,6%	17,4%	19,1%
Gesamt	Anzahl	317	92	409	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	77,5%	22,5%	100,0%	
	% von F27 Jeden Tag Obst?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 76: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Obstverzehr (OPUS)

Die Werte der OPUS-Schüler ergeben sogar einen leichten, jedoch nicht signifikanten Vorteil der Schüler ohne unterrichtliche Ernährungskennntnisse. Dieses Ergebnis ist erneut als sehr bedenklich zu betrachten, reiht sich allerdings fast nahtlos in das sich abzeichnende Gesamtbild des Transfers von Gesundheitsunterricht in das Alltagsleben der Probanden ein.

Interessant ist in diesem Zuge, ob die ermittelten Tendenzen für die gesunde Ernährung auch für die Aufnahme ungesunder Nahrungsmittel gilt. Der regelmäßige Verzehr von Süßigkeiten oder Chips wird im Rahmen der Grundausswertung von etwa zwei Dritteln der Probanden bestätigt. Trotz aller Kompetenzen, die die Kinder im Bereich der gesunden Nahrungsmittel besitzen, unterliegen viele Probanden den Verlockungen von Schokolade oder Salzgebäck.

Dem bisherigen Interpretationsverlauf folgend, sind auch bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Ernährungsunterricht und dem Verzehr ungesunder Lebensmittel keine signifikanten Unterschiede zwischen geschulten und ungeschulten Schülern zu erkennen.

So wird von 59,8 % der Schüler mit Ernährungsunterricht angegeben, dass sie regelmäßig Süßigkeiten oder Chips verzehren. 61,1 % der Kinder ohne Unterrichtserfahrung bejahen diese Frage.

			F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	200	131	331
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	60,4%	39,6%	100,0%
		% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips?	80,0%	81,9%	80,7%
	nein	Anzahl	50	29	79
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	63,3%	36,7%	100,0%
		% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips?	20,0%	18,1%	19,3%
Gesamt	Anzahl	250	160	410	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	61,0%	39,0%	100,0%	
	% von F31 Dreimal wöchentlich Süßigkeiten / Chips?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 77: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Verzehr von Süßigkeiten oder Chips

Bei den OPUS-Schulen beträgt die Differenz zwischen den beiden Gruppen knapp 3 %. Es bestätigt sich somit, dass die Schulen, die Ernährungsthemen im Sachunterricht anbieten, gleichwertig oder teilweise geringfügig besser abschneiden als die Schulen, die auf diese Unterrichtsinhalte verzichten. Jedoch zeigen sie keine überzeugend höhere Wirksamkeit auf die Ernährungsgewohnheiten ihrer Schüler.

Die eigene Zubereitung einer warmen Speise stellt für Kinder zum einen eine neue und interessante Aufgabe dar, zum anderen eine wichtige Basiskompetenz für das Einschätzen gesunder Lebensmittel sowie deren Weiterverarbeitung. Die Schule bietet sich neben dem Elternhaus geradezu in idealer Form zur Vermittlung besagter Fertigkeiten an. Ob dies im Rahmen von Kochstunden im Sach- oder Projektunterricht geschieht oder durch die theoretische Aktivierung zur Speisenzubereitung im Elternhaus erfolgt: Gerade Kinder, die zu Hause keine geregelte Mittagsversorgung beanspruchen

können, bedürfen einer erheblichen Wissenssteigerung, um für das künftige Alltagsleben, das sie selbstständig gestalten wollen und auch müssen, gewappnet zu sein.

Inwieweit sich der Ernährungsunterricht auf das Interesse auswirkt, selbst warme Gerichte herzustellen, ist differenziert zu bewerten. Die Gesamtgruppe der Probanden antwortet sowohl bei den geschulten als auch den ungeschulten Schülern zu gut 67 %, bereits selbst warmes Essen zubereitet zu haben. Erneut fällt die Tendenz ins Auge, dass der erteilte Ernährungsunterricht keine signifikant höhere Wirkung erzielen kann, obwohl gerade im Bereich der selbstständigen Speisenzubereitung ein hoher Motivationsgrad für die Kinder aktivierbar wäre.

Noch ernüchternder fällt die Betrachtung der Werte der OPUS-Schüler aus. Während nur 64,7 % der mit Ernährungsunterricht geschulten Schüler angeben, bereits selbst gekocht zu haben, so tun dies 72,2 % der ungeschulten Probanden. Ein allgemeines OPUS-Problem kann jedoch in diesem Fall nicht belegt werden. Jedoch gelingt eine regionale Verortung: Die OPUS-Schulen des Kreises Gütersloh schneiden mit nur 62,3 % Kindern, die Ernährung in der Schule thematisiert haben und bereits selbst warme Speisen zubereitet haben, besonders schwach ab.

			F28 Schon mal warmes Essen selbst bereitet?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	213	116	329
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	64,7%	35,3%	100,0%
		% von F28 Schon mal warmes Essen selbst bereitet?	78,9%	84,1%	80,6%
	nein	Anzahl	57	22	79
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	72,2%	27,8%	100,0%
		% von F28 Schon mal warmes Essen selbst bereitet?	21,1%	15,9%	19,4%
Gesamt	Anzahl	270	138	408	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	66,2%	33,8%	100,0%	
	% von F28 Schon mal warmes Essen selbst bereitet?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 78: Zusammenhang Ernährungsunterricht – eigene Zubereitung von warmen Speisen (OPUS)

Auch wenn keine pauschale Bewertung der OPUS-Schulen erfolgen kann, so darf angemerkt werden, dass im OPUS-Programm Ernährungsbildung als Unterrichtsinhalt zur gesunden Lebensgestaltung ausgewiesen wird, jedoch nach Betrachtung der vorliegenden Daten keine belegbar besseren Ergebnisse liefert als die Kontrollschulen. Ganz im Gegenteil ist die Wirkung in einigen Fällen sogar schwächer.

Eine besondere Wichtigkeit von Gesundheitstransfer ins Alltagsleben verknüpft sich mit der morgendlichen Speisenaufnahme im Elternhaus. Die Bedeutung der Aufnahme notwendiger Nährstoffe, um dem Unterricht mit frischem Geist folgen zu können, wurde bereits zuvor ausführlich erläutert. Eine vordringliche Aufgabe des Ernährungsunterrichts ist es, diese Kompetenz zu fördern und in die Alltagsgewohnheiten der Schüler zu transferieren. Wenn am Morgen bereits der gesunde Start in den Schultag nicht gelingt, gestaltet sich jeder Zugang zu weiteren positiven Einstellungen zu Körper, Geist und Seele im Verlauf des Tages schwierig.

Über den Anteil der Schüler, die morgens daheim ein Frühstück einnehmen, wurde bereits ausführlich informiert. Allerdings scheint es aber wieder einmal vollkommen unwichtig zu sein, ob die Probanden zuvor Ernährungsunterricht hatten oder nicht. Gemäß der ermittelten Daten sagen 85 % der geschulten Schüler aus, morgens im Elternhaus ein Frühstück einzunehmen. Von den ungeschulten Befragten bejahen dies 86,6 %.

			F29 Jeden Morgen zuhause Frühstück?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	588	104	692
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	85,0%	15,0%	100,0%
		% von F29 Jeden Morgen zuhause Frühstück?	82,7%	84,6%	83,0%
	nein	Anzahl	123	19	142
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	86,6%	13,4%	100,0%
		% von F29 Jeden Morgen zuhause Frühstück?	17,3%	15,4%	17,0%
Gesamt	Anzahl	711	123	834	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	85,3%	14,7%	100,0%	
	% von F29 Jeden Morgen zuhause Frühstück?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 79: Zusammenhang Ernährungsunterricht – tägliches Frühstück im Elternhaus

Das angemessene Frühstück im Elternhaus bietet ein hervorragendes Thema für einen aktiven und anwendungsbezogenen Ernährungsunterricht. Das Erörtern der richtigen Speisenzusammenstellung und die praktische Gestaltung einer angemessenen Frühstückstafel ist im Unterricht sowohl praktisch als auch mit großer Zustimmung von Schülern und Eltern umsetzbar. Ob diese Inhalte zu wenig oder in unwirksamer Form im Ernährungsunterricht behandelt werden, lässt sich nicht exakt bestimmen. Möglicherweise verlassen sich die Lehrer darauf, dass in den meisten Elternhäusern ein ausreichendes Frühstück angeboten wird und bei einem unversorgten Schüler die Gründe eher in morgendlicher Appetitlosigkeit gesucht werden, die sich nicht durch Unterrichtsinhalte beseitigen lassen.

Das zweite Frühstück in der großen Pause gibt der Lehrkraft eine gute Möglichkeit, sich ein Bild über die Ernährungsgewohnheiten seiner Schüler zu verschaffen. Gleichsam erhält er direkt eine Rückmeldung über die Wirkung des schulischen Ernährungsunterrichts. Ganz gleich, ob dieser die Kinder zu einer Verhaltensänderung veranlasst oder nicht oder ob die im Elternhaus manifestierten Gewohnheiten stärker wiegen: In kaum einem Gesundheitsbereich kann der Lehrer so deutlich den Erfolg des Unterrichtsinhaltes ablesen. Abgesehen von der Qualität der Pausenverpflegung ist es zunächst einmal wichtig zu betrachten, ob die Kinder überhaupt ein Brot mit in die Schule bringen.

Der Großteil der Probanden beantwortete diese Frage positiv. Mehr als 85 % sind in der Schule mit Nahrung versorgt. Dass es notwendig ist, auch den Rest der Gruppe zu erreichen und im Rahmen der Ernährungserziehung besonders zu fördern, wurde bereits zuvor erläutert. Jedoch verraten die Daten auch, dass der Gesundheitsunterricht an Quantität und Qualität zulegen muss. Erneut stellt sich heraus, dass die geschulten Schüler (85,0 %) nicht in größerer Anzahl zum Pausenfrühstück zu bewegen sind als die Kinder (86,6 %), die Ernährung nicht im Unterricht behandelt haben.

Bei den OPUS-Schülern ist die Differenz zugunsten der ungeschulten Schüler sogar noch etwas größer, ohne jedoch einen signifikanten Unterschied auszuweisen (94,9 % / 97,5 %).

Die erfreulich hohen Werte belegen eine besondere Wirkung des OPUS-Konzeptes in diesem Feld. Gleichsam zeigen die eng zusammenliegenden Prozentzahlen, dass erteilter Ernährungsunterricht offensichtlich keine nachweisbare Wirkung darauf hat, ob ein Kind entscheidet, morgens eine angemessene Verpflegung mit in die Schule zu bringen.

			F30 Nimmst du Pausenbrot mit?		Gesamt
			ja	nein	
F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	ja	Anzahl	314	17	331
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	94,9%	5,1%	100,0%
		% von F30 Nimmst du Pausenbrot mit?	80,3%	89,5%	80,7%
	nein	Anzahl	77	2	79
		% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	97,5%	2,5%	100,0%
		% von F30 Nimmst du Pausenbrot mit?	19,7%	10,5%	19,3%
Gesamt	Anzahl	391	19	410	
	% von F8 Habt ihr in der Schule über Ernährung gesprochen?	95,4%	4,6%	100,0%	
	% von F30 Nimmst du Pausenbrot mit?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 80: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Mitnahme eines Pausenbrot (OPUS)

8.4 Zusammenhänge zwischen erteiltem Entspannungsunterricht und den Erholungsgewohnheiten

Nach den eher nachdenklich stimmenden Werten der beiden vorangegangenen Kapitel zur Körperpflege und zur Ernährung werden auf den folgenden Seiten die Zusammenhänge zwischen dem in den evaluierten Schulen erteilten Unterrichts zum Bereich Entspannung und den Alltagsgewohnheiten der befragten Kinder untersucht.

Dem eigenen Körper und Geist genügend Ruhe und Entspannung zu gönnen, ist eine Kompetenz, die die Basis für Wellness und langfristige Gesundheit bedeutet. Entgegen der täglichen Hetze und dem allgegenwärtigen Stress, die in der Öffentlichkeit sogar als Synonym für Einsatzbereitschaft und Widerstandsfähigkeit gelten, genießt das Ausruhen ein eher doppelseitiges Image. Bedeutet Entspannung zum einen die Erfrischung und leistungserhaltende Wiederbelebung der eigenen Physis und Psyche, so weht zum anderen im Umfeld des Begriffs Entspannung der Hauch von Luxus oder auch von Trägheit mit.

Dieser öffentlichen Meinung hat die schulische Gesundheitsförderung entgegen zu treten. Wie schwer sich dies angesichts der heutigen Leistungsdebatte um verkürzte Abiture, umkämpften Lehrstellenmarkt und frühzeitiger Separation von Kindern am Ende der Grundschulzeit darstellt, ist leicht vorstellbar.

Umso wichtiger ist es, die Fähigkeit zum Entschleunigen, dem rechtzeitigen Wiederaufladen des körpereigenen Akkus zu erlernen. Da in der Tempogesellschaft mit doppelverdienenden Haushalten und vollgepackten Terminkalendern dies den Eltern nicht mehr immer möglich ist, kommt der Schule eine entscheidende Rolle in der Wellnessbildung zu.

Insofern ist es in dieser Untersuchung von allerhöchstem Interesse, die Transferwirksamkeit des schulischen Gesundheitsunterrichts auf die Entspannungsfähigkeit der Probanden zu untersuchen. In diesem Zuge ist zunächst die Kompetenz zu betrachten, Räume zu erkennen, die Platz zum Ausruhen bieten. Die Frage, ob es auf dem Schulgelände ausreichend Platz zum entspannten Ausruhen gibt, beantworten 50,0 % der mit Entspannungsunterricht geschulten Schüler positiv. Lediglich 39,7 % der ungeschulten Probanden bestätigen dies und verweisen somit auf einen signifikanten Unterschied.

Zieht man die Werte der OPUS-Schüler hinzu, so kristallisiert sich eine noch deutlichere Stärke des Gesundheitsunterrichts heraus. Der Unterschied zwischen den geschulten und ungeschulten Probanden beläuft sich hierbei auf fast 15 % (43,7 % / 29,4 %).

			F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?		Gesamt
			ja	nein	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	76	98	174
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	43,7%	56,3%	100,0%
		% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	52,1%	36,8%	42,2%
	nein	Anzahl	70	168	238
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	29,4%	70,6%	100,0%
		% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	47,9%	63,2%	57,8%
Gesamt	Anzahl	146	266	412	
	% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	35,4%	64,6%	100,0%	
	% von F32 Gibt es in der Schule Plätze zum Ausruhen?	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 81: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Ausruhplätze in der Schule (OPUS)

Die ermittelten Werte lassen den Schluss zu, dass die Schüler, die im Unterricht Entspannung und Wohlbefinden thematisiert haben, eher in der Lage sind, geeignete Plätze zum Ausruhen zu finden bzw. zu schaffen als ungeschulte Befragte. Deutlich sei dabei noch einmal auf die besondere Kompetenz hingewiesen, Entspannungsplätze nicht einfach nur zu nutzen, sondern sie als Ruhepunkt zu identifizieren oder gar zu modifizieren.

Der Einwand, dass an den Schulen unterschiedliche räumliche Gegebenheiten Einfluss auf das Entspannungsverhalten haben, lässt sich in mehrfacher Hinsicht entkräften: zum Ersten zeigten sich bei Ortsbegehungen an allen evaluierten Schulen trotz großer Heterogenität der Schulgelände geeignete Ruheplätze. Zum Zweiten ergaben sich bei der Betrachtung der Daten der Einzelschulen keine signifikanten Unterschiede. Und zum Dritten steht bei der Bewertung der Fähigkeit zum Ausruhen unter anderem die Kompetenz im Zentrum, Ruheräume selbst zu schaffen. Diese sind oftmals vollkommen unabhängig von örtlichen Gegebenheiten, sondern werden vom betreffenden Schüler selbst definiert.

Über die Bewertung der Kompetenzen hinaus, die direkt mit der Anwendung auf dem Schulgelände verbunden sind, sind im nächsten Schritt die Transferleistungen in das Alltagsleben der Schüler auf häuslicher Ebene zu analysieren. Das Suchen und Finden geeigneter Entspannungsplätze und Ruhegelegenheiten bereitet zahlreichen Probanden, wie zuvor dargestellt, Probleme. So soll im Folgenden betrachtet werden, inwieweit die Kinder Entspannungsphasen in ihren Nachmittag integrieren. Die Ruhephase nach dem Schultag und dem Mittagessen, die als kräftesammelnder Puffer vor den Hausaufgaben und den etwaigen Terminen bis zum Abend fungiert, besitzt eine überaus wichtige Funktion. Für viele Kinder bedeutet sie die erste, in Ruhe und Muße genossene Entspannungsphase am Tag. Vorangegangen sind ein frühes Aufstehen, ein herausfordernder Unterricht, unruhige Pausen und häufige Ablenkungen.

Das Abschalten nach dem Schultag dient sowohl der Auffrischung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit als auch zur Vorbereitung auf die Herausforderungen und Aufgaben am Nachmittag.

Etwa zwei Drittel der Probanden geben an, vor den Hausaufgaben eine Pause einzulegen. So scheint das Bedürfnis nach Entspannung auch bei den Schülern zu bestehen, die in der Schulpause eher aktive Angebote wahrnehmen. Betrachtet man die Werte hinsichtlich des erteilten Entspannungsunterrichts - in welchem Fach er auch immer vermittelt wird - so ergeben sich für die Probanden, die regelmäßig Entspannungsunterricht erhalten haben mit 70,2 % durchaus positive Ergebnisse. 62,3 % der Schüler, die keinen Gesundheits- und Wellnessunterricht erhalten haben, beantworten die Frage mit Ja.

			F37 vor den Hausaufgaben eine Pause?		Gesamt
			ja	nein	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	120	51	171
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	70,2%	29,8%	100,0%
	nein	% von F37 vor den Hausaufgaben eine Pause?	44,1%	37,2%	41,8%
		Anzahl	152	86	238
Gesamt	ja	% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	63,9%	36,1%	100,0%
		% von F37 vor den Hausaufgaben eine Pause?	55,9%	62,8%	58,2%
	nein	Anzahl	272	137	409
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	66,5%	33,5%	100,0%
		% von F37 vor den Hausaufgaben eine Pause?	100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 82: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Pause vor den Hausaufgaben (OPUS)

Das OPUS-Konzept liefert ähnliche Ergebnisse. Auch bei den betreffenden Schulen liefern die geschulten Schüler deutlich bessere Ergebnisse (70,2 %) als die ungeschulten (63,9 %). Gleichwohl fällt erneut auf, dass die OPUS-Schulen keine stärkeren Werte hinsichtlich einer wirksamen Gesundheitserziehung erzielen können als die Kontrollschulen.

Nach dem Vormittag in der Schule und der Erledigung der Hausaufgaben steht den Kindern am Nachmittag ein begrenztes Budget an Freizeit zur Verfügung. Diese wird entweder durch feste Verpflichtungen oder durch ungebundene Aktivitäten belegt. Beide Varianten sollen im Folgenden in Bezug zum schulischen Gesundheitsunterricht betrachtet werden.

Feste Termine in der Woche, seien es Aktivitäten in Sportvereinen, Jugendgruppen oder Musikschulen oder vieles andere mehr, bedeuten für Kinder nicht nur Abwechslung und Freude, sondern auch Zeitmanagement und Einengung ihres Alltags. Häufig neigen Schüler trotzdem dazu, sich die Wochentage mit zu vielen gebundenen Aktivitäten zu füllen. Ziel eines professionellen Entspannungs-

unterrichts soll es sein, jungen Menschen den Umgang mit der Freizeit zu lehren, den Wechsel von gebundenen und ungebundenen Aktivitäten sowie eingeflochtener Ruhephasen zu vermitteln.

Die Daten zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Entspannungsunterricht und festen Wochenterminen ergibt erneut keine wesentlichen Unterschiede zwischen geschulten und ungeschulten Probanden. Jeweils 50 % der Befragten geben an, nur einen festen Termin in der Woche wahrzunehmen. Zwei bis vier Verpflichtungen wöchentlich müssen rund 39 % (geschult) bzw. 40 % (ungeschult) der Kinder nachgehen. Fünf oder mehr Veranstaltungen stehen im Kalender von etwa 10 % bzw. 9 % der Schüler. Es wird damit deutlich, dass hinsichtlich der Terminplanung von Kindern der schulische Gesundheitsunterricht keine nachweisbare Wirkung zeigt.

			F33 Feste Termine in der Woche?			Gesamt
			1	2-4	5 +	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	86	66	18	170
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	50,6%	38,8%	10,6%	100,0%
		% von F33 Feste Termine in der Woche?	41,1%	43,4%	47,4%	42,6%
	nein	Anzahl	123	86	20	229
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	53,7%	37,6%	8,7%	100,0%
		% von F33 Feste Termine in der Woche?	58,9%	56,6%	52,6%	57,4%
Gesamt	Anzahl	209	152	38	399	
	% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	52,4%	38,1%	9,5%	100,0%	
	% von F33 Feste Termine in der Woche?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 83: Zusammenhang Entspannungsunterricht - feste Termine pro Woche (OPUS)

Die OPUS-Schüler offenbaren in diesem Zusammenhang ein ähnliches Verhalten. Die Zahl der ungeschulten Probanden, die nur wenige feste Termine in der Woche annehmen (53,7 %), ist sogar höher als bei den geschulten (50,6 %).

Die Ursachen für die Verteilung der Daten sind somit nicht im Rahmen des Gesundheitskonzeptes zu suchen, wobei erwähnt werden muss, dass ein bewussterer Umgang mit Rhythmisierung und Freizeit in einer gesundheitspädagogisch ausgerichteten Schule wünschenswert wäre.

Vielmehr sind weitere Faktoren zu benennen, die den Freizeitstress begünstigen: Zum Ersten lassen sich Kinder auf vielfältige Reize ein, probieren Angebote aus, suchen und finden so aus dem unermesslichen Angebot an Freizeitbetätigungen diejenigen heraus, die ihnen am meisten Freude bereiten und am besten zu ihnen passen.

Hinzu gesellt sich die Steuerfunktion der Eltern, die Angebote filtern oder forcieren. Sie bestimmen in hohem Maße mit, welche und wieviele Aktivitäten ihre Kinder wahrnehmen. Daher sind sie maßgeblich an der Budgetierung der Freizeit ihres Nachwuchses beteiligt.

Ebenso nehmen peer-groups und Medien Einfluss auf das Freizeitverhalten von Schülern. Sie geben vor, was „angesagt“ ist, zeigen die Vielfalt der Angebote und überreden zum Mitmachen.

Kinder können sich diesen Reizen nur schwer entziehen. Gelingt es ihnen doch und sie verbringen ihre Freizeit in ungebundener Form, so ist zu hinterfragen, in welcher Form sie dies tun. Erheblichen Aufforderungscharakter auf das Freizeitverhalten von Schülern haben Fernseher und Computer. Sie beanspruchen nicht nur Zeitreserven, sondern wirken durch ihre kommunikationsreduzierende Form und die häufig wechselnden Reize bei zu reichlichem Konsum wenig entspannend. Im Gegenteil: sie bergen Stressfaktoren und Abhängigkeiten, die im krassen Widerspruch zu Ruhe und Entspannung stehen.

Der schulische Gesundheitsunterricht im Bereich der Entspannung hat demnach diesen Risiken entgegen zu wirken. Ob und in welchem Grad es gelingt, Kindern einen sinnvollen und angemessenen Medienkonsum zu vermitteln, wird bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Entspannungsunterricht und den täglichen Fernsehzeiten der Probanden deutlich.

Das Ergebnis ist geradezu ernüchternd: Auch wenn sich der Fernsehkonsum bei den Befragten in einem vertretbaren Rahmen bewegt - die Hälfte der Schüler sieht bis zu einer Stunde fern, ein weiteres Drittel ein bis drei Stunden - zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Schülern, die im Unterricht bereits über Entspannung gesprochen haben und denen, die dies nicht getan haben.

			F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?			Gesamt
			1	2 - 3	3 +	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	79	65	24	168
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	47,0%	38,7%	14,3%	100,0%
		% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	38,9%	46,4%	42,1%	42,0%
	nein	Anzahl	124	75	33	232
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	53,4%	32,3%	14,2%	100,0%
		% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	61,1%	53,6%	57,9%	58,0%
Gesamt	Anzahl	203	140	57	400	
	% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	50,8%	35,0%	14,3%	100,0%	
	% von F36 wie viel Zeit vor dem Fernseher?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 84: Zusammenhang Entspannungsunterricht – tägliche Fernsehzeiten (OPUS)

Bei den OPUS-Schulen ist sogar eine Verschiebung zugunsten der ungeschulten Probanden zu erkennen, die zu 53,4 % angeben, lediglich eine Stunde täglich vor dem Fernseher zu verbringen (gegenüber 47,0 % der geschulten Kinder).

Offensichtlich greift der Gesundheits- und Wellnessunterricht in diesem Bereich nicht. Trotz der Aufklärung und Thematisierung im Unterricht messen die Befragten dem Fernsehen eine höhere Entspannungsfunktion zu, als sie für sinnvoll zu erachten ist. Es empfiehlt sich für den Entspannungsunterricht daher, in diesem Feld deutlich zielgruppenorientierter zu arbeiten und nicht nur Risiken, sondern auch Alternativen aufzuzeigen.

Während der Fernseher zumeist noch im gemeinschaftlichen Wohnzimmer steht, so findet die Nutzung von Computern oder Spielkonsolen überwiegend in den eigenen vier Wänden der Schüler statt. Dort entziehen sie sich meist vollständig dem sozialen Umfeld und verbringen ihre Freizeit ohne Kommunikation und umflutet von visuellen und akustischen Reizen.

Um diese Situationen zu minimieren, ist es Aufgabe des Gesundheitsunterrichts, die vielschichtigen Gefahren des PC-Gebrauchs zu thematisieren. Analog zur vorangegangenen Fragestellung zu den

Fernsehzeiten ergeben sich auch bei der Betrachtung der Computernutzungszeiten keine Unterschiede zwischen Schülern, die bereits in der Schule über Entspannung gesprochen haben oder nicht.

