

Würzburger Beiträge zur Sportwissenschaft

Band 1

Christiane Reuter

Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Würzburger Beiträge zur Sportwissenschaft

Band 1

Hrsg. von Harald Lange

Institut für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung

Eine Studie zur Durchführbarkeit und Wirksamkeit der Konzeption
„Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ im Setting
Schule und Tagesstätte.



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2009

Zugl.: Würzburg, Univ., Diss., 2009

978-3-86955-129-6

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2009

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2009

Gedruckt auf säurefreiem Papier

ISBN 978-3-86955-129-6

ISSN 1869-4322

INHALT

ZUR LESART DES TEXTES.....	9
1 EINLEITUNG	11
1.1 Ausgangslage: Gesundheitsstatus von Kindern mit geistiger und ohne Behinderung	11
1.2 Problemstellung der Arbeit.....	17
1.3 Zielsetzung und Vorgehen der Arbeit.....	20
1.4 Aufbau der Arbeit	25
2 DAS KONSTRUKT „GESUNDHEIT“	27
2.1 Begriffsannäherung.....	27
2.2 Ausgewählte Gesundheitsmodelle	28
2.2.1 Das Risikofaktoren-Modell.....	28
2.2.2 Das Modell der Salutogenese.....	31
2.3 Gesundheit als Weg und Ziel	33
2.4 Gesundheitsverhalten	35
2.5 Zusammenfassung.....	37
3 DIE LEBENSPHASE KINDHEIT	39
3.1 Die kindliche Entwicklung - ein Überblick.....	39
3.1.1 Die kindliche Entwicklung aus biologischer Sicht	40
3.1.2 Persönlichkeitsentwicklung aus psychologischer Sicht	42
3.1.3 Die kindliche Entwicklung aus soziologischer Sicht	46
3.1.4 Persönlichkeitsentwicklung interdisziplinär betrachtet.....	49
3.1.5 Bildung und Erziehung	53

3.2	Der Wandel der Lebensphase Kindheit	54
3.2.1	Die veränderte Stellung des Kindes in der Familie.....	57
3.2.2	Bedrohung durch Armut	63
3.2.3	Sozialisationsinstanzen und Lebensinseln von Kindern	65
3.2.4	Vermehrter Konsum neuer Medien.....	68
3.2.5	Freizeitgestaltung	76
3.3	Besonderheiten im Leben von Kindern mit geistiger Behinderung und deren Familien	81
3.3.1	Familiensituation.....	84
3.3.2	Finanzielle Belastung der Familien.....	86
3.3.3	Erschwerte Interaktion	87
3.3.4	Überbehütung und erlernte Hilflosigkeit	89
3.3.5	Soziale Teilhabe	91
3.3.6	Freizeitgestaltung	92
3.4	Auswirkungen auf das Leben von Kindern mit geistiger und ohne Behinderung	95
3.4.1	Bewegungsmangel	95
3.4.2	Fehlernährung	101
3.4.3	„Stress“ im Kindesalter	109
3.4.4	Kritische Anmerkungen	111
3.5	Zusammenfassung.....	113
4	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM KINDESALTER	115
4.1	Ausgewählte Konzepte zur Gesundheitsförderung im Kindesalter	118
4.1.1	Klasse2000	119
4.1.2	Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS).....	120
4.1.3	Die „Bewegte Schule“.....	121
4.1.4	Anschub.de.....	124
4.1.5	Miteinander 2000 – Familien stärken	125
4.2	Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung	127

5	„VERNETZTE GESUNDHEITSERZIEHUNG IM GRUNDSCHULALTER“.....	130
5.1	Ziele einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung	134
5.1.1	Förderung von Handlungskompetenz	134
5.1.2	Förderung motorischer Kompetenzen.....	136
5.1.3	Förderung von Coping-Strategien.....	139
5.1.4	Förderung sozialer Kompetenzen	140
5.1.5	Eröffnen aktiver Freizeitmöglichkeiten	141
5.2	Prinzipien zur Erreichung der Ziele	144
5.2.1	Einbezug von Eltern und Kindern.....	144
5.2.2	Vernetzung der Lebenswelten im Setting Schule	147
5.2.3	Prinzip der Lebensnähe und Nachhaltigkeit	148
5.2.4	Prinzip der Freiwilligkeit und Freude	149
5.2.5	Sachinformation, Handeln und Erfahrungsaustausch	150
5.2.6	Verknüpfung von sportlicher Aktivität und Ernährung	152
6	KONZEPTION UND GESTALTUNG DES PROGRAMMS.....	156
6.1	Bewegungserziehung in Tagesstätte oder Schule.....	157
6.1.1	Vielfältige Materialerfahrungen.....	162
6.1.2	Bewegungsspiele.....	163
6.1.3	Bewegungsaufgaben	167
6.1.4	Gruppenaufgaben	169
6.1.5	Rhythmisch-musikalische Elemente	170
6.1.6	Kennenlernen von Entspannungsverfahren.....	171
6.1.7	Körperwahrnehmungsschulung und Erleben von physiologischen Zusammenhängen	173
6.2	Projekttreffen mit den Familien	174
6.2.1	Gemeinsames Bewegen	174
6.2.2	Bearbeiten gesundheitsbezogener Themen, zielgruppenspezifisch	175
6.3	Einbezug des Küchenteams der Kindertagesstätte.....	177
6.4	Handlungsforschung	177

7	KONZEPTION DER PILOTSTUDIE.....	179
7.1	Annahmen und Fragestellungen.....	180
7.2	Beschreibung der Untersuchungsmethoden und des Auswertungsverfahrens.....	182
7.2.1	Durchführungsevaluation.....	184
7.2.1.1	Systematisch erhobene Informationen.....	186
7.2.1.2	Unsystematische Informationsquellen.....	186
7.2.2	Wirksamkeitsevaluation.....	186
7.2.2.1	Datenerhebung durch Schülerfragebögen.....	187
7.2.2.2	Schriftliche Elternbefragung.....	190
7.2.2.3	Protokollierung der Bewegungsstunden durch die Projektbetreuerin.....	190
7.2.3	Datenaufbereitung und Analyseverfahren.....	192
7.2.4	Kritische Reflexion der Untersuchung.....	194
7.3	Beschreibung der Projektteilnehmer.....	200
7.3.1	Alter und Geschlecht der Kinder.....	200
7.3.2	Familiensituation.....	200
7.3.3	Erwerbstätigkeit der Eltern.....	202
7.4	Durchführung der Untersuchung.....	202
7.4.1	Protokollierung der Bewegungsstunden und Projekttreffen.....	202
7.4.2	Steuerung und Bewertung der Projekttreffen mittels Kurzfragebögen.....	203
7.4.3	Durchführung der Anfangs- und Endbefragung der Kinder.....	203
7.4.4	Durchführung der Anfangs- und Endbefragung der Eltern.....	204

8	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	206
8.1	Ergebnisse der Durchführungsevaluation des Pilotprojektes	206
8.1.1	Durchführungsevaluation der Bewegungsstunden.....	209
8.1.2	Durchführung der Projekttreffen.....	213
8.1.2.1	1. Projekttreffen.....	216
8.1.2.2	2. Projekttreffen.....	223
8.1.2.3	3. Projekttreffen.....	226
8.1.2.4	4. Projekttreffen.....	230
8.1.2.5	5. Projekttreffen.....	234
8.1.3	Ergebnisse des Handlungsforschungsansatzes.....	239
8.2	Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation – Prozesse.....	242
8.2.1	Beobachtungen der Grundschul Kinder in den Bewegungsstunden.....	242
8.2.2	Beobachtungen der Förderschul Kinder in den Bewegungsstunden	245
8.2.3	Beobachtete Prozesse bei den Projekttreffen	259
8.2.4	Zusammenfassung der festgestellten Prozesse.....	267
8.3	Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation - Effekte.....	270
8.3.1	Einstellungen der Eltern bezüglich Ernährung und Bewegung	270
8.3.2	Ernährungsgewohnheiten der Kinder.....	278
8.3.3	Freizeitgewohnheiten der Kinder	281
8.3.4	Gesundheitswissen und -verhalten der Kinder.....	288
8.3.5	Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder.....	291
8.3.6	Zusammenfassung der festgestellten Effekte.....	296
8.4	Bewertung des Projekts durch die Projektteilnehmer	298
8.4.1	Bewertung der Bewegungsstunden durch die Kinder	298
8.4.2	Gesamtbewertung der Projekttreffen	302
8.4.3	Gesamtbewertung des Projekts durch Eltern	305
8.5	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung	309
8.6	Bewertung der Untersuchung	315
9	AUSBLICK.....	323

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	326
TABELLENVERZEICHNIS	329
LITERATURVERZEICHNIS	334
ANHANG	367
A 1 Anfangsfragebogen Kinder	367
A 2 Endfragebogen Kinder	375
A 3 Anfangsfragebogen Eltern.....	383
A 4 Endfragebogen Eltern.....	388
A 5 Kurzfragebögen zu den Projekttreffen	394
A 6 Alle Codes (Ausgabe Atlas.ti).....	408
A 7 Tabellen	415

Zur Lesart des Textes

In dieser Arbeit werden Begriffe meist nur in der männlichen Form verwendet. Gemeint sind dabei stets männliche und weibliche Vertreter jeder Gruppe.

Die Problematik der Verwendung der Terminologien „Menschen mit geistiger Behinderung“ oder „geistig behindert“ soll hier nicht unkommentiert bleiben. Bei Personengruppen, die in dieser Arbeit mit diesen Begriffen bezeichnet werden, handelt es sich immer um Menschen, die der in dieser Arbeit verwendete Kategorie von Menschen mit einer geistigen bzw. mentalen Behinderung zuzuordnen sind. Die definatorische Abgrenzung und Beschreibung dieser Kategorie ist dem entsprechenden Beitrag dieser Arbeit zu entnehmen (siehe „Besonderheiten im Leben von Kindern mit geistiger Behinderung und deren Familien“, Gliederungspunkt 3.3). Es wird die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ verwendet, um aber sprachliche Eintönigkeit zu vermeiden, auch die Bezeichnung „geistig behinderte Menschen“ oder auch nur „behinderte Kinder“ u.a. Insbesondere in der Bearbeitung der internationalen Fachliteratur wurden die anglophonen Fachbegriffe in der Beschreibung des Begriffs „Geistige Behinderung“ zugelassen, um so den Schwierigkeiten der Übersetzung und der damit verbundenen definatorischen Auseinandersetzung zu begegnen.

1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas gelten als die „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ und bedrohen zunehmend die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Industrienationen.

„Vor dem Hintergrund wohlfahrtsstaatlicher Modernisierungsprozesse vollzieht sich der rasche Wechsel von der Logik der Grundversorgungs-Verteilung in der Mangelgesellschaft zur Logik der Risiko-Verteilung in der Entwicklungsgesellschaft“ (BRINKHOFF & SACK 1999, 9). Seit mehr Arbeit von Maschinen geleistet wird, wurden die oft auch risikoreichen Mühen für die Menschen weniger, die medizinische Versorgung ist gewährleistet und kaum jemand muss Hunger leiden. Die Industrialisierung hat mit all ihren Vorzügen und Möglichkeiten nicht nur Gutes gebracht. In westlichen Ländern wird diese Entwicklung von der Mangelgesellschaft zur Gesellschaft des Überflusses zu einer immer größeren Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung.

1.1 Ausgangslage: Gesundheitsstatus von Kindern mit geistiger und ohne Behinderung

In den USA ist innerhalb der letzten zehn Jahre die Häufigkeit des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen um 54% und der schweren Adipositas („Superobesity“) um 98% angestiegen. Ähnliche Entwicklungen, wenngleich nicht so ausgeprägte Anstiege der von Adipositas Betroffenen, finden sich in den letzten Jahrzehnten auch in europäischen Ländern (VÖGELE & ELLROTT 2006, 184).

Adipositas stellt ein „Kalorien-Missverhältnis“ dar, spiegelt einen Überfluss an Fettmasse und wird entsprechend internationaler Empfehlungen mit Hilfe des Body-Mass-Index (BMI=Gewicht in Kilogramm/Größe in Meter²) definiert¹. Erwachsene gelten bei einem BMI von mindestens 25 als übergewichtig, ab einem BMI von 30 als adipös. Da sich die Körperproportionen und der Fettanteil im Laufe der ontologischen Entwicklung verändern, sollte eine Definition alters- und geschlechtsspezifischer sein. In Deutschland empfiehlt die ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (AGA) (2006) zur Festlegung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen die Benutzung einheitlicher BMI-

¹ Es gibt genauere Methoden die Fettmasse zu bestimmen, wie die Magnetresonanz, Hautfaltenmessung an verschiedenen Körperpartien, die Berechnung der Oberfläche der Arme anhand von Hautfalten und Armumfang und Schätzung der abdominalen Fettmasse durch die Messung des Taillen- und Hüftumfanges, die jedoch im Alltag schwerer zu gebrauchen sind (vgl. DUBUIS 2002).

Perzentile, welche den Zeitraum von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr umfassen. Perzentile geben den Prozentrang an, also wie viel Prozent der gleichaltrigen Kinder gleichen Geschlechts einen niedrigeren BMI-Wert aufweisen². Bei BMI-Werten oberhalb der 90sten Perzentile wird von Übergewicht, oberhalb der 97sten Perzentile von Adipositas gesprochen (z.B. DUBUIS 2002, REINEHR 2007).

Es lässt sich eine stetige Zunahme der Anzahl von Kindern oberhalb des Normbereichs beobachten. Bei diesen Zahlen handelt es sich nicht lediglich um eine Momentaufnahme um die Jahrtausendwende. Die Zahl von adipösen Kindern und Jugendlichen nahm tatsächlich im Laufe der Zeit zu (VÖGELE & ELLROTT 2006, 184). So zeigen verschiedene Studien eine mittlere Häufigkeit von etwa 20% für Übergewicht (BMI-Perzentile 90 bis 97) und 5% für Adipositas (>97% Perzentile). In einer repräsentativen bundesweiten Studie wurden von 2003 bis 2006 Daten zum Gesundheitsstatus 0 bis 17jähriger in Deutschland untersucht.

Es wurden 15% der 3-17jährigen Kinder und jeder dritte Jugendliche als übergewichtig (Body Mass Index über 90%-Perzentil), 6,3% als adipös (BMI über 97%-Perzentil) eingestuft. Alarmierend ist dabei der Trend zu immer jünger werdenden Patienten. Die Häufigkeit von Übergewicht ist im Vergleich zu Referenzdaten (1985-1999) um die Hälfte gestiegen, die Adipositasrate hat sich bei Kindern verdoppelt, bei Jugendlichen über 14 Jahren sogar verdreifacht (KURTH & SCHAFFRATH ROSARIO 2007). Es wird, wie in den USA bereits geschehen, mit einer Zunahme von an Diabetes Typ II erkrankten Kindern und Jugendlichen gerechnet (DUBUIS 2002). Die häufig ausgelöste Chronifizierung der Ess- und Gewichtsstörung bereits im Kindes- und Jugendalter bedingt häufig eine Ausweitung des Störungsbildes bis hin zur gravierenden Beeinträchtigung der gesamten psycho-sozialen, kognitiven und motivationalen Lebensäußerungen des jungen Menschen (SCHOBERT 1993).

Kinder mit geistiger Behinderung scheinen noch stärker von Adipositas bedroht zu sein. Zwar gibt es kaum Daten zur Häufigkeit von Adipositas bei Kindern mit geistiger Behinderung, aber einige Studien zur Häufigkeit von Adipositas von Menschen mit geistiger Behinderung. So ermittelt EMERSON (2005) bei einer Stichprobe von 1542 Menschen mit geistiger Behinderung eine Adipositashäufigkeit von 30,0% bei Frauen und 17,5% bei Männern.

² Zur Bestimmung der Perzentile mussten Daten erhoben werden. Die Angaben basieren auf Querschnittsdaten, die aus 17 Studien in verschiedenen Regionen Deutschlands stammen und die BMI-Verteilung Deutschlands widerspiegeln (KIESS, WABISCH, ZWIAUER & HEBEBRAND 2005). Mathematisch wurden die Z-Scores dem unterschiedlichen Alter und Geschlecht entsprechend berechnet und angegeben.

ROBERTSON ET AL. (2000) stellen an ihren Probanden (n=500) bei 24% der Frauen und 13% der Männer Adipositas fest.

Tabelle 1: Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Adiposits bei Menschen mit geistiger Behinderung

Autor	Stichprobe	Adiposithäufigkeit Frauen	Adiposithäufigkeit Männer
Beange et al. (1995)	n=202	26,5%	16,3%
Emerson (2005)	n=1542	30,0%	17,5%
Hove (2004a)	n= 282	25%	15%
Hove (2004b)	n=274	25,2%	14,7%
Messent et al.(1998)	n=24	11% (Alter 25-34)	5% (Alter 25-34) 7% (Alter 35-44)
Rimmer et al. (1993)	n=364	58,5%	27,5%
Rimmer et al. (1994)	n=329	31,2%	22,1%
Robertson et al. (2000)	n= 500	24%	13%
Yamaki (2005)		44,24%	26,45%

EISSING, KÖTTING & STÖPPLER³ (2005) ermittelten im Rahmen ihrer Studie zu Geschmackspräferenzen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung den BMI (nach Referenzdaten der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) ihrer Untersuchungsgruppe (51 Schüler im Alter von 10 bis 20 Jahre; Durchschnittsalter 15,7 Jahre). Der Anteil der übergewichtigen (N=5) und adipösen Schüler (N=17) betrug 43%. 10 der Schüler waren untergewichtig, 19 Schüler lagen im Normalbereich (ebd., 296). Zusammenfassend zeigt sich, dass Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung im Vergleich zu nicht-behinderten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit übergewichtig sind.

Zur Ätiologie von Adipositas schließt WIRTH (2000) aus den Ergebnissen unterschiedlicher Studien: „Die Adipositas ist eine polygenetische Erkrankung, monogenetische Erscheinungsformen sind äußerst selten“ (ebd., 64), spricht aber der Vererbung einen Anteil von 30% bis 60% zu. Von der Genetik beeinflusste Faktoren sind der Energieverbrauch, inklusive Grundumsatz, Thermogenese, körperliche Aktivität und die hormonellen und enzymatischen Faktoren der Regulation des Fettgewebes. WIRTH sieht bei der transkulturellen Betrachtung des Körpergewichts Kultur und Lebensumstände als Hauptursachen von Adipositas. Die Prävalenz der Adipositas wird durch die Lebensweise des „Überflusses“⁴

³ Es konnte lediglich diese Studie gefunden werden, die den BMI von Kindern mit geistiger Behinderung ermittelte.

⁴ Überfluss bedeutet hier ein Übermaß an aufgenommener Energie, unabhängig von der Qualität der Nahrung. (Es können auch mit geringen finanziellen Mitteln viele Kalorien verzehrt werden.)

erklärt, ihre Manifestation jeweils abhängig von der genetisch vorgegebenen Adaptation des Stoffwechsels (HEBE BRAND & HINNEY 2000) an diese Lebensweise. Bei Überernährung und Bewegungsarmut entsteht eine Dysbalance im Energiehaushalt, da weit weniger Energie verbraucht, als potentiell zugeführt wird; im Körper bilden sich Fettspeicher.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung spielen auch andere individuelle Faktoren⁵, wie syndromspezifische^{6,7} und genetische Prävalenzen, eine Rolle bei der Entstehung von Adipositas.

Menschen mit geistiger Behinderung werden häufiger als nicht behinderten Menschen Psychopharmaka⁸ verabreicht (SINGH, MATSON, COOPER, DIXON & STURMEY 2005), die mitunter Nebenwirkungen auf Stoffwechsel und Verhalten haben. Die Abbildung 1 zeigt den angenommenen Wirkmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung.

⁵ Bei Untersuchungen zur Häufigkeit von an Adipositas erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung gibt es Anzeichen dafür, dass Menschen mit bestimmten Dispositionen unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Einbettung besonders zur Ausbildung einer Adipositas neigen. Dazu gehören genetische Faktoren und bestimmte Verhaltensweisen, die das Erkranken an Adipositas scheinbar begünstigen. Solche Verhaltensweisen sind Störungen des Essverhaltens und ein besonders inaktiver Lebensstil. Menschen mit geistiger Behinderung tendieren augenscheinlich dazu, sich körperlich weniger zu betätigen als erwachsene Menschen ohne geistige Behinderung (MESSENT, COOKE & LONG 1998; EMERSON 2005).

⁶ Häufig beschrieben werden bestimmte Syndrome, mit denen eine geistige Behinderung und Adipositas einhergehen (siehe ALLISON, PACKER-MUNTER, PIETROBELLI, ALFONSO & FAITH 1998 oder WIRTH 2000).

⁷ Die einzelnen Syndrome sollen hier nicht alle näher erläutert werden. Hierfür soll auf folgende Literatur verwiesen sein: TALEBIZADEH & BUTLER (2004); REMSCHMIDT (2000); ALLISON (1998); GUNAY-AYGUN, CASSIDY & NICHOLLS (1997); GRAVESTOCK (2000); VAN MIL, WESTERTERP, GERVER, VAN MARKEN LICHTENBELT, KESTER & SARIS (2001); WIRTH (2000).

⁸ teilweise wird beschrieben, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine genetische Präferenz zu (psychischen) Krankheiten hätten.



Abbildung 1: Angenommener Wirkungsmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung (siehe REUTER 2006)

MORAN ET AL. (2005) konnten zum Beispiel ein signifikant erhöhtes Risiko für das Erkranken an Adipositas bei Menschen mit Down Syndrom ermitteln. HOVE (2004) kam bei seiner Studie sogar auf eine Adipositashäufigkeit von 44,7% bei Menschen mit Down Syndrom, STEWART, BEANGE & MACKERRAS (1994) ermittelten für diese Gruppe eine Häufigkeit von 32%.

Zeigt sich Übergewicht schon im Kindesalter⁹, manifestiert es sich häufig im Erwachsenenalter (DUBUIS 2002). Adipositas im Erwachsenenalter wiederum hebt das Risiko für Koronarkrankheiten, einer Erkrankung an Diabetes, Gicht und Karzinomen, Gelenkproblemen und einer verminderten Lebenserwartung (z.B. DUBUIS 2002). Erste körperliche Folgen von Adipositas sind schon in der Kindheit sichtbar, so zum Beispiel orthopädische Probleme, Herz-Kreislauf-Probleme, Typ-2-Diabetes, Gelenkerkrankungen, Erkrankungen der Gallenblase sowie eine erhöhte Unfallhäufigkeit (IAGJ 2004, 3f), nächtliche Hypoventilation und Schlafapnoe-Syndrom, Hautveränderungen und Beeinträchtigungen des Immunsystems und damit eine erhöhte Infektionsanfälligkeit (WABITSCH 2000, auch DUBUIS 2002). Durch die hohe mechanische Belastung durch das Körpergewicht und den Mangel an Entwicklungsreizen sind orthopädische Komorbiditäten, wie z.B. Fehlstellungen der Beinachse und Fehlhaltungen und Fehlformen des Fußes häufig (vgl. DORDEL 2007). Persistierendes Übergewicht sorgt für ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko und für vorzeitige Sterblichkeit¹⁰.

Für das Individuum, das von Adipositas betroffen ist, bedeutet dieser Umstand meist eine geringere Lebensqualität durch physische Begleiterkrankungen, Immobilität und psychische Probleme (THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION 2004)¹¹. Schon Kinder leiden neben den körperlichen und zunehmend gesundheitlichen Auswirkungen der Fettsucht auch häufig unter psychosozialer Diskriminierung (DYER, BLOMEYER, LAUCHT & SCHMIDT 2007). Die auffällige körperliche Erscheinung wird zu einem ästhetischen Problem und führt zu Vorurteilen, Hänseleien und zunehmender sozialer Geringschätzung Gleichaltriger. „Die Diskriminierung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher führt offensichtlich zu psychischen Belastungen, die sowohl das Selbstbild und die soziale Anpassung als auch das Verhalten nachteilig beeinflussen“ (DYER ET AL. 2007, 195). Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse einer Studie zeigen, dass Übergewicht im Grundschulalter generell mit einem negativeren

⁹ DUBUIS (2002) warnt davor, adipöse Kleinkinder unnötigerweise „krank“ zu machen, da hier die Adipositas einen transitorischen Charakter aufweise. Bei Kindern über 6 Jahren erhöhe sich hingegen deutlich das Risiko, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein. Bis zu 2/3 der adoleszenten Adipösen seien auch später als Erwachsene adipös (ebd., 10).

¹⁰ An diesem Beispiel zeigt das Risikofaktoren-Modell in Theorie und Praxis seine Stärke (Anmerkung der Verfasserin, siehe 2.2.1).

¹¹ Untergewicht, Übergewicht und Adipositas kann signifikant mit einer geringeren gesundheits-bezogenen Lebensqualität in Zusammenhang gebracht werden (HOPMAN, BERGER, BARR, GAO, PRIOR, POLIQUIN, TOWHEED, ANASTASSIADES & CAMOS RESEARCH GROUP 2007).

Selbstkonzept einhergeht. So schätzen übergewichtige Achtjährige einer Studie von DYER ET AL. (2007) zufolge ihre Sportkompetenz geringer ein als ihre normalgewichtigen Altersgenossen. Ihr Aussehen beurteilen übergewichtige Achtjährige auch noch mit elf und 15 Jahren als signifikant negativer als ihre normalgewichtigen Gleichaltrigen (DYER ET AL. 2007, 192).

Adipositas ist aber nur eine Erscheinungsform von Folgen der westlichen Lebensweise, geprägt von Inaktivität, hohem Medienkonsum und einem Nahrungsüberangebot (auch Lebensmittel mit hoher Kaloriendichte) bereits ab der frühen Kindheit. Neben Übergewicht und Adipositas können bereits im Kindesalter die Folgen dieses Lebensstils Risiken für viele Zivilisationskrankheiten, aber auch Disstress und Belastungen sein, die das Leben der Betroffenen in großem Ausmaß beeinträchtigen. Andere Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die bisher nur im Erwachsenenalter beobachtet werden konnten, zum Beispiel psychosomatische Störungen, Herz-Kreislauf-Probleme, Bluthochdruck, Diabetes Typ II, Arteriosklerose und Koordinationsprobleme, treten schon im Kindesalter auf (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 181).

Neben der Beeinflussung des persönlichen Wohlbefindens und der Lebensqualität (DUBUIS 2002) des Einzelnen führt eine ungesunde Lebensweise zur Minderung der Volksgesundheit. Es entstehen enorme Kosten für das Gesundheitswesen, die die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten und Steuerzahler belasten. Diese übersteigen sogar die durch Rauchen bedingten Kosten (STURM 2002).

1.2 Problemstellung der Arbeit

Als Reaktion auf den teilweise erschreckenden Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen liegen Prävention und Gesundheitsförderung absolut im Trend¹². Die Landes- und Bundesregierungen fordern auch Schulen immer stärker dazu auf, den Gesundheitsaspekt im schulischen Leben mehr zu berücksichtigen. Schulen werden dazu angehalten, neue Möglichkeiten zu erproben, mehr Bewegung und gesunde Ernährung in den Schulalltag zu bringen. Das Schuljahr 2008/09 steht an bayerischen Grundschulen im Zeichen von

¹² Aus der systematischen Betrachtung von Evaluationsstudien von Gesundheitsförderungsmaßnahmen konnten MAIER ET AL. (2007) kein gesichertes Wissen darüber schließen, was bei der Prävention von Adipositas wirkt und was nicht. Die Autoren fordern Maßnahmen, die weitläufig angelegt sein sollten und die zahlreichen Bedürfnisse der Kinder berücksichtigen.

Gesundheit unter dem Thema „Voll in Form: täglich bewegen – gesund essen – leichter lernen“. Gefordert wird, dass die Grundschüler an jedem Unterrichtstag, an dem kein Sportunterricht stattfindet, an einer intensiven Bewegungsphase von mindestens 20 Minuten teilnehmen und möglichst mehrmals in der Woche ein gesundes Frühstück bzw. Pausenbrot zu sich nehmen. Die Kinder sollen somit auf Grund ihres körperlichen Wohlbefindens in der Lage sein, erfolgreich zu lernen (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2008).

