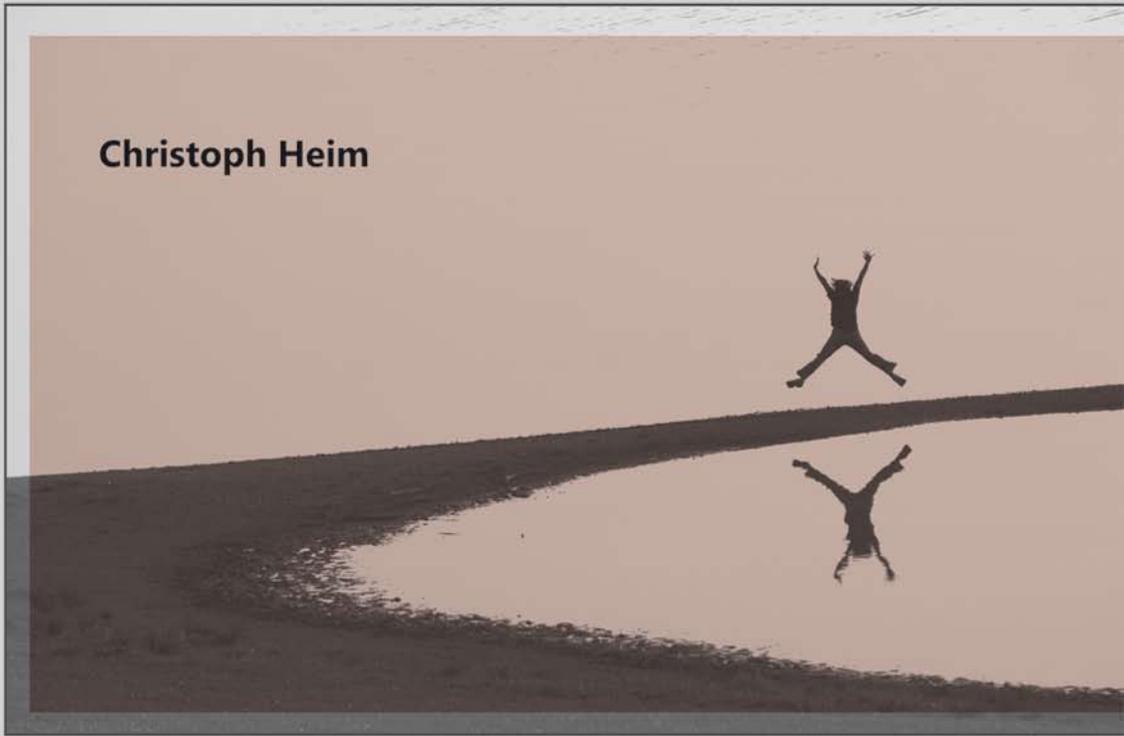


Christoph Heim



Gesundheitsförderung durch Bewegung

Ein bildungstheoretischer Beitrag für Schule und Unterricht

Tectum

Christoph Heim

Gesundheitsförderung durch Bewegung.
Ein bildungstheoretischer Beitrag für Schule und Unterricht
Zugl. Univ. Diss., Philipps-Universität Marburg 2009
Umschlagabbildung: © tobey's | photocase.com
© Tectum Verlag Marburg, 2010

ISBN 978-3-8288-5262-4

(Dieser Titel ist als gedrucktes Buch unter der
ISBN 978-3-8288-2278-8 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Vorwort

Die als Dissertation an der Philipps-Universität Marburg entstandene Arbeit befasst sich mit der Frage, ob Schule in ihrer derzeitigen Verfasstheit und Bildungskonzeption überhaupt in der Lage ist, dem Anspruch einer Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung subjektiver Ressourcen gerecht zu werden. Es wird aufgezeigt, dass eine solche Konzeption von Gesundheit überhaupt nur als durchgängiges Prinzip im Schul- und Unterrichtsleben wirksam werden kann und nicht als Erziehungsmaßnahme und fachliche Wissensvermittlung über Gesundheit bzw. Übung von sinnentleerten Aktivitäten. Dazu muss Gesundheit in ein Bildungsverständnis eingebunden sein, das Schülerinnen und Schülern Möglichkeiten eröffnet, Schule als gesundheitsfördernden Lebensraum zu erleben und zu erfahren und aus eigenem Engagement sinnstiftende gesundheitsfördernde Aktivitäten wahrzunehmen, die die individuellen Ressourcen stärken. Gesundheitsförderung korrespondiert dann mit einer Bildungskonzeption in der Bewegung eine Form des Weltverstehens als Sich-Bilden meint, die sich diesem Gedanken folgend zur Konzeption einer Gesundheitsbildung verdichtet.

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich herzlich bei allen zu bedanken, die mir beim Erstellen dieser Arbeit geholfen haben. Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Ralf Laging für die konstruktive Unterstützung und die fachkundige Betreuung der Arbeit. Den Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe Bewegungs- und Sportpädagogik der Philipps-Universität Marburg für die zahlreichen produktiven Gespräche und Diskussionen. Ein herzliches Dankeschön gilt auch meiner Familie, die mich während der Erstellung meiner Arbeit stets ermutigt und meinen Weg begleitet hat.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung in die Problemstellung	11
1.1	Problemhorizont	11
1.2	Zur Bedeutung der Gesundheitsthematik in der Schule – ein historischer Abriss.....	26
1.3	Untersuchungsinteresse.....	41
1.4	Aufarbeitung der Problematik.....	44
2	Gesundheitsförderung – zwischen Notwendigkeit und Machbarkeit.....	47
2.1	Etablierung eines veränderten Gesundheitsverständnisses – die Gesundheitswissenschaften.....	48
2.2	Definition, inhaltliche Aspekte und Ziele von Gesundheitsförderung	63
2.2.1	Begriffsdefinition und konzeptionelle Abgrenzung	64
2.2.2	Leitvorstellungen der Gesundheitsförderung	69
2.2.3	Formen der Gesundheitsförderung.....	79
2.2.3.1	Verhältnis-orientierte Gesundheitsförderung	80
2.2.3.2	Verhaltens-orientierte Gesundheitsförderung.....	84
2.2.4	Kritische Auseinandersetzung	92
3	Bildung und Gesundheit – Thematisierung des Bildungsgegenstandes.....	99
3.1	Bildungstheoretische Grundlagen.....	99
3.1.1	Bildung: eine Begriffsklärung.....	100
3.1.2	Bildung und pädagogisches Handeln.....	105
3.2	Bildsamkeit in der pädagogischen Praxis	111
3.2.1	Zur Leiblichkeit im Bildungsprozess	112
3.2.2	Ästhetische Erfahrungen.....	117

3.2.3	Bildung durch Bewegung – zur Rolle der körperlichen Bewegungen im Bildungsprozess	125
3.2.4	Verschränkung von Bewegungen und Wahrnehmen	134
3.2.5	Lernen	135
3.3	Gesundheitsbildung	139
4	Modelle innerhalb der Gesundheitsthematik	147
4.1	Zum Modellbegriff und der Notwendigkeit eines Modells	148
4.2	Die Ausgestaltung von Gesundheitsmodellen.....	149
4.2.1	Auswahl durch Eingrenzung – Modellperspektiven	149
4.2.1.1	Pathogenetische Perspektive	150
4.2.1.2	Salutogenetische Perspektive	150
4.2.1.3	Eingrenzung auf Grundlage der bildungstheoretischen Perspektive.....	154
4.2.2	Das Anforderungs-Ressourcen-Modell als Grundlage einer Gesundheitsförderung.....	156
4.2.2.1	Das Konzept des Anforderungs-Ressourcen-Modells	157
4.2.2.2	Zur Wirksamkeit des Anforderungs-Ressourcen-Modells	173
4.2.2.2.1	Die salutogenetische Perspektive des Anforderungs-Ressourcen-Modells	173
4.2.2.2.2	Die bildungstheoretische Perspektive des Anforderungs-Ressourcen-Modells	176
4.2.2.3	Bildung als Ressource – ein Modell der Gesundheitsförderung	180
5	Institution Schule	189
5.1	Aufgaben der Schule	190
5.1.1	Die Grundfunktionen der Institution Schule.....	190
5.1.1.1	Reproduktionsfunktion.....	192