			F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?			Gesamt
			1	2 - 3	3 +	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	200	54	25	279
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	71,7%	19,4%	9,0%	100,0%
		% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	34,7%	34,6%	36,8%	34,8%
	nein	Anzahl	377	102	43	522
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	72,2%	19,5%	8,2%	100,0%
		% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	65,3%	65,4%	63,2%	65,2%
Gesamt	Anzahl	577	156	68	801	
	% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	72,0%	19,5%	8,5%	100,0%	
	% von F35 wie viele Stunden vor Computer/PC-Spiel?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abb. 85: Zusammenhang Entspannungsunterricht - tägliche Computernutzung

Die Ursachen für dieses Ergebnis sind mit den gleichen Vermutungen zu begründen, wie in der Fragestellung zuvor. Mehr noch darf angenommen werden, dass die Rückzugsmöglichkeit in das eigene Zimmer, das nicht mehr Kommunizieren müssen nach einem Vormittag in der Schule und das Entfalten besonderer Kompetenzen im Umgang mit dem Rechner für viele Kinder Entspannung bedeuten.

Gesundheitsunterricht soll jedoch nicht nur in der Form wirksam sein, dass ungünstige Verhaltensweisen minimiert oder ausgeschaltet werden, sondern auch positive Alltagsgewohnheiten aufgezeigt und gefestigt werden.

Entspannung wird neben Ausruhen auch mit körperlichem Wohlbefinden verknüpft. Als Beispiel seien hierfür Massagen genannt, egal ob sie durch professionelle Hände oder durch Partnerhilfe

durchgeführt werden. Im Entspannungsunterricht können hierzu wichtige Grundlagen gelegt werden, seien es die Information über den Nutzen von Massagen oder einfache Techniken zur praktischen Anwendung.

Die Befragung der Schüler ergibt in diesem Zuge, dass ein deutlicher Vorteil zugunsten der Schüler besteht, die Entspannung bereits in der Schule thematisiert haben. Gegenüber den ungeschulten Probanden ergeben sich so gut 8 % Differenz.

			F34 Bist du schon massiert worden?		Gesamt
			ja	nein	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	121	50	171
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	70,8%	29,2%	100,0%
	nein	% von F34 Bist du schon massiert worden	45,5%	34,5%	41,6%
		Anzahl	145	95	240
Gesamt		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	60,4%	39,6%	100,0%
		% von F34 Bist du schon massiert worden	54,5%	65,5%	58,4%
		Anzahl	266	145	411
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	64,7%	35,3%	100,0%
		% von F34 Bist du schon massiert worden?	100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 86: Zusammenhang Entspannungsunterricht - Erfahrung mit Massage (OPUS)

Besonders bei der Auswertung der OPUS-Daten lässt sich eine deutliche Korrelation feststellen. 70,8 % der geschulten Probanden haben bereits Massage-Erfahrung, bei den ungeschulten beläuft sich der Wert auf 60,4 %.

Es ist offensichtlich, dass in dem genannten Bereich eine Thematisierung im Unterricht stattfindet und sich auch positiv auswirkt. Sowohl für Schüler als auch für Lehrer scheint Massage ein Synonym für Entspannung und Wohlbefinden zu sein, so dass ein wirksamer Transfer stattfinden kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt soll betrachtet werden: Die Bedeutung ausreichenden und regelmäßigen Schlafs ist im Verlauf dieser Arbeit bereits mehrfach verdeutlicht worden. Ohne eine angemessene und rhythmisierte Ruhephase für den Körper ist jegliches Gesundheitshandeln zum Scheitern verurteilt, da ein übermüdet und unausgeruhter Körper nicht nur weniger leistungsfähig ist, sondern gleichfalls anfälliger für Krankheiten und Unfallsituationen.

So ist es unstrittig, dass schulische Gesundheits- und Wellnesserziehung die Bedeutung des Schlafes für die Schüler eindringlich und ausführlich thematisiert. Trotz der überwiegend positiven Rückmeldung von mehr als 83 % der Schüler, die bis 21 Uhr im Bett sind und damit eine ausreichende Stundenzahl an Schlaf zur Verfügung haben, bleiben 17 % der Probanden länger als 21 Uhr auf.

Betrachtet man nun die Daten unter Berücksichtigung des erteilten Gesundheitsunterrichts, so ist erneut kein signifikanter Unterschied zwischen geschulten und ungeschulten Kindern zu erkennen. Jeweils etwas mehr als 80 % der Befragten beider Lager geben an, bis 21 Uhr zu Bett zu gehen.

Bei der Auswertung der OPUS-Schulen sind gar Verschiebungen zugunsten der ungeschulten Probanden erkennbar. Während über 19 % der Kinder, die Entspannungsunterricht genossen haben, nach 21 Uhr schlafen gehen, tun dies von den ungeschulten Befragten nur 15,6 %. Einmal mehr belegt sich auf diese Weise die wenig durchschlagskräftige Wirksamkeit sowohl des Gesundheitsunterrichts als auch eines Gesundheitskonzepts.

			F40 Wann abends schlafen?			Gesamt
			< 20 Uhr	20 - 21 Uhr	> 21 Uhr	
F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	ja	Anzahl	49	91	33	173
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	28,3%	52,6%	19,1%	100,0%
	nein	% von F40 Wann abends schlafen?	40,8%	41,4%	47,1%	42,2%
		Anzahl	71	129	37	237
Gesamt		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	30,0%	54,4%	15,6%	100,0%
		% von F40 Wann abends schlafen?	59,2%	58,6%	52,9%	57,8%
Gesamt		Anzahl	120	220	70	410
		% von F9 Habt ihr in der Schule über Entspannung/Ausruhen gesprochen?	29,3%	53,7%	17,1%	100,0%
		% von F40 Wann abends schlafen?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 87: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Schlafenszeit (OPUS)

8.5 Sonstige Zusammenhänge

Aus der Vielzahl der erzielten Daten sollen nachfolgend einige interessante Zusammenhänge besonders herausgestellt werden. Durch die Menge der erhobenen Daten ist es nicht möglich, alle Zusammenhänge in diesem Rahmen zusammen zu fassen. Daher werden für jeden der vier Hauptbereiche ausgewählte und prägnante Werte dargestellt.

8.5.1 Bereich Bewegung

Im Rahmen der Erhebung wurde darauf verzichtet, die Schüler nach der Thematisierung von Bewegung im Unterricht zu befragen. Körperliche Ertüchtigung ist elementarer Gegenstand des Schulfaches Sport. Somit ist für diesen Bereich die gesonderte Frage nach der Behandlung des Themas Bewegung hinfällig.

Zweifelsohne kann guter Sportunterricht nachhaltig auf das lebenslange Sportteiben eines jungen Menschen in seiner Freizeit wirken. Dies ist im Lehrplan Sport des Landes NRW explizit vermerkt. Jedoch ist eine aussagekräftige Evaluation guten Sportunterrichts durch die Befragtengruppe aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht möglich.

Bemerkenswert ist allerdings, dass sich bei der Betrachtung der Fragestellungen nach dem Anstrengungsgrad im Sportunterricht und einer Sportvereinsmitgliedschaft ergibt, dass sowohl die Kinder, die im Verein Sport treiben als auch diejenigen, die unorganisierten oder gar keinen Bewegungsangeboten nachgehen, zu jeweils gut 12 % angeben, dass sie den Schulsport anstrengend finden. Im Umkehrschluss stellt für die deutliche Mehrheit der Kinder, egal ob Sportler oder nicht, die Sportstunde in der Schule keine körperliche Herausforderung dar. Hier gilt es, die Struktur und Effektivität des Primarstufenunterrichts im Fach Sport genauer zu hinterfragen und zu modifizieren.

8.5.2 Bereich Wellness und Körperpflege

Das besondere Verständnis von Wellness lässt sich am aussagekräftigsten durch die Zusammenhänge im Bereich der Körperpflege wiederfinden. Dort liefern beispielsweise Bezüge zwischen einem regelmäßigen Schwimmbadbesuch und den übrigen Fragen weiterführende Ergebnisse. Der Aufenthalt im Wasser gilt als eines der typischen Merkmale für Körperpflege und Wellness. So lassen sich auch bei der Betrachtung der erzielten Daten Hinweise dafür finden, dass Schwimmbadbesucher über ein positiveres Wellnessverhalten verfügen als Nichtbader. So geben beispielsweise rund 5 % mehr Badbesucher an, gern eine Kur machen zu wollen. Beim Wunsch nach einer Dusche nach dem Schulsport erzielen sie gar 8 % mehr Zustimmung und zeigen damit einen signifikanten Unterschied zu den Schülern, die nicht regelmäßig ins Schwimmbad gehen, auf. Die Selbstverständlichkeit der Körperreinigung scheint demnach für die Badbesucher wahrscheinlicher.

Diese Vermutung bestätigt sich auch bei der Untersuchung, wie häufig Badbesucher daheim regelmäßig duschen oder baden. Mit 87,3 % liegt dieser Wert mehr als 12 % höher als bei den Probanden, die nicht oder selten ins Schwimmbad gehen. Ähnliche Unterschiede ergeben sich auch bei der Befragung hinsichtlich der Saunabesuche. Über 10 % mehr Badbesucher (bei den OPUS-Schulen gar 12 %) haben Erfahrung mit dem Schwitzbad. Selbst die Zahnpflege (9 %) und der Wunsch nach Hausschuhen in der Klasse (4 %) ist bei den Schwimmern höher ausgeprägt als bei den Nichtschwimmern. So scheinen tatsächlich Kinder, die sich häufig in Bädern aufhalten, ein differenziertes und sorgsameres Verhältnis zu ihrem Körper zu gewinnen und die Vorteile von Körperpflege zu schätzen.

Diese Vermutung unterstützt auch die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen regelmäßigem Duschen oder Baden und dem Wunsch nach Körperreinigung nach dem Sportunterricht. 86,8 % der Befragten, die regelmäßig baden, sagen aus, dass sie sich auch eine Dusche nach dem Schulsport vorstellen können. 77,9 % der Kinder, die sich nicht in der Schule reinigen möchten, sind daheim regelmäßig in der Badewanne oder Dusche.

So ist es wahrscheinlich, dass die Kinder, für die regelmäßige Körperpflege eine Selbstverständlichkeit ist, diese auch gern während der Schulzeit eingebunden wissen möchten.

8.5.3 Bereich Ernährung

Die Frage, ob es den „gesunden“ oder „ungesunden“ Schüler hinsichtlich seiner Ernährung gibt, kann mit den ermittelten Daten nicht eindeutig festgelegt werden. So mischen sich Antworten von Schülern, die positives und negatives Ernährungsverhalten zeigen. Beispielsweise ergibt die Zusammenhangsbetrachtung, wie viele Schüler gesunde Kost zu sich nehmen und wie viele Süßigkeiten oder Chips konsumieren, ein diffuses Bild.

So sagen nur 40,7 % der Befragten, die regelmäßig frisches Gemüse verzehren, dass sie weniger als dreimal wöchentlich fetthaltige Genussmittel aufnehmen. Im Gegenzug geben 64,0 % der Probanden an, dass sie wenig Gemüse und gleichzeitig häufig ungesunde Nahrung essen. Zwar wird hier deutlich, dass gerade die Schüler, die sich bevorzugt ungesünder ernähren, auch eher auf Frischkost verzichten. Jedoch erklären die Werte keinen signifikanten Unterschied. Auch die gesund ernährten Kinder unterliegen in der Überzahl den Verlockungen von Chips und Schokolade.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich beim Zusammenhang zwischen ungesunder Kost und dem täglichen Verzehr von Obst. 42,9 % der regelmäßigen Obstesser verzichten auf übersteigerten Süßigkeitskonsum. Allerdings ist erwähnenswert, dass die Genussmittelliebhaber zu 70,5 % auf regelmäßiges Essen von Obst verzichten. Der Grund für den höheren Wert gegenüber dem Gemüse lässt sich durch die Darreichungsform erklären. Während Gemüse zumeist Bestandteil des täglichen Mittag- oder Abendessens ist, wird Obst häufig als Zwischenmahlzeit oder Dessert gereicht. Gerade hier ist

die Verlockung groß, auf die Früchte zu verzichten und stattdessen ein Stück Schokolade, eine Hand voll Gummibärchen oder Salzstangen zu wählen.

Gleichwohl zeigt sich erneut, dass auch die Obstesser den ungesunden Nahrungsmitteln gegenüber nicht abgeneigt sind.

8.5.4 Bereich Entspannung

Die Bedeutung regelmäßigen und ausreichenden Schlafes wurde bereits mehrfach betont. Ebenso wurde auf die Ungunsth Faktoren übermäßigen TV- und Computerkonsums hingewiesen. Der direkte Zusammenhang wird deutlich, wenn die Mediennutzungszeiten mit der Schlafdauer in Beziehung gesetzt werden.

So geben 87,4 % aller Kinder, die vor 20 Uhr ins Bett gehen an, weniger als eine Stunde täglich den Computer zu nutzen. Nur 3,3 % der Befragten dieser Kategorie verbringen mehr als drei Stunden vor dem Monitor. Im Gegenzug sagen 53 % der Probanden, die nach 21 Uhr zur Nachtruhe kommen, dass sie weniger als eine Stunde den Rechner benutzen. Bei den Schülern, die länger als drei Stunden täglich vor dem Computer sitzen, beläuft sich der Anteil auf 23,8 %. Der Wert von etwa einem Viertel der Befragten dieser Kategorie zeigt einen deutlichen Zusammenhang: Je mehr Stunden die Kinder mit dem PC verbringen, desto weniger Zeit bleibt ihnen für eine angemessene Nachtruhe.

Noch deutlicher zeigt sich dieses Verhältnis bei der Untersuchung der Fernsehzeiten. Zwar geben nur 72,7 % der Kinder, die vor 20 Uhr schlafen gehen, an, dass sie weniger als eine Stunde täglich fernsehen, jedoch liegt der Wert der Dauerfernseher (mehr als drei Stunden) mit 5,9 % relativ niedrig. Die höhere Verfügbarkeit eines TV-Geräts in den Haushalten und das gemeinsame abendliche Fernsehen im Familienkreis können als mögliche Erklärungsansätze für die Verschiebung zum zwei- bis dreistündigen TV-Konsum dienen.

Deutlich wird allerdings auch, dass es nur 38,8 % der Kinder schaffen, bei mehr als täglich dreistündigem Fernsehen vor 20 Uhr ins Bett zu kommen. Die Vermutung, dass sich der hohe TV-Konsum negativ auf die Schlafdauer auswirkt, belegen 27,6 % der Dauerfernseher, die zugeben, erst nach 21 Uhr zur Nachtruhe zu gehen.

Ausgehend von den Schlafenszeiten ist es nun interessant, auf die Nachmittagsgestaltung der Kinder zu schließen. Aus diesem Grunde soll betrachtet werden, in welchem Verhältnis die TV- und Computerzeiten mit einer Ruhepause vor den Hausaufgaben stehen.

So lässt sich bei den Computernutzungszeiten kein Unterschied ermitteln, ob die Probanden vor den Hausaufgaben eine Auszeit einlegen oder nicht. Selbst bei den Schülern, die mehr als drei Stunden

vor dem Rechner sitzen, zeigen sich dabei kaum Differenzen. Es ist sogar erkennbar, dass mit 8,8 % der Pausierer geringfügig mehr Kinder viel Medienzeit aufweisen als 7,6 % der Befragten, die nach dem Essen sofort durcharbeiten. Ähnliche Verhältnisse ergeben sich für die Fernsehzeiten.

So scheint der Tagesrhythmus bis nach den Hausaufgaben für die meisten Probanden unabhängig von ihren Freizeitgewohnheiten gleich zu sein: Nach der Schule wird je nach Verfügbarkeit eine Mahlzeit eingenommen, anschließend eine Ruhepause eingelegt, bevor die Arbeit mit den Hausaufgaben beginnt.

Für die Zeit nach den Aufgaben um etwa 15 Uhr bis zum Schlafengehen zwischen 20 und 21 Uhr ergeben sich fünf bis sechs Stunden Freizeit, die von einer nicht unerheblichen Zahl von befragten Kindern mit der Nutzung von Fernseher und Computer gefüllt wird. Die Konsequenzen hinsichtlich eines Entspannungs- und Kommunikationsdefizits mit seinen Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden lassen sich leicht ableiten.

9 Auswertung der Befragung der Schulleiter und Eltern

Die Interviews mit Schulleitern und Eltern der evaluierten Schulen wurden gemäß der Erläuterung der Fragestellungen (S. 116f.) mittels Leitfäden konzipiert. Nach Betrachtung der Befragungsergebnisse ist allerdings deutlich anzumerken, dass das freie Sprechen, also das selbstständige Weiterführen von Gedanken nach einer Eingangsfrage nur in wenigen Interviews vollständig gelungen ist. Bei den zwölf Schulleiter-Gesprächen zeigt sich, dass in allen Fällen ein Abfragen der Leitfragen erfolgt ist. Möglicherweise ist die geringe Bereitschaft zum freien Sprechen und das Ausbreiten des schulischen Gesundheitskonzeptes dem engen zeitlichen Raster der Befragung geschuldet. Obwohl mindestens eine Schulstunde zur Befragung zur Verfügung stand, wurden Drucksituationen durch parallele Telefonate, Anfragen oder andere Störungen erzeugt.

Die Interviews mit den Eltern wurden, obgleich sie zeitlich zum Teil sogar kürzer waren als bei den Schulleitern, in einem deutlich entspannterem Umfeld durchgeführt. So gelang es allen Eltern mehr oder weniger, ihren Gedanken freien Lauf zu lassen. Trotzdem war es notwendig, mit den Leitfragen unterstützend einzuwirken, da der überwiegende Teil der Eltern das Feld der schulischen Gesundheits- und Wellnesserziehung nicht selbstständig in einem angemessenen Rahmen im Interview erschließen konnte.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Interviews mit den Schulleitern und den Eltern dargestellt und bewertet werden.

9.1 Ergebnisse der Schulleiter-Befragung

Die Basis für eine fundierte und kompetente Gesundheits- und Wellnesserziehung erfordert in den Schulen die Präsenz angemessen ausgebildeter Fachkräfte. Neben den Sportlehrern, die entsprechende Inhalte im Bereich der Bewegung und Entspannung vermitteln, kommt in der Primarstufe den Sachunterrichtslehrern eine bedeutende Rolle zu. Die Grundlagen der gesunden Ernährung, das Verständnis für Hygiene und Körperpflege, die Ausbildung eines sinngerichteten Umweltbewusstseins sowie der präventive Umgang mit Gefahren des Drogen- und Genussmittelkonsums werden ursprünglich in dem aus natur- und gesellschaftswissenschaftlichen Bereichen kombinierten Fachs Sachunterricht behandelt.

In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, wie viele ausgebildete Sachkundelehrer an den evaluierten Schulen tätig sind, um diese wichtigen Kompetenzen zu vermitteln. Zehn Schulleiter können hierzu genaue Angaben machen, in zwei Fällen ist die Zahl der Sachkundefachkräfte unbekannt bzw. wird dieser Unterricht nach Neigung vergeben.

Das Spektrum der Fachkräfteversorgung variiert sehr stark. Eine Schule muss vollkommen ohne ausgebildete Sachunterrichtslehrer auskommen. Zwei Schulleiter können eine 50 %-ige Versorgung angeben, eine Schule ist sogar mit 63 % Fachkräften ausgestattet.

Der Durchschnitt der ausgebildeten Sachkundelehrer an den evaluierten Schulen beläuft sich nach arithmetischem Mittel auf 32,4 %. Bezüglich der in Kap. 1.6 (S. 25) erwähnten Evaluation, dass an 25 % befragter Schulen mehr als 50 % des Sachunterrichts fachfremd erteilt wird, können in der vorliegenden Untersuchung noch bedenklichere Daten ermittelt werden: So wird an 70 % der befragten Schulen Sachkunde fachfremd erteilt. An 40 % der Einrichtungen sind sogar 75 % und mehr Lehrer ohne entsprechende Sachunterrichtsausbildung im Fach tätig.

Die ermittelten Resultate werfen in vielerlei Hinsicht Bedenken auf. Der Höchstwert von 63 % Fachlehrer an einer Schule verrät im Umkehrschluss, dass an der betreffenden Schule immer noch ein Drittel der Klassen von Lehrkräften ohne angemessene Sachkundeausbildung unterrichtet wird. In diesem Zusammenhang von einem Spitzenwert zu sprechen, verbietet sich.

Das Dilemma ist jedoch noch weitreichender. Wie in keinem anderen Fach in der Primarstufe wird der Sachunterricht durch unausgebildete Lehrkräfte erteilt (vgl. Kap. 1.6.1, S. 28). Durch strukturelle Gründe bedingt, besteht an den Grundschulen eine chronische Unterversorgung mit Sachkundelehrern. Die Lehramtstudiengänge schreiben für die Primarstufe zwingend das Studium der Fächer Deutsch und Mathematik vor, ein drittes Fach wird nach eigener Wahl hinzugefügt und verteilt sich auf die Fächer Sachunterricht, Sport, Musik, Kunst, Religion und Englisch. Der Bedarf von durchschnittlich drei Stunden Sachunterricht pro Woche kann so nicht mehr angemessen gedeckt werden. Hinzu gesellt sich an vielen Schulen der Umstand, dass nach dem Klassenlehrerprinzip unterrichtet wird, ein Lehrer somit den Großteil des Wochenunterrichts seiner Klasse übernimmt.

Da der Sachunterricht demnach in vielen Klassen nach dem eigenen Gesundheitsverständnis und den Erfahrungswerten der Klassenlehrer erteilt wird, kommt dem Bereich der Lehrerfortbildung eine eminent wichtige Rolle zu. Hierdurch können die Defizite, die aus der fehlenden Fachausbildung herrühren, teilweise kompensiert werden.

Ähnlich wie die deutlichen Unterschiede bei der Fachkräfteversorgung zeigen sich bei den Inhalten der Gesundheitsfortbildung für Lehrkräfte erhebliche Differenzen. Drei der zwölf befragten Schulleiter erklären, dass ihr Kollegium an keinerlei Fortbildungen im Bereich der Gesundheits- und Wellness-Erziehung teilnimmt. Besonders bedenklich ist in diesem Zuge die Tatsache, dass es sich bei den betreffenden Schulen um jeweils eine handelt, die zu 75 % Sachunterricht fachfremd unterrichtet, eine weitere, die zu 100 % mit nicht ausgebildeten Kräften arbeitet und eine, die den Sachunterricht nicht nach Ausbildung, sondern nach Neigung an die Lehrer vergibt.

Besonders für diese drei betroffenen Schulen ist die Qualität des Gesundheitsunterrichts in höchstem Maße anzuzweifeln, basiert sie nahezu vollständig auf Laienwissen. Für eine elementare Kulturtechnik, wie sie die Gesundheitsbildung verkörpert, ist dies sicherlich ein inakzeptabler Zustand.

Fortbildungen, die von den Schulleitern mehrfach genannt werden, beziehen sich zum einen auf die Sportlehrkräfte, die beispielsweise durch die Aktion *Fit am Ball*⁹⁸ oder durch Aktivitäten anderer Anbieter weiter entwickelt werden. Das Fortbildungsprogramm im Bereich Sport zeigt eine bedeutende Variationsbreite. Anbieter von Kreissportbünden bis Krankenkassen, Gesundheitsträgern oder Vereinen offerieren den Schulen ein fast unüberschaubares Kurs- und Bildungsprogramm. Zum anderen beziehen sich zahlreiche Fortbildungsaktivitäten auf präventive Maßnahmen zur Zahngesundheit. Gleiches gilt für Projekte gegen Drogenmissbrauch und Sucht.

Allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei den zuvor genannten Aspekten jeweils um Nennungen von etwa 15 bis 25 % der befragten Schulen handelt. Eine breite Fortbildungsbereitschaft ist somit nicht erkennbar, gleichsam sind Kernkompetenzbereiche nicht erkennbar.

Während Bewegung und Hygiene noch Niederschlag im gesundheitspädagogischen Fortbildungsprogramm der Schulen findet, sind Programme zur Ernährung (eine Nennung) oder zur Entspannung (eine Nennung) eindeutig Mangelware. Auf die Wichtigkeit der Vermittlung von Wissen in diesen Bereichen wurde zuvor bereits mehrfach eingegangen. Gerade Entspannung, Ruheverhalten und Rhythmisierung stellen eine außerordentlich wichtige Säule für physisches und mentales Wohlbefinden dar. Die nicht eindeutige Zuordnung dieses Inhaltsbereichs - möglicherweise zur Sportwissenschaft oder zur Erziehungswissenschaft - führt dazu, dass sich im Grunde keine Fakultät vorrangig zuständig fühlt. Fortbildungsangebote können die so entstandenen Defizite auffangen. Diese Angebote stehen durchaus zur Verfügung, die Evaluation ergibt jedoch, dass die Programme nicht angenommen werden.

Speziell die OPUS-Schulen können in den Genuss fundierter und breit gefächerter Weiterbildungsmaßnahmen kommen, die entweder zentral durch OPUS oder durch die regionalen Beauftragten koordiniert werden. Drei der sechs befragten OPUS-Schulleiter geben an, die Fortbildungen des OPUS-Netzwerkes für ihr Kollegium zu nutzen. Dieser erfreuliche Beleg für das Funktionieren des Netzwerkes wirft aber im Gegenzug die Frage auf, warum die übrigen drei OPUS-Schulen nicht am Weiterbildungsprogramm von OPUS teilnehmen. Eine aussagekräftige Antwort kann zu diesem Aspekt aus der Analyse der Schulleiterbefragungen nicht ermittelt werden. So kann hier nur spekuliert werden. Möglich sind fehlende Informationen über die Angebote, mangelnde Fortbildungsmotivation des Kollegiums oder Terminprobleme. Deutlich wird zumindest, dass OPUS über die regionalen Beauftragten intensiveren Kontakt mit den Netzwerkschulen pflegen sollte, um die vielfältigen Angebote passgenau vermitteln zu können.

⁹⁸ <http://www.fitamball.de/> (Zugriff vom 13.03.2008)

Die zuvor geschilderten Ausgangsbedingungen zeigen, dass an den Schulen bei weitem keine idealen Lehrbedingungen für eine erfolgreiche und ganzheitliche Gesundheits- und Wellnessbildung gegeben sind. Umso mehr Bedeutung kommt der Kooperation mit externen Fach- und Hilfskräften zu (vgl. auch Kap. 1.5.2, S. 16). Die Frage nach der Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern eröffnet nach den Angaben der Schulleiter ein breit gefächertes Spektrum gemeinsamen Handelns.