Es wird zunehmend Raum für Bewegung im Unterricht gefordert, zusätzliche Sport- oder Bewegungsstunden aber selten geschaffen. Die Lehrer müssen selbst für diese zusätzlichen Bewegungsräume sorgen, ihren restlichen Unterrichtsstoff aber trotz der täglich geforderten zusätzlichen zwanzig Minuten Bewegungszeit im regulären Unterricht unterbringen. Bevor erprobte Konzepte mit klaren und einfachen Anweisungen zur Durchführung vorhanden sind, werden mit großer Wahrscheinlichkeit nur die Lehrer, die bisher schon bewegten Unterricht realisiert haben, diesen Richtlinien gerecht werden. Immerhin werden für bayerische Grundschulen vom Kultusministerium Änderungen in der Lehrerausbildung angedacht. Die Überlegungen betreffen verpflichtende Kurse in Bewegungserziehung für alle Grundschullehramtsstudenten -auch ohne Sport als Unterrichts- oder Didaktik-Fach. Das deutsche Schulsystem erreicht mit der Grundschule jedoch nicht alle Kinder. Denn die wenigsten Kinder mit besonderem Förderbedarf werden trotz bestehender Empfehlungen in Regelschulen integriert. Kinder mit kognitiven, körperlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen, aber auch Kinder aus problembeladenen Familienkonstellationen oder aus benachteiligten sozialen Verhältnissen werden in besonderen Schulen nach ihrem jeweiligen Förderbedarf¹³ unterrichtet (vgl. EBERWEIN & KNAUER 2002, 12)¹⁴. Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf werden in Deutschland nur zu etwa 12 Prozent in einer Regelschule unterrichtet (DEUTSCHER BEHINDERTENRAT 2007). Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung werden bisher – trotz einiger Schulversuche – eher selten und vereinzelt (unter 3%) an allgemeinen Schulen unterrichtet (FISCHER 2008, 56). Sie werden von gezielten Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die an Regelschulen und

¹³ Die Bezeichnung für die traditionelle Schule für Geistigbehinderte unterscheidet sich heute in den einzelnen Bundesländern – am weitesten verbreitet ist die Bezeichnung „Schule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung“ (FISCHER 2008, 56).

¹⁴ Das Für und Wider dieser besonderen Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und die Folgen für ihre Teilhabe sollen hier nicht diskutiert werden. Hierzu zum Beispiel EBERWEIN & KNAUER (2002). Integrationspädagogik. Weinheim, Basel: Beltz.

weiterführenden Schulen verortet werden, wenig bedacht und über das Setting Schule somit kaum erreicht. Gerade Kinder mit Behinderung werden häufig von Krankheiten (Zivilisationskrankheiten, psychische Krankheiten) und anderen Einflüssen in ihrer Entwicklung beeinträchtigt und ihre Gesundheit ist in besonderem Maße gefährdet. Bei den Recherchen konnte jedoch kein Konzept (außer Psychomotorik, die ihren Ursprung in der Heilpädagogik hat) gefunden werden, das ganzheitliche Gesundheitsförderung an Förderschulen als Ziel hat. Mit ihrer oft ganztägigen Betreuung tragen Förderschulen ein nicht ausgeschöpftes Potential für gesundheitsfördernde Maßnahmen in sich.

In der Entstehungsphase dieser Arbeit wurde schulische Gesundheitsförderung in Medien, Politik und Wissenschaft zum brisanten Thema. Es wurde jedoch bis zum Abschluss dieser Arbeit kein Konzept speziell für Kinder mit Behinderung herausgegeben oder diese Kinder in einem Konzept berücksichtigt¹⁵.

Der Forderung der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (IAGJ), nachhaltige Konzepte zu entwickeln, die in einem möglichst großen Wirkungskreis Gesundheitsförderung realisierbar machen, wird damit nicht nachgekommen. Die IAGJ (2004) stellt an Gesundheitsförderung folgenden Anspruch: „Um gesundheitsfördernde Maßnahmen vor allem in der Lebensweise, im Bewegungsverhalten, in der Ernährung und im Lebensumfeld dauerhaft bei jungen Menschen zu verankern, müssen alle Kinder und Familien schichtübergreifend und ohne soziale Stigmatisierung erreicht werden. Vor allem die in ihrer gesundheitlichen Entwicklung besonders belastete und gefährdete Zielgruppe der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen ist hierbei zu berücksichtigen. Für sie müssen interdisziplinäre und über den Gesundheitsbereich hinausreichende Präventionskonzepte entwickelt werden, die nicht zuletzt die gesundheitliche Kompetenz der Eltern stärken“ (ebd., 8).

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) wurde als Finanzier dieses Forschungsvorhabens gefunden. Mit dieser Krankenkasse wurde die Vereinbarung getroffen, dass die Konzeption durch das Sportinstitut der Julius-Maximilians-Universität Würzburg erarbeitet, als Pilotprojekt an zwei Würzburger Schulen durchgeführt und evaluiert wird. Zusätzlich wurde festgelegt, dass eine Eltern-Kind-Broschüre sowie ein Manual für Lehrerinnen bzw. Erzieherinnen erarbeitet und von der GEK herausgegeben werden.

¹⁵ Zum Beispiel beinhaltete die dreitägige 1. health(a)ware Tagung in Wien mit dem Thema „Gesundheitsförderung im Setting Schule. Planen - Durchführen – Evaluieren“ außer dem hier vorgestellten Projekt kein weiteres Konzept, das Kinder mit Behinderung in der Konzeption oder Umsetzung erreicht.

1.3 Zielsetzung und Vorgehen der Arbeit

Der Handlungsbedarf und diese Fragen waren der Anlass, ein Konzept zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung für alle Kinder zu konkretisieren. Für eine gezielte Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung liegen bislang kaum entsprechende Konzepte vor, die von den Personen vor Ort als eine Art Anleitung oder Beispiel verwendet werden können. Diese Lücke sollte das hier erarbeitete Konzept füllen. Bevor ein Konzept in die Praxis einziehen kann, muss das Programm entwickelt und dessen Durchführbarkeit und Wirksamkeit (soweit dies möglich ist) überprüft werden. Das Ziel dieser Arbeit war die Erarbeitung und die Erprobung einer solchen Konzeption an einer Gruppe von Kindern mit geistiger Behinderung und die Evaluation der Maßnahme.

Es sollte untersucht werden, ob Kinder mit geistiger Behinderung durch dieses Programm erreicht und angesprochen werden und sich das Konzept als wirksam erweist. Als Ergebnis dieser Arbeit soll ein Manual für Lehrerinnen und Erzieherinnen erscheinen, welches eine weitere Durchführung des optimierten Konzepts in der Praxis ermöglicht. Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein ganzheitliches Konzept zur Gesundheitsförderung im Setting Schule und Tagesstätte entwickelt, als Pilotprojekt durchgeführt, im Sinne von Handlungsforschung begleitet und evaluiert. Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Konzeption und die Evaluationsstudie dieser Interventionsmaßnahme.

Ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsmaßnahmen liefern MITTAG und HAGER (2000). Sie unterscheiden fünf Evaluationsarten, die die spezifischen Aufgaben und Arbeitsschritte im Laufe einer Programmevaluation festlegen (Abbildung 2). Die Auswahl der Evaluationsart wird durch den Zeitpunkt und die Zielsetzung der Evaluation bestimmt.

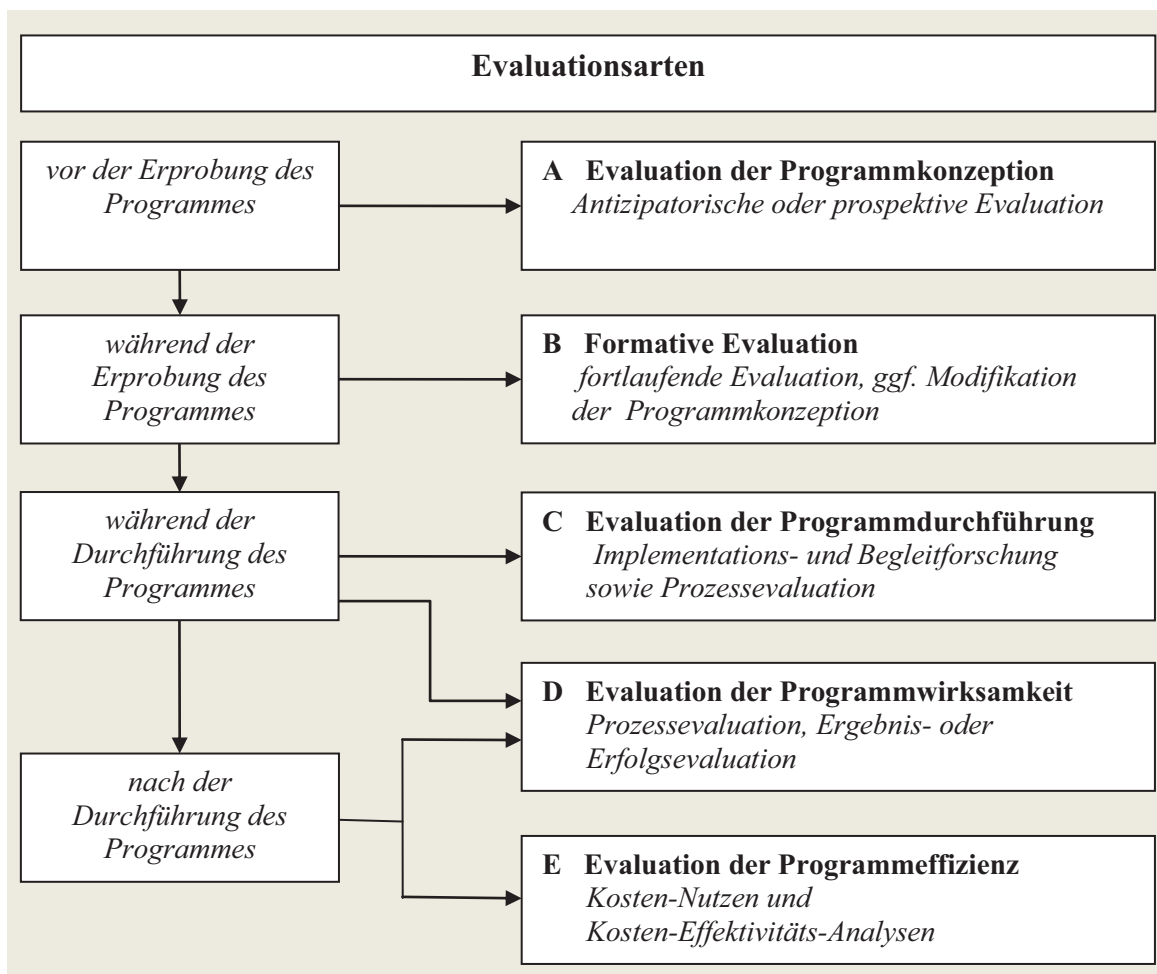


Abbildung 2: Ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsprogrammen (MITTAG & HAGER 2000, 108)

In der vorliegenden Arbeit wird eine Kombination der ersten beiden Evaluationsarten als sinnvoll erachtet. Nach MITTAG und HAGER muss vor der Erprobung eines Programmes zunächst die Programmkonzeption evaluiert werden. Dieses Konzept soll jedoch bewusst für Veränderungen offen sein, und die Zielgruppe soll selbst in den Entwicklungsprozess mit einbezogen werden. Außerdem soll bereits in der Pilotstudie eine Evaluation der Programmdurchführung und Programmwirksamkeit realisiert werden. Ziele dieser explorativen Studie sind

- a) das Programm zu modifizieren,
- b) Prozesse und Wirkung des Programms zu überprüfen und
- c) aus den Erfahrungen der Pilotstudie Erkenntnisse für die weitere Programmevaluationsforschung zu erhalten.

MITTAG & HAGER (2000) leiten aus den Entwürfen von HAGER & HASSELHORN (1995) und MITTAG & JERUSALEM (1997) fünf zentrale Arbeitsschritte und Aufgaben zur Evaluation der Programmkonzeption ab (Abbildung 3), die in dieser Arbeit handlungsleitend waren.

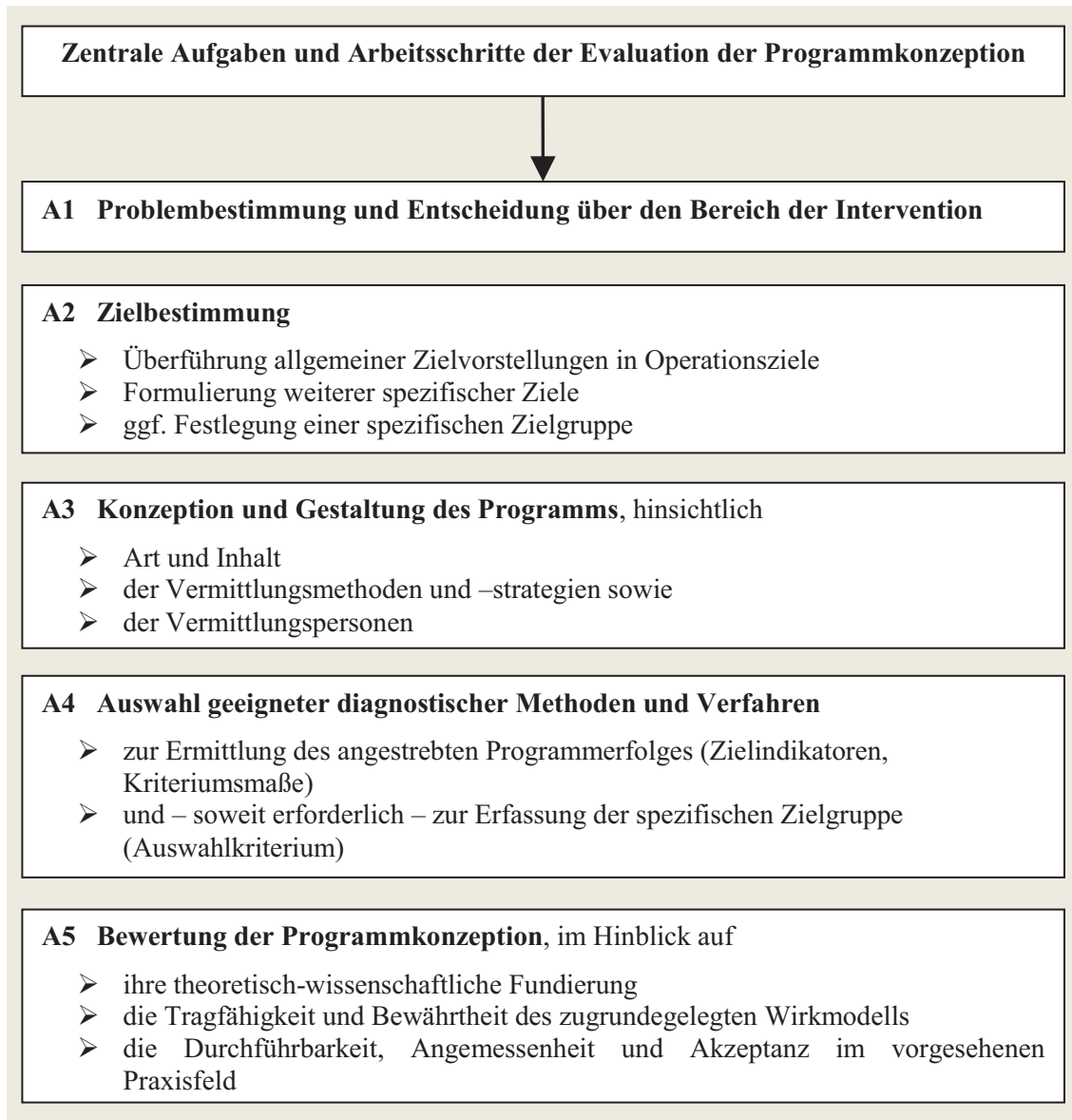


Abbildung 3: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte zur Evaluation der Programmkonzeption (nach MITTAG & HAGER 2000, 110)

Als zweite Evaluationsart stellen MITTAG und HAGER (2000) die zentralen Arbeitsschritte und Aufgaben der formativen Evaluation vor (Abbildung 4). Während der Erprobung des Programms wird mit der formativen Evaluation im Wesentlichen die Verbesserung und Optimierung des Programmes unter den vorgesehenen Praxisbedingungen bezweckt.

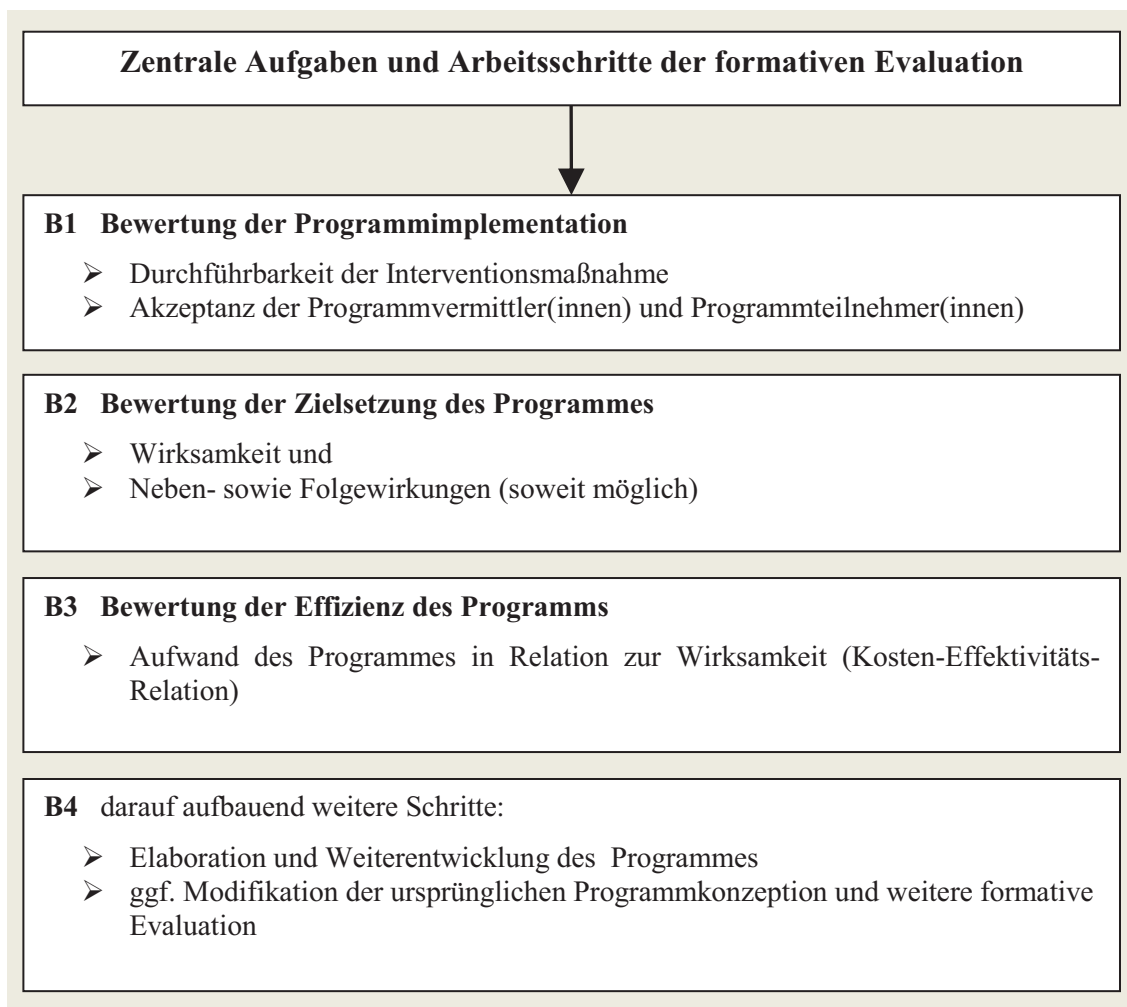


Abbildung 4: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der formativen Evaluation (MITTAG & HAGER 2000, 112)

Die Vorschläge von MITTAG und HAGER (2000) (Abbildung 2 bis Abbildung 4) dienen für die explorative Pilotstudie als Orientierungshilfe und wurden im Hinblick auf die Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit modifiziert. Teile der zentralen Aufgaben und Arbeitsschritte der Evaluation der Programmkonzeption (Abbildung 3) und der formativen Evaluation (Abbildung 4) bildeten den handlungsleitenden Strukturplan für die folgende explorative Studie (siehe Abbildung 5).

Vor der Erprobung des Programms muss das Problem bestimmt und Entscheidungen über den Bereich der Intervention getroffen werden. Für die Zielbestimmung müssen allgemeine und spezifische Ziele formuliert werden, die der Konzeption zugrunde liegen. Darauf aufbauend kann die Gestaltung des Programms hinsichtlich Art und Inhalt, der Vermittlungsmethoden, -strategien und –personen festgelegt werden.

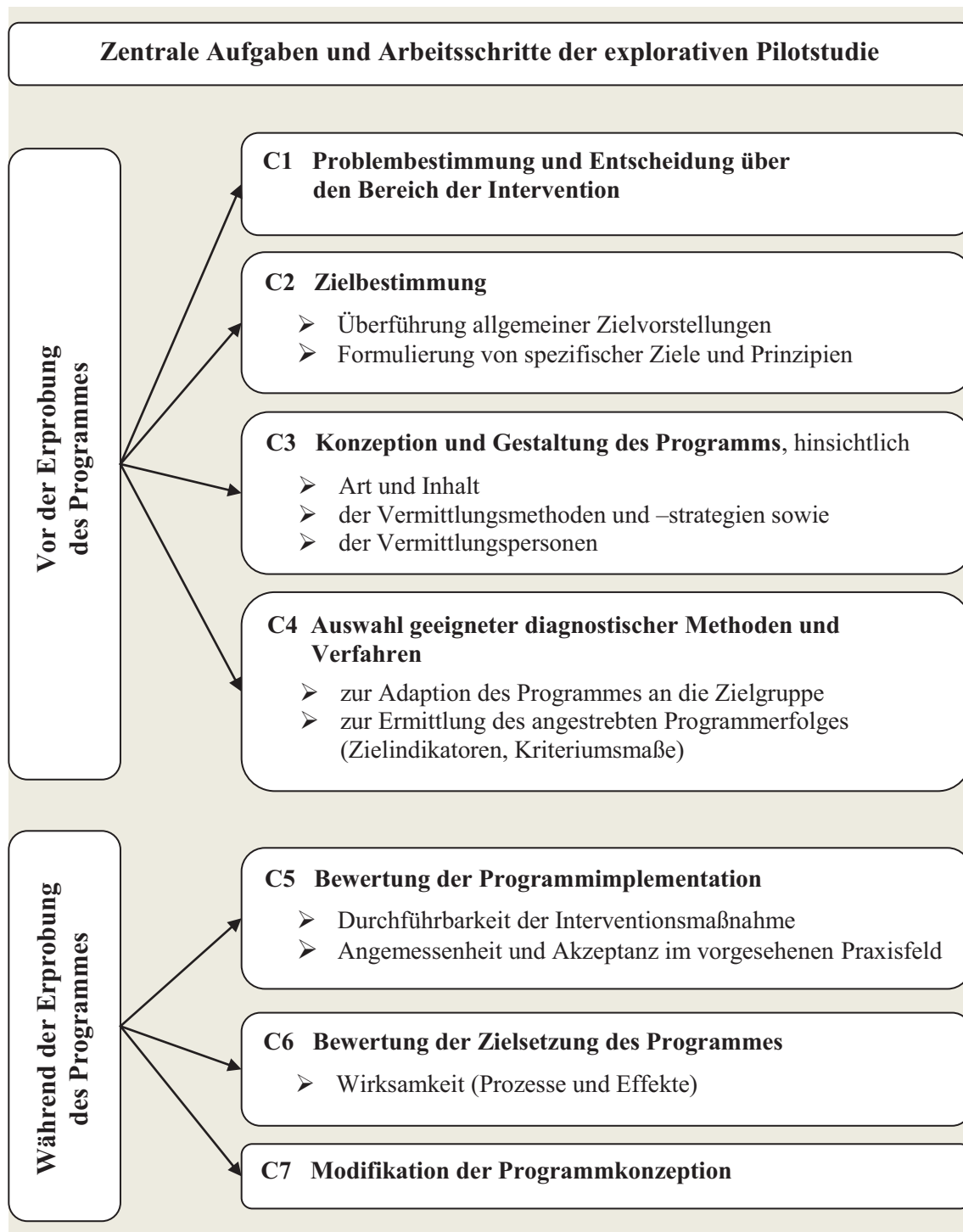


Abbildung 5: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie

Es folgen Überlegungen zur Auswahl geeigneter diagnostischer Methoden und Verfahren zur Adaption des Programms an die Zielgruppe und zur Ermittlung des angestrebten Programmerfolgs.

Mit der Erprobung des Programms sollen Fragen bezüglich der Durchführbarkeit der Intervention, der Angemessenheit und Akzeptanz im vorgesehenen Praxisfeld und der Wirksamkeit der Maßnahme untersucht werden. Damit einher geht die Modifikation der Programmkonzeption.

1.4 Aufbau der Arbeit

Bei der Erarbeitung der Konzeption war die Frage handlungsleitend, wie eine Maßnahme zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung konzipiert und umgesetzt werden kann, um möglichst alle Kinder zu erreichen und auch Kinder mit geistiger Behinderung anzusprechen. Bestehende Literatur, Konzeptionen und Studien können die Hintergründe beleuchten und eine Grundlage für die zu erarbeitende Konzeption bilden (Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie, C1). Zunächst wird in dieser Arbeit das Konstrukt „Gesundheit“ genau betrachtet und einige aktuelle Risikofaktoren für die kindliche Gesundheit ausgemacht. Die Ursachen dieser Gefahren sind in bestehenden Strukturen und in deren Wirkung auf die Kindheit sowie in etablierten Lebensgewohnheiten zu suchen. Dafür wird im dritten Kapitel die kindliche Entwicklung aus verschiedenen Sichtweisen betrachtet und der wechselseitige Einfluss von Individuum und dessen Lebenswelt herausgestellt. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den Lebensumständen von Kindern mit geistiger Behinderung und deren Familien geschenkt (Gliederungspunkt 3.3). Es wird diskutiert, inwieweit die strukturellen und gesellschaftlichen Veränderungen in westlichen Industrienationen im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte die heutige Kindheit beeinflussen und verändern. Nach der Beschreibung und Analyse der Voraussetzungen und Wirkungen werden mögliche und notwendige Konsequenzen für die Gesundheitsförderung aufgezeigt (Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie, C2). Im vierten Kapitel werden einige ausgewählte Konzepte zur Gesundheitsförderung skizziert.

Von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgehend lassen sich Ziele für ein nachhaltiges Gesundheitsförderungsprogramm formulieren, das möglichst alle Kinder erreichen soll. Aus diesen Zielen ergeben sich Prinzipien für die Konkretisierung einer Maßnahme (Kapitel 5.2).

Im sechsten Kapitel wird die Konzeption „vernetzte Gesundheitsförderung im Grundschulalter“ dargestellt, die diesen Anforderungen gerecht werden soll (Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie, C3). Ob diese Konzeption tatsächlich in der Praxis erfolgreich durchgeführt werden kann, soll eine Feldstudie klären, in der die praktische Umsetzung begleitend evaluiert wird. Die Implementierung als Pilotprojekt

konnte mit der Unterstützung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) an einer Regelschule und an einem Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in Würzburg realisiert werden (Kapitel 6).

Die Evaluation des Pilotprojekts hatte folgende Fragestellungen im Fokus:

- Ist die vorgeschlagene Maßnahme bzw. Konzeption zur Gesundheitsförderung im Grundschulalter erfolgreich?
- Ist die vorgeschlagene Maßnahme bzw. Konzeption zur Gesundheitsförderung an der Förderschule erfolgreich?
- Welche gemeinsamen und unterschiedlichen Erfahrungen konnten an den beiden Pilotschulen gesammelt werden?
- Sind erste positive Wirkungen des Pilotprojektes erkennbar (z.B. in den Bereichen Selbstwirksamkeitserfahrung, soziale Kompetenz, motorische Kompetenz, Wissenserweiterung, Sportbegeisterung, Verhaltensänderung)?
- Welche Folgerungen können aus den Ergebnissen für zukünftige gleichartige Projekte und deren Evaluation gezogen werden?

Das siebte Kapitel beinhaltet die Beschreibung des Studiendesigns (C4), der Untersuchungsgruppe, die Durchführung der Studie und die Darstellung der Ergebnisse. Die Fragestellung wird im Kapitel 8.5 beantwortet. Im abschließenden Kapitel folgt die Bewertung der Konzeption (Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie, C5 und C6). Die Erkenntnisse der Feldstudie sollen für eine Verbesserung der Konzeption und der Evaluationsforschung genutzt werden (Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie, C7).