5.1.1.2	Humanfunktion.....	197
5.1.1.3	Bildungsfunktion.....	199
5.1.1.4	Die gesellschaftlichen Erwartungen und der gesundheitsförderliche Möglichkeitsraum	201
5.1.2	Schule als Teil moderner Gesellschaften	204
5.2	Institutionalisiertes Lernen.....	207
5.2.1	Bewusstes Lernen, Unterricht und Erziehung.....	207
5.2.2	Die Rolle der Lehrer und deren pädagogische Freiheit	210
5.3	Konsequenzen für eine schulische Gesundheitsförderung	213
6	Schulische Gesundheitsförderung.....	217
6.1	Typen der schulischen Gesundheitsförderung	218
6.1.1	Gesundheitsförderung in der Schule	219
6.1.1.1	Kennzeichen einer Gesundheitsförderung in der Schule.....	219
6.1.1.2	Beispiel: Programm Klasse 2000	221
6.1.2	Gesundheitsfördernde Schule	223
6.1.2.1	Kennzeichen einer Gesundheitsfördernden Schule.....	223
6.1.2.2	Beispiel: Gesundheitsfördernde Schulen in Hessen	229
6.2	Kritische Auseinandersetzung mit den Typen der schulischen Gesundheitsförderung.....	245
6.2.1	Gesundheitsförderung in der Schule	246
6.2.2	Gesundheitsfördernde Schule	250
6.3	Perspektive für eine bildungstheoretisch fundierte Gesundheitsförderung.....	258
7	Rahmenkonzeption für eine Gesundheitsfördernde Schule	261
7.1	Kriterien der schulischen Gesundheitsförderung.....	263
7.2	Alternative Konzeption.....	267

7.3 Auf- und Ausbau von Bewegungsaktivitäten.....	281
7.3.1 Das Konzept der „Bewegten Schule“	281
7.3.2 Relation und Umsetzungsmöglichkeiten der Bewegten Schule.....	287
7.3.3 Zusammenfassung.....	292
8 Zusammenfassung und Ausblick.....	295
8.1 Zusammenfassung.....	295
8.2 Ausblick.....	300
Abkürzungsverzeichnis.....	303
Literaturverzeichnis.....	305

1 Einführung in die Problemstellung

Das Wort Schule wurde von dem Lateinischen „scola“ ins Deutsche übernommen und bedeutet in seinem eigentlichen Sinne Muse, über freie Zeit verfügen und dergleichen (vgl. Ipfling, 2002, S. 35; Meyer, 1997a, S. 22). Heute verbinden wir Schule lediglich mit der Institution, in der planmäßiges und gemeinsames Erziehen und Unterrichten der nachwachsenden Generation stattfindet (vgl. Meyer, 1997a, S. 22). Zentrale Aufgabe der Institution Schule ist die für den Weiterbestand der Gesellschaft wichtige Aufgabe der Erziehung und Bildung der heranwachsenden Generationen (vgl. z.B. Ipfling, 2002, S. 39; Meyer, 1997a, S. 71; Flitner, 1996, S. 167; Herrlitz, 1994, S. 28; Apel, 1995, S. 23). In diesem Zusammenhang gilt es, die Heranwachsenden unter anderem „mit nützlichen, brauchbaren, notwendigen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (Ipfling, 2002, S. 45) auszustatten, worunter wir uns im Allgemeinen Lesen, Schreiben, mathematische- und Fremdsprachenkenntnisse vorstellen – zumindest haben die meisten der heutigen Erwachsenen die Schule in diesem Sinne erfahren.

Betrachtet man sich nun den Titel dieser Arbeit und setzt diesen in Verbindung mit den bisherigen Erläuterungen, so muss man daraus schließen, dass die nachwachsenden Generationen darüber hinaus offenbar auch mit Gesundheitsförderung sowie mit Bewegungen im Rahmen von Schule konfrontiert werden sollen.

Was es damit im Detail auf sich hat, weshalb dies überhaupt notwendig ist, wie und was derzeit diesbezüglich realisiert wird, wo Probleme, aber auch mögliche Lösungen dafür liegen soll in dieser Arbeit detailliert herausgearbeitet und beantwortet werden.

1.1 Problemhorizont

Mit Hilfe des Unterpunkts „Problemhorizont“ soll zunächst aufgezeigt werden, welches die Ursachen und auslösenden Momente für die Aufnahme der Gesundheitsthematik in die aktuelle Debatte um die Aufgaben der Institution Schule sind.

Einen entscheidenden Grund stellt diesbezüglich der gesellschaftliche Wandel dar (vgl. Geißler, 1996; Schäfers, 1995; Digel, 1986a). Durch die Verbesserung der Lebensumstände, der hygienischen Bedingungen, der Ernährung, der Qualität des Trinkwassers, der Kanalisation, der

Wohn- und Arbeitssituationen sowie durch die allgemein höhere Bildung konnten die gesundheitliche Lage und die Lebenserwartung der Menschen deutlich verbessert und gesteigert werden. Zudem gelang es durch die Entwicklungen und Fortschritte im medizinischen Bereich, die klassischen Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose und Masern als Todesursachen einzudämmen bzw. in den industrialisierten Ländern weitestgehend auszuschalten [vgl. Katthagen & Buckup, 1999, S. 185-159; Rost, 1998, S. 243; Greiner & Syme, 1994; Statistisches Bundesamt (StBA), 1998, S. 41]. Unter Berücksichtigung der Ausführungen der Mergentheimer Gruppe, wonach derzeit deutlich mehr als 90% der Menschen gesund zur Welt kommen (Schipperges, Vescovi, Geue & Schlemmer, 1988, S. 179), lässt sich den Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels, zumindest bezogen auf den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung, zunächst ein durchaus positiver Eindruck attestieren. Der Mehrheit der Menschen ist Gesundheit gegeben (vgl. ebenda) und der beschriebene gesellschaftliche Wandel leistet seinen Teil, damit dies vom Grundsatz so bleiben kann bzw. könnte.

Mittlerweile hat der „technisch-ökonomische Wandel“ (Geißler, 1996, S. 23) in allen gesellschaftlichen Bereichen allerdings ein solch hohes Niveau erreicht, dass Automaten, Roboter und Computer den Menschen zusehends ersetzen beziehungsweise überflüssig machen, und das sowohl im „handwerklichen“ als auch im intellektuellen Bereich (vgl. Digel, 1986a, S. 5). Die sich in einem raschen Wandel befindenden Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen erschweren es den Menschen, sich auf diese einzustellen bzw. mit diesen angemessen umzugehen. Als Folge dessen lassen sich Störungen bei den Menschen aufgrund von Fehlanpassungen verzeichnen. Damit zeichnet sich zugleich eine grundsätzliche Verschiebung des Krankheitsspektrums ab. Die „durch mikrobiologische Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien [...] (hervorgerufenen; C.H.) verschiedenen ‘akuten’ Infektionskrankheiten“ werden „durch langandauernde Überlastung(en; C.H.) der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte“ (Hurrelmann, 2003, S. 13), die zu so genannten chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Atemwegserkrankungen oder auch Erkrankungen des Bewegungsapparates führen können, abgelöst. Demnach sind es nicht mehr die akuten und kurzfristig zum Tode führenden Infektionskrankheiten, sondern vielmehr Erkrankungen, deren Symptome eine lange Zeit, oftmals auch lebenslang anhalten, die die Gesundheit der Bevölkerung bedrohen bzw. einträchtigen (vgl. Kühn & Rosenbrock, 1994, S. 30; Hurrelmann, 2003,

S. 13-14, 1990, S. 18; Schlack, 2000b, S. 279; StBA, 1998, S. 41, 194; Katt-
hagen & Backup, 1999, S. 159-160; Schipperges et al., 1988, S. 54).¹

„Chronische Erkrankungen sind persistierende Erkrankungen, die in der Regel funktionelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und der sozialen Rollen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen mit sich bringen. Das Management einer chronischen Erkrankung unterscheidet sich in vielen Bereichen von dem einer akut verlaufenden Krankheit. Die Betroffenen müssen lernen, mit der Krankheit und ihren Einschränkungen zu leben. Häufig kommt es zu gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag und einem Bedarf an Hilfe im familiären, bildungs- und sozialen Bereich“ (Ravens-Sieberer, Thomas & Erhart, 2003, S. 31).

Überwiegend sind es erst die Erwachsenen, die unter den chronischen Krankheiten leiden. Meist finden diese Erkrankungen jedoch schon im Jugendalter ihren Ausgangspunkt, da es vor allem auch bei den Jugendlichen zu Fehlanpassungen zwischen deren körperlichen und psychischen Ressourcen sowie den von außen auf sie einwirkenden Anforderungen kommt (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 11, 1990, S. 9; Eder, 1997, S. 211; Kamtsiuris et al., 2007, S. 687).² Dennoch gilt es festzuhalten, dass grundsätzlich die gesamte Bevölkerung bzw. jede Altersgruppe der Bevölkerung von den chronischen Krankheiten betroffen ist bzw. betroffen sein kann (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 13).