Sieben Schulleiter nennen als wesentliche Kooperationspartner die Eltern ihrer Schüler. Die Bedeutung des Elternhauses für das Gelingen von Gesundheitserziehung wurde bereits mehrfach ausführlich herausgestellt. Dies erfordert eine enge Kommunikation zwischen Schule und Eltern. Es ist notwendig, die Unterrichtsinhalte transparent darzustellen, die Gesundheitsgewohnheiten der Kinder im Alltag zu hinterfragen und gemeinsame Aktivitäten zu initiieren. Besonders die evaluierten OPUS-Schulen legen einen hohen Wert auf die Zusammenarbeit mit den Elternhäusern. Bezüglich der Effektivität dieser Kooperation dürfen sicher Fragen gestellt werden, betrachtet man die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung im Kapitel 8. Diese zeigen in teils deutlicher Weise das Gelingen oder Scheitern des Transfers von Gesundheitserziehung aus dem Unterricht in das Alltagsleben der Kinder. Weitere Sichtweisen der Kooperation zwischen Schule und Elternhaus ergeben sich noch im Kapitel 4.2, das die qualitative Befragung der Eltern behandelt.

Ähnlich häufig wie die Zusammenarbeit mit den Eltern nennen die befragten Schulleiter den Kontakt mit medizinischen Diensten. Insbesondere Zahngesundheit wird häufig in gemeinsamen Aktivitäten mit Zahnärzten organisiert. Aber auch Allgemeinmediziner, Physiotherapeuten, Psychologen und Diätassistenten partizipieren an der Gesundheitserziehung in den Grundschulen. Die gemeinsame Unterrichtsgestaltung im Rahmen des Medi-Päds-Konzeptes (vgl. Kap. 5.3, S. 82) wird nur von einem OPUS-Schulleiter genannt, obwohl die Kooperation grundsätzlich allen Schulen des OPUS-Netzwerkes offensteht.

Zwei Schulen verfügen über Kontakte mit den örtlichen Krankenkassen, die in verschiedenen Formen durch Informationsmaterial und gemeinsame Praxis-Projekte besonders die Bereiche Ernährung und Bewegung unterstützen. Auch hier stellt sich die Frage, weshalb nicht mehr Schulen auf die vielseitigen Angebote der Kassen zurückgreifen. Anfragen bei verschiedenen Krankenkassen ergeben, dass ausnahmslos alle angesprochenen Krankenversicherungsträger regelmäßig Informationsmaterial an Grundschulen weiterleiten. Gründe dafür, dass die zum Teil kostenlosen Angebote nicht von den Schulen angenommen werden, sind nicht plausibel. Möglicherweise sind sie, wie zuvor bei den Weiterbildungsangeboten, Motivations- oder Terminproblemen zuzuordnen. Ebenso finden die in Kapitel 2.4.2.1 erläuterten gemeindeorientierten Ansätze (S. 44) in den untersuchten Schule keinen Ansatz.

Die Vielfalt der Kooperationsmöglichkeiten zeigen die unterschiedlichen Arbeitsgemeinschaften, die von einzelnen Schulleitern erläutert werden. So engagieren sich Sportvereine mit verschiedenen Bewegungsangeboten, beraten kommunale Behörden Schüler und Lehrer zu gesundheitlichen Fragen, bieten Volkshochschulen Kurse zur Entspannung oder zum Stressmanagement an. Universitä-

ten in Bielefeld, Paderborn und Osnabrück bringen sich im Bereich gesundheitspädagogischer Arbeit ein und unterstützen bei der Umsetzung neuer Konzepte der Gesundheits- und Wellnessbildung. Neben OPUS wird hierbei *Klasse 2000*⁹⁹ genannt, das unter einer breit gestaffelten Trägerschaft von Eltern, Mediziniern und Wirtschaft ein ganzheitliches Gesundheitskonzept anbietet.

Die Darstellung der möglichen Kooperationen lässt nur die breite Palette an Gesundheits- und Wellnessförderung in der Schule erahnen. Der Verzicht auf deren Nutzung allerdings nur an Motivationsmangel und fehlenden Zeitkontingenten oder Geldern festzumachen, greift allerdings zu kurz. Vielmehr scheint es an einer angemessenen Dokumentation und Kommunikation zu fehlen. Auf die Schulleiter strömen unzählige Informationen ein, das Herausfiltern seriöser und passgenauer Angebote gerät zu einer scheinbar unlösbaren Aufgabe. Daher tut ein gut funktionierendes Netzwerk not, das alle Schulen strukturiert über die Offerten externer Anbieter unterrichtet. OPUS bietet über sein Netzwerk samt Internetplattform und regionaler Kontaktperson diese Möglichkeit. Diese Voraussetzungen sind jedoch für alle Schulen zu schaffen, damit Schulleiter und Kollegen ob des Angebotsdschungels nicht den Überblick und die Motivation verlieren. Ansonsten kann es, wie in zwei Fällen der Rektorenbefragung erfolgt, dazu führen, dass Grundschulen keinerlei Kooperationen mit außerschulischen Experten oder mit Elternhäusern pflegen.

Eine weitere wichtige Größe stellt im Rahmen der Netzwerkarbeit die Kooperationen mit Kindergärten, Kindertagesstätten und den Schulen der Sekundarstufe I (Sek I) dar. So wird deutlich, dass die Primarstufe keine isolierte Institution in der Bildungslandschaft verkörpert, sondern sowohl die Inhalte der Elementarpädagogik weiter entwickelt als auch die Vorbereitung auf die weiterführenden Schulen leistet. Dies gilt in konkreter Form auch für die Gesundheits- und Wellnesserziehung.

Das Resultat der Schulleiterbefragung ist in dieser Hinsicht allerdings ernüchternd: von zwölf befragten Rektoren geben acht an, dass ihre Schule weder mit den Kindertageseinrichtungen noch mit den Schulen der Sek I Netzwerkarbeit betreiben. Immerhin vier Schulen pflegen Kontakte mit Kindergärten und Kitas. Zwei Schulleiter berichten von intensiven Kontakten mit den teilweise direkt an die Schule angrenzenden Einrichtungen. Zwei weitere Rektoren pflegen einmal jährlich im Rahmen der Gesundheitsbildung Kontakte mit der Elementarpädagogik, teils in Form von Sporttagen, teils in Einbindung mit der Schuleingangsuntersuchung.

Sehr bedenklich ist die Tatsache, dass nicht bei einer einzigen der untersuchten Schulen eine Kooperation mit einer weiterführenden Schule besteht. Die Gründe dafür sind nicht exakt ermittelbar. Die befragten Rektoren lassen keine tiefer greifenden Informationen verlauten, weshalb keine Zusammenarbeit mit Gymnasien, Realschulen, Hauptschulen oder Gesamtschulen existiert. Möglich ist, dass das Thema Gesundheit in den Schulen der Sekundarstufe I keine elementare Rolle spielt. Für die Schulen, die beispielsweise Hauswirtschaftsunterricht anbieten, lässt sich dieses Argument je-

⁹⁹ <http://www.klasse2000.de> (Zugriff vom 13.03.2008)

doch abschwächen. Die mangelnde Kommunikation zwischen Primarstufe und weiterführender Schule ist ebenso denkbar wie eine grundsätzliche Unterbewertung der Wichtigkeit des Themas.

So zeigt sich, dass die Grundschulen mit der Bewältigung der Gesundheits- und Wellnesserziehung in vielen Fällen selbst zurecht kommen müssen, da Kooperationen nicht in der notwendigen und gewünschten Weise bestehen. Die mangelnde Ausstattung mit Fachkräften gesellt sich hinzu. So gilt es, weitere logistische Faktoren zu prüfen. Erfreulicherweise zeigt sich dabei beispielsweise, dass elf von zwölf untersuchten Schulen laut Aussage der Rektoren über Schulküchen verfügen, die in vielschichtiger Form genutzt werden. Es wird gemeinsam gebacken und gekocht, Frischkost aus Obst und Gemüse zubereitet oder Frühstück zusammengestellt. Auch die Ganztagschulen nutzen die Vorzüge einer eigenen Küche. Zum Teil sind sogar Projekte zu bestimmten Lebensmitteln oder Anlässen möglich.

Es ist somit erkennbar, dass die Voraussetzungen nicht durchgehend als nachteilig bezeichnet werden dürfen. Es besteht daher Klärungsbedarf, wie die vorhandenen logistischen Bedingungen genutzt werden. Die Schulleiter wurden dazu bezüglich der praktischen Angebote in Sachen Ernährung, Entspannung und Körperpflege befragt.¹⁰⁰ Die offene Fragestellung liefert verständlicherweise ein breites Antwortspektrum.

Besonders der Bereich Entspannung liefert diverse Aktivitäten an den Grundschulen, von denen ein Teil im Sportunterricht und der andere auf den übrigen Schultag verteilt verortet werden.

Viele Sportlehrer verfügen über eine angemessene Ausbildung in Entspannungstechniken, die sie auch in den Unterricht einfließen lassen können. Gemäß Aussagen der befragten Rektoren findet dies auch in den meisten Schulen statt: dort gibt es Wahrnehmungstraining, Entspannungsreisen, Sportförderangebote, Zeiten der Stille, Massagen oder Projekt-Angebote wie zum Beispiel *Fit am Ball* oder die Move-it-Boxen¹⁰¹, die ein besseres Körperverständnis begünstigen sollen.

Auch in und zwischen den übrigen Unterrichtsstunden sind laut den Rektoren Entspannungs- und Ruhesequenzen eingebettet. Progressive Muskelentspannung, Konzentrationsübungen, Übungen zur Gewalt- und Lärmprävention (Lärmampel) sind mögliche Ansätze. Die Schaffung eines angenehmen Umfeldes mit Sitzbällen, Musik, Spielen oder Mandala-Zeichnen tragen ihren Teil zu einer ganzheitlichen Entspannung bei. Allerdings sind viele der Ruhepraktiken nicht für alle Grundschüler greifbar. Besonders in Familien mit Migrationshintergrund, speziell bei den Aussiedlern, ergeben sich Probleme. Die in der Schule erworbenen Entspannungstechniken werden als okult bezeichnet und dürfen von den Kindern nicht angewendet werden.

¹⁰⁰ Auf eine Befragung zu den Bewegungsangeboten wurde verzichtet. Aufgrund des lehrplanmäßig erteilten zwei- bis vierstündigen Sportunterrichts darf von einer angemessenen Grundversorgung hinsichtlich der Bewegung ausgegangen werden. Die übrigen evaluierten Bereiche verfügen nicht über eine derart starke Präsenz im Stundenplan.

¹⁰¹ <http://www.landesverkehrswacht.de/fileadmin/downloads/Wissensblaetter/Wissensblatt10moveit.pdf> (Zugriff vom 13.03.2008)

Praktische Aktivitäten im Bereich der Ernährung sind in allen befragten Schulen vorhanden und zeigen dabei eine ähnliche Vielfalt wie in der Sparte Entspannung. Die meisten Schulen nutzen die vorhandene Schulküche, um gemeinsam Speisen zuzubereiten. Dies geschieht in Form von Frühstücksangeboten, Koch-Arbeitsgemeinschaften oder Getreideverarbeitung. Jedoch auch im Sachunterricht werden ernährungswissenschaftliche Inhalte aufgenommen. So wird präventive Arbeit geleistet, im Schulalltag auf Süßigkeiten und Salzgebäck verzichtet, Informationsarbeit durch eine Oecotrophologin geleistet oder die Wirkung von Nahrung im Körper thematisiert. Abgerundet wird die Ernährungserziehung mit verbesserten Rahmenbedingungen, wie beispielsweise dem kostenlosen Angebot von Mineralwasser in der Klasse oder der Einrichtung eines gesunden Kiosks im Schulgebäude.

Es zeigen sich phantasievolle und engagierte Projekte, die in den einzelnen Schulen stattfinden. Leider stellen sie immer nur Einzelfälle dar, keine der oben genannten Aktivitäten werden in mehr als einer Schule durchgeführt. Es offenbart sich abermals, dass ein funktionierendes Netzwerk vonnöten ist. Selbst das bestehende OPUS-Netzwerk leistet bei der wirksamen Verbreitung guter Praxisideen nicht die notwendige Effektivität.

Große Vorbehalte bestehen nach Einschätzung der Rektoren bei der Umsetzung von Aktivitäten zur Körperpflege und Hygiene. Die Zahnpflege nimmt dabei eine Ausnahmestellung ein. Für die meisten Schulleiter steht es außer Frage, die regelmäßige und ordnungsgemäße Reinigung der Zähne im Unterricht zu thematisieren und auch praktisch umzusetzen.

Nicht nachvollziehbar ist es, dass diese Selbstverständlichkeit nicht für andere Felder der Hygiene besteht. Die Antworten zur Frage nach praktischer Umsetzung von Körperpflege reichen von „wird nachrangig behandelt“ über „geschieht in Eigenverantwortung“ bis „wird gegebenenfalls im Vier-Augen-Gespräch behandelt“. Die Scheu der erwachsenen Lehrkräfte, über Sauberkeit zu sprechen, birgt die Gefahr, von den Kindern übernommen zu werden. Die innere und äußere Reinheit des eigenen Körpers stellt dabei überhaupt kein Tabu-Thema dar, sondern ist ein wichtiger Baustein eines ganzheitlichen Wohlbefindens.

Einzelne Ansätze in den Schulleiter-Gesprächen verraten, dass Körperpflege dennoch einfach und ohne Scham umzusetzen ist. Ein Rektor gibt beispielsweise an, dass auf Klassenfahrten die Körperreinigung zuvor besprochen und auch gemeinsam umgesetzt wird. Zwei Rektoren sagen aus, dass nach dem Schwimmunterricht das Duschen für alle Schüler verbindlich ist. In einer Schule ist es obligatorisch, dass die Kinder neben dem Turnzeug ein Handtuch und Seife mit zum Sportunterricht bringen.

Die beiden letztgenannten Aspekte sind bereits gute Ansätze. Das Duschen nach dem Schwimmunterricht ist nach nur kurzer Zeit eine Selbstverständlichkeit für die Kinder. Gleiches ist im Grunde auch für den Sportunterricht anstrebbbar, setzt man Doppelschulstunden voraus.

Die praktischen Offerten werden ergänzt durch Rahmenbedingungen, wie beispielsweise das Nahrungsmittelangebot in der Schule. Hier zeigt sich eine angemessene Versorgung. Die Hälfte der Schulleiter gibt an, dass Schulmilch und / oder Wasser in den Klassen bezogen werden kann. Die Kinder in den offenen Ganztagsgrundschulen werden mittags mit warmen Mahlzeiten versorgt, die bei den evaluierten Schulen ausnahmslos über externe Caterer abgewickelt werden.¹⁰² Hinzu gesellen sich einzelne gute Projektansätze. Beispiele hierfür sind Frischkost-Snacks und Obst in der Randstundenbetreuung, Kooperationen mit Landfrauen oder regelmäßige Frühstücksangebote.

Aus dem in diesem Kapitel bisher dargelegten logistischen Rahmen stellt sich nunmehr die Frage, welche Inhalte der Gesundheits- und Wellnesserziehung die Schüler aus Sicht der Schulleiter mit nach Hause nehmen. Das Ergebnis ist trotz der zuvor ausführlich erläuterten schulischen Aktivitäten, die zwar in manchen Bereichen Mängel aufzeigen, aber in vielerlei Hinsicht wichtige Anstöße für eine gesunde Lebensführung geben, als absolut enttäuschend zu bewerten.

So geben die meisten befragten Schulleiter an, dass sie den Transfer des schulischen Gesundheitsunterrichts als wenig wirksam einschätzen. Dies ist angesichts der Tatsache, dass die Rektoren selbst maßgeblich für die Inhalte und die Qualität der schulischen Gesundheitslehre verantwortlich sind, sowohl bedenklich als auch überraschend. Gleichwohl verrät die ehrliche Bewertung der Schulleiter, dass die erfolgreiche Übertragung von Gesundheitswissen in das Alltagsleben der Kinder eine ungemein schwere Aufgabe darstellt, die nicht nur von schulischen Faktoren abhängt. Daher verweisen mehrere Rektoren darauf, dass der Transfer besonders von der Mitwirkung der Eltern abhängig ist und die Schule nur verstärkend wirken kann.

Möglicherweise trifft diese Einschätzung zu. Denkbar ist aber auch, dass in diesem Fall Verantwortung verschoben werden soll. Diesen Gedanken stützt die Tatsache, dass auf die Frage, was in Bezug auf Wellnesserziehung für die Schulleiter wünschenswert wäre, kein einziger Rektor angibt, eine intensivere Kommunikation und Kooperation mit den Eltern anzustreben. Die Wünsche betreffen vielmehr die Ergänzung der schulischen Rahmenbedingungen und praktischen Aktivitäten. Dies bezieht sich beispielsweise auf die Möglichkeit, dass regelmäßig alle Schüler die Zähne in der Schule putzen können, mehr Material für Entspannung oder Ernährungsbildung zur Verfügung steht, mehr Raum für Rückzugsmöglichkeiten, Maßnahmen für den Lärmschutz oder gar ein veränderter Stundenrhythmus ermöglicht werden.

Drei Schulleiter geben an, keine Wünsche hinsichtlich Wellnesserziehung zu hegen. Zum Teil sind ihrer Ansicht nach andere Unterrichtsinhalte wichtiger. Sicherlich ist es nicht verwunderlich, dass in diesen Fällen der Transfer des Gesundheits- und Wellnessunterrichts nicht als sonderlich wirksam eingeschätzt werden kann.

¹⁰² Die Versorgung über Caterer bestätigt die Aussagen Hesekers zur Frischkostversorgung (vgl. Kap. 1.6.1, S. 28).

Um den nicht immer optimalen Bedingungen neue Perspektiven aufzuzeigen, wurden die Schulleiter hinsichtlich Ihrer Kenntnis weiterer Gesundheitskonzepte befragt. Keiner der zwölf Rektoren konnte hierzu Angaben machen. So kommt abschließend einem zentralen Gedanken besondere Bedeutung zu: kann die schulische Gesundheits- und Wellnesserziehung durch die bestehenden Rahmenbedingungen mit Sport- und Sachunterricht sowie ein ganzheitliches Konzept wirksam vermittelt werden? Oder ist der Aufgabe mit einem gesonderten Unterrichtsfach Gesundheitserziehung (Kap. 1.7, S. 33f.) zu begegnen? Die Schulleiter wurden mit dieser Auswahl konfrontiert. Das Ergebnis zeigt die große Unsicherheit, die mit der Vermittlung von Gesundheitsbildung verbunden ist. Exakt die Hälfte der Schulleiter bevorzugt die traditionelle Regelung. Sie meinen, dass Gesundheitsinhalte nicht isoliert in einem einzelnen Fach vorkommen, sondern im Verlaufe des Stundenplans wiederholt thematisiert werden sollen (vgl. Kap. 3.5, S. 63).

Die andere Hälfte der Rektoren sieht die Dringlichkeit, Gesundheits- und Wellnesserziehung in einem Unterrichtsfach zu zentralisieren. Sie geben an, dass das grundlegende Gesundheitswissen der Kinder heute zu lückenhaft ist, um es mit den aktuellen schulischen Voraussetzungen in einen angemessenen Zustand bringen zu können. Die Zusammenfassung der verschiedenen Inhalte ist vielen Problemfeldern geschuldet: der mangelnden Fachausbildung im Sachunterricht, der fehlenden Anerkennung von Gesundheitsbildung in Öffentlichkeit, Elternhaus und auch in der Schule. Ein Unterrichtsfach Gesundheitserziehung könnte diesem Dilemma entgegenwirken und Gesundheitsbildung eine angemessene Bedeutung zuweisen.

Die Idealform dürfte eine Kombination eines Unterrichtsfaches mit dem Unterrichtsprinzip sein. So könnten fachlich fundierte Grundlagen in dauerhafter praktischer Umsetzung geübt werden (siehe auch Kap. 1.6, S. 23). Dieses Modell wird jedoch von keinem der befragten Schulleiter favorisiert.

9.2 Ergebnisse der Eltern-Interviews

Zur Ergänzung der Schülerbefragung und den Schulleiter-Interviews wurden acht Eltern-Interviews an einer OPUS-Schule durchgeführt. Diese sollen nicht nur die bisher erzielten Daten bestätigen, sondern auch gegebenenfalls widerlegen und neue Perspektiven aufzeigen. Die Bedeutung des Elternhauses ist zuvor mehrfach herausgestellt worden (vgl. Kap. B.4, S. 5 und Kap. 4.1. S. 66). Ihr soll im Folgenden Rechnung getragen werden.

Um eine möglichst unbefangene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, wurden die Interviews in den Elternhäusern durchgeführt. Je nach Antwortkompetenz sollten die Befragten möglichst lange Passagen frei sprechen und wenig durch Fragen aufgefordert oder unterstützt werden.

Insgesamt erklärten sich neun Gesprächspartner zu einem Interview bereit, davon sieben Frauen und zwei Männer. Ein Elternpaar wurde gemeinsam befragt. Die Gesprächspartner sind zwischen 36 und

43 Jahre alt. Alle verfügen über eigene Wohnhäuser oder Wohnungen, in denen die Familien mit zwischen vier und zehn Personen leben. Die berufliche Struktur der Befragten zeigt, dass bis auf eine Ausnahme alle Familien über mindestens einen Verdiener verfügen. Die Berufsbilder variieren von Handwerkern bis zu Akademikern.

Mit einer Eingangsfrage zum eigenen Verständnis von Gesundheits- und Wellnesserziehung sollen die Befragten zum Berichten aufgefordert werden. Die sehr offene Fragestellung ermöglicht dabei den freien Einstieg in verschiedene Gesundheitsfelder, die von den Eltern auch angesprochen werden.

Im Zentrum der Gedanken stehen besonders - aber nicht ausschließlich - die Bereiche Ernährung und Bewegung.

„Gesundheitserziehung? Dass die Kinder auch Gemüse essen, Salate. Und nicht nur Pommes und Pizza. Und auch mal nen Eintopf essen“ (E7).

„Sport. Viel Fahrrad fahren, Sport. Schwimmen gehen. Und Ausgleich, ne? So nach dem Fernsehen, dass man mit Sport gleich was zum Ergänzen hat. Viel draußen sein, Spaziergänge machen“ (E3).

„Einmal geht's um gesunde Ernährung. Da geht's um Bewegung. Um Bewusstsein für den Körper und die Seele, zur Natur“ (E4).

„Ja, einmal gesunde Ernährung, Bewegung, Wohlfühl, Familienleben eben an erster Stelle. Wenn's da nicht funktioniert, funktioniert es außen auch nicht. Ja, soziales Verhalten ist bei uns sehr wichtig“ (E6).

Ernährung und Bewegung stellen, auch aus der Sicht der Eltern, die Kernpunkte des Begriffs Gesundheitserziehung dar. Neben der guten Umsetzbarkeit in der Schule sind gesundes Essen und Trinken sowie Sport und Fitness Bereiche, die für gesundheitsbewusste Menschen auch im Alltagsleben eine fast selbstverständliche Umsetzung finden. Dabei können viele Eltern auf eigenes Gesundheitswissen, das sie in Kindheit und Erwachsenenalter erworben haben, zurückgreifen und es kompetent und selbstbewusst anwenden.

Über diese Bereiche hinaus verbinden die befragten Eltern in den Interviews Gesundheitserziehung mit dem Wohlbefinden von Geist und Seele. Der bewusste Umgang mit der Natur und das Herstellen von mentaler und sozialer Wellness betrifft Faktoren, die nach den bisher erzielten Erkenntnissen nicht in direktem Zusammenhang mit der schulischen Gesundheitserziehung stehen, sondern in der Privatsphäre der Familie liegen. Somit bringen die Elternhäuser zumindest ein zusätzliches theoretisches Gesundheitswissen mit, um die schulischen Inhalte zu ergänzen.

Interessanterweise nennen die Befragten bereits im Rahmen der Gesundheitserziehung Wellness-Inhalte. Auf den Aspekt Wellness nachgefragt, liefern sie ein breites Spektrum von Kenntnissen und Vorstellungen. Allen Interviewpartnern ist der Begriff bekannt. Viele von ihnen füllen ihn besonders mit den Merkmalen Ruhe und Entspannung:

„Entspannen. Relaxen, ja das ist das Gleiche. Sauna. Ja, massieren“ (E1).

„Eigentlich jetzt nur persönlich durch Ayurveda, Yoga, Entspannungsübungen, Sauna“ (E8).

„Stressabbau, bewusster. Dass ich weiß, damit umzugehen, das gehört für mich bei Wellness auch dazu. Einfach mal mit der Zeit zu erkennen, was mit ich meinem Körper eigentlich zu. Im Wellnessbereich, ist es dann so, dass ich mir darüber auch bewusst werde“ (E2).

„Also für uns in der Familie ist es zum Beispiel Wellness, also Wellness sehe ich als Entspannung und Ausgeglichenheit, würd ich mal sagen, indem man, ja mit der Familie was zusammen macht, zum Beispiel Spiele spielt. Da merkt man auch so, dass der Pegel bei uns so in der Familie auch runterfährt (...) da liegen wir dann mal alle vier zusammen in einem Bett, und einer fährt dann mit so nem Massagegerät über einen drüber und dann geht das auch so im Wechsel dann auch. Und das seh ich dann auch schon als Entspannung und Wellness in der Familie. Dass man zusammen runterfährt und merkt, dass man in seiner Familie was zusammen macht. Das ist jetzt aber so für uns, ja doch, würd ich so sagen“ (E3).

Bermerkenswert ist zudem, dass es nicht einfach nur um Entspannungstechniken oder stille Ruhephasen geht, sondern dass zum einen ein aktives Auseinandersetzen mit dem eigenen Körper und dem eigenen Geist stattfindet und zum anderen auch eine Verantwortung für den Mitmenschen als wichtiger Inhalt von Wellness erkannt wird (vgl. Kap. 1.5.2, S. 17 und Kap. 1.6, S. 22).

Hier lassen sich bedeutende Wellness-Elemente erkennen, die in der schulischen Gesundheitsbildung weder nach Auswertung der Schülerdaten noch nach Analyse der Schulleiter-Interviews eine Rolle spielen. Es zeigt sich deutlich eine Lücke in der Gesundheitsbildung in der Schule, die im Rahmen einer Kooperation zwischen Eltern, Schülern und Lehrern die Chance hätte, geschlossen zu werden.