2 Das Konstrukt „Gesundheit“

Auch wenn man sich nach den neuesten Anweisungen zur richtigen Etikette im Knigge nicht mehr „Gesundheit!“ wünscht, wenn jemand niest (ZILLIG 2004, 4180), ist „Gesundheit“ in aller Munde. Der Begriff Gesundheit war selten so häufig in Politik, Gesellschaft und Medien präsent wie heute. Gesundheit gilt zweifelsfrei als eines der höchsten Lebensgüter, unabhängig davon, was jeder einzelne darunter versteht. Doch was ist dieses Konstrukt eigentlich und welche Dimensionen schließt Gesundheit ein?

Da Gesundheit ganz im Fokus dieser Arbeit steht, ist es nötig, sich diesem komplexen Begriff erst einmal anzunähern.

2.1 Begriffsannäherung

Zunächst einmal spricht der Volksmund von einer guten Gesundheit, wenn ein Mensch frei von Krankheit und in einem guten körperlichen Zustand ist. Aus physiologischer, medizinischer Sicht gibt es Organismen, die gut funktionieren, alle Organe und Systeme bringen die erforderliche Leistung. Der Begriff „Gesundheit“ verweist etymologisch gesehen auf das deutsche Wort „gesund“, auf „mächtig, stark“. Im Englischen hat der Begriff „health“ (altenglisch: „hale“) genauso wie das deutsche Wort „heil“ die Bedeutung von „ganz“.

Die Gesundheit jedes einzelnen wird nicht nur durch körperliche Faktoren, sondern auch durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst. Die WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1948) hat Gesundheit wie folgt definiert: "Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen." Jeder Begriff von Gesundheit beinhaltet aber auch immer eine subjektive Komponente. Denn ob ein körperlicher Mangel überhaupt als solcher empfunden wird, hängt von der jeweiligen Sichtweise des Individuums und der ihn umgebenden Gesellschaft ab. So würde ein Mensch, der von Geburt an irgendein von der „Norm“ abweichendes Körpermerkmal hätte, sich nicht unbedingt als „krank“ bezeichnen. Jeder Gesundheitsbegriff stellt eine „bestimmte individuelle und soziale Konstruktion der Wirklichkeit“ (SOMMER 2000, 6) dar, ist subjektiv. Gesundheit ist somit kein einheitlicher Begriff, sondern variiert zwischen verschiedenen sozialen Gruppen. Verschiedene Modelle beschäftigen sich mit der Entstehung von Krankheit bzw. von Gesundheit.

2.2 Ausgewählte Gesundheitsmodelle

Wie Gesundheit von verschiedenen Standpunkten aus betrachtet werden kann, so gibt es auch von Gesundheitsförderung unterschiedliche Ansätze. Ziele für eine Gesundheitsförderungsmaßnahme können erst formuliert werden, wenn Klarheit über das grundlegende Verständnis von Gesundheit herrscht. Zwei zunächst sehr konträre, beide auf ihre Weise schlüssige Modelle können zu einem umfassenden Gesundheitsverständnis beitragen. Ausgewählt wurden das Risikofaktoren-Modell und das Modell der Salutogenese. Beide Modelle werden nachfolgend skizziert und diskutiert.

2.2.1 Das Risikofaktoren-Modell

Das Risikofaktoren-Modell entwickelte sich als erste Reaktion auf den Vormarsch der Zivilisationskrankheiten. Als eine epidemiologisch begründete Erweiterung des biomedizinischen Paradigmas wurde seit Anfang der sechziger Jahre dieses Modell der Krankheitsentstehung begründet. Forschungen zeigten einen wesentlichen Zusammenhang zwischen vermehrt auftretenden Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten (z. B. Lungenkarzinom) und Vorerkrankungen, und einer zivilisationstypischen Lebensweise auf. Diese Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten, die empirisch im Bevölkerungsmaßstab erhoben wurden, werden als Risikofaktoren bezeichnet. Durch ihr multifaktorielles Einwirken erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an der nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder vorzeitig zu versterben (FRANZKOWIAK 2003). Die Wirkung von Risikofaktoren ist komplex und für die einzelnen Menschen in der Regel nicht kausal oder zwangsläufig. Risikoaussagen müssen nicht für jeden Einzelfall zutreffen, eine Kumulation von Risikofaktoren erhöht jedoch immer die Wahrscheinlichkeit von Erkrankung erheblich in Richtung einer Fast-Kausalität (ebd., 195). Am weitesten fortgeschritten ist die Erforschung und Vorsorge jener chronisch-degenerativen Zivilisationserkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Rheuma u.a.m., die in den industrialisierten Gesellschaften die Haupterkrankungshäufigkeiten und Haupttodesursachen ausmachen (siehe Abbildung 6). Es wurde unterschieden zwischen personalen Risikofaktoren, die vorwiegend verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebunden sind, und vorwiegend nicht verhaltensgebundenen Risikofaktoren.

Personale Risikofaktoren der Lebensweise und des Organismus (vorwiegend verhaltensgebunden bzw. persönlichkeitsbezogen)	Strukturelle Risikofaktoren der Lebenslage (vorwiegend nicht verhaltensgebunden)
<ul style="list-style-type: none"> • Tabakkonsum (Zigarettenrauchen) und Passivrauchen • Bluthochdruck (Hypertonie) • Erhöhter Blutfettspiegel (Hypercholesterinämie) • Übermäßiger Alkoholkonsum, chronischer Alkoholmissbrauch • Fehlernährung (hyperkalorische Ernährung, hoher Fettkonsum) • Übergewicht, Adipositas, ungünstige Verteilung von Fettgewebe • Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität (vorwiegend sitzende Lebensweise) • Chronische Stressbelastung und Stressüberlastung • „Typ-A-Verhaltensmuster“ (Kontrollambitionen, Daueranspannung, übersteigertes Leistungsstreben und Ehrgeiz, Gehetztheit und Irritierbarkeit, latente Feindseligkeit) • Einnahme von Antikonzeptiva (nur für Frauen) • Diabetes mellitus • „metabolisches Syndrom“ (hohe Insulinwerte zw. erhöhte Insulinresistenz in Kombination mit einer ver[ri]ngerten¹⁶ Fibrinolyse, erhöhten Blutdruckwerten und erhöhten atherogenen Blutfettwerten) 	<ul style="list-style-type: none"> • berufliche bzw. ökologische Expositionen gegenüber Schadstoffen (z.B. ionisierende Strahlung, Asbest, Teer, Pestizide, Lösungsmittel, Schwebstaube sowie weitere kardiotoxische Substanzen wie Blei, Kohlenmonoxid oder Nitroglycerin) • chronisch starke Lärmbelastungen in der Arbeitswelt oder im Wohnbereich • Schichtarbeit

Abbildung 6: Epidemiologisch nachgewiesene Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen und oder bösartige Neubildungen (entnommen aus FRANZKOWIAK 2003, 196)

Andere durch die Lebenslage bedingte Determinanten aus anderen Wissenschaftsbereichen, z.B. aus der Medizinsoziologie oder Arbeitssoziologie, ergänzen das Modell auf der Seite der nicht-personengebundenen Risikofaktoren mit:

¹⁶ Anmerkung der Verfasserin. Im Original: verengerten

- „psychosoziale Risikosituationen bzw. Risikokonstellationen (z.B. chronische Arbeitsbelastungen in Form von Über- bzw. Unterforderung, mangelnde soziale Unterstützung, „Gratifikationskrisen“ im Arbeitsleben) und
- persönliche Risikodispositionen“ (FRANZKOWIAK 2003, 197) (z.B. kritische Lebensereignisse, belastende Lebensalterübergänge sowie bestimmte Verhaltensmuster).

Die Erkenntnisse über Gesundheitsrisiken durch eine ungesunde Lebensweise wurden in den letzten Jahren vor allem in der Rehabilitation nach speziellen Erkrankungen berücksichtigt und präventiv-medizinisch in der individuellen Verhaltensänderung umgesetzt. Interventionen werden vornehmlich auf Veränderung von schädlichen Verhaltensmustern (z.B. Ernährung, Bewegung) und den Aufbau alternativer Handlungsweisen und Selbstkontrollen (z.B. Nichtraucher) beschränkt. Lebensweise und Bewältigungskompetenzen einzelner sowie rahmensetzende Lebenslagen der betroffenen Menschen werden hingegen eher vernachlässigt. Durch die Medien wurden Risikofaktoren in wenigen Jahren zum Teil des Allgemeinwissens und gaben einer neuen "Bewegungskultur", wie Jogging, Walking oder Volksläufen, Auftrieb. Der durch Abschreckung (z.B. Raucherbein oder Texte auf Zigarettenschachteln) und Aufklärung über gesundheitliche Risiken propagierte Anstieg des Gesundheitsbewusstseins schlägt sich aber nur teilweise in einem veränderten Gesundheitsverhalten nieder. Ein Grund dafür könnte die Kluft zwischen allgemeinem Risiko und individueller Betroffenheit sowie Einflüssen, wie Suchtverhalten, Gefühlen der Sinnlosigkeit oder Machtlosigkeit, sein. Das Modell erklärt letztendlich nicht das Auftreten oder Ausbleiben von Krankheiten beim einzelnen Menschen. Auch in seiner Anwendung in der Gesundheitsförderung berücksichtigt es nicht die möglichen Bewältigungsstrategien, der Mensch erscheint als ein nur reagierendes Objekt.

Gezielte Veränderungen von (selbst-)schädlichem Verhalten sind unbestritten wichtig zur Förderung der individuellen und öffentlichen Gesundheit. Solche Maßnahmen decken allerdings nur einen Teil der Risikodeterminanten ab. „In seiner verengten präventiven Umsetzung ist das Risikofaktorenmodell nur für einen eingeschränkten Konzept- und Praxisbereich der Gesundheitsförderung tauglich“ (FRANZKOWIAK 2003, 198).

2.2.2 Das Modell der Salutogenese

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe AARON ANTONOVSKY stellte als erster nicht die Risiken, die Menschen krank machen (=Pathogenese), in den Mittelpunkt seiner Forschungen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, sondern die Gründe, warum Menschen trotz Risikofaktoren gesund bleiben. Sein Modell der Salutogenese übersetzt Risikofaktoren in Schutzfaktoren und impliziert eine systemtheoretische Sichtweise der Welt¹⁷. Jedes Individuum ist demnach ein eigenes System, das in verschiedenen Systemen wirkt und wird von diesen wiederum beeinflusst wird. Das Grundprinzip ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden und der daraus resultierende Versuch, ein Gleichgewicht herzustellen. Für den Begriff Gesundheitszustand bedeutet das, dass Gesundheit keine statische Größe ist, sondern immer wieder neu aufgebaut werden muss. Dieser Prozess ist nie vollkommen abgeschlossen, der Verlust von Gesundheit ist natürlich und allgegenwärtig (vgl. BENDEL, STRITTMATTER & WILLMANN 2001, Kap.2). Er hebt damit die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit¹⁸ auf und erweitert die Sichtweise mit Hilfe der Vorstellung des „Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“. Ein Mensch ist nicht mehr völlig krank oder gesund, er kann hingegen mehr oder weniger krank bzw. gesund sein. Kann ein Organismus seine Ordnung nicht aufrecht erhalten, reicht es nicht mehr, nur krankmachende Einflüsse zu bekämpfen. Der salutogenetische Ansatz fordert die Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie die Betrachtung des ganzen Systems, in dem diese Person lebt. Alle Lebensaspekte können wichtige Ressourcen einer Person beinhalten, die zur Genesung der Person beitragen können. Diese Ressourcen gilt es aufzufinden und als Gesundheit unterstützende Faktoren zu stärken sowie krankheitsauslösende Faktoren zu verhindern bzw. zu reduzieren (INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR JUGENDFRAGEN 2004, 7).

In ANTONOVSKYS salutogenetischem Modell der Gesundheit¹⁹ setzt der Entwickler neben dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einige weitere Konstrukte mit der Entstehung bzw. dem

¹⁷ Das Konzept der Salutogenese formulierte A. ANTONOVSKY in seinen beiden Hauptwerken „*Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being.*“ (1979) und „*Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.*“ (1987, beide San Francisco, Jossey-Bass).

¹⁸ Gesundheit und Krankheit als zwei sich ausschließende Zustände.

¹⁹ Eine ausführliche und anschauliche Erläuterung Antonovskys salutogenetischen Modells der Gesundheit ist z.B. in Kapitel 2.3. bei BENDEL ET AL. (2001) zu finden.

Erhalt von Gesundheit in engen Zusammenhang. Das Kernstück des Modells ist das Kohärenzgefühl (*sence of coherence, SOC*). Als Kohärenzgefühl bezeichnet ANTONOVSKY eine individuelle sowohl kognitiv als auch affektiv-emotionale Grundhaltung bzw. Weltanschauung, die darüber bestimmt, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Diese Grundhaltung setzt sich nach dem Autor aus drei Komponenten zusammen:

1. Das Gefühl von Verstehbarkeit (*sence of comprehensibility*)
beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit einer Person, Reize verarbeiten, einordnen und verstehen zu können.
2. Das Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (*sence of manageability*)
beschreibt die Überzeugung bzw. das Vertrauen einer Person in sich selbst, Schwierigkeiten überwinden zu können und nicht machtloses Opfer zu sein.
3. Das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (*sence of meaningfulness*)
beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als emotional sinnvoll erlebt, eine positive Erwartung an das Leben hat.

Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl ermöglicht einem Menschen, flexibel auf Anforderungen zu reagieren, indem er die für diese Situation angemessenen Ressourcen aktiviert.

Ein weiteres Konstrukt in ANTONOVSKYS Modell sind Stressoren und Spannungszustände, die von innen oder außen kommend, das System stören. Sie fordern den Organismus auf, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Auf physikalische, psychosoziale und biochemische Stressoren reagiert ein Organismus auf unterschiedliche Weise. Entstandene Stressreaktionen müssen nicht unbedingt negative gesundheitliche Folgen haben. Ein starker Kohärenzsinn erlaubt es zum Beispiel manche Reize als neutral zu bewerten und somit einen Stressor in einen Nicht-Stressor umzudeuten. Als generalisierte Widerstandsressourcen, die *generalized resistance resources (GRR)* bezeichnet ANTONOVSKY Variablen, die als Widerstandsressourcen in Situationen aller Art wirksam werden. Sie können sowohl individuelle Faktoren, z.B. körperliche Stärken, Intelligenz und Bewältigungsstrategien, als auch soziale und kulturelle Faktoren, wie soziale Unterstützung, finanzieller Rückhalt und kulturelle Stabilität, sein (siehe Abbildung 7).

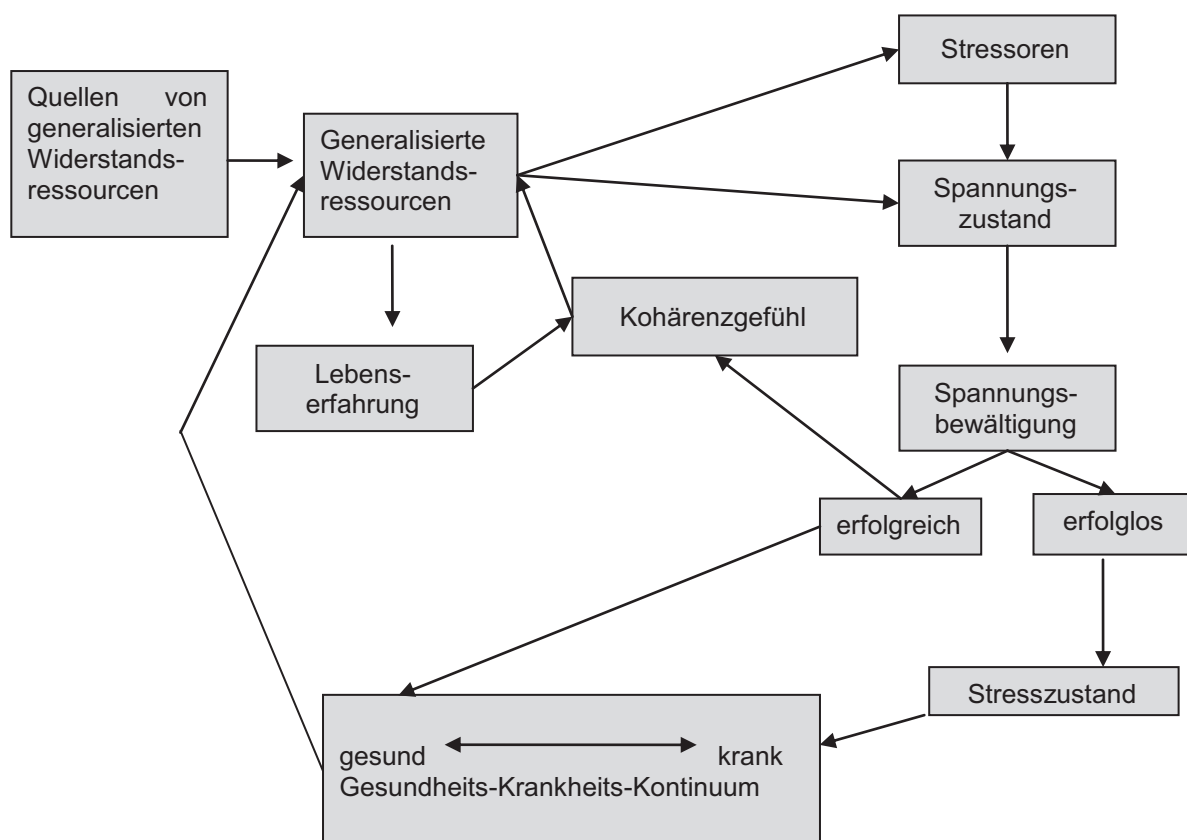


Abbildung 7: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese von ANTONOVSKY (aus BENGEL ET AL. 2001, 36)

Bei der Frage, wie Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt werden kann, welche Einflüsse auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wirken, werden somit weniger pathogene als salutogene Faktoren betrachtet. In den Fokus geraten der Umgang mit Risiken, die Bewältigung von Belastungen, die Widerstandsressourcen von Individuen und sozialen Gruppen, gesundheitsbezogene Aktivitäten und Ressourcen in der Bevölkerung und der Gesundheit förderliche Lebensbedingungen (vgl. ANTONOVSKY 1987).

BENGEL ET AL. (2001) tragen den Stand der Forschung zum Kohärenzgefühl zusammen und können dabei feststellen, dass Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit eng zusammenhängen. Weniger eindeutig ist der Zusammenhang zwischen körperlichen Gesundheitsmaßen (Blutdruck, Blutwerte, Organfunktionen etc.) bzw. dem subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand und dem Kohärenzgefühl.

2.3 Gesundheit als Weg und Ziel

Parallel zu dem Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren und den Ressourcen hat sich der Gesundheitsbegriff zu einem modernen, interaktionellen Gesundheitsbegriff gewandelt, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend

neben die somatische Dimension stellt (BENGEL ET AL. 2001, 93). Neuere Definitionen betonen neben dem ganzheitlichen Verständnis auch die subjektive Sichtweise und, dass Gesundheit nicht statisch, sondern dynamisch ist. Den sozialen Aspekt von Gesundheit betont HURRELMANN (1994) unter anderem mit seiner Aussage: „Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann. Gesundheit kann deshalb auch als das jeweils aktuelle Resultat einer „gelingenden“ Sozialisation verstanden werden“ (vgl. ebd., 73). Der Ausbau von sozialen Kompetenzen ist darum auch für Gesundheitsförderung von großer Bedeutung (hierzu Kapitel 5.1, im Besonderen Kapitel 5.1.4. der vorliegenden Arbeit).

Doch weder das Risikofaktoren- noch das Salutogenese-Modell kann das komplexe Bedingungsgefüge von Gesundheit vollständig erklären. Die beiden Modelle scheinen wie zwei Seiten einer Medaille zu sein. Eine dieser Sichtweisen kann dem Konstrukt Gesundheit nicht gerecht werden. Eine Vernetzung von saluto- und pathogenetischen Ansätzen ist nötig. Momente aus beiden Modellen können sich gegenseitig ergänzen, wenn es darum geht, ein möglichst umfassendes Bild von der Entstehung oder Vermeidung von Krankheiten bzw. der Erhaltung einer „guten Gesundheit“ zu erlangen. Zwar können Ressourcen im Sinne des Salutogenese-Modells stabilisierend auf die Gesundheit, das Wohlbefinden wirken, eine dem Organismus²⁰ mittel- oder langfristig schädliche Lebensführung kann aber auch durch vorhandene Ressourcen nicht in ihrer Wirkung egalisiert werden.

HURRELMANN & FRANZKOWIAK (2003) berücksichtigen in ihrer Definition von Gesundheit Risiko- und Schutzfaktoren: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (ebd., 54).

Entsprechend der aktuellen Diskussion in der Gesundheitspolitik definiert KAPUSTIN (2004): „Gesundheit als Prozess ist eine Erlebnisqualität, die sich zum einen aus der Lebensgrundhaltung, der Lebensführung des Einzelnen, aber auch in Abhängigkeit von

²⁰ impliziert Psyche, Physis und ein Verständnis vom Menschen als soziales Wesen

naturgegebenen, künstlich geschaffenen und sozialen Bedingungen bestimmt. Gesundheit schließt Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft, die Fähigkeit und Antriebsstärke des Einzelnen mit ein, sich in Selbst- und Mitverantwortung um eine gesundheitsdienliche Lebensweise und um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für die Familie, für das soziale Umfeld, für das persönliche Wohlbefinden und das Gemeinwohl zu bemühen.

→ Gesundheit als Befund im Sinne medizinischer Untersuchungsdiagnostik

→ Gesundheit als Lebensstil, verbunden mit individuellen Vorlieben und gesellschaftlichen Trends

→ Gesundheit als eigenverantwortliche Leistung des Individuums im Sinne stetiger Pflege und Erneuerung

→ Gesundheit als Erziehungsaufgabe, als „Pfad, der sich bildet, indem man ihn geht“.

Gesundheit ist also abhängig von individuellen Voraussetzungen - genetische Dispositionen oder Beeinträchtigungen eingeschlossen -, von sozialen Bedingungen und dem persönlichen Lebensstil des Einzelnen. Dazu gehören Einstellungen und Einsichten, aber auch das Wissen und Spüren, was gut tut mit daraus resultierendem Verhalten. Jedes Individuum muss für sein Handeln Verantwortung übernehmen und dementsprechend für diese Aufgabe nötige Fähigkeiten erwerben. Ein derartiges Verständnis von Gesundheit als Weg und Ziel wird Grundlage dieser Arbeit sein.

2.4 Gesundheitsverhalten

Es gibt einige Verhaltensweisen, die nachgewiesenermaßen förderlich für die Gesundheit sind. Eine Forschergruppe konnte bereits Anfang der 80er Jahre auf der Basis von fast 7000 Teilnehmern bei einer Längsschnittstudie über 10 Jahre hinweg zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für ein langes und gesundes Leben steigt, je eher eine Person folgende sieben Gesundheitsverhaltensweisen praktiziert:

1. Sieben bis acht Stunden Schlaf täglich.
2. Jeden Tag frühstücken.
3. Nie oder selten zwischen den Mahlzeiten essen.
4. Normalgewicht halten.
5. Nicht rauchen.
6. Kein oder mäßiger Alkoholkonsum.
7. Regelmäßige Bewegung/ körperliche Übung.

Diese Studie konnte den Einfluss der Lebensweise auf Gesundheit und Mortalität empirisch nachweisen. Inwiefern Personen motiviert sind, etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit zu tun,

hängt davon ab, welchen Wert sie ihrer Gesundheit beimessen (vgl. SOMMER 2000). Je mehr Bedeutung sie ihrer Gesundheit beimessen, umso höher wird die Bereitschaft sein, viel für den Erhalt ihrer Gesundheit zu unternehmen. Eine weitere bestimmende Größe des Gesundheitsverhaltens ist, ob überhaupt angenommen wird, dass es erfolgsversprechende Handlungen gibt. „Diese Kompetenzerwartungen (*outcome expectancies*) beziehen sich auf die Einschätzung möglicher Folgen, die aus einem Verhalten für die Person resultieren“ (SOMMER 2000, 30). In unterschiedlichen Motivationstheorien wird diese kognitive Bilanzierung der antizipierten positiven und negativen Handlungskonsequenzen als wichtiger Faktor der Motivationsbereitschaft zu einer Handlung beschrieben. Auf die kognitiv ausgerichteten Motivationstheorien soll in dieser Arbeit weniger eingegangen werden²¹. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesundheitsmotivationstheorien annehmen, dass sich Menschen im Gesundheitsverhalten engagieren, wenn sie

1. eine Beeinträchtigung oder Bedrohung der Gesundheit annehmen, sie
2. diese für schwerwiegend halten, sich
3. in der Lage sehen zu handeln, was
4. geeignet ist, die Gefahr zu mindern und das
5. nicht zu kostspielig, aufwändig oder anstrengend ist (vgl. SOMMER 2000).

Eine Schwäche aller kognitiv ausgerichteten Motivationstheorien liegt in der Beschränkung auf die Intentionbildung. Volition und Emotion werden dabei außer Sicht gelassen.

Im Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von SCHWARZER (1992) werden motivationale und volitionale Phase unterschieden, wobei in ersterer die Intentionbildung stattfindet und damit die Volitionsphase über die tatsächliche Ausführung bzw. Veränderung des Gesundheitsverhaltens bestimmt. Wenige Studien²² untersuchten den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und gesundheitsrelevantem Verhalten, diese lassen jedoch keine eindeutige Aussage über diesen Zusammenhang zu. Die Zusammenhänge von Emotionen²³ auf Volitionen, Intentionen und tatsächliche Gesundheitshandlungen konnten bislang nicht ausreichend spezifiziert werden. Das Verhalten im Einzelnen ist aber immer abhängig von der

²¹ Kurze Zusammenfassungen der Modelle sind zum Beispiel bei SOMMER 2000, Kapitel 3, nachzulesen.

²² Siehe dazu BENGEL ET AL. (2001, 49f).

²³ Verschiedene Modelle und Theorien der allgemeinen Motivationspsychologie zeigen Einflüsse von Emotionen auf verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Auf den Forschungsbedarf zur Spezifizierung von emotionalen Prozessen im Bereich der Planung und Realisierung von Gesundheitshandlungen weisen KLEINERT, GOLENIA & LOBINGER (2007) hin.

jeweiligen Lebenslage, dem Umfeld, den persönlichen Ressourcen und materiellen Gegebenheiten.

Auch wenn Mediziner, Psychologen und Verhaltenstherapeuten Programme entwickeln, die auf eine Verhaltensänderung der Patienten abzielen, sind diese langfristig selten erfolgreich. Viele Ressourcen werden für Therapie-Programme verwendet, von denen nach aktuellen Untersuchungen nur ein Bruchteil der Betroffenen profitiert. Eine Symptomtherapie der sozialisationsbedingten Adipositas scheint vielleicht auf den ersten Blick kostengünstiger zu sein. Tatsächlich zieht sie durch ihre in der Mehrzahl der Fälle weitgehend belegte Erfolglosigkeit schon mittelfristig erheblich höhere Folgekosten nach sich. „Deshalb ist Prävention notwendig, aber keine Stigmatisierung: Denn die Zahlen sagen auch, dass viele der später Übergewichtigen früher „rank und schlank“ waren“ (WERSICH 2005, 7). Es ist schwierig, manifestierte „gesundheitsschädigende“ Gewohnheiten zu einem späteren Zeitpunkt im Leben aufzugeben und sich eine gesunde Lebensweise anzugewöhnen. Ein frühzeitig erlerntes gesundheitsförderliches Verhalten ist hingegen leichter beizubehalten.

Da eine Therapie von Adipositas sehr geringe Erfolgschancen hat, müssen Interventionen ansetzen, bevor es zu einer Manifestation der Krankheit kommt. Auch andere immer häufiger auftretende Gefahren für die kindliche Gesundheit, wie Haltungsschwächen und –schäden oder psychische Störungen können und müssen präventiv angegangen werden.

2.5 Zusammenfassung

In aktuellen Studien zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten der deutschen Bevölkerung fallen vor allem die Ergebnisse der Kinder und Jugendlichen auf (z.B. KIGGS-Studie 2006). Der KIGGS-Studie zufolge zählen mittlerweile nahezu alle Kinder als von Übergewicht bedroht und jeder Mensch kann in jedem Lebensabschnitt übergewichtig werden. Neben Übergewicht und Adipositas stiegen auch die Raten für Haltungsschwächen und Haltungsschäden, psychische Probleme und Störungen für die untersuchten Kinder an. Studien ergaben, dass manche Personengruppen besonders gefährdet sind. Aus Ergebnissen von Kinder- und Jugendgesundheitsveys wurden einige gesundheitlich benachteiligte Gruppen in Deutschland ausgemacht (KIGGS-Studie 2006). Zu den „Risikogruppen“ gehören Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung, Menschen mit geringem Einkommen und Kinder. Die Gruppe „Kinder mit geistiger Behinderung“ trifft dabei mehrere Faktoren der Benachteiligung.