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass die chronischen Erkrankungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) am häufigsten zur Frühberentung der Arbeitnehmer führen (vgl. StBA, 1998, S. 72). Dies ist deshalb so bedeutsam, da durch die zu erwartende demographische Entwicklung in Deutschland der Arbeitsmarkt zukünftig vermehrt auf ältere Arbeitnehmer zurückgreifen muss. Stehen diese aufgrund chronischer Erkrankungen nicht mehr

1 Trotz allem kommt es im Kindesalter auch weiterhin sehr häufig zu akuten Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen, Magen-Darm-Infektionen oder auch Bindehautentzündungen, die jedoch meist einen positiven Verlauf nehmen (vgl. Kamtsiuris, Atzpodien, Ellert, Schlack & Schlaud, 2007, S. 686-689).

2 Chronische Erkrankungen lassen sich demnach auf individuell misslungene Auseinandersetzungen mit der Lebenswelt zurückführen, weshalb sie auch als Zivilisationskrankheiten bezeichnet werden (vgl. z.B. Knoll, 1997, S. 21; Hurrelmann, 2000a, S. 11, 14; Langness, Richter & Hurrelmann, 2003, S. 301).

zur Verfügung, dann ergeben sich nicht nur für zahlreiche Unternehmen erhebliche Probleme, wie z.B. Fachkräftemangel, sondern es gibt sie auch auf der sozialpolitischen Ebene, wie beispielsweise bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deren Einnahmen sind vom Arbeitseinkommen der Versicherten und damit von der Situation am Arbeitsmarkt abhängig (vgl. Bandelow, 1998, S. 20-44; StBA, 1998, S. 18-22; Theimer, 1981, S. 274-275; Schandry, 2006, S. 15).

Wie bereits erwähnt ist der Umgang der Menschen mit den veränderten Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen maßgeblich an der Entwicklung der chronischen Krankheiten beteiligt. Ergänzt werden diese Aspekte durch die personalen Faktoren, wie das Alter, die körperliche Konstitution u.Ä. Hurrelmann stellt die verschiedenen Bedingungsfaktoren, die sich für den Gesundheitszustand der Bevölkerung verantwortlich zeigen, nach Bereichen untergliedert übersichtlich mit Hilfe einer Abbildung dar.

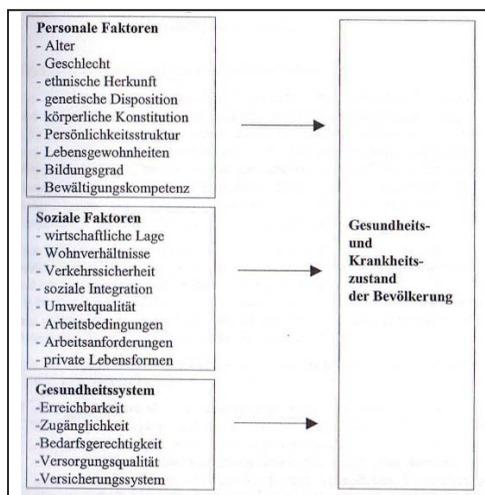


Abb. 1. Darstellung der für den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung verantwortlichen Bedingungsfaktoren (Hurrelmann, 2003, S. 12)

Welche Bedingungsfaktoren im Einzelnen für den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen verantwortlich bzw. bedeutsam sind, wird im Zusammenhang mit der nachstehenden Darstellung der in diesen Altersgruppen vorherrschenden chronischen Krankheiten

zumindest teilweise ersichtlich werden.³ Es ist davon auszugehen, dass etwa 10% aller Kinder und Jugendlichen gegenwärtig an chronischen Erkrankungen leiden, wobei von einem Anstieg auszugehen ist. Grundsätzlich lassen sich chronische Krankheiten nach solchen mit überwiegend körperlichem, psychischem und sozialem Schwerpunkt differenzieren (vgl. ebenda, S. 14-15).⁴

Körperlich verankerte chronische Erkrankungen

- Allergien
Von Allergien wie Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen und Bindehautentzündungen scheinen derzeit bis zu 30% der Kinder und Jugendlichen betroffen zu sein. Es wird vermutet, dass die Allergien auf ein ungenügend ausgebildetes Immunsystem zur Infektabwehr zurückzuführen sind, was unter anderem mit einem unzureichenden Impfschutz in Verbindung steht. Darüber hinaus sind vor allem die Umweltbelastungen, wie z.B. die Außenluftverschmutzungen für die Allergien verantwortlich zu machen (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 15; v. Mühlendahl, 2002, S. 171; StBA, 1998, S. 137-138; Teufel, 2000, S. 361-362).
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
Erkrankungen im Bereich des Bewegungsapparates sowie des Binde- und Stützgewebes haben stark zugenommen und nehmen weiterhin zu. So kommt es beispielsweise vermehrt zu Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen. Diese treten unter anderem infolge von Fehlhaltungen und Fehlbelastungen auf, welche sich beispielsweise durch den veränderten Tagesablauf der Kinder und Jugendlichen ergeben.⁵ Mit dem Bus oder dem Auto der Eltern werden die Kinder und Jugendlichen morgens direkt zum Haupteingang der Schule gebracht. Dort sitzen sie dann sechs Schulstunden an Einheitsstischen und Einheitsstühlen, bevor sie anschließend wie-

3 Detaillierte Ausführungen zu den Bedingungsfaktoren für den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich in den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS), der unter anderem vom Robert Koch-Institut herausgegeben wurde (Bundesgesundheitsblatt, 2007).

4 Die folgende Darstellung der chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen kann und soll lediglich einen Überblick verschaffen und die häufigsten Störungen in diesen Altersgruppen benennen.

5 Sie stehen allerdings auch in enger Verbindung mit psychischen Belastungen (vgl. StBA, 1998, S. 200; Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 41-42, S. 44-45).

der abgeholt werden. Nach der Erledigung der Hausaufgaben wird mit Freunden telefoniert, im Internet gechatet oder gesurft, Fernsehen geschaut oder es werden Computerspiele ausprobiert. Mitarbeit im Haushalt ist nicht mehr notwendig, Spielen auf der Straße ist „out“ und wegen der immer weniger werdenden Bewegungsräume, dies vor allem in den Städten, auch fast nicht mehr möglich. Physische Belastungen, die den menschlichen Organismus stimulieren und Anpassungserscheinungen der Organe hervorrufen, existieren vielfach nicht mehr (vgl. Plessner, 1997, S. 48-49; Breithecker, 2001, S. 5-8; Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 44-45; Hurrelmann, 2003, S. 15; Lampert, Sygusch & Schlack, 2007). Im KIGGS wurde diesbezüglich festgestellt, dass 25% „der befragten Grundschüler im Alter von 6-10 Jahren [...] nur noch maximal einmal in der Woche im Freien spielen“ (Lampert, Mensink, Romahn & Woll, 2007, S. 634). Ebenso konnte gezeigt werden, dass von den 11-17-Jährigen lediglich 28,2% der Jungen und 17,3% der Mädchen täglich einer körperlich-sportlichen Aktivität nachgehen, was mit zunehmendem Alter deutlich zurückgeht (vgl. ebenda).

Dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates sind darüber hinaus auch all die angeborenen Fehlentwicklungen und fortschreitenden Erkrankungen des Skeletts und der Muskulatur zuzuordnen (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 15).

- **Neuronale Erkrankungen**
Dahinter verbergen sich insbesondere so genannte Anfallsleiden (Epilepsie). Im Sinne einer chronischen Erkrankung sind davon bis zu 1% aller Kinder betroffen (vgl. ebenda).
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**
Dabei handelt es sich überwiegend um angeborene Herzfehler, von denen bis zu 1% der Neugeborenen betroffen ist, was einer Zahl von ca. 6000 Neugeborenen in Deutschland pro Jahr entspricht. Die Überlebenschancen sind aufgrund der verbesserten medizinischen Möglichkeiten als überaus hoch einzustufen. 85% der Kinder mit angeborenem Herzfehler erreichen aufgrund dessen das Erwachsenenalter. Eine medikamentöse Behandlung sowie eine psychische Betreuung lässt sich für zahlreiche dieser Kinder in ihrem weiteren Lebensverlauf allerdings nicht vermeiden (vgl. ebenda; Engelhardt, 2005, S. 11). Laut der KIGGS-Studie lassen sich bei 2,8% aller Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) in

Deutschland Herzerkrankungen diagnostizieren, die sowohl angeboren als auch erworben sein können (vgl. Kamtsiuris et al., 2007, S. 693).

- Rheumatische Erkrankungen
Rheumatische Erkrankungen werden als

„ziehende und reißende Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat charakterisiert [...] denen pathomorphologisch ein entzündlich-immunologisches Geschehen oder degenerative Knorpel- und Knochenveränderungen zugrundeliegen“ (Oppermann, 2000, S. 302).