Im Gegensatz zum bestehenden Wellness-Potenzial lässt sich bei einzelnen Probanden eine gewisse Zurückhaltung gegenüber Wohlbefindensaktivitäten erkennen. Wellness hat demnach mit Luxus und einem gut gefüllten Geldbeutel zu tun. Es ist für viele erst ein Thema, wenn es gesundheitlich notwendig ist oder als besondere Gelegenheit in Anspruch genommen wird.

„Das ist für mich eher Luxus, das hat für mich irgendwas mit Luxus zu tun. Man soll sich natürlich auch was Gutes gönnen. Wenn man das Gefühl hat, man bräuchte was besonderes“ (E4).

„Bin ich nie richtig zu gekommen. Weiß ich nicht. Man denkt auch, das ist teuer“ (E7).

Besondere Bedeutung für einen funktionierenden Transfer von Gesundheitserziehung hat, wie bereits mehrfach erwähnt, die Kooperation zwischen Schule und Elternhaus, die die Schule maßgeblich zu fördern hat (vgl. Kap. 4.1, S. 66). In den Elterninterviews wurden daher Informationen erfragt, die die Informationsversorgung der Eltern in Bezug auf Gesundheitserziehung durch die Schule betrifft. Auch wenn die Erziehungsberechtigten nur einer der befragten Schulen zuzuordnen sind und daher eine bestimmte Ausrichtung der Gesundheitsbildung durch das Schulprogramm wiederzufinden sein müsste, so sind in den verschiedenen Klassen einer Schule individuelle Unterschiede zu vermuten. Zudem handelt es sich bei der ausgewählten Schule um eine OPUS-Schule, der eine vertiefte Kommunikation mit den Eltern zuzuschreiben sein sollte.

Die Antworten differieren, wie bereits angedeutet, zwischen den einzelnen Klassen. So erstrecken sich die Angaben von aktivem Gesundheitsunterricht bis zum Informationsstillstand und widersprechen damit teilweise bisherigen empirischen Befunden (vgl. Kap. B.4, S. 6):

„In der Grundschule gibt es Erziehung zum gesunden Essen. Da wird gesund gekocht, gesund gefrühstückt. So was in der Art“ (E4).

„Ja, also wir kriegen ein Rundschreiben, da kann man halt auch ankreuzen, nur das Problem ist eben, die Nachfrage ist sehr groß, und die Kinder die betroffen sind, kommen teilweise gar nicht zum Zug“ (E6).

„Wenn man sich selbst einbringt in die Schule, schon. Aber ich glaube, es gehört eine Menge Eigeninteresse dazu, um das mitzukriegen“ (E2).

„Durch die Schule nicht. Durch den Förderverein“ (E3).

Nach der Betrachtung aller Eltern-Interviews lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Informationsversorgung seitens der Schule als nicht optimal zu bezeichnen ist. In nur einem Fall erhalten die Eltern Kenntnis über die gesundheitspädagogischen Aktivitäten ihres Kindes. In den übrigen Befragungen treten zwei Erkenntnisse zutage: Entweder findet gar keine Informationsweitergabe an die Erziehungsberechtigten statt, oder die Inhalte werden nur in unzureichender Form veröffentlicht. So wird es den Eltern überlassen, aus den spärlichen Daten angemessenen Gehalt herauszufiltern oder sich bei Bedarf zusätzliche Informationen einzuholen.

Analog zur verbesserungswürdigen Informationsversorgung durch die Schule gestaltet sich der so wichtige Einbezug der Eltern in die schulische Gesundheitserziehung (vgl. Kap. 1.6, S. 26 und Kap. 2.6.1, S. 48). Hier wird noch deutlicher, dass die Kommunikation zwischen Elternhaus und Schule alles andere als optimal verläuft. Viele Eltern monieren, dass sie - wenn überhaupt - lediglich informiert werden, sehr selten aber in die Gesundheitsbildung einbezogen werden:

„Also man kann zu so'nem Infoabend gehen, aber letztendlich mehr Information ist, wenn man direkt in so'ne Gruppe reinkommt. Da war jetzt eben so'ne Grundinformation, die kriegt man eben nach Hause durch ein Merkblatt, aber sonst kommt da nichts“ (E6).

„Ja, die kriegen dann auch nen Zettel mit. Dass sie das dann zuhause auch weitermachen sollen. Die Kinder erzählens auch. Aber sonst, dass man da irgendwie teilnehmen soll, oder mal irgendwie so'n Lehrgang oder sowas ist, dass man das mit den Eltern mal zusammen macht, das war nicht“ (E7).

„Nachgefragt mal als die Frühstückszeiten geändert wurden. Aber da auch, obwohl wir Kritik geäußert haben, eigentlich nichts konkret rübergekommen ist. Auch nicht konkret zurückgemeldet wurde“ (E8).

Die Aussagen machen es deutlich: es existiert einfache Informationspolitik, die jedoch nicht immer eine eindeutige Kenntnislage vermitteln kann und vor allem einen stärkeren Einbezug der Eltern unterbindet. Eine Mutter berichtet gar davon, dass aktive Mitarbeiterangebote von Eltern durch Lehrkräfte abgelehnt werden:

„Aber es gibt dann auch teilweise Lehrer, die das dann nicht annehmen, und dann sagen: das stört den Unterricht, das ist zuviel Zeitaufwand. (...) die sagen dann auch halt: Ne, das ist mir, es geht zuviel Unterricht dadurch verloren. Ich denke, dass ist doch für alle Kinder mal gut, auch was Frisches zu haben. Wir brauchen halt ein bisschen vorher Zeit. Wenn wir das jetzt in der Frühstückspause machen, oder machen würden, brauchst du vorher ein bisschen Zeit, alles aufzubauen, da störst du schon einmal die zweite Stunde ein bisschen. Und das nachher abzubauen, störst du die dritte Stunde. Guck, und die Lehrer meinen dann halt, dass die Kinder auch diese Freizeit brauchen, diese Pause brauchen, das Toben und raus, ist ja auch richtig, aber die sind dann wiederum auch nicht bereit zu sagen: ja hier, kommt, was von meiner zweiten Stunde, damit wir das auch mal damit zusammen machen können“ (E3).

Fast folgerichtig fällt die Bewertung der schulischen Gesundheitserziehung seitens der Eltern nicht sonderlich positiv aus. Hierbei wird nicht nur die quantitative Komponente angesprochen:

„Ist zu wenig, schätz ich mal. Wir haben es nur ein oder zweimal mitgekriegt, dass da irgendwelche derartigen Aktionen stattgefunden haben“ (E1).

„Aus meiner Sicht könnte das noch mehr sein“ (E4).

Vielmehr sprechen einzelne Eltern konkrete Missstände schulischer Gesundheitsaktivitäten an, die im Laufe der Zeit bei Besuchen oder durch die Berichte der Kinder offenbar werden:

„(...) wobei ich da aber auch Lehrer gesehen habe, die Kinder, die jetzt mobilisiert waren, nicht gerade Mut zugesprochen haben. Ich habe teilweise beobachtet, wenn ich (...) Unterricht war und ich bin zufällig vorbei, mollige Kinder, die da gelaufen sind, die kriegten aber vom Lehrer mehr oder weniger einen: ja, dass könnte aber auch schneller gehen und so weiter anstatt zu sagen: Kerl, super, toll gemacht“ (E6)

„Im Sportunterricht sagt man's ja selber auch. Man baut den Kindern irgendwie Mut auf und wenn ich dann die nächste Stunde sage: Kerl, das war jetzt aber daneben. Ich mein, man muss kritisieren und be-

fürworten. Aber man sollte die Kinder doch bestärken in den Dingen, die sie da aufbauen, meiner Meinung“ (E6).

Hier werden deutliche Mängel sowohl im gesundheitswissenschaftlichen als auch pädagogischen Bereich deutlich. Die dargestellte Situation zeigt ein Beispiel, wie Gesundheitserziehung misslingen kann und ein Transfer durch eine unzureichende Mobilisierung von Kindern und Eltern zum Erliegen kommt.

Gleichwohl werden auch positive Bewertungen genannt. Sie stellen jedoch nur Einzelfälle dar. Allerdings ist jeder positive Eindruck viel wert und bildet einen Baustein für einen funktionierenden Gesundheitstransfer:

„Und dann hat Frau XXX¹⁰³ danach das Frühstück auch immer kontrolliert, ob da auch was gesundes bei war, ob da mal ne Möhre drin sein oder ne Gurke oder solche Sachen, oder Gemüse. Das war ganz gut eigentlich“ (E7).

Ein weiterer Aspekt der Interviews bezieht sich auf die Veränderungen, die der schulische Gesundheitsunterricht bei den Kindern und auch bei den Eltern bewirkt. Der erste Ansatz hinterfragt dabei Bewusstseinsänderungen bei den Kindern. Die befragten Eltern zeichnen ein ernüchterndes Bild der Wirkung des Gesundheitsunterrichts. Die Mehrzahl der Eltern gibt zu Protokoll, dass eher andere Institutionen (beispielsweise Sportvereine) Einfluss auf die Alltagsgewohnheiten des eigenen Kindes nehmen als die Grundschule.

„Nee. Also speziell auf unsere Kinder bezogen, nee“ (E1).

„Nicht durch die Schule. Durch Sportvereine. Ja, ich würd sagen, stark durch Vereine“ (E2).

A: „Der macht jetzt mehr, aber ich denke, dass ist auch altersentsprechend. Er hat seine Leichtathletik, das hat er vorher nicht gemacht, er hat auch viel Handball gespielt. Aber ich denke mal, das liegt auch ein bisschen am Alter und am Interesse.“

I: „Hat das mit der Schule zu tun?“

A: „Nein“ (E3).

„Ich fand das unterstützend. Aus meiner Sicht. Aber nicht, dass da jetzt eine Veränderung passiert ist“ (E4).

„Nee, das kann ich eigentlich so nicht sagen, weil er hat sich ja von Anfang an so ernährt. Wie er es die ganzen Schuljahre gemacht hat. Nein, das kann ich nicht sagen, dass sich da irgendetwas verändert hat“ (E5).

¹⁰³ Um Anonymität zu wahren, sind in den Interviews Namennennungen durch die Interviewten durch den Platzhalter XXX ersetzt.

„Wenig. Ich glaube, das meiste läuft bei uns“ (E8).

Die Beispiele zeigen deutlich, dass der Transfer der schulischen Gesundheitserziehung von den Erziehungsberechtigten nur als sehr schwach bzw. nicht existent bewertet wird. Die Gesundheitsgewohnheiten der eigenen Kinder müssen demnach auf anderen Feldern heranwachsen. Um diese zu ergründen, wurden die Eltern zu Veränderung ihres eigenen Gesundheitsbewusstseins befragt, das sie seit der Zeit ihrer Elternschaft entwickelt haben. Die Antworten hierzu lassen erste Schlüsse zu. So berichten mehrere Eltern, dass sie sich in der Phase vor der Geburt ihrer Kinder deutlich ungesünder verhalten haben als danach.

„Hm, auf jeden Fall. Ich meine, wir haben jetzt schon lange Kinder. Eine große Schwester. Aber das weiß ich, da kann ich mich schon erinnern, dass man da, oder ich bin dann angefangen, zu kochen. Zu gucken, was ist wo sind gesunde Sachen drin und darauf zu achten. Und dass da auch Gemüse und frische Sachen da sind im Angebot“ (E4).

„Ja. Bestimmt. Also nee, ja, also ich weiß jetzt nicht, ob es nur an den Kindern lag, aber früher hab ich mich schon ungesünder ernährt. So als Teenie oder, ja. Ich hab natürlich auch schon Gesundheitskurse besucht und. Ich wusste vieles jetzt einfach auch nicht. Ja, also, man denkt, man weiß alles, aber ich kann es sicherlich auch nicht alles“ (E5).

„Ja, man macht schon mehr mit Gemüse oder so, versucht ihnen dann auch beizubringen, dass das auch gesund ist und so, das die natürlich immer erst sagen: iih, ne mag ich nicht. Dass man sie überredet, das erst zu probieren (...)“ (E6).

So wird ein interessanter Aspekt offenbar: Eltern entwickeln durch die Fürsorge für ihre Kinder aus verschiedenen Quellen veränderte Gesundheitsgewohnheiten und versuchen wiederum, diese den Kindern vorzuleben. Die Kinder nehmen somit die Basis ihres Gesundheitsbewusstseins durch die Eltern auf.

Die Bedeutung einer schulischen Gesundheitserziehung ist gleichwohl Eltern und Gesundheitsexperten bewusst. Die Erziehungsberechtigten, die den unmittelbaren Einblick in die Schnittstelle zwischen Schule und Alltagsleben haben, können somit wichtige Hinweise auf die Gestaltung der Gesundheitsbildung in der Primarstufe geben. Im Folgenden werden verschiedene Vorschläge der Eltern aufgeführt, um einmal die Vielfalt der Gedanken aufzuzeigen, die zum einen Handlungsfelder und zum anderen Lehrerverhalten benennen.

„Also ich würde mir sportlichere Lehrer wünschen. Das finde ich ganz wichtig. Also Lehrer, die das auch wirklich richtig vorleben können. Ne, ich finde also, Lehrer, die selbst nicht ne Rolle vorwärts oder ne Rolle rückwärts können, habens viel schwieriger, denn Kindern das beizubringen als Lehrer, die das können“ (E2).

„Ja, aus den Bereichen würde ich mir wünschen, dass konsequenter, und das ist auch öfter Thema in der Schulpflegschaft, konsequenter mit Dingen umzugehen, zum Beispiel Süßigkeiten in der Brotdose“ (E2).

„Ja, natürlich kann man immer noch sagen, wenn die Sport machen, hat nicht ein Kind nach dem Sport geduscht. Und das gehört für mich zum Sport dazu. Und das ist im Sportunterricht ja nun gar kein Thema. Die kommen dann verschwitzt nach Hause“ (E2).

„(...) aber ich find das schon ganz gut, wenn man, wie jetzt wie Erstklässler, auch mal spontan sagen kann: Kommt, wir gehen mal ne Runde in die Sporthalle. Das fänd ich ganz gut. Aber das sind halt so Sachen, die....aber mit den Lehrern läuft das nicht. Aber das ist der Punkt. Die nehmen das ja einfach nicht an“ (E3).

„Und hier an der Hauptschule ist ja auch so'n Entspannungsraum, dass auch mal Kinder, die du rauspicken kannst und sagen kannst: Komm, fahr mal runter. Ja, und so und ich meine, die Hauptschule hat es, warum nicht die Grundschule. Ich meine, wenn man die an der Grundschule sofort packen würde, sagen würde: Komm, fahr mal runter, denk ich, dann erreicht man noch mehr, als wenn man da erst mit zehn oder elf anfängt“ (E3).

„Mehr Sport find ich schon wichtig. Es sollte schon jeden Tag eine Stunde Sport geben für die Kinder. Dann auch Möglichkeiten, draußen Sport zu machen, da bessere Möglichkeiten. Also da ist schon was gemacht worden, da wünsch ich mir, da könnte man noch mehr machen, großflächiger auch“ (E4).

„Ja, Wellness wäre ja schon, wenn die Kinder, wenn die Klassen um die Hälfte reduziert werden würden. Das wäre Wellness für die Kinder. Muss gar nicht viel sein. Größere Klassenräume oder weniger Kinder, ich weiß es nicht“ (E5).

„(...) einfach so, ja Yoga oder Entspannung, so'n Fach einführen“ (E5).

„Im Sportbereich. Sei es Gummi-Twist oder so, Seilchen auf Linie, was wir früher auch gemacht haben. Müssen ja keine teuren Elemente. Oder aus Alternativen mehr Elemente gebaut werden“ (E6).

„Also Wellness find ich, ja es gibt ja so Snoezleräume, da braucht man ja kein Snoezleraum, aber so Räume, wo die Kinder vielleicht mal so abtauchen, dass man mal wirklich sagt, so'n Raum, wo man mal mit vier, fünf Kindern erst anfängt, man kann die Gruppe ja hinterher größer machen, dass die Kinder lernen, in sich zu gehen. So Körperkunde. Die Kinder so die Reise in den Körper, so den Körper mal wahrnehmen. Dass man mal runtersackt, seinen Körper kennenlernen und mit dieser Erfahrung kann man dann auch, wenn man in Stresssituationen sind, sagen. Man kann es über Zahlen oder Begriffe. Ich habe es damals über Zahlen gemacht. Man sagt: Eins, zwei, drei. Durch die Atemtechnik, ich fahre runter. Das man sowas macht. Das find ich sehr wichtig“ (E6).

„Ne Zahnbürste, ne?“ (E8).

„Was für viele Kinder auch ganz wichtig ist, es gibt einfach zu viele Störungen. Da wird überhaupt keine Rücksicht drauf genommen, egal ob das jetzt ein ADS-Kind ist oder ein Lese-Rechtschreib-Kind, dem wird eigentlich kein Raum da...ingeräumt“ (E8).

Die Auflistung der Vorschläge ist bewusst unsortiert gehalten, um die Komplexität des Themas zu verdeutlichen. Teilweise zeigen die Eltern resignierte Nüchternheit, teilweise konstruktives Innovationspotenzial. Es zeigt sich nachdrücklich, dass die Kooperation mit den Elternhäusern zur Entwicklung einer funktionierenden Gesundheits- und Wellnessbildung unerlässlich ist.

Abschließend sei erwähnt, dass von den neun interviewten Eltern nur ein Vater den Begriff OPUS-Schule richtig einzuordnen weiß. Da alle Interviewten Eltern von OPUS-Schülern sind, ist dieses Ergebnis als sehr bedenklich zu bezeichnen. Die Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus ist elementar. In diesem Fall scheint die Gesprächsbasis nicht stattgefunden zu haben.

10 Fazit und Empfehlungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen abschließend bewertet werden und die Grundlage für Empfehlungen künftigen Planens und Handelns sein. Obgleich die evaluierten Ergebnisse nicht repräsentativ und damit nicht allgemeingültig sind, so liefern sie jedoch wichtige Hinweise und sollten weiter entwickelt werden. Die zuvor erwähnte mangelnde Affinität von Kindern zu ihrer eigenen Gesundheit (vgl. Kap. 1.6, S. 22) bestätigt sich nicht. Ganz im Gegenteil zeigen die befragten Schüler ein hohes Maß an Interessen an gesunden Lebensweisen. Sie bewerten mehrheitlich das Thema Gesundheit für sich selbst als wichtig. Sie zeigen trotz aller in der Öffentlichkeit publizierten Ignoranz ein hohes Maß an Bewegungsdrang und Ernährungsbewusstsein. Darüber hinaus zeigen die befragten Probanden in nicht unbedingt erwarteter Form besonderes Interesse an Inhalten der Hygiene und Körperpflege. So stellt sich die Frage, wer denn genau den Kindern diese mangelnde Affinität zur Gesundheit zuweist.

Sollte nicht vielmehr der Gedankenansatz so definiert werden, dass Kinder in ausgeprägter Weise Interesse an Gesundheits- und Wellnessbildung hegen und diese durchaus nachfragen? Es liegt eher die Vermutung nahe, dass der nachwachsenden Generation bedingt durch strukturelle Voraussetzungen einfach nicht die Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die notwendigen Kompetenzen zu erlernen. Sowohl in Schule als auch im Elternhaus werden durch die Evaluation Gesundheitsdefizite und -wünsche offenbar. Somit scheint die Gesundheitsproblematik nicht auf eine Institution manifestierbar, sondern zeigt Mängel des gesamten Systems Gesundheits- und Wellnesserziehung auf.

Schule und Elternhaus leisten ihre Anteile zur Gesundheitsbildung, jedoch ohne die erforderlichen Absprachen und Kooperationen miteinander zu gestalten. Ebenso gelingt die Zusammenarbeit mit externen Partnern nicht in zufriedenstellender Form. Somit fällt den Gesundheitskonzepten, die Gesundheitsfachleute zusammenführen, Inhalte bündeln und zielgerichtete Projekte entwickeln, eine herausragende Bedeutung zu.

Die Evaluation des OPUS-Konzeptes im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll keine Bewertung des Konzeptes an sich sein. Die fachliche Qualität von OPUS steht außerhalb der Diskussion und ist das Ergebnis des Engagements zahlreicher kompetenter Partner aus allen Bereichen der Gesundheit.

Gleichwohl zeigt die Untersuchung an vielen Stellen, dass die Probanden an OPUS-Schulen keine überzeugend besseren Gesundheits- und Wellnessgewohnheiten entwickelt haben als die Kinder an Schulen ohne Gesundheitskonzept. In zahlreichen Fällen fiel das Bewusstsein sogar schwächer aus.

Bei der Betrachtung der Erhebungsdaten wird deutlich, dass die individuelle Bewertung der Schulen unabdingbar ist. Dies spielt jedoch nicht nur bei der Analyse der Gesundheitssituation der Schule eine Rolle, sondern liefert für Gesundheitskonzepte die Erkenntnis, dass jede Schule und auch jeder

Schüler seine individuellen Voraussetzungen und Ambitionen hinsichtlich Gesundheit und Wellness hat (vgl. auch Kap. 3.5, S. 64).

Ein Gesundheitskonzept zu entwickeln, das allen Vorstellungen der einzelnen Beteiligten gerecht wird, ist ohne Zweifel unmöglich. Daher gilt es, die Perspektive für die Konzipierung von Gesundheits- und Wellnessprogrammen für Schulen zu ändern: Gesundheitsprogramme dürfen nicht als fertige, vorstrukturierte Komponenten von oben auf die Schule aufgesetzt werden. Inhalte, die mit Engagement und Interesse verfolgt werden, müssen dort entstehen, wo sie anschließend auch umgesetzt werden. Sie müssen von den Menschen geschaffen werden, für die sie auch bestimmt sind.

Dies bedeutet die Notwendigkeit, dass Gesundheitskonzepte von unten entstehen müssen¹⁰⁴: Schüler müssen überlegen, welche gesundheitlichen Inhalte für sie wichtig sind. Lehrer müssen überdenken, welches Engagement sie in den Gesundheitsunterricht investieren möchten und über welchen Kompetenzgrad sie aktuell verfügen. Eltern müssen Aussagen treffen, in wie weit sie bereit sind, die schulischen Aktivitäten zu unterstützen und im Elternhaus zu verstärken. Wenn die Basis ihre uneingeschränkte Zustimmung zu ihren individuellen Gesundheitsthemen gegeben hat, kann die Schulleitung mit externen Experten in Kontakt treten und das von der Schule getragene Gerüst der Gesundheits- und Wellnessaktivitäten mit Fachkompetenz füllen.

Die Verantwortung, diese Art der Verfahrensweise in die Tat umzusetzen, fällt sowohl den Schulen als auch den Gesundheitskonzepten zu. Beide Gruppen profitieren voneinander. Jedoch tun sie dies nur, wenn sich für beide ein befriedigendes und vor allem dauerhaftes Ergebnis einstellt. Gesundheitskonzepte müssen daher besonders auf die Schulen eingehen, die Schwierigkeiten damit haben, einen logistischen Rahmen für Gesundheits- und Wellnesserziehung zu schaffen. Statt eine Schule mit einem fertigen Konzept zu versorgen, sollen sie die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen der betreffenden Schule erfassen und hierzu ergänzend geeignete Unterstützungsmaßnahmen bereitstellen (vgl. auch Franze und Paulus 2004, S. 200 sowie Kap. 2.6.1, S. 48).

Viel mehr Verantwortung und Aktivität allerdings kommt den Schulen mit ihren Beteiligten selbst zu. Diese wird freilich unterschiedlich bewertet, was in vielen Fällen durch den Vergleich der Daten der Schüler, Rektoren und Eltern deutlich wird. So bewerten viele Rektoren das Bewegungsangebot als angemessen, während die Eltern dem widersprechen und die Kinder belegen, dass sie mit dem schulischen Sportangebot unterfordert sind und die Pausen für zusätzliche Bewegung nutzen.

Damit gilt es, die verschiedenen Bewertungsebenen zusammen zu führen, um eine gemeinsame Perspektive zu erlangen, aus der dann wirksame und von allen Beteiligten getragene Projekte entstehen können. Möglich sind hierbei beispielsweise Bonifizierungssysteme, die gesunde Verhaltensweisen belohnen. Beim Kauf gesunder Lebensmittel oder der Inanspruchnahme zusätzlicher Bewegungs-

¹⁰⁴ Vergleiche auch: <http://www.lippe.de/new/formulare/print/31Praxisbericht%203.1.pdf> (Zugriff vom 28.06.07)

oder Entspannungsangebote können die Schüler Gutscheine verdienen, die ihr Verhalten pädagogisch positiv verstärken. Die Scheine können wiederum zum Bezug gesunder Lebensmittel berechtigen oder auch als Hausaufgabenbefreiung fungieren.

In vielfältiger Weise sind weitere Konzepte möglich. Die Versorgung der Kinder mit gesunder und frisch verarbeiteter Kost ist ein lohnender Gedanke (vgl. Sommer et al., S. 22). Auch wenn schnell der Verweis auf die höheren Kosten angebracht wird, so ist individuell und sehr differenziert zu prüfen, ob gesündere und hochwertigere Angebote tatsächlich schwerer zu finanzieren sind als minderwertigere.

Unabdingbar ist daher, dass die Konzepte realistisch bleiben. Kinder müssen mit umsetzbaren Aktivitäten ermuntert werden. Zudem muss das Prinzip der Ganzheitlichkeit berücksichtigt werden. Sollen Aktivitäten der Gesundheitsbildung nachhaltig wirksam sein, so müssen sie möglichst viele unterschiedliche gesundheitsorientierte Bereiche eines Individuums ansprechen. Unterstützt wird dies durch eine höchst mögliche Nähe zur Lebenswirklichkeit (vgl. Kap. 2.5, S. 46). Was in der Schule erlernt wird, muss sich im Alltagsleben wiederfinden. Im Umkehrschluss muss die Schule Unterrichtsinhalte wählen, die dem Umfeld ihrer Schüler gerecht wird.

Diese Aufgabe stellt sich der Pädagogik. Die erziehungswissenschaftlichen Fachleute und Experten müssen sich damit befassen, wie Gesundheit und Wellness zum Gegenstand des Unterrichts und somit zur Lebensvorbereitung der Schüler beitragen können. Die Pädagogik reklamiert für sich den Anspruch, die Gesundheitserziehung in den Schulen bestmöglich umzusetzen zu können (Kap. 1.5.2, S. 15) und sieht für sich einen eindeutigen Erziehungsauftrag (Kap. 1.6, S. 21).