Die Zahlen sind alarmierend und fordern Öffentlichkeit, Politik und jeden Einzelnen zum Handeln auf.

Mit dem Paradigmenwechsel - von einem biomedizinisch orientierten Gesundheitsbegriff hin zu einer biopsychosozialen Vorstellung von Gesundheit - erhalten nun neben Risikofaktoren auch Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Vermeidung von Krankheit.

3 Die Lebensphase Kindheit

Da sich das Forschungsinteresse auf Kinder bezieht, ist es nötig, dieses Konstrukt mitsamt seinen theoretischen Grundlagen näher zu betrachten. Während in der älteren Entwicklungspsychologie unter Kindheit nur ein Abschnitt der seelischen Entwicklung des Menschen verstanden wurde, hat sich die Sichtweise auf diesen Lebensabschnitt ausgeweitet. Die moderne Kindheitsforschung betrachtet darüber hinaus auch den historischen, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontext, in dem das Subjekt eingebettet ist (GUDJONS 2006). Kindheit ist damit zu einem interdisziplinären Forschungsgebiet geworden. In diesem Kapitel soll Kindheit aus verschiedenen Disziplinen beleuchtet und Besonderheiten dieser Lebensphase in Bezug auf Gesundheit vorgestellt werden. Zuerst wird ein kurzer Überblick darüber gegeben, wie sich das Kind, als individuelle Persönlichkeit und in seiner Rolle in der Gesellschaft entwickelt. Vor dem Hintergrund verschiedener Perspektiven der kindlichen Entwicklung wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Sichtweise von Entwicklung dargestellt und auf die Schwierigkeiten der Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung verwiesen. Darauf aufbauend soll geklärt werden, wodurch und inwieweit sich die Lebensphase Kindheit im Vergleich zu früher verändert hat und welche Gefahren diese Veränderungen für die kindliche Gesundheit, insbesondere von Kindern mit geistiger Behinderung nach sich ziehen können.

3.1 Die kindliche Entwicklung - ein Überblick

Mit Entwicklung ist die ganzheitliche Veränderung eines Menschen gemeint, die oft durch organische Gegebenheiten entscheidend bedingt ist, zudem aber kognitive, affektive und sonstige Faktoren einschließt (GUDJONS 2006, 110). Ein Mensch kommt schutz- und hilfsbedürftig als „weltoffenes Wesen“ (GIESECKE 2004, 15) auf die Welt, „dessen Erbausstattung ihm einen verhältnismäßig großen Spielraum für Lern- und Verhaltensmöglichkeiten lässt“ (ebd.). Die körperliche Entwicklung wird im Wesentlichen durch die vererbten genetischen Anlagen, teilweise aber auch durch die Umwelt bestimmt. Die individuelle menschliche Entwicklung (=Ontogenese) erfolgt zum einen auf der körperlichen Ebene, zum anderen auf der Ebene des kognitiven, emotionalen und sozialen Lernens (GIESECKE 2004, 22). Die kindliche Persönlichkeit entwickelt sich in Abhängigkeit von inneren Anlagen und äußeren Gegebenheiten. Die Wissenschaftsbereiche Biologie, Psychologie und Soziologie liefern Theorien über diese Prozesse. Die menschliche Entwicklung mündet im Idealfall in eine Verbindung zwischen Persönlichkeit und

Gesellschaft, mit deren Erfassung sich verschiedene Sozialisationstheorien beschäftigen. Handbücher und Einführungen über Sozialisationstheorien setzen verschiedene Schwerpunkte bei der Auswahl und Gliederung der Theorien²⁴. Zunächst lassen sich organismische Ansätze, die eine ausschließlich genetische Determination der menschlichen Entwicklung annehmen, von exogenistischen Theorien unterscheiden, die die Ontogenese als einen sozial-kulturellen Prozess beschreiben. Die Darstellung organismischer Entwicklungskonzepte erscheint auf Grund der großen Bedeutung in der klassischen Entwicklungspsychologie, aber auch wegen ihrer erneuten Aktualität für ethologische und sozial-biologische Ansätze, gerechtfertigt²⁵. Für den folgenden Überblick wurde der Zugang über die Sichtweisen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen gewählt, in die die jeweiligen Theorien grob eingeordnet werden können. Zuerst soll von der grundlegenden biologischen Entwicklung über eine Zusammenschau psychologischer Entwicklungs- und Sozialisationstheorien auf eine ganzheitliche Sichtweise von Kindheit und Kindsein geschlossen werden und zum Abschluss eine konstruktivistische interdisziplinär ausgerichtete Theorie skizziert werden. Ein solches Verständnis von Kindheit liegt dieser Arbeit zu Grunde.

3.1.1 Die kindliche Entwicklung aus biologischer Sicht

Die kindliche Entwicklung vollzieht sich auf körperlicher und psychischer Ebene, wobei diese sich gegenseitig beeinflussen. Bei endogenen biologischen Konzepten treibt ein internes Programm die Entwicklung voran. Die Person wird demnach nicht aktiv, sie gestaltet ihre Entwicklung nicht selbst, sondern folgt passiv dem eigenen Entwicklungsprogramm (FEND 2005). Genetische Determinanten bilden die anatomisch-physiologischen Voraussetzungen körperlicher Wachstumsvorgänge und reifungsabhängiger Ausdifferenzierung. Zudem begrenzt das Erbgut die Möglichkeit des Erwerbs bestimmter Verhaltensweisen und die Ausformung individueller genetischer Determinanten (vgl. WOLLNY 2002, 28). Bei der Sicht auf die rein körperliche Entwicklung des Kindes kann vielmehr von Reifung gesprochen werden als von Entwicklung. Reifung als endogener, genetisch gesteuerter Anteil der Entwicklung, ist dennoch nicht völlig frei von Umwelteinflüssen (GUDJONS 2006).

Physiologische Wachstumsprozesse, wie die Reifung des Zentralnervensystems, des Muskel- und Skelettsapparates und hormonale Veränderungen, aber auch fundamentale Aufbauprozesse

²⁴ Hierzu eine Übersicht bei FAULSTICH-WIELAND (2000), Kapitel 1.

²⁵ Es können nicht alle Entwicklungskonzeptionen aufgeführt werden. Weitere Konzeptionen, auch in Bezug zur motorischen Entwicklung können bei WOLLNY (2002) nachgelesen werden.

im Bereich kognitiver, sprachlicher, affektiver und psychomotorischer Funktionen sind Beispiele für endogene Entwicklungsprozesse²⁶. In bestimmten Lebensphasen, wie früher Kindheit, Pubertät und Menopause werden gerade hormonelle Steuerungsprozesse besonders deutlich. Entwicklungsmerkmale oder –muster werden durch die Genetik allerdings nicht starr vorgegeben, sondern wirken als Imperative, „(...) welche die Reaktionsnorm eines Organismus unter spezifischen Konstellationen exogener Bedingungen bestimmen“ (vgl. SINGER & BÖS 1994, 22).

Unmöglich ist eine klare Abgrenzung einer „normalen“ Entwicklung eines Menschen von seiner Zeugung an bis zum (ausgewachsenen) Erwachsenen. Kinder unterschiedlicher Kulturen und Länder haben deutliche Unterschiede in ihrem Entwicklungsverlauf, aber auch innerhalb eines engen Kulturkreises entwickeln sich Kinder unterschiedlich schnell. So gibt es in der körperlichen Reifung die sogenannte Akzeleration und Retardation – die körperliche Reife ist zeitlich nach vorne bzw. nach hinten verlagert. Eine Phasengliederung der Reifungsschübe in der kindlichen Entwicklung wird aus biologischer Sicht immer noch vorgenommen, wobei auch sie den Bedingungen der Kultur und Umwelt für bestimmte Abschnitte unterliegt. In der neueren Forschung wird die Bedeutung des Geschlechts für die Persönlichkeit und ihre Entwicklung zunehmend berücksichtigt, was im Rahmen der Gender-Forschung weiter erforscht wird²⁷.

Lebensalter sind aber nicht als Ursache für Entwicklungsprozesse zu verstehen, da das Alter keine Variable ist, die per se eine Bedeutung für Entwicklung hätte (vgl. SINGER & BÖS 1994, 19). Altersangaben können lediglich Beschreibungen für Veränderungen sein, nicht deren Erklärung. Physiologische Wachstumsprozesse können auch durch äußere Einwirkungen, z.B. durch schlechte Ernährungsbedingungen oder Bewegungsmangel oder auch durch gezielte Beeinflussung hormonaler, biochemischer oder mechanischer Mechanismen gestört, verzögert oder beschleunigt werden. Ereignisse, nicht lediglich der Umstand des Älterwerdens, bewirken also Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen. Alters- und lebenszeitgebundene Einflüsse sind nicht nur biologische, sondern auch umweltbezogene Einflüsse, die nicht starr, sondern in gewissen Grenzen variabel an das Alter gebunden sind. Die ontogenetische Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, der sowohl von inneren

²⁶ Die Entwicklungsverläufe von Geburt über Säuglingsalter, frühe, mittlere und späte Kindheit bis hin zur Jugendzeit sind bei OERTER & MONTADA (2002) ausführlich beschrieben.

²⁷ Über Gender-Forschung soll verwiesen werden auf: FAULSTICH-WIELAND, H. (1995). und FAULSTICH-WIELAND (2003).

Anlagen, als auch durch äußere Einflüsse bedingt ist. Dabei ist nicht das Lebensalter Ursache für Entwicklung, sondern lebensalterstypische Einflüsse, Ereignisse und Vorgänge, die zu gegebener Zeit in einer gegebenen Gesellschaft gebunden sind (SINGER & BÖS 1994, 19).

3.1.2 Persönlichkeitsentwicklung aus psychologischer Sicht

Die Ontogenese wird also nicht nur von genetischen Vorgaben bestimmt, sondern ebenso von Lernprozessen. Beide Prozesse – Lernen und Reifen - sind aufeinander angewiesen und beeinflussen sich gegenseitig. Ihre gemeinsame Verbindung ist das „Tätigsein“ (GIESECKE 2004, 22) des Kindes. In der Psychologie wird die kindliche Entwicklung aus unterschiedlichen Sichtweisen beleuchtet und erklärt. Diese dienen als Erklärungsmodelle für Handeln und Lernen des Kindes und als Basis für pädagogisches Handeln. In endogenen psychologischen Modellen erschafft sich die Person aus sich selbst heraus, ist also die Instanz der souveränen Selbsterzeugung (FEND 2005).

Die erste wissenschaftliche Theorie, die sich mit der Persönlichkeitsentwicklung beschäftigte und in ihr Ansatzpunkte für die Therapie von psychischen Krankheiten suchte, war die Psychoanalyse. So führt der Begründer SIGMUND FREUD mit seiner psychoanalytischen Theorie kindliche Entwicklungen auf die Person-Umwelt- Beziehung zurück. Durch die Verinnerlichung gesellschaftlicher Normen lernt die Person, die Bedürfnisse (Triebe) zu kontrollieren und zu kanalisieren²⁸. Das Leben in der Realität verlangt eine Anpassung an bestimmte soziale Gewohnheiten und Spielregeln sowie Leistungsanforderungen, z.B. der Schule oder der Arbeitswelt (GIESECKE 2004, 34). Triebwünsche müssen unterdrückt und ins Unterbewusstsein verdrängt werden. Diese „Sublimierung“ der Triebe erfolgt bei jedem Konflikt zwischen Triebwunsch und Anforderungen der Realität und ist Voraussetzung für alle menschliche Kultur. Trotz zahlreicher Kritiker hat die Psychoanalyse auch in ihren Weiterentwicklungen pädagogisch relevante Kernaussagen thematisiert. Mit ihr haben die emotional-affektiven Aspekte im Umgang mit Kindern in der Pädagogik und der öffentlichen Diskussion über Erziehungsfragen eine Aufwertung, die rational-sozialen Aspekte hingegen eine Abwertung erfahren (GIESECKE 2004, 36).

²⁸ FREUDS Psychoanalyse soll hier nicht näher erläutert werden. Sie hat bis heute eine große Bedeutung für die Kindheitsforschung, da sie die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes in den Mittelpunkt stellt. Sie wurde korrigiert und wird in der Therapie beim Aufzeigen von tiefgreifenden seelischen Verletzungen im Kindesalter eingesetzt. Eine kurze Zusammenfassung nachzulesen zum Beispiel bei HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 21-24.

Aus lerntheoretischer Sicht entwickelt sich die Persönlichkeit durch Lernerfahrungen, wobei Lernen als Verhaltensänderung definiert wird (GIESECKE 2004, 48). Die ersten beiden großen Lerntheoretiker waren IWAN P. PAWLOW und BURRHUS F. SKINNER, die das Verhalten als Ergebnis einer Reaktion eines Menschen auf Impulse (Reize) verstanden²⁹. Das Verhalten als Verarbeitung von Erfahrungen der Umwelteinflüsse wurde mit zwei zentralen Konzepten erklärt, dem „klassischen Konditionieren“ und dem „operanten Konditionieren“ (synonym „instrumentelles Lernen“). Die konzeptionelle Idee der Lerntheorien ist, dass das Verhalten eines Menschen durch Impulse aus der Umwelt fast beliebig beeinflussbar ist. Lernen bezeichnet alle Aktionen und Aktivitäten eines Menschen, sich an Umweltgegebenheiten durch Aneignung von Fertigkeiten und Kenntnissen anzupassen. Verhaltensmuster werden sowohl über die aktive Verarbeitung von Umweltreizen und Informationen als auch über Vorbild und Nachahmung aufgebaut. Eine zentrale Rolle spielt dabei die positive und negative Verstärkung von Verhaltensweisen durch Lob und Bestrafung oder andere Verstärker. Auch bereits erlerntes unerwünschtes Verhalten kann durch Modifikation des Verhaltens wieder verlernt und durch anderes Verhalten ersetzt werden. Die behavioristischen Lerntheorien wurden vielfach wegen der Überbetonung des Reaktiven, der zugrundeliegenden Beschränkung auf beobachtbares Verhalten, der Gleichsetzung von menschlichem und tierischem Verhalten und der Vernachlässigung von Sinn, Wille und Motiv kritisiert. Sie bilden dennoch die Grundlage für das Verstehen von Lernprozessen.

ALBERT BANDURA (1977) entwickelte die soziale Lerntheorie, mit der er den Einfluss der sozialen Umwelt auf das Kind hervorhob. Nach seiner Theorie konstruiert sich jeder Mensch ein Regelsystem aus dem Verhalten anderer und identifiziert sich mit dem vorgeführten Verhalten anderer Personen. So schließen Kinder auch im sozialen Miteinander aus einer erfolgreichen Verhaltensweise, dass diese in einer ähnlichen Situation wieder zum gewünschten Erfolg führt. Durch wiederholte erfolgreiche Bemühungen erlangen sie eine hohe Ergebniserwartung. Dies gilt für aggressive Verhaltensweisen ebenso wie für prosoziales Verhalten. Grundlage für Zweites ist die Fähigkeit der Empathie, den Besitz von Einfühlungsvermögen in Andere. Das Gefühl, selbst einen großen Einfluss auf das Verhalten zu haben und es nach den eigenen Wünschen gestalten zu können, wirkt sich stabilisierend auf ein Verhalten aus. BANDURA prägte damit den Begriff der Selbstwirksamkeit. Wiederholtes Ausführen einer einzelnen Aufgabe kann helfen, die Selbstwirksamkeit zu

²⁹ An dieser Stelle soll lediglich eine kurze Vorstellung der behavioristischen Lerntheorien erfolgen. Es soll auf die Zusammenfassung der lerntheoretischen Grundlagen bei GUDJONS (2006) in Kapitel 8 verwiesen werden.

stärken. Die soziale Lerntheorie bezieht biologische und psychologische Erkenntnisse sowie entsprechende Strukturierungen der Persönlichkeit nach Bedürfnissen, Motiven und Temperament mit ein. Sie wird damit eine hochinteressante Basistheorie für die Sozialisationstheorie. BANDURA beschreibt soziales Lernen als einen lebenslangen Prozess durch Neulernen, Vergessen und Verlernen und betont die subjektive Verarbeitung von Erfahrungen in einem von jedem Individuum nach eigenen Maßstäben gesteuerten Prozess.

Die Lernpsychologie schreibt dem Spiel eine große Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung zu. Die Kinder beschäftigen sich spielend mit ihrer Umwelt. So erwerben sie neue Kompetenzen des Verhaltens und Fähigkeiten der Umweltkontrolle. Sie gelangen dadurch zu der Selbstwirksamkeit, die für die weitere Entwicklung zur Selbstständigkeit notwendig ist, weil Abläufe von Ursache-Wirkungs-Ketten selbst erzeugt werden können (vgl. OERTER, 2002).

An den behavioristischen Lerntheorien kann kritisiert werden, dass der Mensch lediglich als eine Art Marionette gesehen wird, die konditioniert wird. Durch BANDURAS Lernen am Modell erweiterte sich das Verständnis vom einzelnen Individuum zur Sicht auf soziale Zusammenhänge. Sein Konstrukt der Selbstwirksamkeit als Ergebnis einer subjektiven Kompetenzeinschätzung erlangt in der aktuellen Diskussion über gesundheitspsychologische Fragestellungen eine immer größere Bedeutung (später dazu im Kapitel 5).

Anders als bei lerntheoretischen oder psychoanalytischen Theorien ist die Leitidee von entwicklungspsychologischen Theorien, dass der Mensch von der Umwelt beeinflusst wird, aber auch auf diese einwirkt. Die Theorie der kognitiven Entwicklung, die JEAN PIAGET konzipierte, ist stark biologisch-naturwissenschaftlich geprägt. Nach seiner Theorie, die auch als »strukturgenetische Theorie« bezeichnet wird, entwickelt sich die Persönlichkeit des Kindes in enger Verbindung mit seiner Umwelt. Es wird von der generellen Tendenz des Subjekts ausgegangen, sich aktiv mit der sozialen und dinglichen Umwelt auseinanderzusetzen und damit zu einem Verständnis derselben zu gelangen. Dabei wird die Person, die sich schon in einem bestimmten Stadium der Ausprägung von Fähigkeiten und Kompetenzen befindet, von äußeren Reizen beeinflusst. Organismus und Umwelt stehen so in einem ständigen Austauschprozess zueinander.

Piaget betrachtet „die geistige Entwicklung als eine Form der Anpassung“ (FISCHER 2003, 120). Der Mensch sammelt während seiner Entwicklung handelnd neue Erfahrungen, kann sie auf Grund seines aktuellen Entwicklungsstands und seines intellektuellen Niveaus jedoch noch nicht bewältigen. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht zwischen Außenanforderung

und innerer, kognitiver Struktur. Der Organismus kann auf diese Störung durch verschiedene Anpassungsmöglichkeiten reagieren. Diese Austauschbeziehungen sind für PIAGET (1975, 16f) durch die Termini „Assimilation“ und „Akkomodation“ charakterisiert. Assimilation bedeutet, dass sich der Organismus Gegebenheiten der Umwelt einverleibt, die Umwelt wird an die eigenen Strukturen angepasst. Akkomodation meint, dass sich der Organismus an die Umweltgegebenheiten anpasst. So verändern neuerworbene Strukturen die alten und ergeben zusammen ein verändertes Ganzes. Dieser Prozess führt zur Ausbildung und Differenzierung der Strukturen, z.B. von Wahrnehmungs-, Deutungs- oder Orientierungsschemata. Der Motor dieser Entwicklung ist das Streben nach einem Gleichgewicht zwischen Assimilation und Akkomodation (ROLFF & ZIMMERMANN 2001). PIAGET arbeitet differenzierte und konstruktive Austauschbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt heraus und beschreibt Entwicklung als einen lebenslangen Prozess. Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entwicklung unterschätzt PIAGET. Auf dieser Theorie begründen zahlreiche Antworten auf pädagogische und didaktische Fragestellungen.

Die ökologische Entwicklungstheorie betont die Wechselwirkungen der Organismen untereinander und den Anregungsgehalt der physikalischen Umwelt auf das Individuum. Kräfte der strukturierten sozialen und sachlichen Umgebung wirken auf das Kind und umgekehrt, sodass das Kind zugleich Produkt und Gestalter seiner Umwelt ist. Der Begründer dieser Theorie, URIE BRONFENBRENNER, ist der Auffassung, dass jeder Mensch (als ein System) in ökologischen Systemen lebt, mit denen er sich auseinandersetzen muss. Von PIAGET übernommen wird die Auffassung eines aktiven Menschen, der sich im kreativen Umgang mit der Umwelt diese aneignet. Da aber auch die Umwelt einen Einfluss auf das Subjekt ausübt, wird eine gegenseitige Anpassung dieser Systeme nötig. Verschiedene Elemente in einem System beeinflussen sich gegenseitig, so dass die Veränderungen eines Elementes zu Veränderungen bei den anderen Elementen führen. Das erste und bedeutendste System im Leben eines Menschen ist das Mikrosystem Familie. Es stellt den unmittelbaren Lebensbereich mit seinen räumlichen und ökologischen Gegebenheiten und alle wichtigen persönlichen Beziehungen des sich entwickelnden Menschen dar. Um die Familie herum bilden Kindergarten, Schule, Nachbarschaft und Freundeskreis weitere soziale Systeme, die die kindliche Persönlichkeit durch ihre Auseinandersetzung mit diesen prägen. Jeder Lebensbereich setzt sich aus einer Vielzahl von Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen zusammen, hat unterschiedliche räumliche Anforderungen und gibt soziale Regeln für das Handeln vor. Andere Settings erfordern andere

Handlungskompetenzen, die sich das Kind in handelndem Vollzug mit der Umwelt aneignen muss. Das Kind begegnet immer wieder neuen Mustern von Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen und kann damit sein Wissen, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten auf die neuen Umweltbedingungen ausweiten.

Als Mesosystem stehen die verschiedenen Mikrosysteme miteinander in wechselseitiger Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig. Unter Exosystem versteht man einen Lebensbereich, an dem die sich entwickelnde Person nicht beteiligt ist, diese aber indirekt beeinflusst und reziprok durch diese Person beeinflusst wird. Als Makrosystem werden die grundsätzlichen formalen und inhaltlichen Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten, die innerhalb einer Kultur oder einer Subkultur bestehen, bezeichnet. Die Entwicklungskontexte sind als konzentrische Kreise angeordnet, während das Chronosystem Lebensübergänge darstellt und die Übernahme neuer Rollen beinhaltet.

Die ökologische Entwicklungstheorie lässt eine sehr gute Beschreibung der menschlichen Entwicklung zu, die vor allem das sich verändernde Individuum in einer sich wandelnden Welt berücksichtigt. Der Mensch und seine Umwelt werden als ein Gesamtsystem verstanden und beeinflussen sich transaktional.

3.1.3 Die kindliche Entwicklung aus soziologischer Sicht

Die soziologische Sichtweise rückt die gesellschaftlichen Einflüsse auf die kindliche Entwicklung und das Zurechtfinden des Individuums in der Gesellschaft in den Fokus. Sozialisationstheorien im Allgemeinen beschäftigen sich mit der Frage, wie Menschen ihre Persönlichkeit entwickeln und welchen Einfluss die Umwelt - vor allem die soziale Umwelt - dabei hat. Sie umreißen also mehr als nur die körperliche Reifung und Lernen.

Die Einheiten „Gesellschaft“ und „Organismus/Psyche“ haben ihren gemeinsamen Schnittpunkt in der „Persönlichkeit“³⁰ bzw. der Persönlichkeitsentwicklung (GUDJONS 2006, 149). Die Definition von Sozialisation³¹ kann aus unterschiedlichen Richtungen angegangen werden. Im Laufe der Jahrzehnte haben verschiedene soziologische Ansätze und Theorien unterschiedliche Auffassungen von Begrifflichkeiten, theoretischen Referenzsystemen und

³⁰ „Mit »Persönlichkeit« wird das organische Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen eines Menschen bezeichnet, das sich auf der Grundlage der biologischen Ausstattung und als Ergebnis der Bewältigung von Lebensaufgaben ergibt“ (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 12f).

³¹ Definitorisch existiert eine Reihe von Ansätzen des Begriffs „Sozialisation“. „Sozialisation“ ist ein begriffliches Konstrukt, eine Anhäufung theoretischer Fragen und Problemstellungen, das zwar real ist, dabei aber nicht dinghaft greifbar ist (GUDJONS 2006).

verschiedene Forschungsschwerpunkte gesetzt. Es gibt also nicht „die“ soziologische Sichtweise auf die kindliche Entwicklung.

Bei einer Betrachtungsweise wird vornehmlich die Gesellschaft, in der Sozialisation stattfindet, und deren Wirkungen auf das Individuum in den Mittelpunkt gerückt. In anderen Modellen dominieren die Gestaltungskräfte der Umwelt, der Kontext führt überspitzt formuliert die Regie über das Leben des Menschen³². Diese Richtung bezieht sich eher auf die Entwicklung des Einzelnen und die Entwicklung der „Ich-Identität“ (z.B. GÖTZ 1978). Wurde unter Sozialisation früher noch der Prozess verstanden, bei dem ein Mensch durch das „Eindringen“ der Gesellschaft in ihn gesellschaftsfähig wird, ist diese Vorstellung von Sozialisation heute kaum noch vertreten (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 11f).

Vor dem Hintergrund der psychoanalytischen, teilweise auch der behavioristischen Psychologie versuchen PARSONS (1951) und einige andere Autoren später, Sozialisation als Erwerb sozialer Rollen bzw. von Werten und Normen zu interpretieren. Die strukturfunktionale Systemtheorie sieht alle sozialen Erscheinungen, seien es nun Personen und ihre Handlungen oder die Institutionen, die sie geschaffen haben, und die Kultur, in der sie vorkommen, als Systeme³³ (vgl. GUDJONS 2006, 157, auch GEULEN 1977, 71ff). Welche Systeme ins Zentrum der Betrachtung rücken und was davon als Umwelt abgegrenzt wird, ist abhängig von der Auswahl des Betrachters, von dessen Unterscheidung (vgl. LUHMANN 1990,7f). Das Kriterium für die Auswahl ist der „Sinn“. Alle Systeme stehen dynamisch wechselseitig – also gleichzeitig als Ursache und Wirkung füreinander – in Beziehung. Systeme können sich dabei jedoch nur über eigene Operationen fortsetzen – dies bezeichnet LUHMANN als Autopoiesis. „Autopoiesis ist die Selbstreproduktion durch dieselbe Art von Operationen“ (FAULSTICH-WIELAND 2000, 130).

Im Gegensatz zu den Ansätzen, die soziale Prozesse primär durch gesellschaftliche Strukturen bedingt ansehen, schreiben Interaktionstheorien den menschlichen Interaktionen den größten Stellenwert bei der Sozialisation zu. Die Sprache nimmt als vokale Geste eine besondere Stellung in der Kommunikation als Bindeglied zwischen wechselwirkenden Handlungen ein. Zwei soziale Systeme treten durch Kommunikation miteinander in Beziehung. Durch

³² Eine ausführliche Darstellung verschiedener Ansätze ist nachzulesen z.B. bei GEULEN (1977), NISSEN (1998) oder FEND (2005).

³³ Jedes System ist operativ geschlossen, „es reproduziert eigene Operationen ausschließlich im Netzwerk und durch das Netzwerk eigener Operationen und grenzt sich dadurch von einer nicht dazu gehörigen Umwelt ab“ (LUHMANN 2002, 13). LUHMANN ist nicht nur Systemtheoretiker, er ist auch Konstruktivist (BERGHAUS 2003).

gegenseitiges zur Verfügung stellen der eigenen Komplexität dienen sie dem Aufbau des anderen Systems.

„Die Konstruktivistische Sozialisationsforschung verbindet die Kognitionspsychologie PIAGETS mit der sozialwissenschaftlichen Theorietradition im Anschluss an sozialphänomenologische Ansätze“ (BAUER 2004, 78). Dem Individuum selbst wird aus konstruktivistischer Sicht ein wesentlicher Anteil an seiner Entwicklung zugeschrieben. Wahrnehmung wird nicht lediglich „als eine Art Hineinwandern von Sinnesreizen aus der Realität in einen vorher leeren Bewusstseinskasten, wo sie dann ein Abbild der Realität erzeugen“ (GEULEN 1977, 178) verstanden. Ob, wie und mit welchen Verknüpfungen Eindrücke überhaupt bewusst wahrgenommen und dann abgespeichert werden, hängt von Vorerfahrungen und den gegenwärtigen praktischen Problemen des Subjekts ab. „Durch die Wahrnehmungstätigkeit des Individuums in der sozialen und gesellschaftlichen Wirklichkeit bilden sich zunehmend besondere Bedeutungsbezüge zu Gegenständen und Personen heraus“ (vgl. FISCHER 2003, 131). Als Subjekt-Objekt-Relationen wirken diese dann in Form von Interessen und Einstellungen und unter Beteiligung affektiver Faktoren selektiv auf das Wahrnehmungsgeschehen zurück (ebd.). Der Mensch wird somit nicht nur Verarbeiter einer bereits vorhandenen Wirklichkeit, sondern konstruiert sich seine eigene Wirklichkeit selbst im Rahmen seiner Strukturen und Möglichkeiten, ist „Gestalter seiner Welt“ (WAGNER 1995). Dabei ist er ständig - bereits von Geburt an - Mitkonstrukteur der Wirklichkeit anderer.