Bei Kindern und Jugendlichen stehen die rheumatischen Erkrankungen überwiegend in Zusammenhang mit einem entzündlichen Ereignis. Das Auftreten der Erkrankung erfolgt in Krankheitsschüben. Überwiegend sind davon Kinder, die über 10 Jahre alt sind, betroffen. Die Häufigkeit für diesen Typ liegt bei etwa 0,5% aller Kinder (Hurrelmann, 2003, S. 15).

- Stoffwechselkrankheiten
Hinter dem Begriff Stoffwechsel verbirgt sich vereinfacht ausgedrückt die innerhalb des Körpers ablaufende Umwandlung von chemischer Energie aus Nahrungsstoffen oder Körperdepots in eine andere Form, um mechanische Arbeit sowohl innerhalb als auch außerhalb des Körpers leisten zu können (vgl. Cook, Lingard, Wegmann & Young, 2001, S. 366). Kommt es zu Abweichungen der Stoffwechselfvorgänge, so spricht man von Stoffwechselstörungen (vgl. Pschyrembel, 1982, S. 1145). Derzeit finden sich bei über 0,2% der Kinder Stoffwechselstörungen, wobei auch hier die Tendenz steigend ist. Hauptsächlich liegt in dieser Altersgruppe Diabetes vor (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 15). Beim Diabetes handelt es sich um „eine Störung des Zuckerstoffwechsels“ (Icks & Holl, 2005, S. 15), die auch als „gestörte Glukosetoleranz“ (Gröbe, 2000, S. 290) ausgewiesen wird. Explizit lassen sich zwei Hauptformen des Diabetes unterscheiden, der so genannte Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Die Kinder und Jugendlichen sind überwiegend vom Typ-1-Diabetes betroffen, wobei dieser am häufigsten im Alter von 10 – 15 Jahren auftritt (vgl. Icks & Holl, 2005, S. 15). Das Robert Koch-Institut (RKI) kommt zu der Feststellung, dass der „in Folge eines Autoimmunprozesses“ auftretende Typ-1-Diabetes in Deutschland „bei den unter 15-Jährigen häufiger wird“ (2006, S. 21). Gegenwärtig gibt es etwa 25.000 an diesem Typ erkrankte

Kinder und Jugendliche (vgl. ebenda). Beim Typ-2-Diabetes stehen erbliche Veranlagungen im Vordergrund. Darüber hinaus spielen diesbezüglich Übergewicht und Bewegungsmangel eine entscheidende Rolle. So ist dieser Typ seit den 1950er Jahren um das 20fache angestiegen. Derzeit ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, ob auch dieser zweite Typ verstärkt bei Kindern und Jugendlichen auftritt. Es liegen lediglich Untersuchungsergebnisse vor, wonach bei übergewichtigen Kinder ein erhöhtes Risiko für den Typ-2-Diabetes besteht (vgl. StBA, 1998, S. 237-238; RKI, 2006, S. 21; Claußnitzer, 2005, S. 7).⁶

- **Krebserkrankungen**
Hinsichtlich der Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gilt es festzuhalten, dass 0,05% aller Kinder an bösartigen Neubildungen erkranken. Seit den 1980er Jahren ist die Überlebensrate der Kinder für alle Krebserkrankungen deutlich gestiegen, wodurch auch der Bedarf an langfristiger medizinischer und psychologischer Betreuung steigt. Als Ursachen lassen sich unter anderem die verschiedensten Umweltbelastungen ausweisen, wie beispielsweise kontaminierte Nahrungsmittel oder auch Hautschädigungen durch intensives Sonnenbaden (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 15; Böse-O'Reilly & Lob-Corzilius, 2005, S. 23; Teufel, 2000, S. 354-359).

Psychosomatisch verankerte chronische Erkrankungen

Nach dem Überblick über die eher körperlich verankerten chronischen Erkrankungen gilt es im Folgenden auf die sich verbreitenden chronischen Erkrankungen einzugehen, die auf psychische und soziale Aspekte zurückzuführen sind. Explizit wird diesbezüglich von den psychosomatisch verankerten chronischen Gesundheitsstörungen gesprochen. Dahinter verbirgt sich, dass seelische Störungen in körperlichen Erkrankungen und Funktionsstörungen zum Ausdruck kommen. Physische Symptome ergeben sich demnach ohne organische Ursache (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 41-42; Schäffler & Schmidt, 1996, S. 163; Hurrelmann, 2003, S. 15; Pschyrembel, 1982, S. 981).

„Es besteht mittlerweile ein Konsens, dass psychosomatische Beschwerden grundsätzlich als physische Stressreaktion auf psycho-

6 Der Typ-2-Diabetes wird hier nur aus Gründen der Vollständigkeit aufgeführt. Seinen eigentlichen Platz findet er im Bereich der psychosomatischen Gesundheitsstörungen.

soziale Spannungen aufgefasst werden, denen wiederum zumeist soziale Konflikte zugrunde liegen“ (Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 42).

- **Übergewicht**

Trotz unseres heute zur Verfügung stehenden reichhaltigen Nahrungsangebotes, kommt es bei den Kindern und Jugendlichen zu immer mehr Fehlernährungen. Neben unregelmäßigen Mahlzeiten wird vermehrt auf vorgefertigte Produkte/Nahrungsmittel zurückgegriffen, die meist über einen hohen Fett- und Kalorienanteil verfügen, aber kaum Faser- und Ballaststoffe aufweisen. Verdauung und Stoffwechsel werden durch solche Produkte allerdings nur unzureichend angeregt. Dafür führen sie in Verbindung mit dem hohen Kalorienanteil und der heute vorherrschenden Bewegungsarmut zu Übergewicht bei immer mehr Kindern und Jugendlichen. Bei schweren und zugleich krankhaften Formen des Übergewichts spricht man von Adipositas, worunter „man einen pathologisch erhöhten Fettanteil an der Gesamtkörpermasse“ (Claußnitzer, 2005, S. 7) versteht. Übergewicht und Adipositas erhöhen das Erkrankungsrisiko. So kann es beispielsweise bereits bei den Kindern und Jugendlichen zu Bluthochdruck, Diabetes (Typ-2-Diabetes; s.o.), Gelenkschäden und sonstigen Schädigungen des Haltungsapparates kommen. Es ist davon auszugehen, dass in den Industrienationen derzeit etwa 10-20% der Kinder und Jugendlichen an Übergewicht bzw. Adipositas leiden (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 16; RKI, 2006, S. 113; Claußnitzer, 2005, S. 7). Für Deutschland kommt der KIGGS zu dem Ergebnis, dass 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren als übergewichtig zu bezeichnen sind. 6,3% davon leiden sogar unter Adipositas. Hinter diesen Werten verbergen sich ca. 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche, wovon ca. 800.000 als adipös auszuweisen sind. Deutlich wird ebenfalls, dass vor allem nach dem Schuleintritt ein schneller Anstieg der Übergewichtigen und Adipösen zu verzeichnen ist (vgl. Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S. 737-739).

- **Untergewicht**

Als Kontrast zum Übergewicht haben wir es heute noch mit einer anderen Form der „gestörten Regulation des Körpergewichts“ (Hurrelmann, 2003, S. 16) zu tun, die überwiegend bei den weiblichen Jugendlichen auftritt – dem Untergewicht. Derzeit lässt sich

bereits bei fast 1% der 13-20jährigen Frauen die dazu beitragende Appetitlosigkeit (Anorexie) sowie eine Störung des Essverhaltens feststellen, bei der es zu Heißhungeranfällen mit anschließendem selbsttätig herbeigeführtem Erbrechen kommt (Bulimie). Eine genetische Disposition wird nicht ausgeschlossen. Eine solche Auslösung der genetischen Disposition scheint jedoch von einer speziellen Konstellation der persönlichen Probleme und der Beziehungsprobleme abhängig zu sein (vgl. ebenda). Grundsätzlich lässt sich die Entstehung derartiger Essstörungen auf eine Vielzahl externer z.B. gesellschaftlicher, familiärer und interner Faktoren, wie z.B. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zurückführen. Dazu gehören beispielsweise gesellschaftliche Schönheitsvorstellungen oder auch ungenügende Möglichkeiten der „innerfamiliäre(n); C.H.) Abgrenzung“ (Hölling & Schlack, 2007, S. 794). Vor diesem Hintergrund können Essstörungen

„als fehlgeleitetes Problemlösungsverhalten verstanden werden, bei dem der eigene Körper und dessen Manipulation (Hunger, induziertes Erbrechen etc.) in den Mittelpunkt gestellt“ (ebenda)

werden. Essstörungen, wozu auch das oben genannte Übergewicht sowie die Fettsucht gehören, „zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen“ (ebenda).