Dass sie diesem im Bereich der Gesundheit nicht immer nachkommen kann, zeigen die Daten der vorliegenden Erhebung. Es gilt daher, den Erziehungsauftrag deutlicher heraus zu stellen und ihn klar zuzuweisen. Die Fächer Sport und Sachunterricht haben die Gesundheitsinhalte derzeit gemäß Lehrplan umzusetzen. Diese Vorgaben sind genauso zu sichern wie der reibungslose pädagogische Übergang vom Kindergarten zur Schule und von der Grundschule zur Sekundarstufe I (vgl. Haarmann, S. 46). Somit ist der Erziehungsauftrag im Bereich der Gesundheit wesentlich weiter zu fassen, als ihn nur auf die Schule zu beschränken.

Die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern sollte jeder Schule, die nicht immer eine angemessene Professionalität hinsichtlich Gesundheitsinhalten bieten kann, eine vordringliche Aufgabe sein. Nur das Bündeln von Fachkompetenz kann eine solide und möglichst lückenlose Basis für eine umfassende Gesundheits- und Wellnessbildung gewährleisten (vgl. auch Welker, S. 106). Hier gilt es, pädagogisches Fachwissen mit medizinischen, sozialen oder wirtschaftlichen Kenntnissen zu verknüpfen, um den Herausforderungen eines langen und gesunden Lebensstils Rechnung zu tragen. Dieser betrifft nicht nur persönliches Wohlbefinden, sondern bezieht sich auch auf die Herausforderungen des Berufslebens. So ist es absehbar, dass Arbeitgeber oder Krankenkassen ihre Mitarbeiter bzw. Mitglieder zum Teil nach gesundheitsbedingten Kriterien auswählen: ist der

Betreffende Übergewichtig, ist er Raucher, gehört er einer Risikogruppe an? Die Schule hat auch im Hinblick auf diese lebensplanerischen Aspekte frühzeitig für eine optimale Gesundheitsbildung Sorge zu tragen.

Weiterhin zeigt sich, dass besonders die Partner aus Kurwesen und Tourismus trotz gravierender wirtschaftlicher Probleme (vgl. Kap. 3.4.2, S. 59) kaum Zugänge zur Schule besitzen oder anstreben. Hier gilt es, Modelle zu entwickeln, die Kinder und professionelle Gesundheitsversorgung zusammenführen. Auch die Krankenkassen sind hier angesprochen, Maßnahmen zu fördern, die beispielsweise Schulen auf Klassenfahrten mit Gesundheitsjugendherbergen verbinden oder auf Ausflügen in Kurorte die Nutzung der medizinischen Bädereinrichtungen zu ermöglichen. Die evaluierten Daten zeigen deutlich den Wunsch der Kinder nach diesen Angeboten. Gepaart mit ansprechenden Rahmenprogrammen ergeben sich zudem für Freizeit- und Gesundheitstourismusanbieter vielfältige Möglichkeiten, die über die rein medizinische Betrachtungsweise hinausgehen: soziale Kontakte oder Erlebnisse mit Tieren und der Pflanzenwelt fördern ein ganzheitliches Wohlbefinden, das den Kindern zugute kommt. Auch wenn sich in diesen Fällen wirtschaftliche Aspekte sehr stark in die pädagogische Arbeit einflechten, so darf zum einen darauf verwiesen werden, dass in der Konsequenz das Kind von den Aktivitäten profitiert und zum anderen auch in der Schule der Etat maßgeblich die Quantität und Qualität der Gesundheitsbildung steuert und dort weniger in Frage gestellt wird.

Die Doppelzüngigkeit der Politik, die einerseits mit medienwirksamen Aktivitäten eine flächendeckende Gesundheits- und Wellnesserziehung propagiert, andererseits jedoch die Mittel für Maßnahmen kürzt oder sogar einstellt, ist offensichtlich. So scheint es dann doch lohnenswerter, junge Menschen heran zu ziehen, die perfekt Englisch sprechen, am Computer höchste Kompetenzen entwickeln oder komplexe Berechnungen durchführen können. Eine bestmögliche und frühzeitige Verwendbarkeit für Gesellschaft und Wirtschaft erwächst zum primären Ziel der Schule. Bedenklich ist es jedoch, wenn ein derart ausgebildeter Mensch aufgrund seiner mangelnden Gesundheitskompetenzen mit 30 Jahren einen erhöhten Cholesterinspiegel aufweist oder mit 40 vom ersten Herzinfarkt oder Zuckerschock niedergestreckt wird. So lang der Mensch keine Schmerzen hat, gilt er als gesund und lebt von den Reserven eines gesunden, jugendlichen Körpers. Damit ein Mensch ein gesundes und langes Leben genießen darf, muss er jedoch frühzeitig die Kompetenzen erlernen, die ihm dies ermöglichen.

Hier hat die Politik die wichtige Aufgabe, neben der Finanzierung von gesundheitsorientierten Aktivitäten die Lernmöglichkeiten in den Schulen deutlich zu verbessern. Das Unterrichtsfach Gesundheitserziehung nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein. Nur wenn in der Schule die Bedeutung von Gesundheit und Wellness mit Ernsthaftigkeit dokumentiert wird, werden Schüler, Eltern und Gesellschaft die Wichtigkeit von Gesundheit wahrnehmen und akzeptieren. Die Zusammenfassung, Überarbeitung und Ausweitung von Inhalten aus den sportlichen und naturwissenschaftlichen, aber auch den ethischen, soziologischen und psychologischen Bereichen muss in einem neuen Schulfach gelingen, das mit hohem Praxisanteil die jungen Menschen auf ein gesundes Leben vorbereitet. Denn

wie bereits eingangs erwähnt, sind alle im Leben angestrebten Ziele ohne eine intakte Gesundheit wertlos und wenig dauerhaft.

Die Bedeutung dieses Unterrichtsfachs hat sich demnach auch in der Lehramtsausbildung niederschlagen. Politik und Hochschule müssen Strukturen schaffen, die kompetente Lehrer für Gesundheit ausbilden können. So sind separate Studiengänge genauso denkbar wie Verbundausbildungen der beteiligten Fakultäten, in die auch die Pädagogik maßgeblich mit einbezogen werden muss (vgl. Kap. 2.3, S. 40). Sie muss die wichtigen Vermittlungskompetenzen weitergeben, die zum einen das didaktische und methodische Rüstzeug bilden und zum anderen die Gesundheitsbildung als Bestandteil des ganzheitlichen Erziehungsauftrages einordnen.

Letztlich können aber nicht nur die Schule und externe Fachleute für die Gesundheitsbildung verantwortlich zeichnen. Die gesamte Gesellschaft ist aufgefordert, die Thematik mit der gebührenden Ernsthaftigkeit wahrzunehmen und umzusetzen. Das in Kap. B.1 (S.2) angesprochene Umfrageergebnis, das dem Großteil der Deutschen Ahnungslosigkeit hinsichtlich der Gestaltung ihrer Ernährung attestiert, weist auf die Tatsache hin, dass die besonders im Bereich Ernährung vermittelte schulische Gesundheitserziehung keine angemessene Wirkung erzeugt. Auf die Bedeutung des Elternhauses und des sozialen Umfeldes auf einen jungen Menschen wurde im Verlauf der vorliegenden Arbeit mehrfach hingewiesen. Kindheit und Jugend sind für den Verlauf des Lebens ohne Zweifel prägend. Dieser Umstand entbindet einen Erwachsenen jedoch nicht davon, sich weiterhin mit Gesundheits- und Wellnessförderung auseinander zu setzen. Zum einen sind sie wiederum selbst als Elterngeneration für das wohlbefindliche Aufwachsen ihrer Kinder verantwortlich, zum anderen müssen sie stetig an sich selbst arbeiten, um auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einen Weg zu einem langen und gesunden Leben finden. Diese Eigenverantwortung ist jedem Menschen zumutbar, wenngleich durch Bildung und Politik die Voraussetzungen zu schaffen sind, dass er sie auch zu übernehmen erlernt.¹⁰⁵

Diese Aufgaben sind einerseits individuell geprägt, andererseits finden sie ihre Bewältigung im gesellschaftlichen Miteinander. Daher gilt es künftig, Gesundheitsthemen in möglichst vielen Teilen des gesellschaftlichen Lebens zu aktivieren. Besonders gender- und generationsorientierte Perspektiven lassen sich dabei in den Fokus rücken. Gesundheit und insbesondere Wellness umgarnt das Image, ein typisches Frauenthema zu sein. Tatsächlich sind Frauen die häufigeren Nutzerinnen gesundheitsorientierter Aktivitäten. Auch die Daten der vorliegenden quantitativen Erhebung gestehen dem weiblichen Geschlecht eine höhere Affinität zu den Bereichen Gesundheit und Wohlbefinden zu.

Gleichwohl haben auch Männer den Wunsch nach Wohlergehen und gesunder Lebensweise. Jungen sehen sich der Situation ausgesetzt, dass sie bis zum zehnten Lebensjahr überwiegend von Frauen

¹⁰⁵ vgl. <http://lexikon.meyers.de/meyers/Rehabilitation> (Zugriff vom 29.06.2007)

erzogen und begleitet werden: die Mutter im Elternhaus, die Erzieherin im Kindergarten, die Lehrerin in der Grundschule. Hierdurch entwickeln sich nahezu alle Themen der Erziehung zu weiblich determinierten Bereichen, ausgenommen derjenigen, die in der Gesellschaft ausdrücklich Männern zugesprochen werden (beispielsweise Fußball spielen oder Handwerk). Somit erhält Gesundheit bereits früh eine weiblich bestimmte Note, obwohl sie definitiv ohne Geschlechterunterschiede betrachtet werden muss.

Für Schule und Gesellschaft gilt es jedoch, diese Problematik nicht zu diskutieren, sondern zu lösen. Im Rahmen von gender mainstreaming muss Gesundheits- und Wellnessbildung auch in geschlechterspezifischer Weise thematisiert werden. So ist es beispielsweise ratsam, gerade einen sensiblen Bereich wie Körperpflege in getrennten Jungen- und Mädchengruppen zu bearbeiten, um frühzeitig Schamgrenzen zu überwinden. Zudem können geschlechterspezifische Befindlichkeiten und Bedürfnisse so vollständiger und effektiver besprochen und verwirklicht werden (vgl. auch Kolip und Altgeld 2006, S. 169).

Das gemeinsame Handeln der Generationen stellt eine zusätzliche pädagogische Aufgabe der Gesundheits- und Wellnesserziehung dar. Wie zuvor beschrieben, ist Gesundheit nicht allein in die Verantwortung der Schule übertragbar. Elternhaus und soziales Umfeld übernehmen eine kardinale Rolle in der gesundheitsorientierten Entwicklung der Kinder. Zu dieser sozialen Umwelt gehört das Zusammenspiel von Jung und Alt. Kinder und Jugendliche sollen außerhalb der Schule auf die Anforderungen des Lebens vorbereitet werden, um den Aufgaben, die auf sie warten, gewachsen zu sein (vgl. auch Affemann, S. 57). Um diesen Entwicklungsschritt zu gehen, bedarf es des Wissens der älteren Generationen. Eltern und vor allem Großeltern haben in ihrer Kindheit und Jugend oftmals ein vollkommen anderes Bild der Gesundheit erlernt als das, das die Kindheit heute betrachtet. Der viel ausgeprägtere Einklang mit der Natur, die Fähigkeit, auch im Verzicht Zufriedenheit zu erlangen und die Kompetenz, nach schweren und entbehrungsreichen Jahren trotzdem wieder Freude an Bewegung, Entspannung und sozialem Ausgleich zu haben, kennzeichnet die Nachkriegsgeneration.

Daher ist es ratsam, neben den ausgewiesenen „Experten“ der Gesundheit auch die Lebenserfahrung der älteren Generation in die schulische und außerschulische Gesundheitserziehung einzubinden, um das unermessliche Wissen einer ganzen Lebensperiode für die jungen Menschen urbar zu machen. Dies Ganze soll ohne den erhobenen Zeigefinger geschehen, sondern den Kindern und Jugendlichen Freude am Umgang mit gesundheitsorientierten Themen vermitteln. Dabei ist es sogar denkbar, dass gemeinsame Arbeitstätigkeit von Alt und Jung als Wellness bezeichnet wird. Viele Kinder - und die vorliegenden Erhebungsdaten bestätigen dies - verbringen einen Großteil ihrer Freizeit vor Bildschirmen, ohne physisch oder kreativ aktiv zu sein. So ist es denkbar, dass Kinder bei körperlicher Arbeit Wohlbefinden und Ausgeglichenheit empfinden.

Die zuvor erläuterten Schlussfolgerungen zu den Bereichen

- Gesundheitskonzepte von unten
- Mehr Kommunikation in der Schule / Eltern
- Einbindung von Kur und Tourismus
- Hochschulausbildung
- Unterrichtsfach Gesundheitserziehung
- geschlechter- und generationenübergreifendes Thema

zeigen einerseits die notwendigen schulpraktischen und sozialpädagogischen Erfordernisse, die notwendig sind, um tiefgreifende Veränderungen zu erreichen. Hier gilt es auch, die erzielten Evaluationsergebnisse unter Gesichtspunkten wie Migration, sozialer Herkunft oder sozialem Status zu betrachten. Diese Aspekte seien als Schwerpunkte für künftige Forschungen genannt.

Andererseits fordern die oben genannten Resultate eine kritische Reflexion der bestehenden pädagogischen Gesundheitserziehungstheorien. Es geht dabei nicht darum, gesichertes und im vorliegenden Theorieteil exemplarisch bewertetes Wissen in Frage zu stellen, sondern ergänzende Erkenntnisse beizusteuern. Die notwendigen Reformen in Schule und Ausbildung beziehen sich dabei nicht nur auf didaktische und methodische Veränderungen der Praxis, wie beispielsweise die Gestaltung der Übergänge vom Kindergarten zur Grundschule und von der Grundschule zur weiterführenden Schule oder die Aus- und Weiterbildung der Lehrkräfte in den Schulen (vgl. Welker, S. 105).

Die gesundheitserzieherischen und wellnesorientierten Theorien laden vielmehr dazu ein, die erkannten Defizite in den pädagogischen Kontext einzuordnen. So zeigt sich beispielsweise bei der Betrachtung des Salutogenese-Modells (Kap. 1.5.3.3, S. 19), dass die Erkenntnisse von Erwachsenen für Erwachsene erstellt wurden und in die Befindlichkeiten und Voraussetzungen junger Menschen wenig Gedanken investiert wurden. Begriffe wie Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit bergen für junge Menschen einen rein theoriegeleiteten Inhalt, der sich zwar schulisch thematisieren lässt, jedoch keinen Transfer in die Altersgewohnheiten der Kinder findet. Die Fähigkeit, verschiedene Stimuli mit den richtigen Gedanken und Aktivitäten zu verknüpfen, fällt nur wenigen Menschen in den Schoß. Daher gilt es, diese Kompetenzen zu erlernen. Dabei stellt sich wiederum die Frage, wer dies potenziell leisten soll und kann. So ist das Entwickeln des Kohärenzsinnns für ein Kind oder einen Jugendlichen nur schwer umsetzbar, da ihnen zum einen die Unterstützung aus dem direkten Umfeld und zum anderen das aktive Vorleben und Miterleben in der Schulklasse fehlt.

Das Modell der gesunden Lebensführung (Kap. 1.5.3.2, S. 18) erweist sich als praktisch einfacher nachvollziehbar. Die präventiven Elemente entspringen dem täglichen schulischen und sozialen Umfeld der Kinder und bieten daher - wie die Erhebungsdaten zeigen - einen realistischen und umsetzbaren theoretischen Rahmen für Gesundheitserziehung.

Auch die maßgeblichen Wellness-Modelle von Travis und von Nahrstedt (Kap. 3.2, S. 53f.) werden von jungen Menschen praktisch umgesetzt. Zum einen wird ein variabler Entwicklungsweg vorgezeichnet und zum anderen die Komplexität von Wohlbefinden offensichtlich. Kinder und Jugendliche gehen diesen Weg des Kontinuums, wählen verschiedene Wellness-Aspekte aus und erlernen sie. Ob sie letztendlich Gesundheit und Wohlbefinden erreichen, hängt auch maßgeblich vom institutionellen Rahmen ab. So gilt für die Wellnessdidaktik, neben den bisherigen Wirkungsfeldern Rehabilitation, Kur, Wellness-tourismus und Weiterbildung (vgl. Scheftschik 2003, S. 317) auch die Schule als Ort zu erkennen, an dem Wellness gelehrt und gelernt wird.

Die in dieser Arbeit erörterten Daten und Erkenntnisse zeigen die Komplexität der Gesundheits- und Wellnesserziehung und ihrer Umsetzung in der Institution Schule. Es sollte jedem Pädagogen ein Anliegen sein, unseren Kindern den Weg für ein gesundes und langes Leben zu ebnen. Dafür sind künftig noch viele Überlegungen, Veränderungen und Neuerungen notwendig, die der Pädagogik viel wissenschaftliches Engagement abverlangen werden. Diese Arbeit sollte jedoch nicht als Last aufgefasst werden, sondern als Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft.

Die gesundheits- und wellnesswissenschaftliche Forschung ist aufgerufen, sich dieser Thematik anzunehmen, die bestehende Theorie zu hinterfragen und neue Erkenntnisse besonders für junge Menschen umsetzbar zu machen.

11 Literaturverzeichnis

- Abel, J., Möller, R. & Treumann, K.P. (1998). *Einführung in die empirische Pädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Abel, M. (1995). Psychologische Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. In: Rieländer, M., Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld*. Bericht der 2. Tagung „Psychologen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie ergänzende Beiträge (S. 62-68). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Affemann, R. (1981). Gesundheit - ein Thema der Familie. In: Jacob, W. & Schipperges, H. (Hrsg.), *Kann man Gesundsein lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung* (173-181). Stuttgart: Gentner.
- Altrichter, H. (1998). Reflexion und Evaluation in Schulentwicklungsprozessen. In: Altrichter, Schley & Schratz (Hrsg.), *Handbuch zur Schulentwicklung* (S. 263-335). Innsbruck, Wien, München: Studien Verlag.
- Amberger, H. (Hrsg.). (2000). *Bewegte Schule: Schulkinder in Bewegung*. Schorndorf: Hofmann
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitskreis „Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention“ der Sektion klinische Psychologie im Berufsverband deutscher Psychologen. (Hrsg.). (1996/97). *Wegweiser Gesundheitsförderung und Prävention. Angebote von Diplom-PsychologInnen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Ardell, D.B. (1977). *Gesundheit fängt im Alltag an: Eine Alternative zu Ärzten, Medikamenten u. Krankheiten*. Schaafheim: Pela.
- Austgen, S., & Morbe, V. (2006). Zusammenarbeit zwischen Schule und Eltern hat viele Formen. In: Forum E. Zeitschrift des Verbandes Bildung und Erziehung. Februar 2006. *Aha! Arbeitshilfen für Anwärtler* (S. 1-3). Hamm: Wilke.
- Badstübner, A. (1996). Projekt „Kinder zur Gesundheit“ In: Rütten, A & Rausch, L. (Hrsg.), *Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft. Konzepte und Perspektiven* (S. 149-155). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Balz, E. (1993). Erlebnispädagogik in der Schule. Schulleben - Schulsport - Schullandheim. In: Ziegenspeck, J. (Hrsg.), *Kleine Schriften zur Erlebnispädagogik*. Lüneburg: Verlag Edition Erlebnispädagogik.
- Balz, E. (1995). *Gesundheitserziehung im Schulsport: Grundlagen und Möglichkeiten einer diätetischen Praxis*. Schorndorf: Hofmann.
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1998). *Gesundheitsfördernde Schulen: Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung Conrad.
- Barmer Ersatzkasse Wuppertal. (Hrsg.). (1995). *Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa*. Köln: Echo-Verlags GmbH.
- Bauer, U. (2004) *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baumgarten, K & Joensson, N. (2005). *Wellness & Gesundheitsförderung. Konzepte, Angebote und Zusammenhänge*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Becker, U. (2002). *Die Ergebnisse der WHO-Gesundheitsstudie in Hessen*. Universität Frankfurt am Main. Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit.
- Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. München / Bergisch Gladbach. (2004). *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen*. München / Bergisch Gladbach: Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung.
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. In: *Das Gesundheitswesen* 2003, 65 (3): 167-172). Stuttgart: Thieme Fachzeitschriften.
- Biener, K. (1991). *Gesundheit der Jugend: medizinische und pädagogische Aufgaben*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Biener, K. (2005). *Gesundheitserziehung. Intervention und Evaluation*. Bern: Hans Huber.

- Pohle, C. (1994). *Gesundheitsbewusstsein: theoretische und empirische Analysen unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung und Entspannung*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Lang.
- Binnewitt, N. (2002) *Wellness. Die Perspektive für den Kurerfolg. Eine Herausforderung für Gesundheitswirtschaft, Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsbildung*. Bielefeld: Insitut für Freizeitwissenschaft undKulturarbeit e.v. (IFKA).
- Bitterhof, U. (1987). *Gesundheitserziehung in der Hauptschule, in der Realschule und im Gymnasium. Handreichungen für die Unterrichtsgestaltung*. Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.). Stuttgart: Kurz & Co.
- Blättner, B. (1998). *Gesundheit läßt sich nicht lehren: professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht*. Bad heilbrunn: Klinkhardt.
- Bochnig, S. & Wiebusch, R. (1989) *Spiel am und mit Wasser. Zum Stellenwert des feuchten Elements im Rahmen einer kindgerechten und familienfreundlichen Spielraumgestaltung*. In: Fromme, J., Hatzfeld, W., Nahrstedt, W., Stehr, I., Steinecke, A & Thevis, W. (Hrsg.), *IFKA-Dokumentation. Baden gehen. Freizeitorientierte Bäderkonzepte – Antworten auf veränderte Lebens-, Reise- und Badestile. Dokumentation der 6. Bielefelder Winterakademie* (S. 306-317). Bielefeld: IFKA.
- Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. (Hrsg.). (1987). *Aktion Schule und Gesundheit. Ärzte und Lehrer für Prävention*. Köln: Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.
- Brinkmann, D., Freericks, R., Fromme, J., Meder, N., Nahrstedt, W. & Stehr, I. (Hrsg.). (2001). *IFKA-Dokumentation, Band 21. ELRA European Leisure and Recreation Association*. Bielefeld: IFKA.
- Brinkmann, D., Fromme, J., Nahrstedt, W., Stehr, I., Steinecke, A. & Thevis, W. (Hrsg.). (1994). *Bildung und Freizeit: Konzepte freizeitorientierter Weiterbildung*. Bielefeld: IFKA.
- Bröskamp, U. & Göpel, E. (1992). *Gesundheitsförderung in und mit Schulen in einem europäischen Netzwerk*. Bielefeld: Oberstufenkolleg.
- Bündnis 90 - Die Grünen. (2006). *Landtag Nordrhein-Westfalen. 14. Wahlperiode. Antrag: Gesund essen, bewusst leben lernen. Unverzichtbare Kulturtechnik Ernährungs- und Verbraucherbildung*. Unveröffentlicher Antrag im Landtag NRW.
- Bullinger, H.J. (Hrsg.). (2001). *Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden: personenbezogene Dienstleistungen im Fokus der Qualifikationsentwicklung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. (2007a). *Rede des Bundesministers für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Horst Seehofer*. Regierungserklärung zur Ernährungspolitik am 10. Mai 2007 im Deutschen Bundestag.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. (2007b). *Gesunde Ernährung und Bewegung - Schlüssel für mehr Lebensqualität. Eckpunkte des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin: BELV.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.). (1995). *Gesundheitserziehung und Schule*. Stuttgart: Klett.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2002). *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung* 2. Auflage. köln: BzGA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.). (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. Auflage. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2005). *Gesund und munter. Heft 7: Obst und Gemüse*. Köln: Aulis Verlag Deubner.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.) (2006). *Jugendgesundheit geht Alle an. Informationen für interessierte Lehrerinnen und Lehrer zur Gesundheitsförderung in Schulen*. Neuried: Care-line.
- Burla, L., Bucher, S. & Abel, T. (2004). *Was ist ein gesunder Lebensstil?* In: *Managed Care 5 (2004* (S. 5-7). Neuhausen: Rosenfluh Publikationen.
- Chalupa, M. (2001). *Warum ist Wellness wichtig? Motivation und Konsumentenverhalten*. Wien: WUV-Universitäts-Verlag.