In den Mittelpunkt der neuen Sozialisationsforschung rückt damit das Modell des „produktiv verarbeitenden Subjekts“ (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003). Personen setzen sich handelnd mit den komplexen Umweltbedingungen auseinander und haben Einfluss auf diese. Es wird damit die Frage aufgeworfen, wie hoch der Anteil der Subjekte selbst am Sozialisationsprozess ist³⁴, im Sinne von Selbstsozialisation und Selbstinitiation (FAULSTICH-WIELAND 2000, 135).

Der Begriff „Sozialisation“ ist heute weitgehend in der Alltagssprache integriert (GUDJONS 2006) und bedeutet die Gesamtheit der gesellschaftlichen Einflüsse, auch durch ihre jeweils historischen materiellen, kulturellen und institutionellen Bedingungen (vgl. GEULEN 1977, 11) auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen.

³⁴ ZINNECKER behandelt in seinem Beitrag die Frage „Soziologie der Kindheit oder Sozialisation des Kindes“ und stellt darin Überlegungen zum aktuellen Paradigmenwechsel an. In HONIG ET AL. (Hrsg.). Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster- sozialisationstheoretische Perspektiven. (S.31-54). Weinheim und München: Juventa.

GEULEN (2004) fasst den „recht weit geteilten Minimalkonsens über gewisse Grundannahmen“³⁵ (ebd., 4f) aus der Diskussion und Entwicklung der Sozialisationsforschung der letzten Jahrzehnte in vier Punkten zusammen. Die wichtigsten Aussagen sind:

- Unbeschadet der nicht zu leugnenden Mitwirkung genetischer Faktoren gehen in die Epigenese (=Theorie des allmählichen Werdens) der menschlichen Persönlichkeit Erfahrungen von der materiellen, sozialen und kulturellen Umwelt als konstituierende (und nicht bloß nebensächliche) Bedingungen ein.
- Diese Bedingungen sind (zumindest in der Mikroanalyse) nicht als unidirektionale Ursachen anzusehen, sondern die Art und Weise, wie sie wirksam werden, ist als Interaktion mit dem sich bildenden Subjekt selbst zu fassen.
- Diese Bildung vollzieht sich in einem lebenslangen Prozess. Dieser wird einerseits von festgelegten äußeren Ereignissen gesteuert, aber gemäß der eben genannten Annahme auch von diesem Subjekt, d.h. von bereits in vorangegangenen Sozialisationsprozessen entstandenen Persönlichkeitsstrukturen.
- Von der Sozialisation der jungen Generation heute hängt es ab, wie diese Generation morgen in der Gesellschaft handeln, diese also gestalten wird. Das Individuum ist ein „gesellschaftlich handlungsfähiges Subjekt“ (GEULEN 1977).

Mit HURRELMANN & BRÜNDEL (2003) kann zusammengefasst werden, dass unter Sozialisation „die produktive Verarbeitung der Realität, die individuelle Auseinandersetzung sowohl mit biologischen und psychischen Anlagen als auch mit der sozialen und physikalischen Umwelt“ verstanden wird (ebd., 12)³⁶. Sozialisation bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf sich der menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Person entwickelt. Durch diesen Prozess erwirbt der Mensch Voraussetzungen für die Bewältigung neuer oder veränderter Umweltaforderungen (HONIG, LEU & NISSEN, 1996).

3.1.4 Persönlichkeitsentwicklung interdisziplinär betrachtet

In einer umfassenden Betrachtung von menschlicher Entwicklung müssen biologische, psychologische und soziologische Sichtweisen berücksichtigt und Erkenntnisse aller Bereiche

³⁵ Hervorhebung im Original.

³⁶ Darum soll hier auf eine genauere Darstellung einzelner Sozialisationstheorien verzichtet werden, sondern die Aspekte beleuchtet werden, über die in der Sozialisationsforschung Einigkeit herrscht.

integriert werden. Der Sozialisationsprozess ist „durch das Wechselspiel sozialer und individueller (sowie biologischer) Konstruktionsprozesse geprägt, die sich parallel zueinander und relativ selbständig voneinander entwickeln und sich dennoch gegenseitig beeinflussen“ (GRUNDMANN 1999, 11).

ZINNECKER (1996) verweist auf eine Auflösung der Interdisziplinarität in der Trias Soziologie - Psychologie – Pädagogik oder zumindest Soziologie – Psychologie³⁷. Er sucht vielmehr Anschluss an Disziplinen wie Ethnologie, Gesundheitswissenschaft, Medien- und Literaturwissenschaft, Sozial- und Kulturgeschichte. GEULEN (2004, 19) hofft auf einen Neuanfang, an dem alle Disziplinen (Soziologie, Psychologie, Biologie, Ethnologie, Geschichtswissenschaft) in einen interdisziplinären und konsensorientierten Diskurs treten.

TILMANN SUTTER (2004) versucht die theoretischen Voraussetzungen für eine Kooperation von strukturgenetischer Sozialisationsforschung und soziologischer Systemtheorie zu schaffen. Dafür verbindet er subjektzentrierte mit interaktionistischen Theorien. Er betont die relative Eigenständigkeit und wechselseitige Abhängigkeit subjektiver und sozialer Interaktionen sowie von Entwicklungsdynamik und Entwicklungsbedingungen. Sie operieren jeweils eigenständig, hängen aber konstitutiv voneinander ab (SUTTER 2004, 97). Um das Verhältnis von Entwicklungsdynamik und Entwicklungsbedingungen zu fassen, schlägt SUTTER die Perspektive eines interaktionistischen Konstruktivismus vor, der mit PIAGET die Entwicklungsdynamik in subjektiven Konstruktionen verortet (SUTTER 2004). Subjektive Konstruktionen werden in den Kontext sozialer Beziehungen eingebettet. Die Sozialisation der Individuen in unserer Gesellschaft ist nicht völlig aufgeklärt. Bei einer Betrachtung der kindlichen Entwicklung müssen die individuellen Voraussetzungen sowie soziale und kulturelle Einflüsse bedacht werden, vor deren Hintergrund Erfahrungen gesammelt und Einstellungen und Werte ausgebildet werden.

Jeder Mensch ist von Geburt an durch genetische Merkmale determiniert, welche einen Möglichkeitsrahmen vorgeben, in dem Entwicklung stattfinden kann. Eine Person begegnet der Wirklichkeit also immer im Rahmen der und mit den ihr zu Verfügung stehenden Mitteln. Die Entwicklung ist aber auch stark abhängig von den Umweltbedingungen, die genetische Dispositionen freilegen oder zurückhalten können.

³⁷ Im Januar 2002 fand in Berlin ein Symposium zum Thema „Sozialisationsstheorie interdisziplinär – Perspektiven für das nächste Jahrzehnt“ statt. Die Beiträge sind nachzulesen bei: GEULEN, D. & VEITH, H. (2004) (Hrsg.). Sozialisationsstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart: Lucius & Lucius.

In den ersten Lebensjahren erstellen Kinder Strukturen und Programme für die Verarbeitung von Impulsen aus der Umwelt, mit deren Hilfe sie sich Welt aneignen. Sie entnehmen den von außen und innen kommenden Informationen Bedeutung und geben ihnen Sinn, um sich in der sozialen Gemeinschaft anpassen zu können. Das subjektiv Wahrgenommene ist nicht nur Ergebnis eines rein physikalischen Vorgangs. Wahrnehmung ist mehr als Aufnahme, Unterscheidung und Verrechnung von Reizinformationen (vgl. FISCHER 2003, 129). Einzelne Gegenstände treten aus einem Ganzen hervor, verschiedene Gegenstände stehen in Bezug zueinander, Wahrnehmung geschieht strukturiert und impliziert eine Bedeutungsbeimessung (GEULEN 1977, 177f). Neben dem Akt der Diskrimination formaler bzw. figuraler äußerer Reize bzw. Reizgebilde ist die sinngebende Verarbeitung derselben ein entscheidender Vorgang bei der sinnlichen Wahrnehmung (FISCHER 2003, 129). Damit wird dem rezeptiv Wahrgenommenen eine Bedeutung zugeschrieben (ebd.). Diese Bedeutungen unterliegen einem interpretativen Prozess und „werden also immer in einer konkreten Situation erst subjektiv geschaffen bzw. konstruiert“ (FISCHER 2003, 130). Wahrnehmung ist folglich nicht voraussetzungslos, sondern erfolgt immer im Kontext eines gewissen Vorverständnisses und aus der Situation heraus (mit Erwartungen und deren Verarbeitung und Bewertung). Aus der chaotischen und verwirrenden Vielfalt der Informationen müssen Ordnungen und Zusammenhänge herausgefiltert werden und die Bedeutung des Wahrgenommenen in das Selbstbild und Weltbild integriert werden. Dies gilt gleichermaßen für die Auseinandersetzung mit der sozialen und der psychischen Umwelt. Auch in Interaktionen gehen stets die Perspektiven der Teilnehmer mit ein (GUDJONS 2006, 158).

Eine Person muss sich die Wahrnehmung bzw. Erfassung der Welt immer erst in einer sozialen Wirklichkeit aneignen und erschließen. „Wahrnehmung ist demnach ein notwendiger und integraler Bestandteil menschlichen Handelns als sinnhaftes, mit Bedeutungen durchsetztes Tun und dient der Orientierung in der dinglichen und sozialen Wirklichkeit“ (FISCHER 2003, 130).

Eigene Erfahrungen und auch sozial übermittelte Vorstellungen gehen in die Beurteilung anderer ein (GEULEN 1977, 273) und beeinflussen Interaktionsprozesse. Somit ist der Prozess der Sozialisation auch immer abhängig von produktivem Wahrnehmen und Denken und der sinnvollen Einordnung dieser Eindrücke in bereits bestehende Strukturen. Impulse aus der sozialen und physischen Umwelt und aus der körperlichen und psychischen Wirklichkeit müssen verarbeitet werden. Diese lebenslange Aufgabe ist produktiv, das heißt eine aktive Tätigkeit, keine passive Informationsaufnahme. In der wechselseitigen Beziehung zwischen Subjekt und gesellschaftlich vermittelter Realität beeinflussen und verändern die beiden

Elemente sich gegenseitig. Im handelnden Umgang mit Welt wird ein Subjekt nahezu ständig beeinflusst (perturbiert), sowohl von Objekten, als auch von anderen Subjekten oder z.B. dem System Gesellschaft. Im Gegenzug nimmt das Subjekt durch Kommunikation, aber auch bereits durch Wahrnehmung Einfluss auf seine Umwelt. Als aktive Konstrukteure der Wirklichkeit gestalten Kinder nicht nur ihr eigenes Leben, sondern auch zugleich die Lebensform Kindheit, und wirken somit im Prozess der Modernisierung von Kindheit mit.

Kinder nehmen den sozialen und ökologischen Kontext, der auf sie wirkt, wahr und erleben diesen je nach individueller Verarbeitung und Wertung. Bei der produktiven Realitätsverarbeitung beschäftigen sie sich suchend, selektierend, eingreifend, ergreifend und gestaltend mit ihren Lebenswelten. Dabei sind sie bemüht, ihre eigenen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten mit den Umwelтанforderungen in Einklang zu bringen.

„Es geht dabei um eine ständige mehr oder weniger bewusste Reflexion der eigenen Anlagen und der sich im Laufe des Lebens daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten. Durchgehend stellt sich einem Menschen die Entwicklungsaufgabe, die jeweiligen Veränderungen von körperlichen und psychischen Ausgangsgrößen sensibel aufzunehmen und das eigene Handeln hierauf abzustellen“ (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 17).

Das dialektische Modell der „Entwicklungsaufgaben“ verbindet biologische, soziologische und psychologische Perspektiven. Im Rahmen der persönlichen Entwicklung und Reifung steht der Mensch sein Leben lang typischen Zielsetzungen und Anforderungsmustern, also Entwicklungsaufgaben gegenüber. Verschiedene Anforderungen, die in einem bestimmten Lebensabschnitt erfüllt werden müssen, entstehen durch eine besondere Kombination von innerbiologischen, sozio-kulturellen und psychologischen Einflüssen. Verantwortlich für Entstehung und Zeitpunkt von Entwicklungsaufgaben ist ein Zusammenspiel der Komponenten physische Reife, kultureller Druck (Erwartungen der Gesellschaft) und individuelle Zielsetzungen oder Werte (MONTADA 2002, 44). Entwicklungssequenzen, altersgebundene Rollenübergänge und soziale Entwicklungserwartungen gliedern den Lebenslauf und geben dem einzelnen Individuum Entwicklungsaufgaben vor. In Auseinandersetzung mit diesen Entwicklungsaufgaben³⁸ konstituiert und entwickelt sich die Persönlichkeit.

³⁸ HAVIGHURST formulierte als erster die Entwicklungsaufgaben für die mittlere Kindheit, die Adoleszenz und das frühe Erwachsenenalter (siehe NEUBER 2007, 119ff).

Durch die jeweilige genetische Disposition, die körperliche Konstitution und das psychische Temperament sind jedem Kind Grenzen in seiner Entwicklung vorgegeben, innerhalb derer es sich mit seinen Anlagen und der Umwelt auseinandersetzen kann. Die Art und Weise, wie das Kind sich Entwicklungsaufgaben stellt und diese bewältigt, ist jedoch individuell und einmalig. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung der Gesellschaft stößt und es zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben kommen kann.

Die Persönlichkeitsentwicklung kann erfolgreich gelingen, wenn es zu einer optimalen Passung zwischen Anlagen und äußeren Bedingungen kommt. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Sozialisationsinstanzen, wie Familie, Peer-Group, Erziehungseinrichtungen, Schulen und sozialpädagogische Einrichtungen, die als Vermittler der äußeren Realität fungieren. Sie wirken gezielt auf die Aneignung und Verarbeitung der äußeren und inneren Realität ein, indem sie Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstrategien zur Verfügung stellen und Stabilität und Hilfe bei diesen Prozessen leisten können. Im Laufe der kindlichen Entwicklung setzt sich die Umwelt des Kindes zuerst mehr aus informellen Gruppen und Netzwerken, wie Familie, Freundeskreis und Verwandtschaft zusammen. Sie erweitert sich durch organisierte Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie soziale Organisationen und Freizeitorganisationen. Gleichzeitig wird sie aber auch durch Massenmedien, Arbeitsbedingungen, Wohnbedingungen und die physikalische Umwelt charakterisiert (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 16f).

3.1.5 Bildung und Erziehung

Die Begriffe „Bildung“ und „Erziehung“ stehen in enger Beziehung zur Persönlichkeitsentwicklung und bedürfen einer kurzen Vorstellung, auch in Anbetracht dessen, dass „Gesundheitserziehung“ in dieser Arbeit ein Schlüsselbegriff ist.

Historisch gesehen wurde der Erziehungsbegriff ähnlich wie der Sozialisationsbegriff unter verschiedenen Aspekten definiert, aber quasi immer auf die Erziehung von Kindern begrenzt. Der Begriff „Erziehung“ war nicht selten durch den Geruch von Fremdbestimmung, illegitimes Eingreifen in das Werden eines/r Heranwachsenden, Beschneidung der Freiheit etwas negativ belegt³⁹. Versuchen doch Menschen durch Erziehung auf die Bildung und die Persönlichkeitsentwicklung eines anderen Menschen manchmal auch mit Gewalt (GIESECKE 2004, 71) gezielt und bewusst Einfluss zu nehmen (GUDJONS 2006). Der Erzieher/Pädagoge,

³⁹ Hierzu FLITNER (1982) ausführlich in seinem Buch: Konrad, sprach die Frau Mama...

bzw. der Elternteil, steht zu dem Zögling/Kind in einem Erziehungsverhältnis, in dem er nach bestimmten Zielvorstellungen geplant und absichtlich die Persönlichkeitsentwicklung zu steuern versucht. Heute wird unter Erziehung i.d.R. ein intentionales, geplantes und normativ orientiertes Handeln zum Wohle des Heranwachsenden verstanden. „Erziehung meint also immer nur das, was [durch den Erziehenden] bewusst und planvoll zum Zwecke der optimalen kindlichen Entwicklung geschieht“ (GIESECKE 2004, 71). Das Erziehungsgeschehen ist dabei immer in gesellschaftlichen Kontext eingebettet und abhängig von Interaktionsprozessen zwischen Educand und Erzieher.

Auch der Bildungsbegriff hat eine zentrale Rolle in der Pädagogik. Während man mit dem Begriff Erziehung ein Handlungsproblem bezeichnet, verweist Bildung auf den Prozess und das erfolgreiche Ergebnis der Entfaltung des Menschen zu einer selbstbestimmten, in der Gesellschaft handlungsfähigen Person (GIESECKE 2004, 80f). Bildung vollzieht sich in aktiver Auseinandersetzung mit der ökonomischen, sozialen und kulturellen Wirklichkeit. Bildung ist folglich eine von der jeweiligen Umwelt und Kultur abhängige Zielsetzung im Sozialisationsprozess, die sich über das ganze Leben eines Menschen erstreckt.

Für die didaktischen Prozesse, sei es in der Schule oder bei der Erwachsenenbildung muss daraus folgen, dass sie nie alleine aus der Sichtweise der Lerntheorie gesehen werden dürfen. Aus subjektzentrierter Perspektive heraus werden Kinder als soziale Akteure ins Zentrum der Betrachtung gerückt, aus einer kontextanalytischen Perspektive „die Kindheit als die ökonomischen, politischen, sozialen und symbolisch-kulturellen Rahmenbedingungen analysiert, in denen Kinder agieren“ (HENGST & ZEIHNER 2005, 12). Bedeutsam für nachhaltiges Lernen sind motivationale, emotionale und soziale Voraussetzungen.

3.2 Der Wandel der Lebensphase Kindheit

Kindheit als soziales Konstrukt wird geprägt von tradierten Werten und Normen. Jede Kindheit ist abhängig von der jeweiligen gesellschaftlichen Organisation der Arbeit und der Freizeit, von den Wohnbedingungen, den demographischen Entwicklungen, der Gesetzeslage, der Gliederung des Schulsystems, der allgemeinen wirtschaftlichen Lage und Vorstellungen und Erziehungsmentalitäten der Erwachsenen. Die Lebensphase Kindheit wurde im Laufe der Zeit von unterschiedlichen Sichtweisen aus betrachtet (GÖPPEL 2007). Je nach zugrundeliegendem Menschenbild änderte sich die Sicht auf die Persönlichkeit des Kindes, die Erziehung des Kindes und die Bedeutung des Kindes für die Eltern. Im Folgenden soll vor dem Hintergrund eines knappen geschichtlichen Abrisses der Wandel der Lebensphase Kindheit bis heute dargestellt werden.

Im frühen Mittelalter wurden Kinder als kleine Erwachsene gesehen, die in einem Lehrverhältnis erzogen wurden. Das Kind war wichtig für den Fortbestand des Familienhaushaltes. Im späten Mittelalter wurde dem Kind ein spezifisches kindliches Wesen zuerkannt, das durch Erziehung geformt werden müsse. Seit Beginn der Neuzeit waren Männer von öffentlichem Ansehen und Einfluss darum bemüht, eine stärker geordnete Kindheit zu erreichen. Durch Institutionen des „generationalen Arrangements“ (BÜHLER-NIEDERBERGER 2005, 124), der Elternschaft und Schule, wurden Kinder unter die Autorität anderer gestellt. Es kam öffentliches Interesse an der Bildung des Kindes auf. Das Kind wurde zum Objekt der Erziehung und auf ihm lastete die Hoffnung der sozialen Zukunftssicherung der Familie. Ab dem 19. Jahrhundert, im industriellen Zeitalter, wurde dem Kind eine kindliche Eigenständigkeit zugesprochen und es kam ihm eine gezielte Bildung und Ausbildung zu Gute, wurde aber nicht selten als Arbeitskraft ausgebeutet⁴⁰. Das Kind wurde schon früh zu einem versorgenden Familienmitglied, wobei Kinder nicht wie einst mit Erwachsenen zusammen am selben Ort und zur gleichen Zeit wohnten und arbeiteten, sondern arbeitsteilig gleichzeitig an verschiedenen Orten arbeiteten (vgl. WINTERSBERGER 2005, 191f). Beim Übergang zur Moderne können leicht Parameter gefunden werden, die für die Gesellschaft und damit auch für die Kinder sehr bedeutsam waren. Prozesse der Industrialisierung, Mechanisierung, Spezialisierung, Proletarisierung, Individualisierung und Demokratisierung setzten sich in Westeuropa und Nordamerika durch. Diese Prozesse hatten auch einen großen Einfluss auf Familien, denn in materieller Hinsicht wurden Kinder nutzlos, ihr Nutzen wurde auf die emotionale Ebene verschoben (WINTERSBERGER 2005, 193). Die neu aufgekommene Ideologie der Familie als Kernfamilie wurde immer mehr zur Norm. Die Einführung des Rentensystems war die logische Folge auf die nun in den Kernfamilien nicht mehr nützlichen älteren Generationen. Das war auch die Zeit des demographischen Wandels, mit dem der Wechsel der vorherrschenden verpflichtenden manuellen Arbeiten der Kinder zur Schularbeit verbunden war (vgl. QVORTRUP 2005, 31). Kindern wurde dadurch der gesellschaftliche Wert im Hier und Jetzt entzogen und ihnen ihr Wert als die künftigen Träger der Gesellschaft zugeschrieben. Staat, Wirtschaft und Gewerkschaften hatten kein spezielles Interesse am einzelnen Kind, jedoch

⁴⁰ Im Zuge der kapitalistischen Umwälzung wurde die traditionelle Hauswirtschaft durch formelle Subsumption von Arbeit unter das Kapital abgelöst. Die vorwiegend agrarisch strukturierte Wirtschaft kam in eine Krise und die Arbeitskräfte wurden in Manufakturen und Fabriken eingesetzt. Dabei spielte Kinderarbeit eine erhebliche Rolle (WINTERSBERGER 2005, 182).

kann man unterstellen, dass sie ein langfristiges, zukunftsbezogenes Interesse an Kindheit als einer strukturellen Form hatten, wie als Arbeitskräfte und Sicherung der Renteneinzahlungen (vgl. QVORTRUP 2005, 42). „Die Kindheit wurde als Lebensphase der Erwerbsfreiheit und des Lernens, als ein geschützter und den Rechten und Pflichten der Erwachsenen ausgenommener Status institutionalisiert“ (HONIG ET AL. 1996, 9). In der Zeit einer kindzentrierten Pädagogik im „Jahrhundert des Kindes“ (KEY 1905) wird mit der Reformpädagogik auf die kindliche Individualität und Subjektivität Rücksicht genommen.

So haben sich im Lauf der Zeit mit dem gesellschaftlichen Wandel und damit einhergehenden Veränderungen der Strukturen die Kindheiten vieler Menschen und der Blick der Forscher auf die Kindheit als Lebensphase gewandelt. In der Kinderforschung, wie sie um die Jahrhundertwende zum 20sten Jahrhundert genannt wurde, standen eher die ontologischen Wandlungen des individuellen Kindes im Laufe seines Aufwachsens im Mittelpunkt der Forschung. Gegen Ende des 20sten Jahrhunderts trat ein neues interdisziplinäres Paradigma unter dem Titel „Kindheitsforschung“ in Erscheinung, in dessen Zentrum „die Wandlungen der Kindheit als eines historischen Phänomens, eines gesellschaftlichen Segments, eines sozialen Gebildes, eines kulturellen Musters“ (GÖPPEL 2007, 37) rückten⁴¹.

Die moderne Kindheitsforschung interessiert sich für die Wechselwirkungen zwischen den sich entwickelnden Menschen als produktive soziale und kulturelle Akteure und der sich verändernden Umwelt (GUDJONS 2006). „Das Kind wird als eine werdende Persönlichkeit verstanden, die sich in intensiver Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität bildet (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 64). Die „Soziologie der Kindheit“ versucht darüber hinaus zu erforschen, welche Handlungsmöglichkeiten Kinder nicht lediglich als „Werdende“, sondern bereits als „Seiende“ in den bestehenden Herrschaftsverhältnissen der heutigen westlichen Gesellschaft haben (HENGST & ZEIHNER 2005, 11). Kindheit hat sich verändert, „nicht aus sich selbst heraus, sondern als Ergebnis gesellschaftlichen Wandels“ (QVORTRUP 2005, 31). Andererseits kann in diesem Fall nicht einseitig von einer Einflussnahme auf die Kinder gesprochen werden. Aus konstruktivistischer Sicht heraus ist es „nicht nur die Gesellschaft, die Kindheit formt, es sind auch die Kinder selbst, die Kindheit, und damit auch Gesellschaft mitformen“ (ZEIHNER 1996 a, 173). In reziproker Weise kann die Aussage von BÜCHNER (2001) „Andere Kindheiten bringen andere Kinder hervor“ (BEHNKEN & ZINNECKER, 894-908) verstanden werden.

⁴¹ Dem Thema „Kindheitsforschung damals und heute“ widmet GÖPPEL (2007) das erste Kapitel (S.19-44) in seinem Buch „Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters“.

In der Literatur und in den Medien wird seit einiger Zeit immer häufiger ein skeptischer und kritischer Blick auf die Veränderungen der Kindheit in der Moderne geworfen. Meist betiteln Autoren diese Wandlungen von Kindheit als epochale Entwicklungstendenzen mit negativ behafteten Formulierungen, wie „Verinselung“ oder „Verhäuslichung“ (vgl. ZINNECKER 1996, 47). Welche Veränderungen beobachtet werden, soll im Folgenden ausgeführt und diskutiert werden.

3.2.1 Die veränderte Stellung des Kindes in der Familie

„Die Familie ist für fast alle Kinder der erste und wichtigste Lebensbereich. Sie fungiert als elementare Sozialisationsinstanz, die alle Entwicklungsimpulse für Kinder koordiniert“ (HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 96f). Doch im Vergleich zur Vergangenheit ist die private Lebensführung in Deutschland eine andere. Durch die Veränderungen im ökonomischen und soziokulturellen System der modernen Industriegesellschaften haben sich auch die Bedingungen für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung verändert (HURRELMANN 1994; ZEIHNER 1996)⁴². Die traditionell strukturierte Familie mit Vater, Mutter und zwei bis drei Kindern ist zwar immer noch eine weit verbreitete⁴³, aber nicht mehr vorherrschende Familienform in Deutschland (GUDJONS 2006).

Die Eheschließungsziffer hat sich im Vergleich zu 1950 halbiert⁴⁴, wobei immer mehr Ehen geschieden⁴⁵ werden (HURRELMANN 1994). Und selbst das Eingehen einer Ehegemeinschaft oder einer festen Partnerbeziehung impliziert nicht unbedingt, dass eine Familie entsteht. Fast die Hälfte aller Ehepaare bleibt gewollt oder ungewollt kinderlos⁴⁶. In Deutschland setzt sich

⁴² Dazu auch ROSEMARIE NAVE-HERZ (2000). Wandel der Familie: eine familiensoziologische Perspektive.

⁴³ Im März 2004 waren in Deutschland von den 21,6 Mill. Menschen, die in einer Partnerschaft leben, 43% Ehepaare mit Kindern (STATISTISCHES BUNDESAMT 2005, 17).

⁴⁴ Im März 2004 lebten in Deutschland 48% der Männer und 45% der Frauen verheiratet zusammen. Damit sank der Anteil der verheiratet Zusammenlebenden an der Bevölkerung gegenüber 1991 um jeweils drei Prozentpunkte. Bei der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen ging der Anteil der Ehepartner an der Bevölkerung gegen über 1991 bei Männern um dreizehn Prozentpunkte auf 50% zurück, bei Frauen um zwölf Prozentpunkte auf 60% in 2004 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2005, 18).

⁴⁵ Die aus Scheidungen und Trennungen entstehenden Folgen für die Kinder und das Aufwachsen in Ein-Eltern-Familien werden bei HURRELMANN 1994 S.81ff vertieft behandelt.