- **Störung der Sinneskoordination**
Bei einer Vielzahl der Kinder und Jugendlichen kommt es darüber hinaus zu motorischen als auch sensorischen Koordinationsproblemen. Schwerpunktmäßig liegt bei diesen eine schlechte Feinmotorik vor sowie die Schwierigkeit, „Ideen und Gedanken in Handlungen oder optische und sprachliche Symbole umzusetzen“ (Hurrelmann, 2003, S. 16). Derartige Defizite lassen sich bei etwa 15% der Kinder und Jugendlichen nachweisen. Als Ursache dafür scheinen die gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen in Betracht zu kommen, wonach sich die Heranwachsenden vornehmlich sitzend beschäftigen, also in der Schule und der Freizeit. Auch der nur einseitige Gebrauch des Sehens und Hörens und die damit verbundene Vernachlässigung der anderen Sinne leisten hinsichtlich der eröffneten Problematik einen nicht unerheblichen Beitrag. Somit sind es die eher einseitigen Sinnesreizungen, die die Entwicklung und Anregung der Gehirnzentren der Heranwachsenden beeinträchtigen. Konkret werden auf diese Wei-

se kreative Verbindungen sowie Vernetzungen der unterschiedlichsten Impulse verhindert (vgl. ebenda).

- Depression und Aggression

Einem Großteil der Kinder fehlen heute die Fähigkeiten und Kompetenzen, mit denen sich die im Alltag vorkommenden sozialen Spannungen und psychischen Konflikte auf eine konstruktive Weise lösen lassen. Der Umgang „mit seelischen Enttäuschungen und sozialen Zurücksetzungen“ (ebenda) ist ihnen fremd und bereits bei trivialen Konfliktsituationen innerhalb ihres Umfeldes kommt es zu unbeherrschten und unkontrollierten Reaktionen ihrerseits. Diese Reaktionen können sowohl von selbstschädigendem sowie von depressivem Charakter sein (introvertierte Form) als auch in aggressiver und feindseliger Weise gegen andere gerichtet werden (extrovertierte Form). Zu den introvertierten Störungen gehören beispielsweise

„Nervosität und Unruhe, Kopfschmerzen und Magenschmerzen, Rückenschmerzen und Verdauungsstörungen und verschiedene Formen von depressiven Störungen (z.B. Suizidgefährdungen)“ (ebenda, S. 17).

Diese finden sich öfter bei Mädchen und jungen Frauen als bei den männlichen Heranwachsenden wieder. Als extrovertierte Störungen können „Hyperaktivität, körperliche Gewalt und dissoziales und abweichendes Verhalten“ (ebenda) beispielhaft benannt werden, welche überwiegend bei Jungen sowie jungen Männern zu registrieren sind. Insgesamt lassen sich die beiden benannten Störungen bei jeweils 5% der Heranwachsenden nachweisen (vgl. ebenda). In der aktuellen KIGGS-Studie werden 7,2% der untersuchten Kinder und Jugendlichen als verhaltensauffällig ausgewiesen. Bei weiteren 7,5% der untersuchten Kinder und Jugendlichen konnte eine diesbezügliche Grenzwertigkeit nachgewiesen werden. Bestätigen ließen sich unter anderem die geschlechtsspezifischen Unterschiede (vgl. Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007, S. 785-786).⁷ An einer anderen Stelle der KIGGS finden sich Einzelergebnisse zu den beiden benannten Störungen, die zudem über eine bessere Aussagekraft verfügen. Danach las-

⁷ Diesbezüglich gilt es anzumerken, dass sich dieser Gesamtproblemwert neben der Erfassung von Depression und Aggression auch durch die Berücksichtigung von Hyperaktivität, Problemen mit Gleichaltrigen und prosozialem Verhalten ergibt (vgl. Hölling et al., 2007, S. 785).

sen sich bei 5,4% der 7-17-jährigen Kinder und Jugendlichen Anzeichen für depressive Störungen und bei 7,6% für Störungen des Sozialverhaltens, wozu aggressives und dissoziales Verhalten zählen, nachweisen (vgl. Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007, S. 872, 875).

- Konsum psychoaktiver Substanzen
Hinter dieser Überschrift verbirgt sich vor allem der Konsum von „schmerzstillenden Arzneimitteln, Tabak, Alkohol oder anderen Drogen, die das zentrale Nervensystem anregen, betäuben oder dämpfen“ (Hurrelmann, 2003, S. 17). Diese Variante der Problem- und Belastungsverarbeitung z.B. im Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl oder den Handlungsanforderungen hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Aufgrund der psychischen Funktion der eingenommenen bzw. konsumierten Substanzen entsteht beim Konsumenten der Eindruck, dass mittels der Substanzen die Möglichkeit besteht, sich den Anforderungen der Alltagswelt zu entledigen.

Den Kindern und Jugendlichen stehen derartige Stoffe uneingeschränkt zur Verfügung. So werden die legalen Substanzen wie Alkohol, Tabak und bestimmte Arzneimittel von bis zu 30% der Heranwachsenden regelmäßig konsumiert (vgl. ebenda; vgl. auch Schlack, 2000a, S. 84-85). Die aktuellen Ergebnisse der KIGGS zeigen, dass von den 11-17-jährigen Jungen derzeit 20,5% und bei den gleichaltrigen Mädchen 20,3% rauchen. Ebenfalls wird ersichtlich, dass die Regelmäßigkeit und die Intensität des Tabakkonsums mit dem Alter zunimmt, so dass bei den 17-jährigen Jungen bereits 38,1% und bei den gleichaltrigen Mädchen 34,3% regelmäßig rauchen. Regelmäßiger Alkoholkonsum lässt sich bei 38,6% der 11-17-jährigen Jungen und bei 22,2% der gleichaltrigen Mädchen feststellen (Lampert & Thamm, 2007, S. 602).

Bei den illegalen Substanzen, wie beispielsweise Haschisch und Ecstasy, sind es immerhin noch bis zu 15% der Heranwachsenden, die diese Substanzen regelmäßig konsumieren. Grundsätzlich ist mit dem Konsum der benannten Substanzen eine erhebliche Suchtgefahr verbunden (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 16; vgl. auch Schlack, 2000a, S. 84-85).

Für alle benannten Substanzen und deren Gebrauch kann festgestellt werden, dass vor allem im Alter von 13-14 Jahren der Einstieg zum regelmäßigen Substanzgebrauch erfolgt (vgl. Lampert & Thamm, 2007, S. 607).

Infolge dieses Konsums kann es zu weiteren erheblichen Gesundheitsstörungen kommen.⁸ So ist beispielsweise als Konsequenz des Rauchens für den Bereich der legalen Substanzen mit Krebs oder Erkrankungen der Atmungsorgane zu rechnen und das auch bei Passivrauchern. Ebenso kann der Konsum illegaler Substanzen zu verschiedenen organischen Komplikationen wie z.B. Atemversagen oder Tod führen. Hinsichtlich langfristiger Gesundheitsstörungen sind unter anderem psychische und neurologische Erkrankungen sowie chronische Leber- und Nierenerkrankungen denkbar (vgl. z.B. StBA, 1998, S. 91-92, 100).

- **Problemverhalten**

Unter dem Begriff Problemverhalten gilt es, die Gesundheit belastenden Verhaltensweisen einzuordnen, die bisher noch nicht zugeordnet werden konnten. Dazu gehört beispielsweise das gefährliche Verhalten vor allem der älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Straßenverkehr. Unfälle stellen in diesen Altersgruppen sowie bei den jüngeren Heranwachsenden die primäre Todesursache dar. Bei den jungen Erwachsenen sind die Männer deutlich gefährdeter als die Frauen (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 17; RKI, 2006, S. 93-94; Schriever, 2000, S. 215-220).⁹ Interessante Ergebnisse zur Unfallthematik liefert auch der KIGGS. So steigt beispielsweise der Anteil der Straßenverkehrsunfälle vom Kleinkindalter zum Schulalter (5-14 Jahre) von 5,6% auf 16,7%. Unfälle in Betreuungs- und Erziehungseinrichtungen steigen im selben Zeitraum von 10,9% auf 28,7%. Als Unfallmechanismen lassen sich neben den Unfällen im Straßenverkehr überwiegend Stürze und Zusammenstöße registrieren (vgl. Kahl, Dortschy & Ellsäßer, 2007, S. 721-723).

8 Es wird hier deshalb von weiteren Gesundheitsstörungen gesprochen, weil die Sucht selbst auch eine Krankheit darstellt (vgl. Schneeweiß & Brunke, 1999, S. 385).

9 Grundsätzlich lässt sich bei dem gefährlichen Verhalten im Straßenverkehr eine Verbindung zu dem bereits benannten Bereich der Selbst- und Fremdaggression erkennen (vgl. Hurrelmann, 2003, S. 17).