- Christiansen, G. (1999). *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*. Köln: BzGA.
- Clausen, A. (2004). *ACE, Wellness & Co. Gesundheitlicher Zusatznutzen oder Verbrauchertäuschung?* (S. 242-248). In: *ernährung im fokus*. 4. Jahrgang 2004. September. Bonn: aid. Info-dienst.
- Corazza, V., Daimler, R., Ernst, A., Federspiel, K., Herbst, V., Langbein, K., Martin, H.-P. & Weiss, H. (1997). *Kursbuch Gesundheit*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Deutscher Heilbäderverband e.V. (Hrsg.). (2002). *Wellness im Kurort*. Bonn: Deutscher Heilbäderverband e.V.
- Deutscher Heilbäderverband e.V. (Hrsg.). (2005). *Die Kur in Deutschland*. 10. Auflage Bonn: Deutscher Heilbäderverband e.V.
- Deutscher Sportbund. (Hrsg.). (2003). *WIAD-AOK-DSB-studie II, Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Mainz: Kunze & Partner.
- Dunn, H. L. (1959). High-level Wellness for man and society. In: *American Journal of Public Health*, 49 (6). S. 786-792.
- Dunn, H.L. (1959). What high-level wellness means. In: *Canadian Journal of Public Health*. 50. S. 447-457.
- Einsiedler, W. (1988) Grundlegung individueller Entwicklung und individuellen Lernens. In : Schorch, G. (Hrsg.), *Grundlegende Bildung: Erziehung und Unterricht in der Gundschule* (S. 50-69). Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt..
- Einsiedler, W., Götz, M., Hacker, H., Kahlert, J., Keck, R.W. & Sandfuchs, u. (Hrsg.). (2005). *Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik*. 2. Auflage. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Eissele, I. (2007). Fit fürs Leben. In: *Stern*. Nr. 21. 16.05.2007 (S. 152-167). Hamburg: Gruner & Jahr.
- Esser-Mittag, Judith. (2000) Hygiene. In: Hurrelmann, K. & Klauert, K. (Hrsg.), *Wie Kinder gesund bleiben. Kleines Gesundheitslexikon für Kindergarten und Grundschule* (S. 92-95). Weinheim, Basel: Beltz.
- Faltermeier, T. (Hrsg.). (1998). *Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Feige, M. (1989). Wasser als Attraktion. Zur Bedeutung von Bademöglichkeiten im Bereich Naherholung. In: Fromme, J., Hatzfeld, W., Nahrstedt, W., Stehr, I., Steinecke, A. & Thevis, W. (Hrsg.). *IFKA-Dokumentation. Baden gehen. Freizeitorientierte Bäderkonzepte – Antworten auf veränderte Lebens-, Reise- und Badestile. Dokumentation der 6. Bielefelder Winterakademie* (S. 136-145). Bielefeld: IFKA.
- Fend, H. & Sandmeier, A. (2004). „Wellness“ oder Indiz für gelungene Pädagogik? In: Hascher, T. (Hrsg.), *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern* (S. 161-183). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Flammer, A (2003) *Was brauchen Kinder? Eine entwicklungstheoretische Herleitung der Kinderrechte*. Unveröffentlichter Vortrag an der der Universität Zürich.
- Franze, M. & Paulus, P. (2004). Wohlbefinden und gesundheit. In: Hascher, T. (Hrsg.), *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern* (S. 185-201). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Friedl, H. A. (2007). Wer braucht Wellness – und warum gerade jetzt? In: *Integra. Zeitschrift für integrativen Tourismus und Entwicklung*. 4.06, 6-10.
- Friedrichs, J. (1990). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fromme, J., Hatzfeld, W., Nahrstedt, W., Stehr, I., Steinecke, A. & Thevis, W. (Hrsg.). (1989). *IFKA-Dokumentation. Baden gehen. Freizeitorientierte Bäderkonzepte – Antworten auf veränderte Lebens-, Reise- und Badestile. Dokumentation der 6. Bielefelder Winterakademie*. Bielefeld: IFKA.
- Gehring, U.W. & Weins, C. (2000). *Grundkurs Statistik für Politologen*. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.). (2006). *Sicherheits- und Gesundheitsförderung in der Schule. Fort- und Weiterbildung*. Oelde: Holterdorf.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002) (Hrsg.). *Gesundheitsziele.de - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2004). (Hrsg.) *Gesundheitsziele.de mit Maßnahmen ans Ziel*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2005). (Hrsg.) *Gesundheitsziele.de - eine Zwischenbilanz*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
- Glöckel, H. (1988). Was ist „grundlegende Bildung“. In: Schorch, G. (Hrsg.), *grundlegende Bildung: Erziehung und Unterricht in der GGrundschule* (S. 11-33). Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Göpel, E. & Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.). (2004). *Gesundheit gemeinsam gestalten 2. kommunale Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- GPDM Gesellschaft für Projektierungs- und Dienstleistungs mbH. (Hrsg.). (2007). *Fitness Kompass*. Unveröffentlichte Konzeptunterlage. Paderborn: GPDM.
- Graf, D. (1995). *Gesundheitserziehung im Kindesalter*. 6. Auflage. Hamburg: Dr. Felix Bücher Handwerk und Technik.
- Haarmann, D. (Hrsg.). (2000). *Grundschule Band 2. Fachdidaktik: Inhalte und Bereiche grundlegender Bildung*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hacker, H., Hanke, P. & Lersch, R. (Hrsg.). (1997). *Die Grundschule: Zeitströmungen und aktuelle Entwicklungen*. Hohengehren: Schneider
- Hascher, T. (Hrsg.). (2004). *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Hazard, B. (Hrsg.). (1994). *Gesundheitsförderung zur aktiven orsorge und Rehabilitation: Ansätze, Erfahrungen und Zukunftsaufgaben*. Baden-baden: Nomos.
- Hein, R. (2000). Bewegung als Lebensprinzip – Natur als Partner. Umwelt- und Gesundheitserziehung im Schullandheim unter dem Gesichtspunkt „wahrnehmen“. In: .Amberger, H. (Hrsg.), *Bewegte Schule: Schulkinder in Bewegung* (S. 129-137). Schorndorf: Hofmann
- Heindl, I. (2003). *Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Heipertz, W. (Hrsg.). (1996). *Rehabilitation im Kurort. Symposium der Deutschen Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e.V.* Karlsruhe: G. Braun.
- Hertel, L. (1995a) Wellness - eine Perspektive auch für Psychologen. In: Rieländer, M., Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bericht der 2. Tagung „Psychologen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie ergänzende Beiträge* (S. 26-32). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Hertel, L. (1995b). Gesundheitsförderung in Betrieben. In: Rieländer, M., Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bericht der 2. Tagung „Psychologen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie ergänzende Beiträge* (S. 69-78). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Heseker, H. (Hrsg.). (2005). *Revis Modellprojekt. Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen 2003 – 2005*. Paderborn: Universität Paderborn.
- Heseker, H. & Beer, S. (2004). Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (S. 240-245). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heseker, H., Schneider, L & Beer, S. (2005). *Ernährung in der Schule*. Paderborn: Universität Paderborn.
- Hoepner-Stamos, F. (2004). Stress. In: Hurrelmann, K. & Klauert, K. (Hrsg.), *Wie Kinder gesund bleiben. Kleines Gesundheitslexikon für Kindergarten und Grundschule* (S. 198-200). Weinheim, Basel: Beltz.
- Hörmann, G. (2002). Gesundheitserziehung. In: Homfeldt, H.-G., Laaser, U., Prümel-Philippsen, U. & Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.), *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz - Strategien – wissenschaftliche Disziplinen* (S. 87-106). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- Hörmann, G. (2005) Gesundheitserziehung (Grundschule). In : Einsiedler, W., Götz, M., Hacker, H., Kahlert, J., Keck, R.W. & Sandfuchs, u. (Hrsg.), *Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik*. 2. Auflage (S. 689-696). Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Homfeldt, H.-G., Laaser, U., Prümel-Philippsen, U. & Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.). (2002) *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz - Strategien - wissenschaftliche Disziplinen*. Neuwied, Kriftel: Luchterhand.

- Hundeloh, H. (2006) Und wie gesund ist ihre Schule? In: : *Pluspunkt. Sicherheit und Gesundheit in der Schule*. Ausgabe 4. November 2006 (S. 6-8). Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe. Wiesbaden: Universum.
- Hurrelmann, K. (1992). Konzepte der Gesundheitsförderung. in Schulen. In: *Gesundheitsförderung. in Schulen - Materialband*, zusammengestellt für die WHO-Tagung vom 17.-19. November 1992 in Magdeburg.
- Hurrelmann, K. (2000) *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Klauert, K. (Hrsg.) (2000). *Wie Kinder gesund bleiben. Kleines Gesundheitslexikon für Kindergarten und Grundschule*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2004.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber
- Haarmann, D. (Hrsg.). (2000). *Grundschule Band 2. Fachdidaktik: Inhalte und Bereiche grundlegender Bildung*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Isenbort-Mäder, B. (2000). Ernährungsprobleme. In: Hurrelmann, K. & Klauert, K. (Hrsg.), *Wie Kinder gesund bleiben. Kleines Gesundheitslexikon für Kindergarten und Grundschule* (S. 59-63). Weinheim, Basel: Beltz.
- Jacob, W. & Schipperges, H. (Hrsg.). (1981). *Kann man Gesundsein lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung*. Stuttgart: Gentner.
- Kähner, H. (2006). Kooperation Ärzte-Lehrer führt zu guten Erfolgen. In: *Rheinisches Ärzteblatt. Heft 3 / 28.2.06. 60. Jahrgang* (S. 18-19). Greven: WWF.
- Kaupert, A. & Rieländer, M. In Rieländer, M., Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld* (S. 150-165). Bericht der 2. Tagung „Psychologen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie ergänzende Beiträge. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Kirch, K. M. (1991). *Wie neugeboren durch Sauna: Abschalten, entschlacken, erholen; Saunabaden richtig gemacht; Ärztlicher Rat für Gesundheitsbewusste*. München: Gräfe und Unzer.
- KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.) (2006). *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Knörzer, W. (Hrsg.). (1994). *Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Haug.
- Knoll, J.H. (Hrsg.). (1997). *Internationales Jahrbuch der Erwachsenenbildung*. Band 25. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Koch, A. (1991). *Gesundheitslernen: Programme, Konzeptionen, TeilnehmerInnen*. Essen: Verlag Die blaue Eule.
- Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.). (2006). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim, München: Juventa.
- Kompetenzzentrum für Sport und gesunde Lebensführung OWL e.V. (Hrsg.). (2006). *Gesundheit braucht Bewegung. Qualitätsgesichert-wohnortnah-attraktiv. Zertifizierte Angebote in Ostwestfalen 2006*. Detmold: A & C Welchert.
- Koschade, A. & Vollmers, F. (2006). Eine Branche explodiert. In: *Frankfurter Allgemeine. Hochschulanzeiger Karriere studieren*. Frankfurt am Main: Frankfurter Allgemeine Zeitung.
- Kottmann, L., Küpper, D. & Pack, R.-P. (2005). *Bewegungsfreudige Schule. Schulentwicklung bewegt gestalten – Grundlagen, Anregungen, Hilfen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Kränzl-Nagl, R. & Wilk, L. (2000). Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Befragungen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren soziale und personale Wünschbarkeit. In: Behnken, I. & Zinnecker, J. *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszusammenhänge zur kindlichen Perspektive* (S. 59-75). Weinheim, München: Juventa.
- Krause, E. & Monzer, L. Schritte zur gesunden Schule. In: Rütten, A. & Rausch, L. (Hrsg.). (1996). *Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft. Konzepte und Perspektiven* (S. 143-148). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit. (Hrsg.). (2004). *Wegweiser Kindergesundheit*. Gütersloh: Kreis Gütersloh.
- Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit. (Hrsg.). (2005). *Gesundheitsbericht 2004. Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh*. Gütersloh: Mediacopy.

- Kreis Lippe. (2006). Leitlinien für die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Lippe. Detmold: Kreis Lippe.
- Kruse, A. (2001). Aktivität und Altern aus gerontologischer Sicht. In: Daus, R., Emrich, E., Igel, C. & Kindermann, W. (Hrsg.). *Aktivität und Altern*. Schorndorf: Hofmann.
- Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.). (1974). *Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen*. Sachunterricht. Ratingen, Kastellaun, Düsseldorf: Henn.
- Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, AOK in Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.). (1989). *Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport. Handreichung für die Primarstufe*. 2. Auflage. Bonn: AOK-Verlag.
- Kurth, B.-M. (2006). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2006-49. (S. 1050-1058). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 176-202). Weinheim, Basel: Beltz.
- Laaser, U., Wolters, P. & Kaufmann, F.X. (Hrsg.). (1990). *Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public-Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: Springer.
- Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen. (2005). *Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen - Eine Investition in Lebensqualität*. Düsseldorf: Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) NRW. (2006). *Die Gesundheit von Kindern in OWL*. Bielefeld: Iögd.
- Langbein, K., Mühlberger, M. & Skalnik, C. (1995). *Kursbuch Lebensqualität*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- LBS-Initiative „Junge Familie“ (Hrsg.). (2006). *LBS-Kinderbarometer. Wohnen in NRW*. Münster: LBS.
- Leder, G., Lüttge, D., Pöppel, K.G. & Wichard, R. (Hrsg.) (1990). *Hildesheimer Beiträge zu den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. Studien - Texte Entwürfe*. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms
- Lehner, I.M. (1991). *Fühlst du dich nicht wohl? Gesundheitsförderung im Kindergarten*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lipski, J. (2000). Zur Verlässlichkeit der Angaben von Kindern bei standardisierten Befragungen. In: Behnken, I. & Zinnecker, J. *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszusammenhänge zur kindlichen Perspektive* (S. 77-86). Weinheim, München: Juventa.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Lutz-Dettinger, U. (1979). *Gesundheitserziehung und Hygiene in Kindergarten, in Schule und Unterricht. Band 1*. Paderborn: Schöningh.
- Mehr Zeit für Kinder e.V. (Hrsg.). (2006). *Gesund groß werden. Ergebnisse der Elternbefragung*. Unveröffentlichte dokumentation. Frankfurt: Mehr Zeit für Kinder e.V.
- Michel, J. (2007). *Regierung setzt Deutsche auf Diät*. In: Berliner Zeitung Nr. 108 vom 10.05.2007 (S.1). Berlin: Berliner Zeitung.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.). (2002). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2002*. Bielefeld: Iögd.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.). (2005). *Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW. Version 2.0*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1999). *Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen. Sport*. Frechen: Ritterbach.

- Ministerium für Schule; Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (MSWF NRW). (2004). *Richtlinien und Lehrpläne für die Sekundarstufe I – Hauptschule in Nordrhein-Westfalen. Sport* (unveränderter Nachdruck). Frechen: Ritterbach.
- Müller, C. (1999). *Bewegte Grundschule, Aspekte einer Didaktik der Bewegungserziehung als umfassende Aufgabe der Grundschule*. Sankt Augustin: Academia.
- Nahrstedt, W. (1989). *Die Wiederentdeckung der Muße: Freizeit und Bildung in der 35-Stunden-Gesellschaft*. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag Burgbücherei Schneider.
- Nahrstedt, W. (2003). Pädagogik der Freizeit & Gesundheit / Wellness. In: Popp, M. & Schwab, M. (Hrsg.), *Pädagogik der Freizeit. Basiswissen Pädagogik. Pädagogische Arbeitsfelder. Band 6* (S. 65-106). Hohengehren: Schneider.
- Nahrstedt, W. (2008). *Wellnessbildung. Gesundheitssteigerung in der Wohlfühlgesellschaft*. Berlin: Erich Schmidt.
- Nahrstedt, W., Boetzel, C., Diedrichsen, N. & Schlichting, M. (Hrsg.) (2005). *Die WellnessAkademie. Innovationsmotor für Gesundheits- und Wellnessregionen – Beispiel Wellnessakademie Lippe*. Bremen: IFKA
- Nahrstedt, W., Hey, B. & Florek, H.-C. (Hrsg.). (1984). *Freizeitdidaktik. Vom lehrerzentrierten Unterricht zum selbstorganisierten Lern-Environment. Teil 2. Freizeitdidaktik einzelner Problembereiche und Handlungsfelder*. Bielefeld: Pfeffersche Buchhandlung.
- Nahrstedt, W., Steinecke, A. & Thevis, W. (Hrsg.). (1987). *IFKA-Schriftenreihe. Band 4. Aktivspielplätze in der Bundesrepublik Deutschland. Einzeldarstellungen und Gesamtüberblick*. Bielefeld: IFKA.
- Neue Westfälische. (2006). Deutsche Pfundskerle machen's Europa schwer. Artikel vom 21.2.2007 (S. 1). Bielefeld: Neue Westfälische.
- Neue Westfälische. (2007). Chronisch positiv. Übergewicht ist in Deutschland der Normalzustand. In: *nw gesund* vom 15.07.2007 (S. 4). Bielefeld: Küster Nachf. + Pressedruck.
- Neue Westfälische. (2007). Deutsche wollen gesund sein. In: *nw gesund* vom 17.01.2007 (S. 6). Bielefeld: Küster Nachf. + Pressedruck.
- Niedersächsisches Kultusministerium. (1991). *Empfehlungen zur Gesundheitserziehung in allgemeinbildenden Schulen. Formen der Umsetzung von Gesundheitserziehung in der Schule*. Hannover: Niedersächsisches Kultusministerium.
- Nilshorn, I. & Schminder, C. (2005). *Die gute gesunde Schule gestalten. Stationen auf dem Weg der Schulprogrammentwicklung*. Gütersloh: Verlage Bertelsmann Stiftung.
- Opaschowski, H.W. (1993). *Freizeit und Lebensqualität. Band 11 der Schriftenreihe zur Freizeitforschung*. Hamburg: B.A.T. Freizeit-Forschungsinstitut.
- Opus NRW (Hrsg.). (2003). *Landesprogramm Opus NRW. Netzwerk Bildung und Gesundheit*. Essen: Opus NRW.
- Papenkort, U. (2002). Gesundheitsbildung. In: Homfeldt, H.-G., Laaser, U., Prümel-Philippsen, U. & Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.), *Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz - Strategien - wissenschaftliche Disziplinen* (S. 107-126). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- Pfau, D. (1997). Gesundheitserziehung in der Schule. In: Knoll, J.H. (Hrsg.), *Internationals Jahrbuch der Erwachsenenbildung*. Band 25 (S. 57-62). Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Pfeuffer, P. (1988) Grundlegung sozialer Handlungsfähigkeit und -bereitschaft. In: Schorch, G. (Hrsg.), *Grundlegende Bildung: Erziehung und Unterricht in der Grundschule* (S. 70-84). Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Pohle, C. (1994). *Gesundheitsbewusstsein: theoretische und empirische Analysen unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung und Entspannung*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Lang.
- Popp, M. & Schwab, M. (Hrsg.). (2003). *Pädagogik der Freizeit. Basiswissen Pädagogik. Pädagogische Arbeitsfelder. Band 6*. Hohengehren: Schneider.
- Posse, N. & Brägger, G. (2006). Schule neu denken. In: *Pluspunkt. Sicherheit und Gesundheit in der Schule* (S. 3-5). Ausgabe 04.11.2006. Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe. Wiesbaden: Universum.

- Rauch, F. (1998). *Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Innsbruck, Klagenfurt, Wien*. Arbeitstagung im Programm „Gesunde Schule“ der Robert-Bosch-Stiftung.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N. & Settertobulte, W. (2006). *Was fördert das gesunde Aufwachsen von Kindern in Familien? Eine qualitative Studie im Auftrag der AOK-Die Gesundheitskasse und des stern*. Durchgeführt von der Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (GE-F-A-S), Gütersloh unter wissenschaftlicher Leitung des WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion der Universität Bielefeld. Kurzbericht zur Studie.
- Reuter, U. & Höcker, G. (1977). *Schüler und Gesundheit. Verhalten, Einstellungen, Wissen*. Stuttgart: Klett.
- Rieländer, M., Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.). (1995). *Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld*. Bericht der 2. Tagung „Psychologen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie ergänzende Beiträge. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Robert Bosch-Stiftung. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“*. Ergebnisse und Empfehlungen. Stuttgart: Robert Bosch-Stiftung.
- Robert Koch-Institut. (Hrsg.). (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rothenfluh, E. (1992). *Gesundheitserziehung in den Schulen. Ziele und Inhalte für Kindergärten, Volksschule, Gymnasium und Berufsschule*. Aarau, Frankfurt am Main, Salzburg: Sauerländer.
- Rudin, D. (2001). *Bewegung, Ernährung, Entspannung - ein Konzept der schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung*. Vortrag Frühjahrskademie Göttingen.
- Rütten, A. & Rausch, L. (Hrsg.). (1996). *Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft. Konzepte und Perspektiven*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Schäfer, G. (1992). Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern. In: Trojan, A. & Stumme, B. *Gesundheit fördern statt kontrollieren* (S. 50-71). Frankfurt a. M.
- Sheftschik, A. (2003). *Wellness lernen. Freizeitdidaktik in der Gesundheitsbildung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Schega, L.: Gesundheitsförderung durch ein ambulantes Gesundheits- und Rehabilitationszentrum. In: Rütten, A & Rausch, L. (Hrsg.), *Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft. Konzepte und Perspektive* (S. 110-117). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Schipperges, H. (1982). *Der Arzt von morgen: Von der Heiltechnik zur Heilkunde*. Berlin: Severin und Siedler.
- Schirmmayer, F. (2004) *Das Methusalem-Komplott*. 6. Auflage. München: Karl Blessing.
- Schlicht, W. (1995). *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Schorch, G. (Hrsg.). (1988). *Grundlegende Bildung: Erziehung und Unterricht in der Grundschule*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Schwaner-Heitmann, B. (1995). *Schulreform konkret. Auf dem Weg zu einer gesunden Schule*. Hohengehren: Schneider.
- Schubert, S., Strotmann, W. (2006). *Kommunikation als pädagogische Dimension von Wellness*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bielefeld.
- Sommer, D., Altenstein, C., Kuhn, D. & Wiesmann, U. (2006). *Gesunde Schule. Gesundheit - Qualität - Selbstständigkeit*. Frankfurt am main: mabuse.
- Specke, H.K. (2005). *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten - Fakten - Akteure*. 3. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Stadtfeld, F. (Hrsg.). (1993). *Europäische Kurorte. Fakten und Perspektiven*. Limburgerhof: FBV Medien-Verlags GmbH.
- Tossmann, H.-P. (1995). *Gesundheitsförderung in der Grundstufe*. Praxisbeispiele für Suchtprävention. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.
- Trökes, A. (2006): Viele Wege führen zum „Omm“. In: *stern gesund leben* 6/2006. Hamburg: Gruner.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. *Schule isst gesund. NRW fördert gesunde Ernährung in Schulen*. Ohne Jahresangabe.
- Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.). (2001). *gesucht: Wellness*. Düsseldorf: Verbraucher-Zentrale NRW.

- von Troschke, J. (1993). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Vorlesungsskript Treumann: *Einführung in die Fallforschung*. SS2005 Universität Bielefeld.
- Waller, H. (1995). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Waller, H. (1997). *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis*. 4. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Walter, H. (1977). *Einführung in die Unterrichtsforschung. Methodologische, methodische und inhaltliche Probleme*. Darmstadt: wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Welker, L. (1981). Gesundheit als pädagogischer Auftrag. In: Jacob, W. & Schipperges, H. (Hrsg.). *Kann man Gesundsein lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung* (S. 99-111). Stuttgart: Gentner Verlag.
- Winkler, U. (1998). *Entspannungssequenzen im Unterricht: Psychohygiene in der Schule*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (wiad). (2003). *WIAD-AO-DSB-Studie II. Bewegungstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Frankfurt: Deutscher Sportbund (Hrsg.).
- Wöhler, K.H. (1993). Müssen sich Kurorte umprofilieren? In: Stadtfeld, F. (Hrsg.), *Europäische Kurorte. Fakten und Perspektiven* (S. 13-28). Limburgerhof: FBV Medien-Verlags GmbH.
- World Health Organisation. (Hrsg.). (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Wutz, E. (2000). Gesundheitserziehung in der Schule aus der Sicht des bayerischen Kultusministeriums. In: Amberger, H. (Hrsg.), *Bewegte Schule: Schulkinder in Bewegung* (S. 9-14). Schorndorf: Hofmann.
- Wydra, G. (1996). Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln: sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports. Schorndorf: Hofmann.
- Zellmann, P. (2003) Pädagogik der Freizeit & Schule. In: Popp, M. & Schwab, M. (Hrsg.), *Pädagogik der Freizeit. Basiswissen Pädagogik. Pädagogische Arbeitsfelder. Band 6* (S. 44-64). Hohengehren: Schneider.
- Zentrum für Lehrerbildung der Universität Bielefeld. Möhle, V. (2007). *Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in fachübergreifenden Lehramtsstudiengängen*. Unveröffentlichtes Dossier Universität Bielefeld.
- Zimbardo, P.G. (1983). *Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag.