⁴⁶ Die Zahl der Ehepaare ohne Kinder im Haushalt ist im früheren Bundesgebiet seit 1991 um 19% auf 8,0 Mill. im März 2004 gestiegen. Damit lebten bei 52% der Ehepaare 2004 keine ledigen Kinder im Haushalt (STATISTISCHES BUNDESAMT 2005, 18).

etwa nur ein Drittel der Haushalte aus Eltern und Kindern zusammen, etwa ein weiteres Drittel besteht aus (Ehe-)Paaren ohne Kinder, die restlichen Haushalte sind Single-Haushalte. Etwa gleichzeitig mit dem Arbeitsplatzwechsel der Kinder von zu Hause in die Schule nahm die Fruchtbarkeit der potentiellen Eltern ab. „Es gab keinen Platz mehr für Kinder, weder im Geld- noch im Zeitbudget noch in den kleinen Stadtwohnungen. Und das vor allem auch deshalb nicht, weil das neue emotionale Verhältnis zu den Kindern verlangte, sich mehr um das individuelle Kind zu bemühen“ (QVORTRUP 2005, 44).

Ein Trend, der beim Untersuchen von Familienstrukturen auffällt, ist, dass nicht nur die Gesamtkinderzahl, sondern auch die Kinderzahl in Familien sinkt. So kann mittlerweile das Aufwachsen als Einzelkind als eine typische Form von Kindheit betrachtet werden (HURRELMANN 1994). Auch wenn in der Öffentlichkeit Einzelkinder mit stark defizitären Vorurteilen betrachtet werden, können aus wissenschaftlicher Sicht⁴⁷ negative sozialisatorische Auswirkungen dieser Form des Aufwachsens nicht belegt werden. Ihre Situation kann nicht pauschal als schlechter oder besser bewertet werden, sondern als anders. Allerdings wünschen sich 57%⁴⁸ der Einzelkinder noch Geschwister⁴⁹ (HERZBERG 1992, 82). Kinder in dieser Familienkonstellation verbringen ihre frühe Kindheit zum größten Teil mit Erwachsenen⁵⁰, sie können aber durchaus zahlreiche Kontakte mit anderen Kindern, z.B. in Kinderkrippen oder –tagesstätten haben (vgl. ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 32). Im ersten Fall müssen sie nicht teilen oder sich streiten, im zweiten Fall begegnen sie im Kontakt mit Gleichaltrigen Problemen der Konkurrenz und Rivalität. Geschwisterkinder mit jüngeren oder älteren Geschwistern hingegen können zusätzlich lernen, Hilfe anzunehmen und zu geben und Verantwortung für den Schwächeren zu übernehmen. Geschwister können sich gegen Eltern solidarisieren, sie können sich trösten und ärgern, sie konkurrieren, müssen miteinander teilen und Konflikte austragen (HERZBERG 1992, 81).

In Ein-Kind-Familien fehlt ihnen das Lernfeld, sich mit Geschwistern ohne Eingreifen von Erwachsenen bei Konfliktsituationen zu einigen, Lösungen für Probleme zu finden und

⁴⁷ ROLFF und ZIMMERMANN (2001) führen Ergebnisse einiger Studien hierzu auf, die zur Vertiefung dort nachgelesen werden können (S. 31f).

⁴⁸ Dabei wünschen sich Mädchen (69%) wesentlich häufiger Geschwister als Jungen (47%) (HERZBERG 1992, 82f).

⁴⁹ Im Vergleich dazu wünschen sich nur ein Drittel der Kinder mit Geschwistern noch Geschwister (HERZBERG 1992, 82).

⁵⁰ Die Folgen auf das Freizeitverhalten von Einzelkindern werden ausführlich in Kapitel 2.2.5 „Freizeitgestaltung“ behandelt.

Kompromisse zu schließen. „Geschwisterbeziehungen haben eine eigene Qualität, die kaum durch Kontakte zu anderen Gleichaltrigen ausgeglichen werden kann (HERZBERG 1992, 123). Vor allem für jüngere Kinder⁵¹ sind Brüder und Schwestern durchaus wichtige Spielpartner⁵², vor allem altersnahe Geschwister. Die Studie vom DEUTSCHEN JUGENDINSTITUT ergab, dass ein Drittel aller Kinder den Umfang ihrer Beziehungen zu Gleichaltrigen als ausreichend empfindet und dass Geschwisterkinder hiermit sehr viel zufriedener als Einzelkinder sind (HERZBERG 1992, 84).

Auch in der Einkommens- und Arbeitsaufteilung der Eltern gab es in den letzten Jahrzehnten Veränderungen. Die „konventionelle Kleinfamilie“, wie sie noch in den 50er-Jahren typisch war, auf der Basis einer Eheschließung der Partner, mit Arbeitsteilung von berufstätigen Männern und den Haushalt führenden Frauen, gibt es nach Schätzungen von HURRELMANN und BRÜNDEL (2003) nur noch bei einem Drittel aller Familien (ebd., 97). Alternativ dazu wurde häufig die Variante des tradierten Familienmodells gelebt, das Vollzeit-Teilzeit-Familienmodell. Nur die Mutter verkürzt nach einer längeren Arbeitspause nach der Geburt des Kindes ihre Erwerbsarbeitszeit (ZEIHER 2005, 205). In den letzten Dekaden leben mehr junge Familien nicht nach dem Ernährer-Hausfrau-Modell, sondern praktizieren vielmehr eine Arbeitsteilung, bei der jeder Partner beides tut (ZEIHER 2005, 205). Im Idealfall ist diese Arbeitsteilung egalitär, beide Partner sind gleichermaßen erwerbstätig und kümmern sich um die Kinder. Waren für den Mann Vaterschaft und Beruf, ökonomische Selbstständigkeit und Familienexistenz nie ein Widerspruch gewesen, sind für die Frau Mutterschaft und Berufstätigkeit immer noch schwer zu vereinen. Die aktuellen Wettbewerbszwänge der Betriebe und damit verbundene ökonomische Rationalisierungen fordern von Arbeitnehmern immer größere Flexibilität und Arbeitsengagement. Diese Doppelbelastung bringt erhebliche Belastungen und entsprechende Verunsicherungen für die männliche Partnerrolle mit sich (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003). Psychologische Befriedigung, soziale Anerkennung und eine bessere Gleichberechtigung von Mann und Frau sind neben dem finanziellen Verdienst die Gründe für die zunehmende Erwerbstätigkeit beider Eltern. Dafür müssen andere anfallende Arbeiten und Aufgaben im Haushalt und/oder der Kinderbetreuung

⁵¹ Hier sind Kinder unter 12 Jahren gemeint.

⁵² In einer Untersuchung gaben 56% der Kinder an, dass sie „oft“ mit ihnen spielen (HERZBERG 1992, 83).

entweder an professionelle Hilfskräfte⁵³ oder Verwandtschaft und Freunde abgegeben werden. HELGA ZEIHNER sieht viele Eltern in Deutschland in diesem Konflikt zwischen Wunsch und Notwendigkeit erwerbstätig zu sein, den hohen Ansprüchen an die Zeit, die sie meinen für ihre Kinder aufbringen zu müssen, und unzureichenden Möglichkeiten, Sorgezeit für ihre Kinder dann auszulagern, wenn ihre Arbeitszeit es erfordert. Heutige Eltern befänden sich in dem Dilemma, im Vergleich zu früheren Generationen eine geringere Zeitmenge für elterliche Sorgearbeit zu Verfügung zu haben, obwohl ihre Kinder einen höheren Bedarf an elterlicher Sorgezeit brauchen (ZEIHER 2005, 207)⁵⁴.

Durch marktwirtschaftliche Prozesse der Industrialisierung sind auch die Aufgaben der Familie andere geworden. Die fortschreitende Trennung von Arbeits- und Produktionsbereich bedingte den Abbau der traditionellen Funktionen im gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Bereich der Großfamilie (ZEIHER 1996). In der Institution Familie änderten sich durch ihren Funktionsverlust und die veränderten Rollenaufteilungen⁵⁵ und Aufgaben ihrer Angehörigen auch die Beziehungsqualität ihrer Angehörigen. So weicht die Subjektbeziehung, die auf Angstfreiheit, Offenheit und wechselseitiger Zuwendung basiert und reziproker Interessen der Partner an der Entwicklung des jeweils anderen beinhaltet, zunehmend Interessengemeinschaften und Instrumentalbeziehungen⁵⁶.

GÖPPEL (2007) kennzeichnet die moderne Kindheit unter anderem mit dem Schlagwort der „Emotionalisierung“ (ebd., 70) und meint damit, dass mehr denn je dem Kind eine Bedeutung bei der emotionalen Sinnerfüllung im Leben der Eltern zukommt (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 62; auch PODLICH & KLEINE 2000). Die biologische Reproduktion ist nicht mehr vorwiegend natürlich und göttlich gesteuert, sondern entspringt immer mehr menschlicher Entscheidung der Frau bzw. des Partners. Diese Entscheidungskompetenz wird scheinbar auch wahrgenommen und im Sinne von utilitaristischen familienökonomischer

⁵³ Im westdeutschen Bundesgebiet fehlen immer noch Plätze in Kinderbetreuungseinrichtungen, um den Bedarf an Ganztagesplätzen in den ersten drei Lebensjahren und für die Nachmittagsbetreuung für Schulkinder zu decken.

⁵⁴ Eltern und Kinder stehen gleichermaßen machtlos strukturellen Zwängen gegenüber. Eltern müssen ihre außerfamiliären Zwänge an ihre Kinder weitergeben, die diese als unveränderbar akzeptieren müssen (ZEIHER 2005, 211).

⁵⁵ Die „Folgen der zunehmenden Berufstätigkeit der Mütter“ beschreiben HURRELMANN & BRÜNDEL (2003²) ausführlich auf den Seiten 98 bis 100.

⁵⁶ SCHOBERT zitiert RENFORDT, H. (1985). Behinderungen der psychischen Entwicklung in frühester Kindheit als Folge mangelnder Befriedigung der produktiven Bedürfnisse. Freie Universität Berlin, Diss.

Überlegungen genutzt. Wie die Geburtenraten der letzten Jahre in Deutschland zeigen, entscheiden sich dann potentielle Eltern eher gegen als für Kinder (vgl. WINTERSBERGER 2005, 197). Durch planbare Schwangerschaft kommen Kinder nicht mehr als „Naturereignis“ (ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 39) zur Welt, sondern sind oft Wunschkinder. Damit lastet ein hoher Erwartungsdruck auf den Kindern, Sinnlieferant für das Leben ihrer Eltern zu sein (GÖPPEL 2007, 71) und eine anspruchsvolle Schullaufbahn erfolgreich zu durchlaufen (HURRELMANN 1994). Die Verbesserung des sozialen Status des Kindes im Vergleich zur Herkunftsfamilie soll dabei mit einer höheren schulischen Bildung erfolgen (BÜCHNER & FUHS 1994, 120). Dabei wird weniger Rücksicht auf das Entwicklungsniveau des Kindes genommen, sondern das „perfekte“ Kind mit hoher Schulbildung forciert, das gleichsam zur „Visitenkarte“ (ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 40) der Eltern wird. Allzu oft projizieren Eltern ihre eigenen Vorstellungen und Lebensplanung hinein, die an den wirklichen Interessen und Wünschen des Kindes vorbei gehen⁵⁷. SCHOBERT kritisiert, dass bei diesen Beziehungsstrukturen die Subjekte jeweils auf die Befriedigung ihrer eigenen Interessen bedacht seien. Dabei entstünden, so SCHOBERT (1993), „entwicklungsbehindernde Erziehungshaltungen innerhalb der Kleinfamilie“ (ebd., 127ff). Diese können entweder eine zu enge Bindung oder eine zu große Distanz der Eltern zum Kind sein. Erstes wird durch Verwöhnung oder ängstliche Überbehütung sichtbar, Zweites kommt durch eine offene oder verdeckte Ablehnung des Kindes in der Vernachlässigung des Kindes zum Ausdruck.

Ein hier bislang nur angerissener Trend der Zeit sind die immer öfter auftretenden Familienformen „Alleinerzieherfamilie“⁵⁸ und „Zweitfamilie“, und zwar nicht wie früher meist auf Grund des Todes eines Partners, sondern vielmehr aus Scheidungen⁵⁹ entstanden (GIESECKE 2004, 117). Trennung und Scheidung⁶⁰ haben eine Desorganisierung und

⁵⁷ Diese überhöhte Leistungserwartung der Eltern gründet, so HURRELMANN (1994), auf der unübersichtlichen Arbeitsmarktsituation der letzten Jahre. Die Kinder sollen durch einen mindestens genauso hohen Schulabschluss wie die Eltern den sozialen Status der Herkunftsfamilie sichern oder möglichst für einen sozialen Aufstieg sorgen.

⁵⁸ Allein erziehende Mütter und Väter machten 20% aller Eltern-Kind-Gemeinschaften aus (STATISTISCHES BUNDESAMT 2005).

⁵⁹ Die gegenwärtige Scheidungsquote ist für Deutschland der vorläufige Gipfelpunkt einer langfristigen Entwicklung. Der Anteil an Ehescheidungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner stieg seit 1990 für Westdeutschland nahezu kontinuierlich an und lag im Jahr 2003 für das gesamte Bundesgebiet bei 2,59 Scheidungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E.V. 2005).

⁶⁰ Über die Frage, ob insbesondere Scheidungen als riskante Entwicklungskontexte für Kinder zu sehen sind, beschäftigt sich SABINE WALPER (2004), auf deren Beitrag zur Vertiefung verwiesen werden soll.

Destabilisierung der Familie zur Folge, die sich nur langsam und nach vielen Monaten wieder restabliert. Die Problembelastung der Kinder in Trennungs- und Scheidungsfamilien sind direkt nach der Trennung hochsignifikant höher als bei Kindern vollständiger Familien und nimmt nur allmählich ab⁶¹ (SCHMIDT-DENTER 2000, 206). Für Eltern ist eine Neuzentrierung des familiären Bezugssystems wesentlich leichter zu erreichen als für Kinder, die zu 70% ein binukleares Familienkonzept entwickeln. „Die erhöhte Komplexität der Familienstrukturen kann in Wechselwirkung mit einem vergleichsweise geringem Alter der Kinder und mit psychologischen Belastungen durch Spannungen und Ambivalenzen auf der Elternebene zur Überforderung und zu kindlichen Verhaltensstörungen führen“ (SCHMIDT-DENTER 2000, 218). Der Verlust eines Elternteils macht sich im ganzen späteren Leben im ökonomischen, sozialen und psychischen Bereich der Kinder bemerkbar. Kinder, die emotional und sozial zu sehr auf ein Elternteil fixiert sind, können große Mühe haben, auch außerhalb der Familie verlässliche Beziehungen einzugehen und auszuprobieren (GIESECKE 2004, 119). WILK und BACHER (1994) stellen bei ihrer Befragung fest, dass ökonomische und zeitliche Begrenzungen sowie mangelnde Betreuungsressourcen vor allem Einelternfamilien belasten.

In Stieffamilien treten besonders die Schwierigkeiten auf, befriedigende Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern herzustellen und aufrecht zu erhalten. In beiden Familienformen, Eineltern- und Stieffamilien, haben die Kinder weniger Kontakt zu Freunden, geringere soziale Kompetenz und geringere Akzeptanz seitens der Freunde. Der Wunsch nach wirklich guten Freunden ist bei diesen Kindern besonders groß (WILK & BACHER 1994). Unmittelbare, aber auch mittelbare Betroffenheit beim Miterleben der Schwierigkeiten von Freunden oder Klassenkameraden wirkt wahrscheinlich auf das Bewusstsein hinsichtlich dessen, was ganz generell von zwischenmenschlichen Beziehungen zu erwarten und womit unter Umständen zu rechnen ist (GÖPPEL 2007, 71).

Aufwand und Nutzen von Berufstätigkeit müssen von dem verbleibenden Elternteil eingeschätzt und abgewogen werden, eine Gefahr von physischer und psychischer Überbelastung ist dabei groß. Mütterliche (oder auch väterliche) Berufstätigkeit bedeutet nicht, dass die Erziehung des Kindes weniger gut ist. Denn es bedeutet nicht automatisch,

⁶¹ Die Daten wurden über die Marburger Verhaltensliste (deren Normwert bei 20% liegt) direkt, 15 Monate und 30 Monate nach der Trennung erhoben. Die Zahl der auffälligen Kinder beträgt anfangs 54%, verringert sich bei der zweiten Erhebung auf 40% und weiter auf 30%. In der ersten Erhebung liegen die Auffälligkeiten vor allem im Verhaltensbereich, später befinden sich die Werte bei „Kontaktangst“ und „unangepasstem Sozialverhalten“ im auffälligen Bereich (SCHMIDT-DENTER 2000, 206).

dass die Sozialisationswirkung der Erziehung schlechter wäre. Erstens kann der Alleinerzieher trotzdem viel Zeit mit dem Kind verbringen und zweitens ist nicht nur die miteinander verbrachte Zeit, sondern die Einstellung und Persönlichkeit der Eltern bedeutend (ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 28). Die Erziehung hängt wohl stark von der Qualität des Miteinanders ab. Ob sich die Erwerbstätigkeit des alleinerziehenden Elternteils positiv oder negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, kann auch mit Forschungsergebnissen nicht geklärt werden (ebd.).

In einer systemischen Perspektive auf die Familie können zusammenfassend mit SABINE WALPERS (2004) vier Aspekte des Wandels von Familien festgestellt werden (ebd., 218):

- Veränderungen der *Familienstruktur*, die sowohl die Komposition von Familien als auch die Binnenstruktur (Rollenverteilung) betreffen,
- Veränderungen im *Innenverhältnis* von Familien, also in den Beziehungen der Familienmitglieder untereinander⁶²,
- Veränderungen der familiären *Funktionen*, als Verlagerung von Funktionen der Familie, und
- Veränderungen der Anforderungen in den *Außenbezügen* der Familie, die das Geflecht von Sozialisationsinstanzen betreffen, zwischen denen sich Eltern und Kinder bewegen (z.B. Elternhaus und Schule).

GRUNOW (1994) vermutet, dass sich die Veränderung der Haushalts- und Familienstrukturen zu Gunsten von Einzelpersonenhaushalten, Ehepaaren ohne Kinder, Familien mit nur einem Kind und Alleinerziehenden weiterhin verstärken wird. Seine Befürchtung ist eine Verringerung der Leistungsfähigkeit des Familienhaushalts im Hinblick auf Gesundheit und Krankheitsbewältigung als Folge dieses seit einigen Jahren bestehenden Trends.

3.2.2 Bedrohung durch Armut

In der Geschichte und Gegenwart kann eine Richtungsänderung der Wohlfahrtsverteilung zu Ungunsten der jüngeren Generation beobachtet werden. Für die Eltern sind Kinder ein emotionaler Reichtum, aber auch ein zusätzlicher Kostenfaktor. Brachten Kinder zu vorindustriellen Zeiten noch ökonomische und versorgungssichernde Vorteile, stellen sie heute finanziell gesehen keinen Reichtum dar, sondern kosten in Deutschland pro Kind im Durchschnitt etwa 400 Euro im Monat (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 66). Durch eine

⁶² Diese Veränderungen implizieren auch weniger Interaktionen zwischen Kindern untereinander (Anmerkung der Verfasserin).

wachsende Zahl kinderloser Haushalte gibt es weniger Erwachsene, die ihr Einkommen mit den Kindern teilen, deren Familienbudget dadurch mehr belastet ist (QVORTRUP 2005, 45)⁶³. Das Problem dieser Ausdifferenzierungsprozesse lässt sich mit den Stichworten „soziale Ungleichheit“ und „neue Armut“ umschreiben. Weil mehr Erwachsene ihren Verdienst nur für sich beanspruchen, während alle Kinder die Einkommen mit einer Minderheit von Erwachsenen teilen müssen, sind Kinder die Verlierer in der Einkommensverteilung zwischen den Generationen (QVORTRUP 2005, 45). Die kindlichen Entwicklungsbedürfnisse werden durch ungünstige materielle Bedingungen der Familie in den reichen Industrieländern, so auch in Deutschland (BRINKHOFF & SACK 1999) gefährdet. Besonders betroffen sind Ein-Eltern-Familien und Familien mit mehreren Kindern (vgl. KERSTING ET AL. 2003, 100). Denn obwohl mit der wachsenden Kinderzahl Transferleistungen steigen und die steuerliche Belastung eher sinkt, liegt das Haushaltsnettoeinkommen nicht über dem Niveau von anderen Familien (HURRELMANN 1994). Einerseits errechnet sich das Haushaltseinkommen im Allgemeinen durch die Addition der Einkommen beider Partner, andererseits tendieren die a priori geringeren Einkommen der Frau mit wachsender Kinderzahl gegen Null (vgl. WINTERSBERGER 2005, 188). Eine Erwerbstätigkeit der Mütter von Mehrkinderfamilien ist wesentlich seltener (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 102f) wahrscheinlich, weil sich Mütter mit mehreren Kindern auf Grund mangelnder komplementärer Strukturen der Kinderbetreuung vom Arbeitsmarkt mindestens vorübergehend oder gänzlich zurückziehen (vgl. WINTERSBERGER 2005, 188). Ein-Eltern-Familien, die in rund neun von zehn Fällen von Müttern geführt werden, werden zusätzlich durch die ungleiche Verteilung zwischen den Geschlechtern, die strukturelle Einkommensdiskriminierung von Frauen gegenüber Männern, benachteiligt (vgl. WINTERSBERGER 2005, 188).

So stieg der Anteil der Kinder als Sozialhilfeempfänger in den letzten Jahren auch in Deutschland an. 15% der in Deutschland lebenden Kinder unter 15 Jahren sind von Armut bedroht. In Westdeutschland leben 13,8%, in Ostdeutschland 22,5% der unter 15-jährigen in einem Haushalt, der nach der EU-Norm arm ist (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2005) (BMGS).

Es wird angenommen, dass finanzielle Mittel sowohl bei der Ernährung als auch bei der Freizeitgestaltung eine entscheidende Rolle spielen⁶⁴. Für niedrige Schichten könnten die

⁶³ Wie das standardisierte Pro-Kopf-Einkommen mit Hilfe einer Äquivalenzskala aus dem Haushaltseinkommen errechnet wird, ist bei WINTERSBERGER (2005, 185f) dargestellt.

⁶⁴ Mehr dazu in der vorliegenden Arbeit im Kapitel 0.

höheren Kosten für eine frische, gesunde Ernährung, Sportausrüstung, Mitgliedsgebühren in Sportvereinen etc., aber auch der Zeitaufwand für Essenszubereitung ein Hindernis für eine gesunde Lebensführung darstellen.

Insgesamt zeigen Kinder und Jugendliche aus armen Familien ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten, auch in Bezug auf Tabak, Alkohol- und Fernsehkonsum sowie Zahnhygiene. Den sozial schwachen Familien fehlen oftmals die nötigen Informationen über die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung und der nötige Finanzrahmen. WANGBERG ET AL. (2007) konnten einen Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status, subjektivem Wohlbefinden und Internetnutzung zu gesundheitlichen Zwecken feststellen. Die ausgemachten Zusammenhänge sprechen dafür, dass sich Menschen mit höherer Bildung und einem höheren Einkommen selbst nötige Informationen über Themen zur Gesundheit beschaffen können und dabei auf das Internet zurückgreifen.

3.2.3 Sozialisationsinstanzen und Lebensinseln von Kindern

HONIG ET AL. (1999) sprechen von „Kindheit als institutionalisierte Lebensphase“ (ebd., 17) und meinen damit die Entwicklung und Folgen der Bildungspolitik in der Bundesrepublik. In Deutschland werden Kinder als Investition in die Zukunft angesehen und sind als öffentliches Gut nicht nur Privatsache der Eltern. ROLFF und ZIMMERMANN (2001) sprechen in diesem Zusammenhang von der „Expertisierung der Erziehung“ (ebd., 158f).

Mit dem Ausbau des Bildungswesens und der öffentlichen Tagesbetreuung wuchs die erzieherische Bedeutung von Schulen und vorschulischen Einrichtungen. Zum Beispiel wuchs die Zahl der Kindergartenplätze in den letzten Jahrzehnten so weit an, dass im Jahr 2002 105 Kindergartenplätze auf 100 Drei- bis Sechsjährige kamen. „Theoretisch ist also eine Vollversorgung mit Kindergartenplätzen erreicht“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2006, 52). Damit geht eine schichten- und geschlechtsübergreifende Ausdehnung der in Bildungsinstitutionen verbrachten Zeit einher. Bildungsinhalte, die zuvor im Alltag in der Familie vermittelt wurden, müssen nun von Bildungseinrichtungen übernommen werden.

Die Entwicklung im modernen Industriestaat Deutschland brachte auch Veränderungen der ökologischen und sozialen Bedingungen mit sich. Einerseits haben Verstädterung, hohe Wohndichte und Technologisierung zum Verlust wohnortnaher Bewegungs- und Spielangebote für Kinder geführt, andererseits haben sich für Kindheit und frühe Jugend vielfältige Angebote an Sportmöglichkeiten im informellen und institutionellen Bereich ergeben (vgl. SCHMIDT & SÜBENBACH 2004, 149).

Spielen innerhalb und außerhalb des Hauses ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und ein notwendiger Bereich zum Erleben der eigenen Möglichkeiten und Grenzen. Kinder setzen sich im Spiel mit den eigenen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Interessen, sozialen Anforderungen und räumlichen Gegebenheiten auseinander. Die Möglichkeiten für freies Spielen in der nahen Wohnumgebung und ein mühelos erschließbares Umfeld mit natürlichen Spielangeboten und Lernmöglichkeiten ist selbst in ländlich strukturiertem Raum nicht selbstverständlich⁶⁵. Natürliche Spiel-, Bewegungs- und Erlebnisräume mussten und müssen zunehmend Verkehr und Wirtschaftsgebäuden weichen. „Spielen verboten“, „Eltern haften für ihre Kinder“ sind derzeit gängige Vokabeln, die die Rahmenbedingungen für ein sorgloses Aufwachsen in Ballungsräumen pointiert wiedergeben. Im ländlichen Raum schränken verkehrsreiche Durchgangsstraßen die Spielmöglichkeiten nicht weniger ein als in der Stadt (vgl. LEDIG 1992, 67). Eine unmittelbare Konsequenz dieser Entwicklung auf der sozialökologischen Ebene ist, dass Spielkontakte nicht mehr zufällig auf der Straße geschehen. Ein Großteil der Kinder wächst heute in verinselten und von den Erwachsenen (pädagogisch) vorstrukturierten Sozialräumen auf⁶⁶.

Nach dem „Gebot der optimalen Förderung des Nachwuchses“ (GÖPPEL 2007, 72) entstanden spezialisierte teilweise von Bildung unabhängige Einrichtungen wie Kinderkunstschulen, Musikalische Früherziehung, Ballettschulen, Kindersportgruppen etc. Noch nie gab es so viele für alle zugängliche Sportangebote wie heute: variantenreich, mit niedrigen

⁶⁵ Erhobene Daten der Studie „Was tun Kinder am Nachmittag?“ über die Nutzung des öffentlichen und privaten Nahraumes von Kindern unterschiedlicher Wohngegenden fasst URSULA NISSEN (1992) zusammen: Die Kinder der Landgemeinde halten sich in beiden Räumen gleich viel auf, die Kinder aus dem stadtnahen Wohndorf bevorzugen den privatnahen Raum und die Stadtkinder halten sich weitaus häufiger im öffentlichen Freiraum auf als in Wohnungsnähe. „Vorhandene Wälder, Felder, Bäche usw. spielen für die Kinder in den nicht-städtischen Regionen hinsichtlich ihres Aufenthalts in öffentlichen Freiräumen offensichtlich keine entscheidende Rolle, zumal es genau die Orte sind, an denen vielen Kindern der Aufenthalt von den Eltern verboten wird! Das Bild von der glücklichen Landkindheit mit den in den Wäldern umherstreichenden Kindern trifft somit durchaus nicht auf alle in ländlichen Regionen lebenden Kinder zu“ (ebd., 143). Gerade Mädchen spielen an bestimmten Orten des öffentlichen Nahraumes, da ihre Eltern ihnen aus Angst vor sexueller Gewalt den Aufenthalt im Wald oder Park verbieten. Aber auch die Mädchen selbst geben doppelt so häufig wie Jungen an, aus Angst nicht an diesen Orten zu spielen (ebd., 147).

⁶⁶ Eine pädagogische und kulturvergleichende Sozialisationsforschung über Kindheit liefert LUDWIG LIEGLE mit „Welten der Kindheit und Familie“. Er schreibt über den Wandel der Kindheit und Familienstruktur in der modernen Gesellschaft und die Möglichkeiten und Grenzen einer Pädagogisierung der Kindheit. Dabei geht er auf Entwicklungen und Unterschiede in Ost und West ein.