Eine weitere Variante des Problemverhaltens ergibt sich beispielsweise in sexuellen Beziehungen, wenn z.B. beim Geschlechtsverkehr auf Verhütung verzichtet wird. So leistet beispielsweise der Rückgang beim Kondomgebrauch den HIV-Infektionen Vorschub. Neben den sexuell übertragbaren Krankheiten sind die Frühschwangerschaften als weitere Problematik einer unzureichenden Verhütung zu nennen (vgl. RKI, 2006, S. 53; Hurrelmann, 2003, S. 17; 1990, S. 40-42).

Bei jungen Frauen kann man vor allem in der Zeit nach der Pubertät „intensive Formen der Körpermanipulation durch Diäten und (den Gebrauch; C.H.) von Appetitzüglern“ (Hurrelmann, 2003, S. 17) feststellen.

Die vorliegenden Ausführungen zu den chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben nicht nur einen Einblick in den Gesundheitszustand dieser Altersgruppe in Deutschland gegeben, sondern ebenso gezeigt, wie vielfältig das Krankheitsspektrum ausfällt. All diese Ergebnisse dürfen jedoch nicht nur zur Kenntnis genommen und „verwaltet“ werden, oder aber dazu dienen gesundheitliche Probleme bei Kindern und Jugendlichen zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen, sondern auch dazu, dass im Alltag der Kinder und Jugendlichen angemessen auf das aufgezeigte Krankheitsspektrum reagiert wird.

Mittels der modernen Medizin ist es meist nicht möglich, direkten Einfluss auf das aufgezeigte veränderte Krankheitsspektrum zu nehmen. Grund dafür ist, dass die Medizin beispielsweise nicht dazu in der Lage ist, direkt im Sinne einer Ursachenbekämpfung auf die chronischen Erkrankungen einzuwirken. Sie verfügt lediglich über die Möglichkeit, auf die krankhaften Veränderungen einzugehen, sprich die Symptome zu bekämpfen. Unser bundesdeutsches medizinisches Versorgungssystem ist kurativ und individualmedizinisch ausgerichtet, was erklärt, weshalb es hinsichtlich des veränderten Krankheitsspektrums erst relativ spät greift bzw. greifen kann.

In Kenntnis dieser Sachlage stellt die Medizin seit den 1970er Jahren nicht mehr den einzigen beziehungsweise wichtigsten Aspekt für die menschliche Gesundheit dar. Auch andere gesellschaftliche Bereiche, wie z.B. der Arbeitsmarkt und das Bildungssy-

stem, werden für die Gesundheit der Bevölkerung sensibilisiert, aktiviert und/oder herangezogen (vgl. Katthagen & Backup, 1999, S. 159; Kühn & Rosenbrock, 1994, S. 29-32; Huber & Schüle, 2000, S. 1; RKI, 2006, S. 125).

Bezüglich dieses Gesamtzusammenhangs gilt es nochmals explizit hervorzuheben, dass es grundsätzlich nicht sinnvoll erscheint, darauf zu warten bzw. so lange zu warten, bis die Menschen krank sind, um sie dann behandeln oder pflegen zu können und müssen. Auch ein Hinnehmen dessen, dass Menschen chronische Gesundheitsstörungen erleiden, erscheint wenig sinnvoll zu sein. Dies verschärft sich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der daran gebundenen steigenden Zahl chronisch Kranker und damit auf Versorgung angewiesenen Personen sowie dem bereits benannten Hauptgrund für Frühberentung. Ein Blick auf die zukünftige Alterspyramide lässt erahnen, dass durch die chronischen Erkrankungen, die nicht unmittelbar zum Tod führen, sondern ein Leben lang behandelt werden müssen, erhebliche Kosten und Belastungen zu erwarten sind (vgl. z.B. RKI, 2006, S. 125). Zudem werden zukünftig mehr ältere Menschen für den Arbeitssektor benötigt. Aufgrund dessen sollte besser nach einem geeigneten Programm für den modernen Lebensstil, wie es bereits Schipperges, Vescovi, Geue und Schlemmer vorgeschlagen haben (1988, S. 13), gesucht werden. Es gilt, die Entstehung von Erkrankungen bereits im Vorfeld zu verhindern, was für einen frühen Beginn präventiver oder gesundheitsförderlicher Maßnahmen spricht, da zu diesem Zeitpunkt die überwiegende Mehrheit noch gesund und in ihrer Entwicklung besonders gut beeinflussbar ist (vgl. Schipperges et al., 1988, S. 179; Bittmann, 1995, S. 34). Krankheiten und ihre Folgen gilt es zu vermeiden bzw. im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ins höhere Lebensalter zu verschieben. „Die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit (muss; C.H.) verlängert werden“ (RKI, 2006, S. 125).

Ziel kann es demnach nur sein, Möglichkeiten zu schaffen oder zu finden, mit denen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen genommen werden kann. Dabei gilt es zugleich mittels praxistauglicher Konzepte dem veränderten Krankheitspektrum, das als eine unerfreuliche Entwicklung anzusehen ist, effektiv entgegenzuwirken (vgl. Katthagen & Backup, 1999, S. 160-161).

Um tatsächlich alle Kinder und Jugendliche erreichen zu können, wird für die Durchführung derartiger Programme und Konzeptionen immer wieder die Schule als ein geeigneter Ort vorgeschlagen. Grund dafür ist, dass in Deutschland eine Schulpflicht für alle Kinder und Jugendlichen besteht und somit beispielsweise Momente der sozialen Ungleichheit überwunden werden können. Zudem ist mit einem an die Schule gebundenen Programm die Hoffnung verbunden, dass das in jungen Jahren eingeübte gesundheitliche Verhalten auch in späteren Lebensphasen beibehalten wird (vgl. Schmidt, Woll & Bös, 1995, S. 237-238; Kurz & Tietjens, 1998, S. 95).

1.2 Zur Bedeutung der Gesundheitsthematik in der Schule – ein historischer Abriss

Dieser Abschnitt will aufzeigen, welche Maßnahmen bisher eingeleitet und umgesetzt wurden und werden, damit sich Gesundheit, wie oben propagiert, zu einem zentralen Thema in der Schule etabliert, um damit dem neuen Krankheitstyp, den chronischen Erkrankungen, entgegenzuwirken. Der Erfolg ist dabei bisher allerdings noch ausgeblieben, was aktuelle Zahlen immer wieder belegen (vgl. z.B. StBA, 1998; RKI, 2006; Bundesgesundheitsblatt, 50 (2007) 5-6; Ärztezeitung, 2002, 7).

Bevor die aktuellen Gesichtspunkte und Erkenntnisse dargestellt sowie diskutiert werden, gilt es zunächst aufzuzeigen, dass der Gesundheitsaspekt im Rahmen von Schule kein völlig neues Phänomen darstellt.¹⁰ Historisch betrachtet hat man versucht, Gesundheit schon seit Jahrzehnten in der Schule zu vermitteln – zumindest wurde hinsichtlich der Einrichtung bestimmter Maßnahmen in den Schulen auf einer solchen gesundheitlichen Ebene argumentiert. Dies geschah zunächst vornehmlich mittels der Leibesübungen, mit denen „alle Arten intentionaler körperlicher Übung“ (Röthig, Becker, Carl, Kayser, & Prohl 1992, S. 272) zusammengefasst werden. Systematisch wurde mit der Umsetzung von Leibesübungen in Deutschland im Rahmen von Schule oder vergleichbaren Einrichtungen um 1800 begonnen. Zu dieser Zeit waren es die Philanthropen, die in ihren Internatsschulen, den so genannten Philanthropinen, die Leibesübungen zum zentralen Bestandteil ihrer Erziehungsprogramme erklärten. Begründung dafür war, dass sich dadurch unter anderem ein Schutz vor Krankheiten und Unfällen er-

10 Die nun folgende Darstellung kann und soll nur einen Überblick vermitteln und erhebt daher auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

geben würde und die Gesundheit erhalten werden könnte. Die verschiedenen Leibesübungen wurden von den Philanthropen mit dem Begriff Gymnastik zusammengefasst (vgl. Prohl, 1999, S. 33, 38; Balz, 1995, S. 21; Größing, 1993a, S. 11; Grupe & Krüger, 1997, S. 88-91). Als zentrale Gruppen der Gymnastik lassen sich die folgenden benennen: „Springen, Laufen, Werfen, Ringen, Klettern, Balancieren, Heben, Tragen, Tanzen, Gehen und militärische Übungen“ (Grupe & Krüger, 1997, S. 90). Darüber hinaus sind noch das Schwimmen sowie das Spielen anzuführen (vgl. ebenda). Ein Erzieher befasste sich zugleich mit mehreren Schülern. Die von den Schülern bei der Durchführung der reglementierten Bewegungen erbrachten Leistungen wurden genau erfasst und dokumentiert (vgl. Prohl, 1999, S. 35, 38). Insgesamt lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die Philanthropen als die „Begründer und Wegbereiter der pädagogischen Theorie der Leibeserziehung anzusehen“ sind, da sie unter anderem die „Leibesübungen und körperliche Erziehung [...] systematisch in ein ganzheitliches Erziehungskonzept eingebunden haben“ (ebenda). Die Gesundheitsthematik im Rahmen von Schule ist zu dieser Zeit demnach schwerpunktmäßig an die Leibeserziehung gebunden.¹¹