12 Verzeichnis der Internetquellen

- <http://www.ad-hoc-news.de/Politik-News/de/13395326/Bundesl%E4nder-lehnen-Schulfach-Kochen-ab> (Zugriff vom 27.09.2007)
- <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/12/18/228a0804.asp?cat=/politik/krankenkassen> (Zugriff vom 06.04.2007)
- <http://www.aid-macht-schule.de/10.php> (Zugriff vom 01.04.2007)
- http://www.anschub.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-2CC33141/anschub/Kinder-_und_Jugendgesundheit.pdf (Zugriff vom 01..04.2007)
- <http://www.anschub.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-2CC33141/anschub/hs.xsl/eltern.htm> (Zugriff vom 01.04.2007)
- <http://www.apug.de/apug/index.htm> (Zugriff vom 09.04.2007)
- <http://www.apug.de/kinder/index.htm> (Zugriff vom 01.04.2007)
- <http://archiv.tagesspiegel.de/> (Zugriff vom 04.04.2007)
- <http://www.barfusspark.info/fuehlpfad/index.htm> (Zugriff vom 06.04.2007)
- http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Sport_20und_20Ern_C3_A4hrung/Deutschland__bewegt__sich/DBS.html (Zugriff vom 04.04.2007)
- http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_84695.htm (Zugriff vom 21.03.2008)
- <http://www.bi-info.de/bielefeld/owl/kur.htm> (Zugriff vom 08.07.2007)
- <http://www.bildungscnt.de/2111.html> (Zugriff vom 09.04.2007)
- http://www.bmelv.de/cIn_045/nn_749972/DE/12-Presse/Pressemitteilungen/2007/174-Fruehstueck.html__nnn=true (Zugriff vom 21.03.2008)
- <http://www.bundeselternrat.de/index.php?id=87> (Zugriff vom 09.04.2007)
- <http://www.bzga.de/?uid=9531924147fda5d9c6d049ed7dc1c46b&id=medien&sid=73> (Zugriff vom 01.04.2007)
- http://www.campusnaturalis.de/root_service/Ayurveda_in_der_Schule.php (Zugriff vom 05.04.2007)
- <http://www.cma.de/content/wissen/schule-wissenschaft.php> (Zugriff vom 01.04.2007)
- <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/3/index.html> (Zugriff vom 18.07.2007)
- http://www.dgkjp.de/InfoElternPatienten.php?ID_Sub=100050&display=8161&displayback=8141 (Zugriff vom 26.06.2007)
- http://www.dsft-berlin.de/Megatrend_Wellness_-_erfolgreich_profitieren!/_Info-5-327-4-4.0.html (Zugriff vom 09.04.2007)
- <http://www.erlebniskiste.de/> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://ernaehrungsstudio.nestle.de/start/home/?sid=d0a55104-f799-4404-9966-9e8399fe8a6c> (Zugriff vom 28.06.2007)

<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/> (Zugriff vom 04.04.2007)

<http://www.fitamball.de/> (Zugriff vom 13.03.2008)

<http://www.focus.de/schule/gesundheit/ernaehrung> (Zugriff vom 09.04.2007)

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=f46bdef76fbc2e5948905dfd17&id=suche1&ssub=2&nr=12> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=8400cd84288811efc21ad8ce4375ca92&id=suche> (Zugriff vom 01.04.2007)

<http://www.gesundmachtschule.de/> (Zugriff vom 05.04.2007)

<http://www.gesundheit-nds.de/downloads> (Zugriff vom 18.07.2007)

http://www.gesundheit.nrw.de/content/e19/e2803/e3229/index_ger.html (Zugriff vom 05.07.2007)

<http://www.gutdrauf.net/index.php?sect=1&docid=004> (Zugriff vom 05.07.2007)

http://www.guteundgesundeschule.de/gugs_full/v_hurrelmann.htm (Zugriff vom 03.04.2007)

http://www.hs-magdeburg.de/studium/s-studienangebot/b_gesundheitsfoerderung (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.ifka.de/frameset.htm> (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.just-sports.de/movie.html> (Zugriff vom 09.04.2007)

<http://www.kiggs.de/studie/index.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.kika.de/kika/eltern/spotfit/index.shtml> (Zugriff vom 03.04.2007)

<http://www.kinder-leicht.net/> (Zugriff vom 01.04.2007)

<http://www.kinderyoga.de> (Zugriff vom 26.06.2007)

<http://www.klasse2000.de> (Zugriff vom 13.03.2008)

<http://www.klasse2000.de/seiten/konzept.php> (Zugriff vom 03.04.2007)

http://www.kneipp-institut.de/medical_wellness.html (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://kulturtechnik.know-library.net/> (Zugriff vom 19.04.2007)

<http://kunden.interface-medien.de/fke/content.php?seite=seiten/inhalt.php&details=7> (Zugriff vom 06.07.2007)

<http://www.landesverkehrswacht.de/fileadmin/downloads/Wissensblaetter/Wissensblatt10moveit.pdf> (Zugriff vom 13.03.2008)

<http://www.lbs.de/west/die-lbs/junge-familie/veroeffentlichungen> (Zugriff vom 19.04.2007)

http://www.learn-ine.nrw.de/angebote/schulsport/info/01_schulsportentwicklung/bewegteschule04/infos.html
(Zugriff vom 20.07.2007)

http://www.lehrerfortbildung.brdt.nrw.de/061gesu/sport_49_2/18.pdf (Zugriff vom 01.04.2007)

<http://lexikon.meyers.de/meyers/Rehabilitation> (Zugriff vom 29.06.2007)

<http://www.lippe.de/mehr-unternehmen.htm> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.lippe.de/new/formulare/print/31Praxisbericht%203.1.pdf> (Zugriff vom 28.06.2007)

<http://www.loegd.nrw.de/gesundheitspolitik/frameset.html> (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.lvb.westfalen.jugendherberge.de/finnentrop.heggen/> (Zugriff vom 20.07.2007)

<http://www.markt-studie.de/studien/wellness-2015-zaubermarkt-ohne-zauberkraft-p-3263.html> (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.medical-wellness-kongress.de/kongress.php> (Zugriff vom 03.04.2007)

http://www.medi-wellness.de/wellness/wellness_arbeitsmarkt.php (Zugriff vom 25.06.2006)

http://www.medizinauskunft.de/artikel/aktuell/2006/30_03_schlaf_uebergewicht.php (Zugriff vom 04.04.2007)

<http://www.medusana.de/> (Zugriff vom 19.01.2006)

<http://www.mobydicknetzwerk.de/> (Zugriff vom 18.07.2007)

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (Zugriff vom 29.06.2007)

<http://openpr.de/news/100048/Schulen-vermitteln-Kindern-kein-gesundes-Leben.html> (Zugriff vom 05.04.2007)

<http://www.optipage.de/ewu/html/methode.html> (Zugriff vom 09.04.2007)

<http://www.peb-und-pebber.de/index.php?id=31> (Zugriff vom 03.04.2007)

<http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=162> (Zugriff vom 05.07.2007)

<http://www.quaas.de/Fachbereiche/Wellness/tabid/541/portamid/0/Default.aspx> (Zugriff vom 03.04.2007)

<http://www.regiovital-mv.de/> (Zugriff vom 09.04.2007)

<http://www.schulen-luzern.ch/entlebuch/mainfram.htm> (6.4.)

http://www.schuleplusessen.de/cms/front_content.php?idcat=17 (Zugriff vom 01.04.2007)

<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/Konzepte/L53/L5351.htm> (Zugriff vom 29.06.2007)

<http://www.spiegel.de/schulspiegel/ausland/0,1518,446806,00.html> (Zugriff vom 07.11.2006)

<http://www.teuto-wellness.htm> (Zugriff vom 03.04.2007)

<http://www.trinken-im-unterricht.de/> (Zugriff vom 09.04.2007)

<http://www.trinx.info/> (Zugriff vom 09.04.2007)

http://www.trinx.info/content.php?navigation=navigation_trinx.php&seite=trinx/downloads.php&rubrik=4
(Zugriff vom 09.04.2007)

http://www.ugb.de/e_n_1_139215_n_n_n_n_n_n.html (Zugriff vom 03.04.2007)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/definition.html> Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/gms.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/gms.html> (Zugriff vom 22.12.2007)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/step.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/index.html> (Zugriff vom 06.11.2007)

http://www.uni-bielefeld.de/sport/arbeitsbereiche/ab_iv/lehre/index1.html (Zugriff vom 04.07.2007)

<http://www.uni-duesseldorf.de/MedFak/nwph> (Zugriff vom 06.11.2007)

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MedFak/PublicHealth/wasistpublichealth/index.html> (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.uni-essen.de/kjp/html/obeldicks.html> (Zugriff vom 18.07.2007)

http://fb6www.uni-paderborn.de/evb/kinder_jugendliche.html (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.verbraucherzentrale-nrw.de/UNIQQ117647666313231/link26189A.html> (Zugriff vom 13.04.2007)

<http://www.vorwaerts.de> (Zugriff vom 05.04.2007)

<http://www.wellness.de/wellnesshotels/familie/index.php> (Zugriff vom 06.04.2007)

<http://www.wellnessverband.de> (Zugriff vom 09.04.2007)

http://www.wellnessverband.de/news/060814_fettewelt.php (Zugriff vom 08.09.2006)

http://www.wellnessverband.de/news/060819_ernaehrungahnungslos.php (Zugriff vom 08.09.2006)

http://www.who_int-1.htm (Zugriff vom 04.07.2007)

<http://www.wir-im-sport.de/templates/lsb/inhalt/show.php3?id=1833&nodeid=677> (Zugriff vom 02.04.2007)

<http://www.wisy-hamburg.de/kurse.php?sst=%22Wellnesstrainer%22&sth=32&so=o&id=28267> (Zugriff vom 06.04.2007))

<http://www.yoga-vidya.de/index.html> (Zugriff vom 06.04.2007))

<http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/3/0,1872,2074915,00.html> (Zugriff vom 04.04.2007)

<http://www.5amtag.de/index2.htm> (Zugriff vom 09.04.2007)

13 Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Risikofaktorenmodell nach Knörzer (1984, S. 38)

Abb. 2: methodische Grundsätze der Gesundheitspädagogik (nach Knörzer)

Abb. 3: Ziele der Gesundheitsbildung nach Schipperges

Abb. 4: Das Modell der gesunden Lebensführung nach Balz (1995)

Abb. 5: Dynamischer wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten nach Antonowsky

Abb. 6: Themen der Gesundheitserziehung (nach Bitterhof 1987)

Abb. 7: Verteilung der Schlaf- und Wachzeiten in verschiedenen Altersstufen nach Graf

Abb. 8: Einflussfaktoren auf die Gesundheit (nach Hazard 1994)

Abb. 9: Typen gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen nach Barkholz und Paulus

Abb. 10: Wellness-Modell von Ardell (nach Scheftschik, 2003)

Abb. 11: Treatment-Modell von Travis

Abb. 12: Wellnessbarometer nach dem Europäischen Wellness Modell (1990)

Abb. 13: Wellnessmodell nach Nahrstedt (1999)

Abb. 14: Dimensionen von Wellness

Abb. 15: Kriterien von Gesundheit und Krankheit (Wydra 1996)

Abb. 16: Übersicht über die Untersuchungsgruppe der Hauptuntersuchung

Abb. 17: Verlaufsplan der Untersuchung

Abb. 18: Anteil männlich / weiblich gesamt (n = 846)

Abb. 19: Bedeutung von Gesundheit nach OPUS / Kontrollgruppe (n = 846)

Abb. 20: Bekanntheit des Begriffs Wellness nach OPUS / Kontrollgruppe in Prozent (n = 846)

Abb. 21: Bekanntheit des Begriffs „OPUS-Schule“ in OPUS-Schulen in Prozent (n = 417)

Abb. 22: Kontakt mit Nikotin aller Schüler in Prozent (n = 844)

Abb. 23: Vorkommen chronischer Krankheiten bei allen Schülern in Prozent (n = 844)

Abb. 24: Habt ihr im Unterricht schon über Körperpflege gesprochen? Angaben in Prozent (n = 838)

Abb. 25: Habt ihr im Unterricht schon über Ernährung gesprochen? Angaben in Prozent (n = 842)

Abb. 26: Habt ihr im Unterricht schon über Ausruhen / Entspannung gesprochen? Angaben in Prozent (n = 841)

Abb. 27: Welche Sportarten betreibst du? Absolute Werte nach Nennungen (n = 950)

Abb. 28: Treibst du Sport im Verein? Angaben in Prozent (n = 818)

Abb. 29: Mindestens zweimal wöchentlich Schwimmbadbesuch? Angaben in Prozent (n = 822)

Abb. 30: Schulweg mit dem Fahrrad/zu Fuß oder per Bus/Auto (n = 833)

Abb. 31: Bewegst du dich in der Pause oder ruhst du dich aus? (n = 843)

Abb. 32: bevorzugte Benutzung der Treppe im Vergleich Kontrollgruppe / OPUS in Prozent (n = 836)

Abb. 33: Findest du den Schulsport anstrengend? (n = 821)

Abb. 34: Würdest du gern eine Kur besuchen? (n = 839)

Abb. 35: Würdest du in der Schule gern Zähne putzen? (n = 842)

Abb. 36: Würdest du nach dem Schulsport duschen? (n = 839)

Abb. 37: Würdest du gern Hausschuhe / Pantoffel tragen? (n = 840)

Abb. 38: Putzt du mindestens zweimal täglich die Zähne? (n = 841)

Abb. 39: Gehst du mindestens zweimal wöchentlich in die Dusche oder Badewanne? (n = 837)

Abb. 40: Warst du schon einmal in der Sauna? (n = 845)

Abb. 41: Welche Getränke nimmst du am Tag ein? (n = 805)

Abb. 42: Isst du mindestens dreimal wöchentlich Gemüse? (n = 840)

Abb. 43: Isst du täglich ein Stück Obst? (n = 841)

Abb. 44: Hast du schon einmal ein warmes Essen zubereitet? (n = 837)

Abb. 45: Nimmst du jeden Morgen zuhause ein Frühstück ein? (n = 842)

Abb. 46: Nimmst du ein Pausenbrot mit in die Schule? (n = 844)

Abb. 47: Isst du an mindestens drei Tagen in der Woche Süßigkeiten oder Chips? (n = 836)

Abb. 48: Wie viele feste Termine hast du in der Woche nach der Schule? (n = 823)

Abb. 49: Bist du schon einmal massiert worden? (n = 835)

Abb. 50: Wie viele Stunden verbringst du täglich vor dem Computer/PC-Spiel? (n = 809)

Abb. 51: Wie viel Zeit verbringst du täglich vor dem Fernseher? (n = 816)

Abb. 52: Machst du vor den Hausaufgaben eine Pause? (n = 835)

Abb. 53: Hast du ein eigenes Zimmer? (n = 844)

Abb. 54: Hat deine Familie einen eigenen Garten? (n = 843)

Abb. 55: Wann gehst du abends schlafen? (n = 836)

Abb. 56: Zusammenhang Geschlecht – Tabakkonsum

Abb. 57: Zusammenhang Geschlecht – Mitgliedschaft Sportverein (Kontrollschulen)

Abb. 58: Zusammenhang Geschlecht – Bewegungsdrang in den Pausen

Abb. 59: Zusammenhang Geschlecht – Wunsch nach einer Kur

Abb. 60: Zusammenhang Geschlecht – Tragen von Pantoffeln in der Klasse

Abb. 61: Zusammenhang Geschlecht – Saunabesuch

Abb. 62: Zusammenhang Geschlecht – Gemüseverzehr (Kontrollschulen)

Abb. 63: Zusammenhang Geschlecht – Obstverzehr (Kontrollschulen)

Abb. 64: Zusammenhang Geschlecht – Pausenbrot

Abb. 65: Zusammenhang Geschlecht – Verzehr von Süßigkeiten oder Chips (OPUS)

Abb. 66: Zusammenhang Geschlecht – genügend schulische Plätze zum Ausruhen (OPUS)

Abb. 67: Zusammenhang Geschlecht – Computernutzung

Abb. 68: Zusammenhang Geschlecht – Fernsehernutzung (OPUS)

Abb. 69: Zusammenhang Geschlecht – Schlafenszeiten

Abb. 70: Zusammenhang Hygieneunterricht – Einstellung zur Kur

Abb. 71: Zusammenhang Hygieneunterricht – Wunsch nach Zahnpflege in der Schule

Abb. 72: Zusammenhang Hygieneunterricht – regelmäßiges Baden oder Duschen

Abb. 73: Zusammenhang Hygieneunterricht – Saunabesuch (OPUS)

Abb. 74: Zusammenhang Hygieneunterricht – Hausschuhe in der Schule (OPUS)

Abb. 75: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Gemüseverzehr

Abb. 76: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Obstverzehr (OPUS)

Abb. 77: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Verzehr von Süßigkeiten oder Chips

Abb. 78: Zusammenhang Ernährungsunterricht – eigene Zubereitung von warmen Speisen (OPUS)

Abb. 79: Zusammenhang Ernährungsunterricht – tägliches Frühstück im Elternhaus

Abb. 80: Zusammenhang Ernährungsunterricht – Mitnahme eines Pausenbrot (OPUS)

Abb. 81: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Ausruhplätze in der Schule (OPUS)

Abb. 82: Zusammenhang Entspannungsunterricht - Pause vor den Hausaufgaben (OPUS)

Abb. 83: Zusammenhang Entspannungsunterricht – feste Termine pro Woche (OPUS)

Abb. 84: Zusammenhang Entspannungsunterricht – tägliche Fernsehzeiten (OPUS)

Abb. 85: Zusammenhang Entspannungsunterricht – tägliche Computernutzung

Abb. 86: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Erfahrung mit Massage (OPUS)

Abb. 87: Zusammenhang Entspannungsunterricht – Schlafenszeit (OPUS)

Gesundheits- und Wellness-Erziehung in der Primarstufe

**Theoretische Grundlagen und didaktische Strukturen
Vergleichende Untersuchung der Transferwirksamkeit
pädagogischer Konzepte an Grundschulen und OPUS-
Grundschulen in Ostwestfalen/Lippe**

Anhang

Inhalt

1. Stellungnahmen der Kurorte

- 1.1 Bad Aachen
- 1.2 Bad Berleburg
- 1.3 Bad Driburg
- 1.4 Bad Pyrmont
- 1.5 Bad Salzuflen
- 1.6 Bad Münstereifel
- 1.7 Brilon
- 1.8 Nieheim
- 1.9 Schleiden

2. Stellungnahmen der Verbände

- 2.1 Deutscher Wellness Verband
- 2.2 Deutscher Sauna Bund
- 2.3 Deutscher Heilbäderverband
- 2.4 Deutscher Jugendherbergsverband
- 2.5 Institut für Lehrerfortbildung NRW

3. Stellungnahme der politischen Institutionen

- 3.1 Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz
- 3.2 Die Linke
- 3.3 FDP I
- 3.4 FDP II
- 3.5 CDU I
- 3.6 CDU II
- 3.7 Bündnis90 / Grüne

4. Stellungnahmen von Privat-Instituten

- 4.1 Gesundheitsakademie Lippe
- 4.2 Lippe-Tourismus
- 4.3 Grundschule Berlin
- 4.4 Kneipp-Institut I
- 4.5 Kneipp-Institut II

5. Erhebungsinstrumente

- 5.1 Schülerfragebogen
- 5.2 Leitfaden Schulleiter-Interview
- 5.3 Leitfaden Eltern-Interview

1.1

Sehr geehrter Herr Strotmann,

die Rehaklinik "An der Rosenquelle" in Aachen-Burtscheid ist ausschließlich auf die Behandlung älterer Patienten ausgerichtet, was nicht zuletzt seine Ursache in der Art der bestehenden Verträge mit Kostenträgern hat.

Deswegen können wir Ihnen für Ihr Forschungsvorhaben leider keine entsprechenden Daten bzw. Erfahrungswerte liefern.

Dennoch wünschen wir Ihnen für Ihre wissenschaftliche Untersuchung alles Gute und verbleiben

mit freundlichem Gruß

i.A. Dr. Curt Creutz
Verwaltungsleiter
Rehaklinik "An der Rosenquelle"
Kurbrunnenstraße 5
52066 Aachen
Eine Einrichtung der
Kath. Stiftung Marienhospital Aachen

Telefon: (02 41) 60 07-5 17
Telefax: (02 41) 60 07-5 27
E-Mail: Curt.Creutz@rosenquelle.de
Internet: www.rosenquelle.de
16.02.2006

1.2

----- Original Message -----

To: 'Wolfgang Strotmann'

Sent: Thursday, February 16, 2006 11:48 AM

Subject: AW: Anfrage zur Kurangeboten für Kinder

Guten Tag Herr Strotmann,

nach Rücksprache mit der hiesigen Wittgensteiner Kliniken AG gibt es in Bad Berleburg keine entsprechenden Angebote!

Gruß

Ch. Althaus-Wuttke

Touristikverein "Bad Berleburg macht springlebendig"

Poststraße 44

57319 Bad Berleburg

Telefon: 0 27 51/93 63 -3

Fax: 0 27 51/93 63 -43

info@bad-berleburg-tourismus.de

1.3

Sehr geehrter Herr Strotmann,

herzlichen Dank für Ihre Anfrage.

In Bad Driburg werden leider keine Kinderkuren angeboten.

Weder in den Reha-Kliniken noch im Therapiezentrum ist man auf diese Altersklasse von 6-10 jährigen eingestellt.

Falls Sie trotzdem an einem Ortsprospekt interessiert sind, schreiben Sie mir doch eine kurze Mail.

Ich wünsche Ihnen für Ihr Forschungsvorhaben alles Gute.

Mit freundlichem Gruß aus Bad Driburg

Christel Krawinkel

Gästeservice-Center

Gräfliches Gesundheits- und Fitness-Bad Bad Driburg

Brunnenallee

33014 Bad Driburg

Telefon(05253) 95 25 16

Fax (05253) 95 22 09

info@graefliches-gesundheitsbad.de

www.graefliches-gesundheitsbad.de

17.02.2006

1.4

Sehr geehrter Herr Strotmann,
das Staatsbad Pyrmont bietet explizit für Kinder im Grundschulalter folgenden Kurs an:

Autogenes Training für Kinder im Grundschulalter

Aufgrund unserer heutigen modernen Lebensweise entsteht für Kinder Stress, der sich nicht nur körperlich, geistig oder seelisch auswirken kann, sondern auch das Verhalten von Kindern beeinflusst. Das Motto heißt: Ausgleich schaffen!

Die Kombination von sportlicher Aktivität und Entspannungsübungen schaffen diesen Ausgleich. Sportliche Aktivität steigert das Wohlbefinden und bewirkt einen erhöhten Spannungsabbau. Entspannungsübungen müssen für Kinder erlebbar sein. In diesem Sinne wird das subjektive Empfinden verstärkt, die Kinder können den Entspannungszustand besser wahrnehmen. Entspannungsübungen verbessern somit das Körpergefühl und tragen zum „sich Wohlfühlen“ bei. Das Ziel dieses Kurses ist, über Entspannungsübungen und Sport das rhythmische Prinzip von Bewegung und Ruhe, Aktivität und Ausgleich kennen zu lernen.

Termine: jeweils montags

Kurs I: 06.02. – 27.03.2006

Kurs II: 11.09. – 13.11.2006

Uhrzeit: 15.00 bis 16.00 Uhr

Kursdauer: 8 x 60 Minuten

Kursleitung: Sabine Gerhard, Physiotherapeutin, Seminarleiterin Autogenes Training

Ort: Gesundheitszentrum „Königin-Luise-Bad“

Gebühr: 62,00 €

Anmeldung: „Königin-Luise-Bad“, Tel. 05281/15-1515

Weitere Angebote für diese Altersklasse sind mir nicht bekannt. Vielleicht wäre ein Kontakt mit der Stadt Bad Pyrmont hilfreicher? Evtl. hat das Schulamt nähere Informationen dazu?

Mit freundlichen Grüßen

Staatsbad Pyrmont

i. A. Beate Heise

Kur & Gast

Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH
Gesundheitszentrum "Königin-Luise-Bad" # Bombergallee 1 # 31812 Bad Pyrmont
Barbara Boecker # Kur- und Gästeberatung # Tel. (0 52 81) 15-1515 # Fax (0 52 81) 15-1780
eMail: Info@Staatsbad-Pyrmont.de

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Info-Zentrum Bad Pyrmont [mailto:info@badpyrmont.de]

Gesendet: Donnerstag, 16. Februar 2006 08:48

An: Barbara Boecker

Betreff: Fw: Badpyrmont.de - Kontakt - Kurangebote für Kinder

Mit freundlichen Grüßen

Regine Köpnick
Marketing-Assistentin

Bad Pyrmont Tourismus GmbH
Tel. 05281/940 520
Fax 05281/940 555
Europa-Platz 1, 31812 Bad Pyrmont
16.02.2006

1.5

Sehr geehrter Herr Strotmann,

leider kann ich Ihnen nur mitteilen, daß wir in Bad Salzuflen keine Gesundheitsangebote für Kinder haben.

Mit freundlichen Grüßen
Staatsbad Salzuflen GmbH
i. A. Gerda Kutsch
17.02.2006

1.6

----- Original Message -----

To: Wolfgang.Strotmann@gmx.de

Sent: Friday, February 17, 2006 2:48 PM

Subject: WG: Anfrage zur Kurangeboten für Kinder

Sehr geehrter Herr Strotmann,

Ihre Anfrage zu speziellen Kurangeboten für Kinder Im Grundschulalter ist an mich weitergeleitet worden. Meine Nachfrage bei den Kurhäusern mit angeschlossener Kurmittelabteilung in Bad Münstereifel hat ergeben, dass keines der Häuser für diese Zielgruppe Angebote bietet. Die Angebote sind für Kuren von Erwachsene geeignet und um Kuren für Kinder anbieten zu können, sind natürlich auch die Voraussetzungen, die nötig sind ganz andere als für Erwachsenenkuren.

Für Ihre Doktorarbeit wünsche ich Ihnen dennoch viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Jeannette Bünger

Stadt Bad Münstereifel
- Kurverwaltung -
Kölner Straße 13
53902 Bad Münstereifel

Telefon (02253) 542244
Telefax (02253) 542245
mailto:touristinfo@bad-muenstereifel.de

1.7

----- Original Message -----

To: Wolfgang Strotmann

Sent: Tuesday, February 21, 2006 1:50 PM

Subject: AW: Anfrage zur Kurangeboten für Kinder

Sehr geehrter Herr Strotmann,

gerne helfen wir Ihnen bei Ihrer Doktorarbeit.

Brilon hat leider keine speziellen Kurangebote oder Maßnahmen für Kinder im Grundschulalter.
Daher können wir Ihnen diesbezüglich keine Informationen zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Brilon Touristik

i.A. Tina Eilinghoff

1.8

stadt nieheim:

telefonische rückmeldung am 16.2.

keine angebote für kinder

1.9

-----Original Message -----

From: "Klaus Stüber" <klaus.stueber@vr-web.de>

To: <Wolfgang.Strotmann@gmx.de>

Sent: Thursday, February 23, 2006 3:39 PM

Subject: Re: Kurangebote für Kinder

Hallo Herr Strotmann,
manchmal laufen Wünsche und Realität etwas auseinander: ich bin als hiesiger Kneipp-Vorsitzender und Grundschullehrer mit viel Sport natürlich interessiert, die Gesunderziehung optimal in die Tat umzusetzen. Doch angebotene Fortbildungen konnten bislang nicht angenommen werden, weil sie entweder zu weit weg lagen oder terminlich nicht mit dem Schulplan vereinbar waren. So bleibt mir persönlich nur weiterhin Einzelkämpferdasein übrig, was ich mit Übungsformen aus Pressepublikationen und Krankenkassenbroschüren anreichere (Bilder und Texte zu verschiedenen Übungsformen, z.T. sogar selbst gemalt, damit die Kinder selbsttätig üben können.)

Leider kann ich Ihnen da gar nicht weiterhelfen, wünsche aber viel Erfolg für Ihre Arbeit

MfG

Klaus Stüber

2.1

Sehr geehrter Herr Strotmann,

leider kann ich Ihnen zu Ihrer Forschungsfrage keine Beiträge liefern. Wir werden voraussichtlich im November 2007 einen Workshop zum Thema "Kinderwellness - Wellness für Kinder?" veranstalten. Bislang wurde die Gesundheitserziehung im Rahmen des schulischen Systems von uns nicht untersucht und auch nicht beeinflusst. Wir sind jedoch der Meinung, dass Gesundheitswissen und Verhaltenskompetenzen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der schulischen Erziehung deutlich mehr berücksichtigt werden müssen, um die drohenden chronischen Erkrankungen der jungen Generationen in ihrer Wucht zu dämpfen.

Mit freundlichen Grüessen
Lutz Hertel
Vorstandsvorsitzender
DEUTSCHER WELLNESS VERBAND e.V.

Neusser Str. 35
D-40219 Duesseldorf
GERMANY

Tel. +49 (0) 211 168 20 90 (direkt: 9 54 28 05)
Fax +49 (0) 211 168 20 95

hertel@wellnessverband.de
<http://www.wellnessverband.de>
26.3.2007

2.2

Sehr geehrter Herr Strotmann,

leider kann ich Ihnen Ihre Frage nicht beantworten. In einer Befragung von Besuchern öffentlicher Saunabäder haben wir auch 1994 und 2000 nach dem Saunabesuch von Kindern gefragt. 1994 (22.559 Befragte) nahmen 5,3 % der Saunabesucher Kinder mit; 2000 (16.762 Befragte) waren es 4,7 %.