Zugangsbarrieren und hoher Variabilität. Vereinsorganisierter Sport verlangt von den Mitgliedern eine gewisse Verpflichtung und Bindung. Mit dieser neuen, von Unübersichtlichkeit und Widersprüchen von Werten, Einstellungen und Handlungsmustern geprägten Sportkultur kommt es zu einer zunehmenden Flexibilisierung der Sportkarrieren Heranwachsender (BURRMANN & BAUR 2004). Bei der Studie „Was tun Kinder am Nachmittag?“, für die mehr als 1000 Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren befragt wurden, untersuchte das Deutsche Jugendinstitut die Freizeitgestaltung der Kinder. Betrachtet man alle institutionalisierten, organisierten Freizeitangebote für Kinder (freiwillige schulische Neigungsgruppen, Sport- und Musikvereine und –schulen, Kurse etc.) als Ganzes, zeigt sich folgendes Ergebnis: Ein knappes Fünftel (19%) der befragten Kinder nimmt überhaupt kein derartiges Angebot in Anspruch. Die Mehrzahl der Kinder allerdings nutzen solche Angebote: 32% nutzen ein Angebot, 27% zwei Angebote, und 22% nutzen sogar drei und mehr Angebote (vgl. LEDIG 1992, 73). Dabei ist eine häufigere Mitgliedschaft von Jungen in Sportvereinen zu verzeichnen, während musisch–kreative Angebote von Mädchen vermehrt genutzt werden (ebd., 54). LEDIG (1992) führt diesen Trend eher auf die Angebotslage, als auf die Interessen der Kinder zurück. „Obwohl bereits 85% der Kinder angaben, in irgend einer Weise sportlichen Aktivitäten nachzugehen, steht der Wunsch nach sportlichen Aktivitäten mit großem Abstand im Vordergrund“ (ebd., 62). Erkennbar war ein Einfluss der Eltern auf die Wahrnehmung von Freizeitangeboten ihrer Kinder. Wenn die Eltern selbst im Vereins- und Gruppenleben aktiv waren, waren auch meist ihre Kinder in mehreren entsprechenden Aktivitäten involviert.

Somit werden Institutionen zu den wichtigsten Orten, an denen Kinder sich kennenlernen und Freundschaft schließen (vgl. HERZBERG 1992). Eltern bahnen zunehmend Sozialkontakte der Kinder an, weil die Möglichkeit spontaner, natürlicher und ungeplanter kindlicher Aktivitäten auf der Straße, im Wald und in der Nachbarschaft schwindet (BRINKHOFF & SACK 1999).

Spielorte und –partner werden von Eltern aufgetan und für die Kinder erschlossen. Nicht die Kinder selbst sind für den Aufbau ihres sozialen Netzes zuständig, sondern die Eltern übernehmen diese Aufgabe für sie, indem sie die Termine ihrer Kinder mit den eigenen koordinieren. Eltern knüpfen Kontakte für ihre Kinder, verabreden Termine zum Spielen, fahren mit dem Auto zu Treffpunkten⁶⁷ und bauen somit soziale Brücken zur außerfamiliären

⁶⁷ Bei der Studie vom DEUTSCHEN JUGENDINSTITUT konnte keine große Mobilitätsbereitschaft der Kinder festgestellt werden. „Kinder, die weit entfernt voneinander wohnen, verabreden sich nicht für den Nachmittag“ (HERZBERG 1992, 124).

Welt (HURRELMANN 1994). Unter diesen Umständen erweitert sich der Lebensraum von Kindern nicht allmählich in konzentrischen Kreisen mit der wachsenden Selbständigkeit des Kindes dadurch, dass ein immer größerer Radius erschlossen werden kann⁶⁸ (GÖPPEL 2007). Vielmehr besteht er schon von klein auf aus einer Menge entfernter sozialer „Inseln“ in einem größer werdenden Einzugsbereich (HURRELMANN 1994). Diese Inseln stehen selten in einem Bezug zueinander, sondern existieren unabhängig voneinander, ihre Ziele sind verschieden, oft widersprechend (vgl. GIESECKE 2004, 144). Die verschiedenen Lebenswelten können vom Kind nicht miteinander in Bezug gesetzt werden. Das Kind kann kein sinnvolles Ganzes herauskristallisieren, was eine Überforderung seiner psychischen und sozialen Strukturierungs- und Koordinationsfähigkeit darstellen kann (vgl. HURRELMANN 1994, 100). Häufig, gerade in gut situierten Familien, ist ein zeitlich durchstrukturierter Tag mit vielen terminlichen Verpflichtungen⁶⁹. Die Freizeit- und Kulturangebote sind oft über einen großen räumlichen Bereich verstreut und können ohne organisatorischen und technischen Aufwand selten erreicht werden.

Die Kindheit wird damit zunehmend zu einer Phase eines institutionalisierten Lebenslaufs. Die Erziehung der Kinder findet zum großen Teil außerhalb der Familien, in den Sozialisationsinstanzen Kindergarten, Kinderkrippe, Hort, Kindertagesstätte und Schule statt (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 62; auch GÖPPEL 2007, 72). Kinder können dadurch frühzeitig gezielt in den Bereichen gefördert werden, die eine gesunde Entwicklung unterstützen. Andererseits verbergen sich hinter diesen Sozialisationsinstanzen auch Verpflichtungen und Zwänge. Sie bergen die Gefahr der Institutionalisierung von Kindheit in voneinander unabhängigen und wenig vernetzten Lebenswelten der Kinder. Oftmals sind zwischen den einzelnen Terminen und Lebenswelten große Entfernungen zurückzulegen. Für Lehrer, Übungsleiter in Vereinen, Musiklehrer und Eltern entsteht selten Gelegenheit zu einem Austausch.

3.2.4 Vermehrter Konsum neuer Medien

Bereits vor dem Schuleintritt beginnt der Einfluss einer anderen Institution auf die Kinder. Als „geheime Miterzieher“ gehören die Massenmedien zum Alltag und wirken in verschiedene soziale Orte, wie Familie, Peergroup und sogar Schule hinein (GIESECKE 2004,

⁶⁸ Dies bestätigt NISSEN (1992) mit Daten für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren (ebd., 144).

⁶⁹ GÖPPEL (2007) diskutiert, ob inszenierte und organisierte Kulturangebote eine Chance für Kinder oder den Niedergang der Kindheit bedeuten. Nachzulesen auf den Seiten 73-79.

129). Wo freie Spielräume für Kinder und Jugendliche verschwinden, verbringen Kinder ihre Zeit mehr in den Häusern und beschäftigen sich mit elektronischen Medien⁷⁰, mit Fernsehen, Computerspielen und Playstations (HURRELMANN 1994). Die Medienausstattung in deutschen Haushalten wuchs in den letzten Jahrzehnten und Jahren stetig an⁷¹. In Deutschland besaßen 1953 etwa 1000 Haushalte einen Fernseher, heute besitzen nur ein paar 1000 Haushalt kein Fernsehgerät (BARTHELMES 1999, 13). Der MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST geht bei Fernsehgerät, Handy und Videorekorder von einer Vollversorgung in deutschen Haushalten aus (2006, 13). Das neueste Medium, zu dem auch Kinder immer häufiger Zugang haben, ist das Internet⁷². Im Jahr 2000 hatten in Deutschland rund 16% der privaten Haushalte einen Internetanschluss, 2003 waren es bereits 43%. Zwei Jahre später, 2005 standen in vier von fünf Haushalten Computer zur Verfügung, annähernd drei Viertel der Haushalte hatten einen Internetzugang und genauso viele einen DVD-Player (ebd.). Sogar Kinder verfügen nicht selten über ein eigenes Fernsehgerät⁷³, Gameboy⁷⁴ oder Computer⁷⁵ im Kinderzimmer.

Fernsehen nimmt im Alltag der Kinder einen großen Raum und eine wichtige Rolle ein. So geben 97% der im Jahre 2005 bei der KIM-Studie befragten Kinder Fernsehen als die am

⁷⁰ Ein knapper Überblick über die Geschichte der Kindermedien und folgende Entwicklungen in MATTUSCH, U. (Hrsg.) (1997). *Ästhetik, Pragmatik und Geschichte der Bildschirmmedien. Kinder und Bildschirmwelten. Arbeitshefte Bildschirmmedien 64*, Universität-GH Siegen.

⁷¹ Das Kinderbuch als Medium hat seinen Stand im Kinderleben relativ gut behalten können (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006).

⁷² Bereits 1997 diskutiert THOMAS KIND in seinem Beitrag „Kinder im Netz“ die damals noch marginalisierte Thematik. Das ganze Ausmaß des Einflussbereichs des Internet auf Kinder wird dabei nur teilweise behandelt.

⁷³ Eine Dokumentation empirischer Forschungsprojekte von 1989 bis 1999 liefern SCHMIDBAUER und LÖHR 2000. In BETTINA HURRELMANN'S Untersuchungsgruppe besitzt im Schnitt jedes vierte Kind ein eigenes Fernsehgerät. Die KIM-Studie ermittelte sogar, dass 42% der befragten Kinder ein eigenes Gerät besitzen. Diese Daten zeigen den Zuwachs an Medien in den Haushalten (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 14).

⁷⁴ 44% spielen auf dem eigenen Gameboy und 35% auf einer eigenen Spielkonsole (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 14).

⁷⁵ Jeweils 12% der Kinder in Deutschland besitzen einen Kindercomputer bzw. einen Computer, 7% haben einen eigenen Internetzugang (Angaben aus Elternbefragungen) (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 14).

häufigsten ausgeübte Freizeitaktivität an⁷⁶, bei der Rangliste der liebsten Freizeitbeschäftigungen erreicht das Fernsehen den dritten Platz und 74 Prozent der Kinder gibt an, auf das Fernsehen am wenigsten verzichten zu können. Bei der Betrachtung verschiedener Medien hat für Kinder das Fernsehen die meisten Funktionen. Es hilft bei Langeweile und Einsamkeit und verspricht außerdem Spannung und Spaß. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass 78 Prozent der Kinder fast täglich fernsehen (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006)⁷⁷.

Das klassische Medium Fernsehen ist schon heute für alte Menschen und viele jüngere Kinder die wichtigste Freizeitbeschäftigung (PETZOLD 2000, 16). 31% der Freizeit werden mit Fernsehen verbracht (MYRTEK & SCHARFF 2000, 137). Aber auch die Nutzung von Computern durch Kinder und Jugendliche hat in den letzten Jahren stark zugenommen⁷⁸.

Über die Hälfte der Sechs- und Siebenjährigen und neun von zehn Kinder im Alter von 12 bis 13 nutzen bereits zumindest selten einen Computer. Die Intensität der Computernutzung steigt im Alter an, sind es noch 14% der Sechs- bis Siebenjährigen, die fast täglich vor dem PC sitzen, sind es bereits 36% der 12-13-jährigen. Am häufigsten nutzen die Kinder den Computer zum Spielen (63% spielen alleine und 50% gemeinsam mit Freunden)⁷⁹, gefolgt

⁷⁶ Nach dem Fernsehen sind das Hören von Musikkassetten oder CDs die am weitesten verbreiteten Medienbeschäftigungen (79%). Die Beschäftigung mit dem Computer (63%) stieg im Vergleich zur letzten KIM-Studie von 2003 in allen Altersstufen (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 21) an. Etwas weniger häufig wird das Radio genutzt (60%) und Videos und DVDs geschaut (60%). Hörspielkassetten (49%) und Comics (47%) werden von knapp der Hälfte der Kinder zumindest einmal die Woche genutzt. Bereits bei den Sechs- bis 13jährigen ist für 45% das Handy eine regelmäßige Freizeitaktivität (17% nutzen das Handy jeden oder fast jeden Tag). 42% der Kinder spielen mindestens einmal pro Woche Gameboy, 44% Videospiele. 33% der Kinder blättern regelmäßig in einer Zeitung, 26% nutzen zumindest einmal die Woche digitale Audiodateien bzw. MP3-Files (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 5).

⁷⁷ Welche Sendungen viel von Kindern gesehen werden, variiert stark. MYRTEK & SCHARFF (2000) konnten bei ihrer Untersuchungsgruppe feststellen, dass Zeichentrickfilme bei jüngeren Kindern sehr beliebt sind, Unterhaltung, Sport und Musiksendungen mehr von älteren Schülern geschaut werden (ebd., 86). Geschlechterspezifische Vorlieben sind stark ausgeprägt. Vor allem Mädchen bevorzugen Daily Soaps, Jungen sehen gerne „Sportschau“ und „Sponge Bob“ (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 19).

⁷⁸ Die Datenlage dazu variiert stark (vgl. PETZOLD (2000, Kapitel 3.1). Vermutlich steigt die Zahl von Kindern mit eigenem Computer noch an.

⁷⁹ 14% spielen jeden oder fast jeden Tag, weitere 43% ein- oder mehrmals in der Woche, knapp ein Drittel spielt nie Computerspiele. Mit zunehmendem Alter steigt die Regelmäßigkeit des Computerspielens auf einen

vom Gebrauch für die Schule und dem Benutzen von Lernprogrammen (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006).

Das Internet wird von Kindern in allen Bereichen im Vergleich zu den letzten Jahren häufiger genutzt (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 43). Über die Hälfte der Kinder zwischen 6 und 13 Jahren konnten bisher mit dem Internet Erfahrungen machen, zwei Drittel davon sind regelmäßig einmal in der Woche und öfter online.

Laut KIM-Studie bewegen sich 41 Prozent der Computernutzer regelmäßig im Internet, 68% zumindest selten, wobei mit zunehmendem Alter das Internet immer stärker in die kindliche Alltagswelt integriert ist⁸⁰ (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 27f).

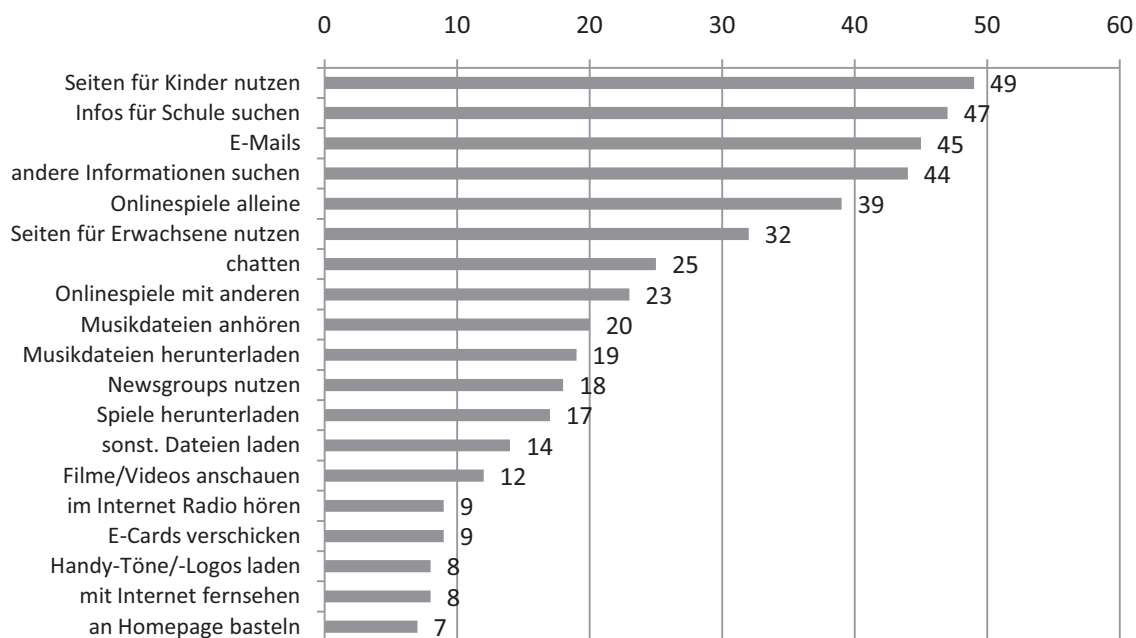


Abbildung 8: Internet-Tätigkeit von Kindern im Alter von 6 bis 13 Jahren - mindestens einmal pro Woche. Quelle: KIM-Studie 2005 (in: MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 42)

Die Hälfte der Kinder nutzt regelmäßig spezielle Angebote für Kinder, ein Drittel besucht ebenso häufig Seiten für Erwachsene⁸¹ (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND

Anteil von 70% der 12- bis 13-jährigen (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 33).

⁸⁰ Mehr Einzelheiten der bei der KIM-Studie erhobenen Daten können bei MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST (2006) nachgelesen werden.

⁸¹ Hier sind Seiten gemeint, die sich nicht ausdrücklich an Kinder richten.

SÜDWEST 2006, 42) (siehe Abbildung 8). Kinder nutzen vor allem Onlineangebote, zu denen sie über andere Medien bereits einen Bezug haben. Über das Angebot im Internet erfahren die Kinder aus dem Freundeskreis und aus dem Fernsehen.

Das weitgehend nicht regulierte Netzwerk beinhaltet zumindest teilweise Inhalte, die ungeeignet für Kinder und Jugendliche sind. Trotzdem sind ein Drittel der Internetnutzer meistens allein, 20 Prozent sind gemeinsam mit Freunden online, 18 Prozent mit ihrer Mutter, 17 Prozent surfen mit ihrem Vater und sieben Prozent mit ihren Geschwistern (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 41). Je älter die Kinder sind, desto häufiger surfen die Kinder unbeaufsichtigt im Internet (7% der Sechsjährigen, hingegen sind unter 12- bis 13-jährigen bereits 47% Alleinsurfer).

Die hochgradige Technisierung in modernen Haushalten beschränkt sich also nicht lediglich auf den Fernseher mit Kabelanschluss. „Der eher neutral formulierte Siegeszug der elektronischen Medien besteht aus Fernsehkonsum, der für Kinder bereits im Alter bis zu drei Jahre eine wichtige Rolle spielt, Computerspielen und Playstations, die reale Bewegungs- und Erfahrungswelten durch virtuelle per Knopfdruck bedienbare Scheinwelten ersetzen“ (ALTGELD 2005, 12). Die offensichtlich faszinierenden und aufregenden Medienerlebnisse „können für Kinder so „fesselnd“ sein, dass ihre natürliche Bewegungslust neutralisiert wird und lediglich die Augen und teilweise das Gehirn mit Emotionen in Bewegung sind, aber nicht mehr das Kind in seiner Gesamtheit, also kaum in seiner Leiblichkeit erfasst wird“ (vgl. KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 23). Die einst vielfältigen Bewegungserlebnisse und sinnlich unmittelbaren Erfahrungsmöglichkeiten, die für die sensomotorische Entwicklung nötig sind, werden auf Fingerübungen reduziert⁸². Die emotionalen und motorischen Sinnesbereiche bleiben unterstimuliert, was der physischen und psychologischen Entwicklung der Kinder schadet (ebd.). Das „allmähliche Verschwinden der Wirklichkeit“ (VON HENTIG 1985) geht von statten, wenn die Erfahrungen den Kindern eher aus „zweiter Hand“ übermittelt werden. BRINKHOFF und SACK sprechen von einer „zweiten Wirklichkeitsdimension“, die Kinder in der heutigen Gesellschaft erleben:

„Es gehört mittlerweile zum Alltag von Kindern moderner Industriegesellschaften, sich die äußere Realität in zunehmendem Maße konsumierend und mediatisierend und jenseits pädagogischer Inszenierungen kaum noch durch in Eigentätigkeit gewonnene

⁸² GUDJONS (2006, 109) führt als weiteres Beispiel dafür den Umstand an, dass die meisten Haushalte mit Zentralheizung statt früher mit Feuer heizen.

Primärerfahrungen anzueignen. Eine Vielzahl von spezifischen für die Entwicklung des Kindes ungemein wichtigen materialen Erfahrungen gehen immer stärker verloren zugunsten einer medial aufbereiteten, standardisierten Second-Hand-Erfahrungs- und Wirklichkeits-Software. Es kommt zwangsläufig zu einer Parallelisierung von Reizüberflutung durch optische und akustische Sinneseindrücke und Unterstimulierung der Nahsinne und der Motorik“ (BRINKHOFF & SACK 1999, 13).

Im Fernsehen wird zudem ein unzutreffendes Bild der sozialen Wirklichkeit vermittelt, das die Einstellung und damit auch Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen prägen kann (MYRTEK & SCHARFF 2000). Gewaltdarstellungen kommen im Fernsehen hundertmal häufiger vor, als im realen Leben. MYRTEK & SCHARFF untersuchten die physiologisch messbaren emotionalen Reaktionen mit einem tragbaren Datenerfassungssystem an 11- bis 15jährigen Schülern. Es wurde beobachtet, dass mit zunehmendem Fernsehkonsum die emotionalen Reaktionen auf Fernsehinhalte schwächer werden. Es wird angenommen, dass bei den Vielsehern im Vergleich zu den Wenigsehern⁸³ die im Fernsehen gezeigten Inhalte nicht mehr so stark als potentiell bedrohlich eingestuft werden. Untersucht wurde nicht, ob diese Gewöhnung auch im alltäglichen Leben auf reale Situationen zutreffen könnte (MYRTEK & SCHARFF 2000, 151). Inwieweit Kinder generell beim Fernsehen Angst empfinden wurde in der KIM-Studie untersucht. Nach eigenen Angaben kommt es bei 3% der Kinder vor, zumindest mehrmals pro Woche Dinge im Fernsehen zu sehen, die ihnen Angst machen (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 21). Eine Studie, die die Auswirkungen des Fernsehkonsums auf soziale Interaktionsprozesse und Aggressionsbereitschaft von Kindern und Jugendlichen untersucht, wurde im Zeitraum 1992/1993 von BENTE und BACKES in Köln durchgeführt. Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass Vielsehen nicht nur als quantitativer Zuwachs der Konsumdauer zu betrachten ist, sondern als psychologischer Faktor mit qualitativen Besonderheiten. Vielseher⁸⁴ wiesen ein Sozialverhalten auf, das durch Aggressivität und einem Mangel an

⁸³ Diese Unterscheidung wurde auf Grund der ermittelten Fernsehzeiten am Median der jeweiligen Stichprobe festgelegt. Junge (11-jährige) Vielseher sahen knapp 2,9 Stunden, junge Wenigseher nur 0,8 Stunden fern; ältere (15-jährige) Vielseher 3,3 Stunden, bzw. ältere Wenigseher 1,1 Stunden (MYRTEK & SCHARFF 2000, 67).

⁸⁴ In dieser Studie werden als Vielseher Kinder bezeichnet, die täglich mindestens 6 Stunden fernsehen (an schulfreien Tagen bis zu 9 Stunden), als Wenigseher gelten Kinder, die sich täglich höchstens 1 Stunde vor dem eingeschalteten Fernseher aufhalten (an schulfreien Tagen bis 2,5 Stunden) (SCHMIDBAUER & LÖHR 2000, 55).

sozialer Kompetenz bestimmt werde. Sie seien im Vergleich zu Wenigsehern relativ ungeübt und unsensibel in zwischenmenschlicher Kommunikation und Interaktion (SCHMIDBAUER & LÖHR 2000, 55f). In MYRTEKS und SCHARFFS (2000) Untersuchung bestätigte sich weiter die Hypothese, dass sich exzessiver Fernsehkonsum negativ auf die Schulleistungen auswirkt (ebd., 76). Die schlechteren Leistungen vor allem im Fach Deutsch erklären sie mit seltenerem Lesen und einer eingeschränkten Kommunikation der Vielseher (ebd., 151). ROLFF und ZIMMERMANN (2001) begründen mit PIAGETS Aneignungsstufen (siehe Gliederungspunkt 3.1.2) die hemmende Wirkung von Dauerfernsehen auf die kognitive Entwicklung von Kindern, die schon im frühen Lebensalter fernsehen. Da beim Fernsehen die verbal-analytische Aneignung von symbolischer Kultur zurückgedrängt wird und die ikonische dominiert, verdrängt die Bilderkultur die Wortkultur. „Der Fernseher scheint eine eigene Wirklichkeit abzubilden, aber es ist eine Wirklichkeit aus zweiter Hand“ (ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 103).

Trotz der starken Kritik an den Medien kann Fernsehen und das Nutzen des Internets einen sozialen Zweck für die Familienmitglieder haben und als „Brücken zur Wirklichkeit“ und „Schlüssel zu unseren wichtigsten Themen“ dienen (BARTHELMES 1999, 145ff), doch nur bei einem kritischem Umgang mit diesem Medium und, wenn „richtig eingeschaltet und rechtzeitig ausgeschaltet“ (BARTHELMES 1999) wird⁸⁵. In einer Elternbefragung von NEUMANN-BRAUN, CHARLTON & RÖSLER (1993) zur kindlichen Mediensozialisation und familialen Umgangsstilen⁸⁶ mit Medienangeboten werden als die wichtigsten Differenzkriterien zwischen den untersuchten Familien die Dimensionen Familienstand/Einkommen und Bildung ausgemacht⁸⁷. Am deutlichsten wird diese Beobachtung bei alleinerziehenden Eltern. Deprivilegierte Alleinerziehende scheinen in einer

⁸⁵ MYRTEK & SCHARFF (2000) führen die Tendenz, dass Wenigseher (hier definiert als junge Wenigseher 0,8 Stunden, ältere Wenigseher 1,1 Stunden) eher anspruchsvolle Sendungen bevorzugen, auf eine stärkere Kontrolle der Eltern zurück (ebd., 86).

⁸⁶ Dass Eltern und Familie, trotz zunehmender Bedeutung von Gleichaltrigengruppen im Lebenslauf, auch für den Medienkonsum von Jugendlichen handlungsleitend sind, zeigt die Längsschnittstudie „Medienerfahrungen von Jugendlichen in Familie und Peergroup“ des Deutschen Jugendinstituts (BARTHELMES & SANDER 2001). Die Konzepte des Umgangs mit Medien entstehen durch das unmittelbare Vorbild der Eltern in der Familie.

⁸⁷ Auch die KIM-Studie bestätigt diesen Zusammenhang (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006).

kommunikativen Problemlage zu leben, die ein problematisches Fernsehverhalten zur Folge hat. Wenn die/der Alleinerziehende zeitlich, sozial und psychisch derart überlastet ist, dass zum Fernsehkonsum alternative Aktivitäten nur sehr bedingt möglich sind, wird das TV-Gerät zu einem funktional entlastenden Teil des Alltagsmanagements. Alleinerziehende mit höherem Bildungsabschluss sehen Massenmedien eher als Projektionsfläche für alle Ängste und Bedrohungen, die der modernen Gesellschaft zugeschrieben werden, und kontrollieren den Fernsehkonsum ihrer Kinder stark (SCHMIDBAUER & LÖHR 2000, 61)⁸⁸.

Der Umgang mit Fernseher/Video/DVD, Computer und Internet im Familienalltag wurde im Rahmen der KIM-Studie anhand von Zustimmungswerten der Erziehungsberechtigten untersucht. Die Aussagen zeigen, dass in sieben von zehn Familien gemeinsam über das abendliche Fernsehprogramm entschieden wird. Die Wünsche der Kinder scheinen großes Gewicht zu haben, 42 Prozent der Befragten Eltern sehen manche Sendungen nur auf expliziten Wunsch ihrer Kinder an. In der Hälfte der Familien gelten Absprachen über die Fernsehnutzung, Kinder schalten den Fernseher nur mit Rückfrage an (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 60). In einem Viertel der Familien gibt es regelmäßig Streit darüber, was im Fernsehen gesehen wird und was nicht.

Bei der Computernutzung sind die Eltern im Verhältnis weniger involviert als beim Fernsehen. Das Internet wird etwas stärker von der Familie gemeinsam als vom Kind (zumindest bis es mindestens 12 Jahre alt ist) alleine genutzt. Arbeiten am Computer für die Schule und das Spielen von Computerspielen wird weniger von den Eltern beaufsichtigt (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 60f).

⁸⁸ Bei einer Untersuchung von BETTINA HURRELMANN wurden vier Familienformen auf den Fernsehkonsum hin untersucht. In Familien mit zwei Eltern und ein oder zwei Kindern scheint das Fernsehen relativ selbstverständlich und problemlos in den Familienalltag integriert zu sein. Die Eltern kennen die Fernsehgewohnheiten ihrer Kinder, die scheinbar die aufgestellten Fernsehregeln befolgen. In Ein-Kind-Familien sind die Kinder am reichsten mit elektronischen Medien ausgestattet, über die sie größten Teils auch selbst verfügen. Eltern und Kinder sehen mehr als andere Kinder gemeinsam fern, obwohl sie am häufigsten über ein eigenes Gerät verfügen und dieses auch alleine nutzen. Die meisten Probleme mit der Fernseherziehung gibt es in Ein-Eltern-Familien und kinderreichen Familien, die auch öfter in schwierigen materiellen und räumlichen Bedingungen leben. Diese Eltern wissen wenig über die Fernsehgewohnheiten ihrer Kinder und sind in der Medienerziehung häufig unsicher, was auch dadurch sichtbar wird, dass häufig keine Fernsehregeln aufgestellt werden (vgl. HURRELMANN, HAMMER & STELBERG, 1996). Fallstudien zum Fernsehkonsum in verschiedenen Familienformen können in HURRELMANN, B. (1989). Fernsehen in der Familie. Auswirkungen der Programmweiterung auf den Mediengebrauch. Weinheim: Juventa. nachgelesen werden.