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstand eine neue Form der Leibesübungen, das Turnen.¹² Dieses nahm einerseits Bezug zur philanthropischen Gymnastik, andererseits distanzierte es sich von dieser. Das eigentlich Neue ist dabei jedoch nur in der Ausrichtung auf Wehrrüchtigung und der Vorbereitung zur Vaterlandsverteidigung zu sehen. Dies zeigt sich auch an den turnerischen Leibesübungen, wozu beispielsweise das Gehen, Laufen, Springen, Schwingen sowie verschiedenste Reck- und Barrenübungen gehören, die sich nur gering von den philanthropischen Leibesübungen unterscheiden. Die gesundheitliche Begründung der Leibesübungen ist zu dieser Zeit immer vor dem

11 Stroß berichtet für das ausgehende 18. Jh. zudem von einem regelmäßigen in Volksschulen stattfindenden Gesundheitsunterricht. „Dieser dient vor allem der Einübung bürgerlicher Verhaltensstandards. Dementsprechend fielen die Lehrstücke aus: Es ging darum, Gesundheit in Verbindung mit Tugenden wie Bescheidenheit, Achtsamkeit und Einsicht, vor allem aber auch mit maßvollem und rücksichtsvollem Verhalten zu bringen. [...] Der Lesestoff, den die Schüler hierzu vorgelegt bekamen, operierte mit Beispielen, welche die Gefahren nicht gesundheitsgerechten Verhaltens veranschaulichten und welche zugleich – moralisch unterlegte – Verhaltensaufforderungen lieferten“ (1996, S. 103).

12 Diesbezüglich wird auch vom Deutschen Turnen gesprochen, dass vor allem durch Friedrich Ludwig Jahn geprägt wurde (vgl. z.B. Prohl, 1999, S. 40).

politisch-nationalen Hintergrund zu betrachten. So war es beispielsweise wichtig, über körperlich leistungsfähige Wehrpflichtige zu verfügen. Verpflichtend war das Turnen in den Schulen zunächst nicht. Viele Schulen betrieben das Turnen auf einer informellen Ebene, andere nahmen es zwanglos in die Lehrpläne auf (vgl. Prohl, 1999, S. 40-41; Balz, 1995, S. 22).

Dies änderte sich in den 40er Jahren des 19. Jahrhunderts. Angefacht durch Diskussionen über den Gesundheitszustand der Schüler kam es 1842 zum Schulturnerlass, wonach die Leibesübungen, also das Turnen, zu einem Teil der Erziehung in der Schule werden sollten (vgl. Balz, 1995, S. 23; Grupe & Krüger, 1997, S. 100). Adolf Spieß wurde daraufhin beauftragt, ein geeignetes Konzept für das Turnen im Rahmen der Schule zu erstellen – das Turnen also schul- und unterrichtsfähig zu machen (vgl. z.B. Prohl, 1999, S. 42).¹³ 1844 kommt es in Preußen dann zur offiziellen Einführung des Schulturnens.¹⁴ Schulturnen wird zu einem gleichberechtigten Unterrichtsfach an den Schulen. Die gesundheitliche Bedeutung und Argumentation gehen auch zu dieser Zeit hauptsächlich in Richtung der Wehrrüchtigung. Zudem wird aber auch auf eine Ausgleichsfunktion verwiesen (vgl. z.B. Balz, 1995, S. 20-21, 23, 26). Grundsätzlich kann das Spießsche Turnen als ein formalisierter Turnunterricht ausgewiesen werden, der sich nach und nach in ganz Deutschland durchgesetzt hat. „Unter dem Primat der Ordnung werden hier Turnübungen auf Kommando in bestimmten Formationen gemeinschaftlich ausgeführt“ (Balz, 1995, S. 24; vgl. auch Grupe & Krüger, 1997, S. 101). Anzumerken ist, dass sich die bisherigen Aussagen und Feststellungen vornehmlich auf die männlichen Heranwachsenden bezogen haben. Eine Leibeserziehung für Mädchen kann sich erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts durchsetzen (vgl. Prohl, 1999, S. 46). Hildenbrandt ist sogar der Auffassung, dass sich das Mädchenturnen erst mit dem Erscheinen des Leitfadens für das Mädchenturnen im Jahr 1916 vollständig etabliert hat (1989, S. 17).

13 An dieser Stelle wird auch die Differenz zwischen der Turnbewegung im Sinne Jahns und dem Schulturnen nochmals deutlich. Diese Trennung ist auch heute noch gegeben. So sind die Vereine und die Schulen als getrennte und unterschiedlich organisierte Orte des Sporttreibens auszuweisen (vgl. Prohl, 1999, S. 42).

14 Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Einführung nur stufenweise erfolgen kann und nicht auf einmal vollzogen wird, da beispielsweise ein Personal- oder Materialmangel vorliegt.

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges kommt es zu Veränderungen des Schulturnens. Diese werden mittels des Sammelbegriffs Reformpädagogik zusammengefasst.¹⁵ Im Detail liegen die Schwerpunkte dieser veränderten Leibeserziehung während der Weimarer Zeit (1918-1933) vor allem beim *Natürlichen Turnen*, der *Deutschen Gymnastikbewegung* sowie der aus England drängenden *Spiel- und Sportbewegung* (vgl. Balz, 1995, S. 27; Prohl, 1999, S. 47, 49). Geblieben sind die gesundheitlichen Argumentationen für die Leibeserziehung – argumentiert wird hier speziell hinsichtlich der (Wieder)Erlangung der Volksgesundheit. Darüber hinaus sollen die Leibesübungen auch eine Art Ersatzmittel für die allgemeine Wehrpflicht sein (vgl. Balz, 1995, S. 27; vgl. auch Recla, 2004, S. 98; Cachay, 1988, S. 233, 237-238).¹⁶

Das *Natürliche Turnen* wird vor allem durch die Österreicher Karl Gaulhofer (1885-1941) und Margarete Streicher (1891-1985) geprägt und gewinnt auch in Deutschland sehr schnell an Bedeutung. Hauptsächlich geht es dem Natürlichen Turnen um die Abkehr vom unnatürlichen, starren und formalisierten Turnen des 19. Jahrhunderts. Das Kind soll seine Bewegungen nicht einem formalisierten System anpassen müssen. Vielmehr sollen „die Bewegungen und Übungen des Turnens und Schulturnens [...] der ‚Natur‘ des Kindes, des Schülers entgegenkommen“ (Grupe & Krüger, 1997, S. 112). Es geht demnach darum, dass das Kind selbst die entsprechenden Bewegungsformen entdeckt, um selbstständig bestimmte Bewegungsaufgaben lösen zu können. Der Schule kommt damit die Aufgabe zu, die Schüler in ihrer jeweils eigenen Entwicklung zu fördern (vgl. ebenda; Prohl, 1999, S. 51). „Gesundheitliche Aspekte gehen [...] (im Rahmen des Natürlichen Turnens; C.H.) in der ganzheitlichen Sorge um eine naturgemäße Lebensführung auf“ (Balz, 1995, S. 28). Dies bedeutet im Verständnis von Prohl, dass die Schüler wissen sollten, „wie sie ihre Gesundheit erhalten können und nach diesem Wissen leben“ (1999, S. 50). Mit den Leibesübungen des

15 Explizit verbergen sich hinter dem Reformpädagogikbegriff „differenzierte und facettenreiche, teilweise auch gegenläufige Tendenzen und Strömungen“ (Prohl, 1999, S. 47) in den Bereichen Wissenschaft, Kunst und Gesellschaft. Eine ausschließliche Bindung an Schule und/oder Leibeserziehung existiert demzufolge nicht (vgl. ebenda).

16 Die Allgemeine Wehrpflicht wurde durch den Friedensvertrag von Versailles aufgehoben. Statt der 400.000 bis 500.000 jungen Männer die jedes Jahr zur Armee kamen, um dort ihren zweijährigen Heeresdienst abzuleisten – der sie zu körperlich gesunden, trainierten und disziplinierten Männern macht, gibt es nun ein Berufsheer mit einer Stärke von 100.000 Mann (vgl. Theimer, 1981, S. 300-301; Cachay, 1988, S. 237-238).