Mit freundlichen Grüßen

Rolf-A. Pieper

Deutscher Sauna-Bund e.V.
Kavalleriestraße 9
33602 Bielefeld

Telefon: 0521/96679-15
Telefax: 0521/96679-19
www.sauna-bund.de
29.01.2007

2.3

Sehr geehrter Herr Strotmann,

vielen Dank für Ihre Nachfrage, zeigt es uns doch, dass man den Deutschen Heilbäderverband i.S. "Gesundheit" wahrnimmt.

Als Dachverband der Regionalverbände sind wir leider nicht im einzelnen über solche regionalen Leistungsangebote informiert. Ich würde Ihnen daher raten, sich mit dem Nordrhein Westfälischen Heilbäderverband, Sitz in BAd Sassendorf, in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Bodo K. Scholz

Hauptgeschäftsführer

29.1.2007

2.4

Sehr geehrter Herr Strotmann,
die Jugendherberge in Finnentrop-Heggen trägt das Profil einer Gesundheitsjugendherberge und bietet z.B. mit "Fit for Family" Programme für Eltern mit Kindern an.

<http://www.jugendherberge.de/de/jugendherbergen/visitenkarte/jh.jsp?IDJH=358>

Sicher kann Ihnen die Jugendherberge bei Ihrer Recherche weiter helfen.

Mit freundlichen Grüßen

DJH Service GmbH

Christian Joemann

Assistent des Geschäftsführers / Marketing Reisen

DJH Service GmbH

Bismarckstraße 8

32756 Detmold

Tel.: +49 (0) 5231-7401-12

Fax: +49 (0) 5231-7401-74

mail: c.joemann@djh.de

web: www.djh-reisen.de

21.03.2006

2.5

Sehr geehrter Herr Strotmann,
vielen Dank für Ihre Anfrage vom 24.1.2007 an das Institut für
Lehrerfortbildung in Mülheim /Ruhr.
Leider kann ich Ihnen zu diesem Thema keine Unterlagen senden, das das
IfI dazu für Grundschulen bisher kein Angebot gemacht hat.
Viele Grüße!
Norbert Rauch
1.2.2007

3.1

vielen Dank für Ihre Mail vom 4. April. Bitte entschuldigen Sie die späte Antwort.
Anbei sende ich Ihnen die Eckpunkte des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbrau-
cherschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsman-
gel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten sowie die Regierungserklärung von Bundes-
minister Seehofer zur Ernährungspolitik am 10. Mai.

Mit freundlichem Gruß
Im Auftrag
Beate Kohnen
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz
Referat 221 - Ernährungspolitik, Ernährungsaufklärung -
Rochusstraße 1
53123 Bonn
Tel.: 0228/529 3712
Fax: 0228/529 4306
Mail: Beate.Kohnen@BMELV.Bund.de

5.6.2007

3.2

Sehr geehrter Herr Strotmann,

vielen Dank für Ihr Interesse an der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag.

Gegenwärtig gibt es zu dem von Ihnen konkret angesprochenen Thema weder in der Linkspartei noch in der WASG entsprechende Beschlüsse, aber einige Positionspapiere, die Ihren Gegenstand tangieren (sh. weiter unten). Nach Rücksprache mit unserer bildungspolitischen Sprecherin kann ich Ihnen folgendes mitteilen: Grundsätzlich halten wir Ihren Vorschlag zur Einführung eines Unterrichtsfaches "Gesundheitserziehung" in der Primarstufe für richtig. Wir wollen ja u.a. auch, dass im Rahmen von Ganztagschulen Kinder und Jugendliche die Möglichkeit haben, etwas über gesunde Ernährung zu lernen und die SchülerInnen sollen diese gesunde Ernährung (in Form von Schulspeisung) dann auch gleich praktisch "erfahren". Solch ein Lernen über gesunde Ernährung ist auch aus sozialen Gesichtspunkten wichtig: es gibt Studien, die nachweisen, dass z.B. Übergewicht ein Problem ist, von dem überproportional häufig Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Schichten betroffen sind. Auch vor diesem Hintergrund sollte die Gesundheitserziehung in der Schule/Primarstufe eine Rolle spielen. Ob das jedoch gleich ein extra Schulfach sein oder eine interdisziplinäre Angelegenheit (ganzheitliches Lernen) sein soll, ist für uns von untergeordneter Bedeutung. Unter http://sozialisten.de/partei/strukturen/agigs/ag_bildungspolitik/dokumente/view_html?zid=19055 finden Sie außerdem das Positionspapier der PDS von 2004 mit dem Titel "Umfassende Betreuung, Bildung und Erziehung im frühen Kindesalter - Positionen und Forderungen der PDS".

Und im Agrarkonzept der PDS gibt es die Forderung (letzter Anstrich), ... dass

- der vorbeugende gesundheitliche Verbraucherschutz neu organisiert sowie effizienter und sicherer gemacht wird. Er muss Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen haben. Die in der BRD relativ hohe Lebensmittelsicherheit muss weiter ausgebaut werden, insbesondere
- durch eine ständige Erweiterung der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet und
- deren Berücksichtigung bei den Produktions-, Sozial-, Umwelt- und Hygienestandards,
- die Durchsetzung von verbindlichen Qualitätssicherungssystemen und eine staatliche Produktionskontrolle in allen Stufen der Lebensmittelherstellung,
- Futtermittelsicherheit, die sich auf eine EU-verbindliche Positivliste stützt und die Anwendung von unzulässigen Leistungsförderern ausschließt,
- die Kennzeichnung bzw. offene Deklaration aller in die Produktion einfließenden Stoffe und die Anwendung von einheitlichen Gütesiegeln für Nahrungsmittel sowie Aufklärung und
- eine Gesundheitserziehung, die Veränderungen in der Ernährungsweise unterstützen.

...

In den Medien wird unsere Politik kaum und wenn doch, oft nicht adäquat dargestellt. Unsere Internetseiten www.linksfraktion.de und www.sozialisten.de erlauben Ihnen jedoch, sich jederzeit unzensuriert und ungefiltert über die Politik der Linkspartei und der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag zu informieren.

Falls Sie weitere Fragen haben, schreiben Sie uns bitte. Wir freuen uns über Ihre Post.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Claudia Nier

Bereich Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

Fraktion DIE LINKE.

Deutscher Bundestag

Platz der Republik 1

11011 Berlin

www.linksfraktion.de

fraktion@linksfraktion.de

10.4.2007

3.3

Sehr geehrter Herr Strotmann,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 05.04.2007 zum Thema Gesundheitserziehung.

Die FDP befürwortet grundsätzlich die Vermittlung von Lehrinhalten die menschliche Gesundheit betreffend. Allerdings würden wir dieselbe innerhalb des bestehenden Fächerkanons, z. B. im Biologieunterricht ansiedeln. Die Einführung eines eigenen Schulfaches halten wir nicht für sinnvoll.

Ich hoffe, dass ich Ihnen weiterhelfen konnte und wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg mit Ihrer Promotion. Gern können Sie sich bei weiteren Fragen an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Helmut Metzner

Abt.-Leiter Strategie und Kampagnen
Bundesgeschäftsstelle der FDP
Thomas-Dehler-Haus
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
Tel.: 00 49 (0) 30. 28 49 58 -50
Fax: 00 49 (0) 30. 28 49 58 -52
metzner@fdp.de
www.fdp.de
30.4.2007

3.4

Sehr geehrter Herr Strotmann,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 30. April 2007.

Wir setzen auf Erziehung zur Eigenverantwortung schon in den Familien. Ernährungsfehler entstehen häufig bereits vor der Einschulung. Die Schule kann nicht weiter als Reparaturbetrieb vorschulischer Fehler betrachtet werden. Schließlich ist es mühevoll, Kinder im Rahmen des vorhandenen Fächerpensums auch über die notwendige gesunde Ernährung zu informieren. Dies kann auch in Heimat- und Sachkunde erteilt werden. Im Auge der Bemühungen, den Unterricht lebensnäher zu gestalten, ist es auch denkbar, dass es zur Korrektur in der Curricula kommen kann, die bei der notwendigen Aufklärung in Ernährungsfragen helfen würde.

Die Fortschritte im Bereich der Aufklärung über HIV/AIDS zeigen, dass lebenswichtige Inhalte sinnvoll integriert werden können. Die Forderung nach einem eigenen Schulfach Sexualaufklärung ist in letzter Zeit nicht mehr laut geworden. Dies liegt eventuell auch daran, dass die Forderung nach neuen Unterrichtsfächern thematisch und konjunkturabhängig ist. Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an den Bildungspolitischen Sprecher der FDP, Patrick Meinhardt. Da Bildung in Länderhoheit steht, ist es durchaus möglich, dass Liberale in den jeweiligen Ländern im Detail von der dargestellten Linie abweichen.

Viel Erfolg bei ihrer Promotion.

Mit freundlichen Grüßen

Helmut Metzner

Abt.-Leiter Strategie und Kampagnen
Bundesgeschäftsstelle der FDP
Thomas-Dehler-Haus
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
Tel.: 00 49 (0) 30. 28 49 58 -50
Fax: 00 49 (0) 30. 28 49 58 -52
metzner@fdp.de
www.fdp.de
7.5.2007

3.5

Sehr geehrter Herr Strotmann,

wie in meiner Mail vergangene Woche zugesagt, habe ich mich im Schulministerium kundig gemacht, was die Landesregierung in Sachen Gesundheitserziehung in der Schule unternimmt.

Das Thema Gesundheitserziehung ist integraler Bestandteil des Sachkundunterrichts in der Grundschule und in NRW wird auch wieder verstärkt Wert auf die Qualität des Schulsports gelegt.

Ein Fach Gesundheitserziehung als solches ist nicht angedacht. Aber im Rahmen der Debatte um das Mittagstisch-Angebot an Ganztagschulen werden wir sicherlich uns insgesamt mit der Gesundheitsthematik bei Kindern auseinandersetzen. Darüber hinaus würde ich Sie gerne auf das Landesprogramm des Netzwerkes Opus NRW Bildung und Gesundheit hinweisen, mehr dazu finden Sie unter www.opus-nrw.de. Vielleicht nehmen Sie dorthin einmal Kontakt auf.

Ich werde aber Ihre Anfrage auch noch einmal an den Generalsekretär des CDU NRW, Hendrik Wüst MdL weiterleiten.

Ich hoffe, dass Ihnen damit weitergeholfen ist. Sollten Rückfragen bestehen, stehe ich Ihnen gerne wieder zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ursula Doppmeier MdL
18.6.2007

3.6

Sehr geehrter Herr Strotmann,

ich danke Ihnen für Ihr Schreiben vom 13. April dieses Jahres. Gerne nehme ich Stellung zu Ihrem Anliegen. Vorab bitte ich die verspätete Antwort zu entschuldigen.

Richtig ist, dass das Bewusstsein für Gesundheit, gesunde Ernährung und die Bedeutung von Sport und Bewegung Kindern und Jugendlichen intensiver vermittelt werden muss. Wie Frau Doppmeier, meine Kollegin aus der CDU-Landtagsfraktion, Ihnen schon mitgeteilt hat, ist das Thema der Gesundheitserziehung integraler Bestandteil des Sachkundeunterrichts in der Grundschule.

Zudem rückt an den nordrhein-westfälischen Schulen auch die Qualität des Schulsports in den Fokus der Diskussionen. Dies begrüße ich sehr. Jedoch ist ein eigenständiges Fach „Gesundheitserziehung“ derzeit nicht angedacht. Jedoch hat das NRW-Schulministerium einige Initiativen gestartet, die für Sie möglicherweise von Interesse sind. So arbeiten Schulen und Schwimmvereine in Nordrhein-Westfalen künftig enger zusammen. Die Kooperation sieht u.a. vor, die Qualität des Schwimmunterrichts zu steigern.

Darüber hinaus unterstützt Schulministerin Barbara Sommer die Initiative „Bewegungsfreudige Schule NRW“. Das Projekt „Walking Bus“ der Paderborner Josefschule ist hierfür ein gutes Beispiel. Der „Walking Bus“ ist eine von einem oder mehreren Erwachsenen begleitete Schülergruppe, die wie ein Linienbus nach Fahrplan feste Haltestellen anläuft und die Kinder morgens zur Schule und mittags wieder nach Hause bringt. Das Projekt bietet einen Ausgleich zu bewegungsarmer Freizeitgestaltung wie Fernsehen oder Computerspielen und beugt Übergewicht vor.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des Schulministeriums unter www.bildungsportal.nrw.de.

Eine letzte Anmerkung, die für Sie vielleicht von Interesse sein könnte: Die Landesregierung will Nordrhein-Westfalen zum führenden Standort der Gesundheitswirtschaft in Europa ausbauen. Mit einem Konzept „Exzellenzen in der Gesundheitswirtschaft“ sollen Forschungseinrichtungen, Unternehmen und Einrichtungen des Gesundheitswesens eng vernetzt und gebündelt sowie neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Informationen hierzu finden Sie unter www.nrw.de.

Mit freundlichen Grüßen

Hendrik Wüst
Generalsekretär
CDU Nordrhein-Westfalen

3.7

Lieber Wolfgang Strothmann, ich bitte in der Sache um einen Telefontermin. Ich habe lange in PB an der Uni in der Fachgruppe Ernährung und Verbraucherbildung gearbeitet, Schwerpunkt Gesundheitsförderung, Projektleitung der Studie "Ernährung in Schulen" und war auch bei REVIS maßgeblich beteiligt. Zur Frage eines eigenständigen Faches sollten wir uns austauschen.

Hier meine Tel. Nr. im Büro

Sigrid Beer MdL
Fraktion B90/Die Grünen im Landtag
**Sprecherin für Bildungs-,
Kirchenpolitik und Petitionsangelegenheiten**
Fon: 0211-884-2805/2603
Fax: 0211-884-3517
Mail: sigrid.beer@landtag.nrw.de

Privat. 05254-6185
mobil: 0163-884-2805
Sigrid Beer

4.1

Hallo Herr Strotmann,
Ihre Anfrage kann ich knapp beantworten: wir haben keine Angebote für diese Zielgruppe. Ich kann Sie aber auf ein Angebot des Bielefelder Gesundheitsladens e.V. hinweisen, der eine Medienkiste bereithält zum Thema "Ernährungsfragen in Vor- und Grundschulalter", die ausgeliehen werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Günter Hölling

Gesundheitsakademie

24.1.2007

4.2

Sehr geehrter Herr Strotmann,

vielen Dank für Ihre Anfrage. Leider haben wir kein Informationsmaterial und keine Pauschalen über Wellness-Angebote für Kinder im Grundschulalter. Ich habe Ihnen anliegend die Adresse von dem Eau Le-Bad in Lemgo aufgeführt, dort kann man Ihnen mit Sicherheit weiterhelfen. Einen schönen Tag noch.

Eau Le

Freizeitbad - Saunaland

Stadtwerke Lemgo GmbH

Bruchweg 24

32657 Lemgo

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ines Lücking

Lippe Tourismus & Marketing AG

Veranstaltungsmanagement

Felix-Fechenbach-Straße 5

D-32756 Detmold

Tel.: 0 52 31 / 62-79 61

Fax: 0 52 31 / 62-79 69

28.4.2007

4.3

wolfgang strotmann schrieb:

>>

> Sehr geehrte Damen und Herren,>

>

> ich bereite zur Zeit meine Promotion in Erziehungswissenschaften an
> der Universität Bielefeld vor. Meine Forschung befasst sich mit der
> Gesundheits- und Wellness-Erziehung in der Primarstufe.

>

> Im Rahmen einer Datenbankrecherche bin ich auf Ihre Institution
> gestoßen. Dort wird erläutert, dass Ihre Schule Gesundheitserziehung
> nach Kneipp als Projekt installiert hat. Als Ansprechpartnerin ist
> Frau Karpinski genannt.

>

> Können Sie mir bitte mitteilen, ob dieses Projekt noch läuft und
> welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben?

>

> Gern würde ich auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren.
> Vielleicht ist ein Telefonat möglich. Bitte nennen Sie mir dazu eine
> Nummer.

>

> Zudem bin ich im Mai zu einem Besuch beim Bundespräsidenten in
> Berlin. Vielleicht ist es möglich, dort persönlich mit Ihnen Kontakt
> aufzunehmen. Ich werde drei Tage dort sein.

>

> Wolfgang Strotmann

>

>

> mail: wolfgang.strotmann@gmx.de <mailto:wolfgang.strotmann@gmx.de>

>

>

>

> Ich danke Ihnen recht herzlich für die Unterstützung meines
> Forschungsvorhabens.

>

>

>

> Freundliche Grüße

>

> Wolfgang Strotmann

Sehr geehrter Herr Strotmann,
leider mussten wir dieses Projekt aus Gründen der Unterrichtsversorgung
beenden. Fragen der Gesundheitserziehung werden bei uns im Rahmen des
Sportunterrichtes und des Sachkundeunterrichtes behandelt. Seit diesem
Halbjahr führen wir für Klassen 1 und 2 Bewegungserziehung durch.

Daunke

Rektorin (17.4.2007)

4.4

Sehr geehrter Herr Strotmann,

bitte entschuldigen Sie die verspätete Antwort.

Das Thema Ihrer Promotionsarbeit hört sich sehr interessant und viel versprechend an. Leider muss ich Ihnen jedoch mitteilen, dass wir uns die Zielgruppe der Grundschüler, insgesamt der Kinder, als Wellnesskunden bisher noch nicht erschlossen haben. Daher bieten wir auf diesem Bereich auch kein Konzept an.

Ich hoffe, Sie sind bei Ihrer Recherche anderweitig erfolgreich.

Mit freundlichen Grüßen

Regina Hegele
Dipl.-Päd. / Sport-Wiss. (Univ.)

Europäisches Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren
Sebastian Kneipp Institut GmbH
Kneippstraße 2
86825 Bad Wörishofen

T 08247 - 96295 - 17
F 08247 - 96295 - 18
mailto:regina.hegele@kneipp-institut.de
<http://www.kneipp-institut.de>

4.5

Sehr geehrter Herr Strotmann,

bitte entschuldigen Sie die verspätete Antwort. Erneut erreichte mich, am 06. April, Ihre Anfrage zum Thema „Gesundheits- und Wellness-Erziehung in der Primarstufe.

Wir hatten ein Projekt in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Naturheilbund, als Pilotprojekt. Dabei wurden den Kindern die Themen Ernährung – Bewegung – Naturheilkunde an praxisbezogenen Tagen nahe gebracht, gleichzeitig wurden die Eltern für diese Themen in einem einmaligen Elternabend sensibilisiert und die ErzieherInnen und Lehrkräfte in Fortbildungsveranstaltungen geschult.

Fortbildungsmaßnahmen für die Grundschulen selbst bieten wir nicht an.

Vielleicht könnte für diese Thematik der Kneippbund ein interessanter Ansprechpartner für Sie sein.
Telefon: 08247/3002-0, www.kneippbund.de.

Diese zertifizieren z.B. Kindergärten die den Kneippgedanken umsetzen.

Ich wünsche Ihnen viel Glück für Ihre Promotion.

Mit freundlichen Grüßen

Regina Hegele

Kneipp-Institut

Fragebogen Wellness – und Gesundheitserziehung

Bereich 1: Allgemeines

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. männlich / weiblich | m <input type="checkbox"/> | w <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist Gesundheit für dich sehr wichtig oder eher unwichtig? | w <input type="checkbox"/> | u <input type="checkbox"/> |
| 3. Kennst du den Begriff „Wellness“? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Kennst du den Begriff „OPUS-Schule“? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Hast du schon einmal geraucht? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Hast du eine chronische Krankheit? (Allergie, Asthma, Neurodermitis usw.) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Habt ihr im Schulunterricht schon über Körperpflege gesprochen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Habt ihr im Schulunterricht schon über Ernährung gesprochen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Habt ihr im Schulunterricht schon über Entspannung / Ausruhen gesprochen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bereich 2: Bewegung

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| 10. Welche Sportarten betreibst du? | _____ | |
| 11. Treibst du Sport im Verein? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Besuchst du mindestens 2 x im Monat das Schwimmbad? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Kommst du mit dem Fahrrad/zu Fuß oder mit dem Auto/Bus zur Schule? | F. <input type="checkbox"/> | A./B. <input type="checkbox"/> |
| 14. Bewegst du dich in der Pause oder ruhst du dich aus? | Bw. <input type="checkbox"/> | Ruhe <input type="checkbox"/> |
| 15. Hast du in der Schule genug Möglichkeiten zur Bewegung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 16. Benutzt du, wenn beides vorhanden ist, lieber eine Treppe oder einen Aufzug? | Tr. <input type="checkbox"/> | Aufz. <input type="checkbox"/> |
| 17. Findest du den Schulsport anstrengend? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bereich 3: Körperpflege / Hygiene

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 18. Würdest du gern mal eine Kur machen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 19. Würdest du die Möglichkeit nutzen, in der Schule die Zähne zu putzen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 20. Wenn genug Zeit wäre, würdest du dich nach dem Schulsport duschen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 21. Würdest du gern Hausschuhe / Pantoffel in der Klasse tragen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 22. Putzt du mindestens zweimal täglich die Zähne? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 23. Gehst du mindestens zweimal in der Woche in die Dusche oder Badewanne? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 24. Warst du schon einmal in der Sauna? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bereich 4: Ernährung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 25. Welche Getränke nimmst du am Tag ein? | _____ | |
| 26. Isst du mindestens dreimal wöchentlich Gemüse? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 27. Isst du jeden Tag ein Stück Obst? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 28. Hast du schon einmal ein warmes Essen selbst zubereitet? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 29. Nimmst du jeden Morgen zuhause ein Frühstück ein? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 30. Nimmst du ein Pausenbrot mit in die Schule? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 31. Isst du mindestens an drei Tagen in der Woche Süßigkeiten oder Chips? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bereich 5: Entspannung

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 32. Gibt es in deiner Schule Plätze zum entspannten Ausruhen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 33. Wie viele feste Termine hast du in der Woche nach der Schule? | <2 <input type="checkbox"/> | <5 <input type="checkbox"/> | ≥5 <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 34. Bist du schon einmal massiert worden? | ja | | nein |
| 35. Wie viele Stunden verbringst du täglich vor dem Computer / PC-Spiel? | <1 <input type="checkbox"/> | <3 <input type="checkbox"/> | ≥3 <input type="checkbox"/> |
| 36. Wie viel Zeit verbringst du täglich vor dem Fernseher? | <1 <input type="checkbox"/> | <3 <input type="checkbox"/> | ≥3 <input type="checkbox"/> |
| 37. Machst du vor den Hausaufgaben eine Pause? | ja <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| 38. Hast du ein eigenes Zimmer? | ja <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| 39. Hat deine Familie einen eigenen Garten? | ja <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| 40. Wann gehst du abends schlafen? | <8h <input type="checkbox"/> | <9h <input type="checkbox"/> | ≥9h <input type="checkbox"/> |

Befragung Schulleiter(innen)

1. Welcher praktische Unterricht wird in Entspannung, Ernährung und Körperpflege durchgeführt?
2. Bestehen Kooperationen mit Ärzten/Kassen/Politik/Eltern?
3. Wie viele Fachkräfte gibt es im Fach Sachunterricht? Wie viel wird fachfremd unterrichtet?
4. Nimmt das Kollegium an Fortbildungen zum Thema Gesundheit und Wellness teil?
5. Wie beurteilen Sie das Modell des Faches „Gesundheitserziehung“?
6. Gibt es im Bereich der Wellnesserziehung Kooperationen mit Kigas/Kitas/Sek I?
7. Ist eine Schulküche vorhanden? Wird sie genutzt?
8. Gibt es Essensangebote in der Schule? Welche?
9. Was ist im Bezug auf Wellnesserziehung wünschenswert? Woran scheitert die Umsetzung?
10. Ihre Einschätzung: Was nehmen die Schüler aus der Gesundheitserziehung mit nach Hause?
11. Sind Ihnen weitere Gesundheits- und Wellness-Konzepte bekannt?

Leitfaden Elterninterview

I. allgemeiner Teil

1. Ihr Alter
2. Ihr Beruf
3. Beruf Ihres Partners
4. Anzahl Personen im Haushalt

II. Teil Gesundheit / Wellness

1. Was verbinden Sie mit dem Begriff „Gesundheitserziehung“?
2. Kennen Sie den Begriff „Wellness“?
3. Kennen Sie den Begriff „OPUS“?
4. Werden Sie durch die Schule über das Erziehungsangebot bezüglich des Themas Gesundheit informiert?
5. Werden Sie von der Schule in die Gesundheitserziehung mit einbezogen?
6. Wie bewerten Sie die Aktivitäten der Grundschule Ihres Kindes hinsichtlich der Gesundheits- und Wellnesserziehung?
7. Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Bewegungsverhaltens verändert?
8. Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Ernährungsverhaltens verändert?
9. Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Entspannungs- und Ruheverhaltens verändert?
10. Hat sich Ihr Kind im Verlaufe der Grundschulzeit bezüglich seines Körperpflegeverhaltens verändert?
11. Hat sich durch die Gesundheitserziehung in der Schule in Ihrer Familie etwas verändert? Hat das Verhalten Ihres Kindes Wirkung in der Familiengemeinschaft erzeugt?
12. Hat sich durch die Wellnesserziehung in der Schule in Ihrer Familie etwas verändert? Hat das Verhalten Ihres Kindes Wirkung in der Familiengemeinschaft erzeugt?
13. Welche Wünsche und Anregungen haben Sie zur Gesundheitserziehung in der Grundschule?
14. Welche Wünsche und Anregungen haben Sie zur Wellnesserziehung in der Grundschule?
15. Wie helfen Sie Ihren Kindern bezüglich der Gesundheitserziehung?
16. Wie helfen Sie Ihren Kindern bezüglich der Wellnesserziehung?
17. Hat sich in Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändert, seit Sie Kinder haben?

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbst und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Andere als die angegebene Literatur habe ich nicht verwendet. Aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommene Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Ferner erkläre ich, diese Arbeit erstmalig und nur an der Universität zu Bielefeld eingereicht zu haben

Bielefeld, den 27.05.2008

Wolfgang Strotmann