Natürlichen Turnens zielen Gaulhofer und Streicher vor allem auf eine Haltungserziehung sowie auf eine den Kindern gerecht werdende Bewegungsschulung. Darüber hinaus gilt es anzumerken, dass der Turnbegriff des Natürlichen Turnens nichts mit dem Saaltturnen zu tun hat. Gaulhofer und Streicher legen den Turnbegriff sehr weit aus – es könnte diesbezüglich auch vom Schwimmen, dem Skilauf oder bestimmten volkstümlichen Übungen gesprochen werden (vgl. ebenda, S. 51-52).

Die *Gymnastikbewegung* war vor allem an die Leibeserziehung der Mädchen und Frauen gerichtet, welche bisher weitestgehend dem Schulturnen der männlichen Heranwachsenden entsprochen hat (vgl. Balz, 1995, S. 29). Ausgangspunkt für die Deutsche Gymnastik bildet die so genannte rhythmische Gymnastik. „Die erzieherische Wirkung der Gymnastik soll auf dem Lösen, Lockern (und; C.H.) Entspannen beruhen“ (Prohl, 1999, S. 49), wodurch sich Störungen sowie Verkrampfungen innerhalb der gesunden und natürlichen Bewegungsabläufe beheben lassen (vgl. ebenda). Gesundheit o.Ä. stehen hierbei allerdings nicht im Zentrum des Interesses der gymnastischen Bewegens. Es geht vielmehr um das Erleben der Bewegungen selbst. Anzumerken ist noch, dass die Gymnastik nur sehr zögerlich Eingang in die Schulen gefunden hat (vgl. ebenda, S. 50).

Als dritte Säule der deutschen Bewegungskultur am Anfang des 20. Jahrhunderts ist die *Spiel- und Sportbewegung* zu nennen. Inhalte des Sports sind beispielsweise Leichtathletik, Schwimmen, Kampfsport, Rudern und/oder Sportspiele. Dabei geht es jeweils um die Leistung der daran teilnehmenden Sportler (vgl. Prohl, 1999, S. 53). In den Schulen wird der Sport wegen der reformpädagogischen Kritik an Leistung zu dieser Zeit kaum auf- und angenommen, während er auf der Vereinsebene eine breite Basis erhält (vgl. ebenda; vgl. auch Grupe & Krüger, 1997, S. 109-110). Grundsätzlich wird dem Sport ein allgemeiner Nutzen für die Gesundheit, aber auch eine spezielle Bedeutung für die Volksgesundheit zugeschrieben. Ebenso gilt gerade der Sport als Ersatz für den weggefallenen Heeresdienst (s.o.; vgl. Cachay, 1988, S. 237-238).

Insgesamt lassen sich die schulischen Leibesübungen der Weimarer Republik als vielschichtig, teilweise diffus, vor allem aber als widersprüchlich bezeichnen (z.B. Natürliches Turnen – Sport). Diese Uneinheitlichkeit wird auch hinsichtlich der Gesundheitsthematik bestätigt.

Einerseits werden die gesundheitlichen Aspekte in das Natürliche Turnen integriert, andererseits wird der Sport mit seinem Leistungscharakter als Problemlöseinstanz bezüglich der Volksgesundheit und der fehlenden Wehrpflicht ins Spiel gebracht (vgl. Balz, 1995, S. 31; Cachay, 1988, S. 237).

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 beginnt sich die Politik umfassend der Leibeserziehung und des Sports zu bedienen. Diese werden in der NS-Diktatur verzweckt sowie politisch missbraucht (vgl. Grupe & Krüger, 1997, S. 117; Balz, 1995, S. 31). Zu Beginn ihrer Machtergreifung verfügen die Nationalsozialisten allerdings noch nicht über ein klar ausgearbeitetes Konzept für die Leibeserziehung und den Sport (vgl. Grupe & Krüger, 1997, S. 117). Trotz allem lässt sich bereits der veränderte Stellenwert des Schulturnens erkennen. Dies kann vor allem von dem erhöhten Stundenumfang und „der aufgesetzten Erziehungsdoktrin“ (Balz, 1995, S. 31) abgeleitet werden. Die nun angestrebte Leibeserziehung steht in keinerlei Zusammenhang mit vorangegangenen Leitbildern der Leibeserziehung. In der nationalsozialistischen Leibeserziehung werden die jungen Menschen lediglich

„als form- und manipulierbares Körpermateriale angesehen; Material, aus dem eine neue Welt 'gehämmert' werden sollte, in der ein neuer Typ des arisch-germanischen Herrenmenschen andere Völker und Rassen unterwerfen sollte, der von seinem 'Blut' und seiner 'Rasse' geleitet wurde“ (Grupe & Krüger, 1997, S. 118).

Demzufolge dient die Leibeserziehung vornehmlich einer vom Grundsatz ideologisierten umfassenden Körperertüchtigung – sie wird „zum wichtigsten Erziehungsmittel“ (Balz, 1995, S. 32), der „Turnunterricht (entsprechend; C.H.) zum wichtigsten Fach“ (ebenda, S. 33). Die angestrebte Körperertüchtigung wird wiederum mit der körperlichen Gesundheit in Zusammenhang gebracht. Das hat zur Folge, dass Gesundheit zu dieser Zeit nicht als eigenständiges Erziehungsziel vorkommt, sondern eine indirekte Bedeutung erfährt. Explizit erfährt die Gesundheit eine rassenhygienische Auslegung und wird zudem als Voraussetzung für die Leistungen im Kampf gesehen (vgl. ebenda, S. 32, 33). „Schulische Gesundheitspflege [...] wird [...] probates und zugleich missbrauchtes Mittel zum Zwecke der Körperertüchtigung für Volk, Wehr, Rasse und Führer“ (ebenda, S. 33). Gesundheitliche Aspekte sind nur im Hinblick auf ein Sicherstellen von körperlicher Leistungsfähigkeit bedeutsam. Für die Verfolgung und Erlangung dieser Ziel-

stellung wird sogar die Gesundheit der Heranwachsenden in Gefahr gebracht. Verletzungen, aber auch der Tod des Einzelnen werden dafür in Kauf genommen (z.B. beim Boxen). Die Gesundheit des Einzelnen besitzt im Verständnis der NS-Ideologie demzufolge keinen Wert – sie erscheint irrelevant (vgl. ebenda, S. 33, 35).

Hinsichtlich der Mädchenspezifischen Körpererächtigung gilt es zu erwähnen, dass der ideologische Grundtenor identisch ist. Unterschiede bestehen jedoch darin, dass es für die Mädchen nicht um Kampfkraft und Härte geht, sondern um die Weiblichkeit und die Rolle der Frau für die Gesellschaft (z.B. Nachwuchsthematik). Im Gegensatz zu den männlichen Heranwachsenden führen die weiblichen in der Praxis die traditionellen Leibesübungen fort (vgl. ebenda, S. 34; vgl. auch Prohl, 1999, S. 60).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs ist das deutsche Schulsystem/Schulwesen zunächst sehr schwierigen Bedingungen ausgesetzt. Zahlreiche Unterrichtsstätten sind zerstört und geeignetes Lehrpersonal fehlt ebenso wie zahlreiche notwendige Gerätschaften und Unterrichtsmaterialien. Das vorrangige Interesse bestand zunächst darin, den Schulbetrieb überhaupt wieder geregelt aufnehmen und betreiben zu können. Die Integration des Fachs Leibeserziehung in das neu aufzubauende Schulsystem wird zu dieser Zeit vor allem durch die Erinnerungen an den ideologischen Missbrauch während der NS-Zeit erschwert. In dieser ersten Phase der Nachkriegszeit ist es hauptsächlich der Deutsche Sportbund (DSB), der sich für die Wiedereinführung der Leibeserziehung als Unterrichtsfach einsetzt. Begründet bzw. gesellschaftlich legitimiert wird dies mit der Notwendigkeit der Leibesübungen für den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen sowie mit der Bedeutung der Leibesübungen für die menschliche Bildung (vgl. Prohl, 1999, S. 70-71; Balz, 1995, S. 35-36; Recla, 2004, S. 100; Größing, 1993a, S. 14, 15). In der im Jahre 1956 von den Kultusministern der Länder, den kommunalen Spitzenverbänden und dem DSB verabschiedeten „Empfehlung zur Förderung der Leibeserziehung in den Schulen“ heißt es dann:

„Die Leibeserziehung gehört zur Gesamterziehung der Jugend; Bildung und Erziehung sind insgesamt in Frage gestellt, wenn sie nicht oder nur unzureichend gepflegt werden. Turnerische und sportliche Betätigung ist daher zur Gesunderhaltung der Jugend nötig“ (Wolf, 1974, S. 46).