Auch wenn die meisten Eltern der Ansicht sind, dass das Internet für Kinder gefährlich sei und sie nur surfen sollten, wenn ein Schutzprogramm auf dem Computer installiert sei, haben nur etwa ein Viertel der Eltern zu Hause eine entsprechende Software im Einsatz. Konsequenzen aus den elterlichen Befürchtungen werden nicht mit dem Einsatz von Filtersystemen, sondern durch Regeln in der Erziehung umgesetzt (MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBAND SÜDWEST 2006, 57). Über die Hälfte der bei der KIM-Studie befragten Kinder geben aber an, dass die Eltern oft wissen wollen, was sie am Computer machen. Ein knappes Viertel der Kinder bestätigt, dass die Eltern bei langer PC-Nutzung schimpfen. 70 Prozent der Kinder geben an, nur ganz bestimmte Sachen am Computer machen zu dürfen, nur ein Viertel darf weitgehend selbstbestimmt agieren. Im virtuellen Raum lauern einige Gefahren für Kinder, wie Gewaltdarstellungen, Darstellung sexueller Handlungen oder Links, die zu teuren Ausflügen werden können. Jenseits der Diskussion, ob das Internet als Bereicherung oder als Bedrohung anzusehen ist, wird das Internet zunehmend für Kinder zu einem Alltagsmedium werden (ROLFF & ZIMMERMANN 2001, 118).

3.2.5 Freizeitgestaltung

Wenn vom Wandel der Kindheit gesprochen wird, wird damit auch die veränderte Bedeutung von Kinderkultur gemeint (LEDIG 1992, 35). Im Folgenden soll das Augenmerk auf die Kultur der Kinder⁸⁹ am Wochenende und Nachmittag gerichtet werden, also die Art und Weise, wie Kinder soziale Beziehungen und außerschulische Zeit gestalten. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass es, wie zu vermuten war, eine große Bandbreite von kinderultureller Praxis gibt (z.B. BÜCHNER & FUHS 1994). Die Aktivitäten in der schulfreien Zeit variieren stark von Kind zu Kind und haben für Kinder eine individuell unterschiedliche Bedeutung, was vor einer Verallgemeinerung von Kindheiten abhält. Einige Kinder sind biographisch früh in zum Teil professionell geplante Freizeitprogramme eingebunden (fünf Termine pro Woche), andere deutlich weniger (wenige bis keine Termine). Auch die Aktivitätsspektren sind unterschiedlich breit gefächert (BÜCHNER & FUHS 1994, 82ff).

Bezüglich der Freizeitgestaltung der Kinder lassen sich jedoch einige Trends formulieren. Der Alltag von vielen Heranwachsenden ist geprägt von Terminierung und Technisierung. Nicht

⁸⁹ Auch BÜCHNER & FUHS (1994) verwenden in ihren Forschungen den Begriff der „kinderkulturelle[n] Praxis“ wenn sie die Wochenend- und Nachmittagsaktivitäten von Kindern betrachten. Sie betonen damit die besonderen Formen, über die kindliche Lebenslagen, Beziehungsstrukturen und Handlungsmotive ihren Ausdruck finden und in Handeln umgesetzt werden.

nur bei Eltern wird das Leben zeitlich stärker strukturiert und findet in vorab geplanten Rastern und fixierten Grenzen statt.

Im Alltag der Kinder spielen motorisierte Fahrzeuge eine bedeutende Rolle, sei es, um zu einer Freizeitaktivität oder zur Schule zu gelangen oder durch den Verkehr am Wohnort. Nicht nur in den Städten ist das Verkehrsaufkommen gestiegen (LANGE 1996). Die Straße wird als Spielort in vielen Regionen zu gefährlich und schrumpft vom Erfahrungsraum auf die bloße Verbindungslinie (GUDJONS 2006, 109) zwischen den neuen Spielorten der Kinder. Denn werden die natürlichen Spielplätze der Kinder von Parkplätzen und Industrieanlagen ersetzt, müssen Kinder an Spezialorten ihre Freizeit verbringen⁹⁰. Auf dem Land verlieren freie Plätze wie Wald und Felder ebenfalls an Bedeutung im Kinderspiel. Hingegen werden auch hier Sportanlagen und andere spezialisierte Räume häufiger genutzt (LANGE 1996, 84). WILK & BACHER (1994) stellen fest, dass räumlich vorgegebene Spielmöglichkeiten, wie z.B. Spielplätze und Hobbyräume für Kinder⁹¹ kein, bzw. ein nur unzureichender Ersatz für Grünflächen seien, da sie meist nicht altersgerecht seien (ebd., 351).

Die Peer-Group, das offene Netzwerk der etwa Gleichaltrigen, dem alle angehören können, die gleichgestellt sind und sich an die Absprachen und Regeln der Gruppe halten und Anteil an Spaß und Anstrengung haben, ist von sozialökologischen Bedingungen abhängig und unterliegt dem soziodemografischen Wandel. Orte dieser Peer-Groups waren immer Straßen und Plätze, die möglichst etwas abseits von den von Erwachsenen in Anspruch genommenen Räumen liegen (KRAPPMANN 1996). Der Raum für diese offenen dynamischen Freundschaften schrumpft einerseits durch bauliche Veränderungen, aber auch durch elterliche Verbote auf öffentlichen Plätzen „herumzuhängen“. Diese Gruppen bilden einen besonderen Rahmen für Konfliktaustragung, Kooperation, Meinungsbildung und das Austarieren von Regeln (GUDJONS 2006, 110). Streitereien werden ohne das Einmischen von Erwachsenen geregelt und Lösungen für Probleme gefunden (z.B. HERZBERG 1992 oder GÖPPEL 2007). Hier werden Gefühle von Loyalität und Gruppenzugehörigkeit auf der Basis von Freiwilligkeit erfahren. Als vielfältiges soziales Übungsfeld für Entwicklung von Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und persönlicher Identität ist die Peergroup zentrales Element in der kindlichen Sozialisation.

⁹⁰ Die Zunahme des motorisierten Verkehrs und die damit einhergehende Gefährdung der Kinder war einer der wichtigsten Gründe für den Ausbau des Spielplatzangebots, als Ersatzraum für den nicht mehr ungefährdet bespielbaren Straßenraum (vgl. NISSEN 1992, 149).

⁹¹ In ihrer Studie wurden in Österreich 2 745 Kinder im Alter von 10 Jahren, Eltern und Klassenlehrer mit Fragebögen befragt.

Nicht nur durch die Gegebenheiten des Stadt- oder Landraums, sondern auch durch die geringe Zahl der Kinder, werden die Möglichkeiten von sozialen Netzwerken der Kinder determiniert. Durch niedrige Geburtenraten kann es passieren, dass für manche Kinder nur wenige Spielkameraden in ihrer näheren Umgebung zur Verfügung stehen (GÖPPEL 2007, 72). Vier von fünf Kindern wünschen sich mehr Spielgefährten (HERZBERG 1992, 77). So kann zum Erreichen von Freunden in einem anderen Viertel elterliche Hilfe nötig sein (KRAPPMANN 1996, 105). Können Kinder mit ihren Eltern lernen, wie man mit Macht zu Recht kommt, ohne seine Bedürfnisse zu verleugnen, ist das Behaupten in vielfältigen sozialen Situationen mit Gleichaltrigen nur in Interaktionen mit anderen Kindern erlernbar (HERZBERG 1992). Deshalb brauchen Kinder Freunde und Spielkameraden. Kinder können nur Freunde finden, wenn in ihrer näheren Umgebung genug Kinder in ihrem Alter sind (KRAPPMANN 1996). Bei der Herstellung ihrer Kontakte sind Kinder heute dadurch vereinzelt, dass sie sich nicht mehr auf die Präsenz einer nachbarschaftlichen Spielgruppe verlassen können (HERZBERG 1992, 124). Wo diese Sozialformen der Kinderwelt nicht möglich sind⁹², sind Kinder auf verabredete Treffen mit einzelnen Freunden angewiesen, meist zu zweit oder zu dritt (vgl. KRAPPMANN 1996, 106, BÜCHNER & FUHS 1994 und GÖPPEL 2007, 72). Diese Freundschaften sind häufig an die Familienwohnungen gebunden und bieten andere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung als die Gruppen mit vielen gleichaltrigen Kindern außer Haus. Konflikte werden weniger ausgetragen und gelöst, die Spielmöglichkeiten sind meist weniger bewegungsintensiv. Beliebt ist das gemeinsame Computer- oder Bildschirmspielen, das die Spielpartner entweder zu virtuellen Gegnern oder Verbündeten im Kampfspiel, Sportspielen, Historiengeschichten oder Denkspielen⁹³ macht. Folgen im sensomotorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich können sowohl positiv als auch negativ sein.

⁹² HERZBERG (1992) widerlegt aber, dass „naturbelassene“ Räume auf dem Land häufiger zu spontanen Treffen draußen und zum Kennenlernen von Kindern in der weiteren Wohnumgebung locken, als „kinderfeindliche“ Stadtlandschaften. Aus ihren Daten zeigt sich im Innenstadtbereich, anders als in den übrigen untersuchten Regionen, eine Polarisierung: „Einerseits gibt es hier den höchsten Anteil an Kindern, die noch in Gruppen und nicht nur zu zweit spielen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Stadtkinder häufiger auf Spielplätze angewiesen sind und dort mit vielen Kindern zusammentreffen. Andererseits finden wir in der Stadt aber auch den höchsten Anteil an Kindern, die meistens alleine spielen“ (ebd., 124).

⁹³ Zur Vertiefung: PETZOLD, M. (2000). Die Multimedia-Familie. Mediennutzung, Computerspiele, Telearbeit, Persönlichkeitsprobleme und Kindermitwirkung in Medien. Opladen.

Das Freizeitverhalten hat sich in den letzten Jahrzehnten in Deutschland um einige Optionen erweitert, es wird manchmal danach gefragt, inwieweit schon Kinderleben mit Terminen vollgestopft und verplant sind. Einerseits durch ihre eigenen Interessen und Hobbys sowie (Ganztags-⁹⁴) Schule und organisierte Aktivitäten werden individuelle Tagesabläufe gestaltet. Die Verlagerung von Spielaktivitäten aus der Nachbarschaft und freien Plätzen hin zu Spezialorten fordern Planung und verbindliche Terminabsprachen und Zeitmanagement wird zur Notwendigkeit von modernen Kindern⁹⁵. „Rationale Zeitbewirtschaftung, Fragmentierung, Ökonomisierung und Planung der Zeit - ein Zeitregime, wie es in der industriegesellschaftlichen Arbeitswelt herrscht -, mischt sich im Alltagsleben von Familien mit zeitlich spontanem Tun, Vermeidung frühzeitiger Festlegung, Leben „just in time“, also mit Zeitmodi, wie sie sich heute in der Arbeitswelt ausbreiten“ (ZEIHER 2005, 213). So unterschiedlich die Tage von Menschen in Deutschland aussehen mögen, kann verallgemeinert werden, dass nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch schon im kindlichen Alltag die Balance zwischen Unabhängigkeit und sozialer Bindung, individualisierter Identität und sozialer Zugehörigkeit prekär ist (vgl. ZEIHER 2005, 223). So kann es dazu kommen, dass Zeit zum gemeinsamen Zusammensein in der Familie, insbesondere Zeit der Eltern für die Kinder, von den Familienmitgliedern als zu wenig eingeschätzt wird (WILK & BACHER 1994, 350).

Das früher häufigere Familienwochenende ist in manchen Familien kaum mehr als solches Realität. Die Überschneidungsbereiche von Kinder- und Elternzeit nehmen durch die asynchronen Zeitpläne von Eltern und Kindern ab. BÜCHNER & FUHS (1994) konnotieren diese Entflechtung von Kinder- und Elternzeit und die Enttraditionalisierung des Familienlebens zu Gunsten der Peer-Orientierung außerordentlich intensiven und emotional warmen Eltern-Kind-Beziehungen in modernen⁹⁶ Familien nicht mit einem Bedeutungsverlust der Eltern für die Kinder (ebd., 89). Moderne Kinder haben ein fein gestuftes soziales Netzwerk und „suchen sich (...) ihre sozialen Bezüge nach ihren Interessen aus und wählen ihre sozialen Bezugspersonen aus, die über bestimmte Aktivitätsprofile vermittelt sind“ (BÜCHNER & FUHS

⁹⁴ Die ja in vielen Bundesländern stark ausgebaut wird.

⁹⁵ Hierzu der Artikel von HELGA ZEIHER (2005): Der Machtgewinn der Arbeitswelt über die Zeit der Kinder.

⁹⁶ Familien und Kinder werden bei dieser Studie durch Schlüsselbereiche des außerschulischen Kinderalltags und Modernitätsindikatoren in diesen Schlüsselbereichen in die beiden Pole „hochmodernisiert-individualisiert“ und „traditionell“ sowie eine Reihe unterschiedlicher Varianten kinderultureller Praxis eingestuft.

1994, 97). Sie gehören nicht mehr einer festen Nachbarschaftsgruppe oder Bande an, sondern vielmehr mehreren unterschiedlichen häufig oberflächlicheren Beziehungskreisen⁹⁷.

⁹⁷ BÜCHNER & FUHS (1994) konnten verschiedene Beziehungskreise bei ihren Probanden ausmachen, die sie als „hochmoderne Kinder“ bezeichnen: „Der erste Typus von Freunden sind Kinder aus der Schule, mit denen Kinder positiv besetzte soziale Beziehungen pflegen und dabei von Freundschaften sprechen“ (ebd., 97). Ähnlich bewertet werden Freundschaften, die sich aus den unterschiedlichen Freizeitaktivitäten ergeben, zu dieser zweiten Stufe von Freundschaftsbeziehungen zählen auch die traditionellen Nachbarschaftskontakte. Zu Kindergeburtstagen werden nur ein Teil dieser Freunde, der dritte Typus von Freundschaftsbeziehungen, eingeladen, was meist reziprok geschieht. Der enge Kreis der „guten Freunde“ ist die vierte Stufe von Freundschaftsbeziehungen, die sich durch einen noch höheren Grad an Intimität und Verbindlichkeit auszeichnet und fast immer demselben Geschlecht wie die jeweiligen Kinder angehören. „Der engste Freundschaftskreis, von dem die Kinder reden, ist „der beste Freund“ oder „die beste Freundin“ (...) und bezieht sich in der Regel nur auf eine Person (ebd., 99).

3.3 Besonderheiten im Leben von Kindern mit geistiger Behinderung und deren Familien

Behinderung ist keine objektivierbare Tatsache, sondern ist abhängig von der Sichtweise des Betrachters. Je nach Standpunkt des Betrachters fließen unterschiedliche Gewichtungen in einen Definitionsversuch ein. So veränderte sich die Bezeichnung von dieser Personengruppe und die Definition von geistiger Behinderung im Laufe der Zeit mehrmals⁹⁸. Die jeweilige Sichtweise beeinflusst die Interaktionen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung. In der Geistigbehindertenpädagogik wird seit vielen Jahren darüber diskutiert, welchen Sinn es macht, Kinder und Jugendliche überhaupt als geistig- oder mehrfach und schwerstbehindert zu bezeichnen und sie zu kategorisieren. Behinderung ist keine innewohnende Eigenschaft eines Individuums. Vielmehr entscheiden Normen und gesellschaftliche Erwartungen über eine Zuschreibung und Kategorisierung von Behinderung. Im Spiegel der Normen werden so Menschen als „geistigbehindert“ bezeichnet (mit den Konsequenzen der Stigmatisierung und Ausgrenzung). Verschiedene Wirkfaktoren (individuelle und soziale) und deren Zusammenwirken formen erst ein Gesamtbild dessen, was als eine geistige Behinderung gedeutet wird (SPECK 2005).

Für die praktische und wissenschaftliche Arbeit ist allerdings von entscheidender Bedeutung, den Personenkreis klar zu definieren, der mit dem komplexen Begriff ‘geistig behindert’ bzw. ‘Menschen mit geistiger Behinderung’ bezeichnet wird. Die dieser Arbeit zugrundeliegende Begrifflichkeit begründet sich auf der in Deutschland gebräuchlichen Definition der „Geistigen Behinderung“ und der in der angloamerikanischen Fachliteratur verwendeten Terminologie der „Mental Retardation“. Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Therapeuten verwenden je nach fachlichem Hintergrund unterschiedliche Abgrenzungs- und Klassifikationsmerkmale, um den Personenkreis der geistig behinderten Menschen zu definieren. So entsteht im medizinischen, psychologischen, pädagogischen und adaptiven Ansatz ein Bild des Menschen mit geistiger Behinderung, der im Vergleich zum ‘Nichtbehinderten’ an seinen Defiziten und Einschränkungen gemessen wird.

Als Beschreibungskriterien werden dabei allgemeines Intelligenzniveau, sozial- adaptive Kompetenz oder Förderbedarf herangezogen. Ein internationales Klassifikationsschema ist

⁹⁸ Auf die Probleme einer Definition der geistigen Behinderung weisen ausführlich u. a. SPECK (2005, 43-71), THALHAMMER & SPECK (1974) hin.

die ICD-10. Sie unterscheidet zwischen niedriger Intelligenz (Grenzdeбилität) (IQ 70-84) und leichter (IQ 50 bis 70), mittelgradiger (IQ 35 bis 49), schwerer (IQ 20 bis 34) und schwerster Intelligenzminderung (IQ⁹⁹ < 20) (WHO 1993).

Eine weitere Klassifikation ist nach dem Förderbedarf möglich. Es werden lediglich zwei Gruppen im Rahmen der Intelligenzminderung unterschieden, die Lernbehinderung (IQ etwa 50-80) und die geistige Behinderung (IQ etwa 30-55) (vgl. REMSCHMIDT 2000), also Förderschwerpunkt Lernen und Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

Die Ursachen von geistiger Behinderung verteilen sich innerhalb der schweren bzw. leichten geistigen Behinderung unterschiedlich. Häufigste Ursachen von schwerer geistiger Behinderung sind schon vor der Geburt bestehende Probleme, also pränatal (chromosomale und nicht-chromosomale Dysmorphiesyndrome oder pränatale Infektionen). Perinatale Komplikationen wie Frühgeburt mit nachfolgender schwerer Hirnblutung, periventrikuläre Leukomalazie und Asphyxie oder postnatale Ursachen, wie z.B. Meningitis, schwere Anfallsleiden, Hirnschäden und Hirntumore, können das Gehirn schädigen und eine geistige Behinderung bedingen (z.B. SEMRUD-CLIKEMANN 2007). Leichte Intelligenzminderungen sind weniger oft durch chromosomale Störungen bedingt, perinatale Ursachen sind hier häufiger (SARIMSKI 2005).

Die unterdurchschnittliche Intelligenz stellt lediglich das Leitsymptom der geistigen Behinderung dar. Wahrnehmungsfähigkeit, motorisches Entwicklungsniveau, Lernfähigkeit, Steuerungsfähigkeit der Emotionen, Kommunikationsfähigkeit und Sozialverhalten sind unterschiedlich stark beeinträchtigt, häufig begleitet von einer Körperbehinderung, Sinnesschädigungen oder Sprachbeeinträchtigung. In einer Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Bundesländern, die 1997 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, werden Behinderungsarten bei Kindern und Jugendlichen aufgeschlüsselt dargestellt. Von 925 erfassten Menschen mit geistiger Behinderung sind nur 212 ausschließlich geistig behindert, 713 leiden unter einer Mehrfachbehinderung (vgl. BORMANN & HÄUSSLER 1997, S.64). „Mehr als 90% der Kinder mit Intelligenzstörungen haben zusätzliche Behinderungen. Eine Bewegungsstörung oder Sinnesbehinderung liegt bei etwa einem Drittel vor. Eine Epilepsie tritt bei etwa einem Viertel der Kinder mit IQ<50, bzw. der Hälfte der Kinder mit IQ<35 auf“ (SARIMSKI 2005, 113).

⁹⁹ Die Frage nach der Möglichkeit einer Messung des Konstrukts „Intelligenz“ mit standardisierten psychologischen Tests (vor allem in Grenzbereichen) sei dahingestellt.

In der INTERNATIONALEN KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH) (ICF) von 2005 wird mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis auch die soziale Lebenswirklichkeit von Menschen berücksichtigt. Zur Charakterisierung und Umschreibung von Gesundheitsproblemen und Funktionsfähigkeit bedient sie sich dreier Dimensionen bzw. Ebenen:

1. Körperfunktionen und –strukturen (body functions and structures)
2. Aktivität (activity) und
3. Teilhabe (participation).

Diese drei Dimensionen bewegen sich zwischen zwei Polen, um positive Kompetenzen bzw. nicht problematische Zustände zu beschreiben, und um Probleme und Defizite aufzuzeigen.

Die negative Beschreibung

- von Körperfunktionen heißt Schädigung (impairment)
- von Aktivitäten Aktivitätsbeeinträchtigung (activity limitations) und
- von Partizipationen Beeinträchtigung der Teilhabe (participation restrictions).

Durch die Kontextfaktoren werden diese drei Dimensionen ergänzt.

1. Umweltfaktoren, wie fördernde oder unterstützende Faktoren, als auch Barrieren und Hindernisse (environmental factors) und
2. persönliche Faktoren (personal factors).

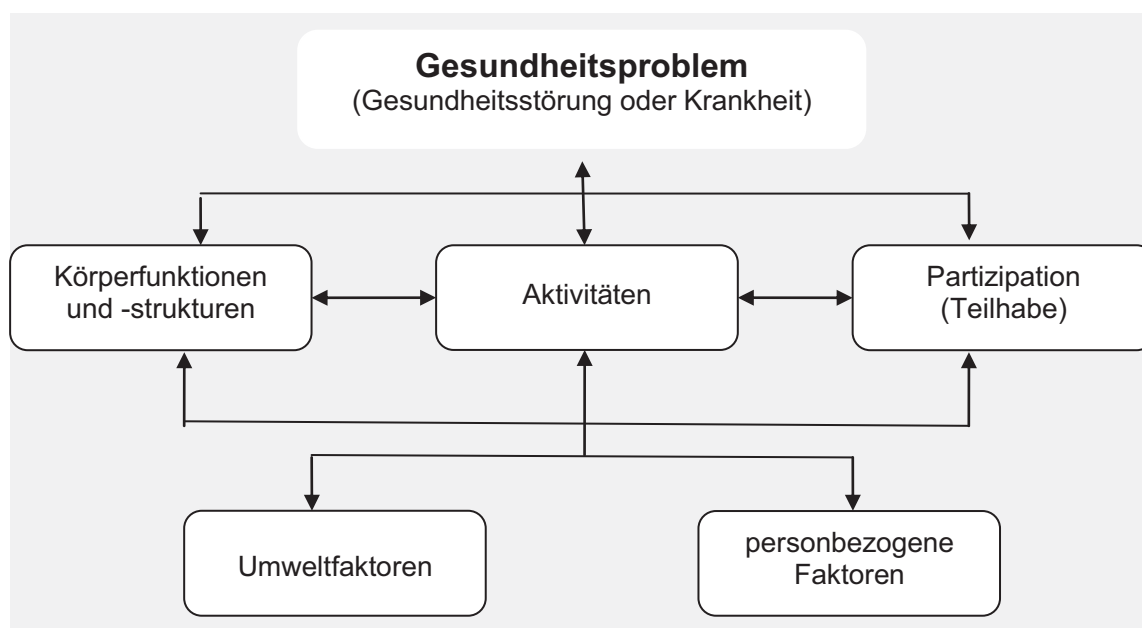


Abbildung 9: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (2005, 23)

Mit diesem Klassifikationsschema wird die soziale Perspektive betont und Behinderung nicht als isoliertes Problem und Eigenschaft einer Person dargestellt, sondern die komplexe

Konstellation von Umständen, von denen viele durch das soziale Umfeld geschaffen werden, berücksichtigt. Mit dem Konzept wird versucht, mit einem systemischen Verständnis den einzelnen Menschen mit einer Behinderung in einem ganzheitlichen Sinnzusammenhang und in Wechselwirkung mit übergreifenden gesellschaftlichen Kräften zu sehen und darzustellen. Geistige Behinderung ist kein fixer Zustand, der sich linear aus einer Hirnschädigung ergibt, sondern entwickelt und verändert sich in einer dynamischen Wechselwirkung mit der Umwelt. Der Mensch mit geistiger Behinderung ist „Mitgestalter seiner Welt“ (vgl. WAGNER 1995).

Die Heterogenität dessen, was unter geistiger Behinderung verstanden wird, kann sehr groß sein. Jedes Kind mit geistiger Behinderung hat besondere kognitive, emotionale und sensorische Voraussetzungen und ist meist in seinen Möglichkeiten, der Welt zu begegnen und sie zu erfahren, eingeschränkt. Wegen des verzögerten Entwicklungsverlaufes vollziehen sich auch die Entwicklungsschritte des Kindes verzögert, jedoch in der gleichen Reihenfolge wie bei „normal“ entwickelten Kindern. „Sie unterscheiden sich jedoch nicht nur im Entwicklungstempo, sondern auch in der Motivation zur eigenständigen Auseinandersetzung mit den Dingen und der Organisation ihrer Handlungen. Ihre Erkundungen sind weniger flexibel, selbst-initiiert und zielorientiert; je nach Grad der Behinderung folgen sie häufiger spezifischen sensorischen Vorlieben“ (SARIMSKI 2001, 52). Was eine geistige Behinderung für ein Kind, für seine Eltern und seine Entwicklung bedeuten kann, soll im Folgenden umrissen werden.

3.3.1 Familiensituation

Mit einem behinderten Kind zusammenzuleben, bedeutet für die Eltern ein Leben in einer permanenten Ausnahmesituation (vgl. THIMM & WACHTEL 2002, 11f). Eine Behinderung des Kindes ist dauerhaft und erfordert in der Regel eine lebenslange Betreuung. Die besondere Situation der Eltern ist gekennzeichnet durch eine „permanente Elternschaft“ (BORMANN & HÄUSSLER 1997; KAPUSTIN 1991) und kann eine krisenhafte Situation heraufbeschwören (vgl. THIMM & WACHTEL 2002, 12).

Kinder und Jugendliche mit Behinderung werden in den meisten Haushalten von zwei Personen gepflegt. Die Hauptlast hierbei tragen jedoch nach wie vor die Mütter. Wenn nur eine Person den pflegerischen Hilfebedarf abdeckt (dies trifft auf etwa 17% der Haushalte zu), sind es ausschließlich Frauen, die hier alleine in der Verantwortung stehen“ (BORMANN & HÄUSSLER, 1997, 19). Es sind vornehmlich die Frauen, die wegen der besonderen

Anforderungen auf die Ausübung eines Berufes verzichten und nur durch Teilzeit- oder Stundenbeschäftigung zum Familieneinkommen beitragen können (BORMANN & HÄUSSLER, 1997).

Als Gründe, warum sich Mütter gegen eine Erwerbstätigkeit entscheiden, werden hier „zeitliche Konflikte, da gesellschaftliche Entlastungsstrukturen wie außerfamiliale Betreuungsmöglichkeiten für das Kind fehlen“ (vgl. HIRCHERT 2004, 83), genannt.

BORMANN & HÄUSSLER (1997) geben an, dass „der Anteil allein erziehender Eltern in Familien mit einem behinderten Kind unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt“ liegt. Es sei aber zu beobachten, dass in den Familien mit behinderten Kindern die allein erziehende Person zu 90,6% die Mutter ist. „Erzieherrolle dieser Haushalte übernimmt nur in 7,1% der Vater, bei den verbleibenden 2,3% übernehmen diese Aufgabe Pflegemütter oder Großmütter“ (ebd., 69f). Dem widersprechen die neueren in der gesamten Bundesrepublik gesammelten Daten von HIRCHERT (2004). Ihre Ergebnisse (siehe Abbildung 10) zeigen, dass der Anteil allein erziehender Mütter in Deutschland bei einem behinderten Kind über dem gesamtdeutschen Durchschnitt liegt.

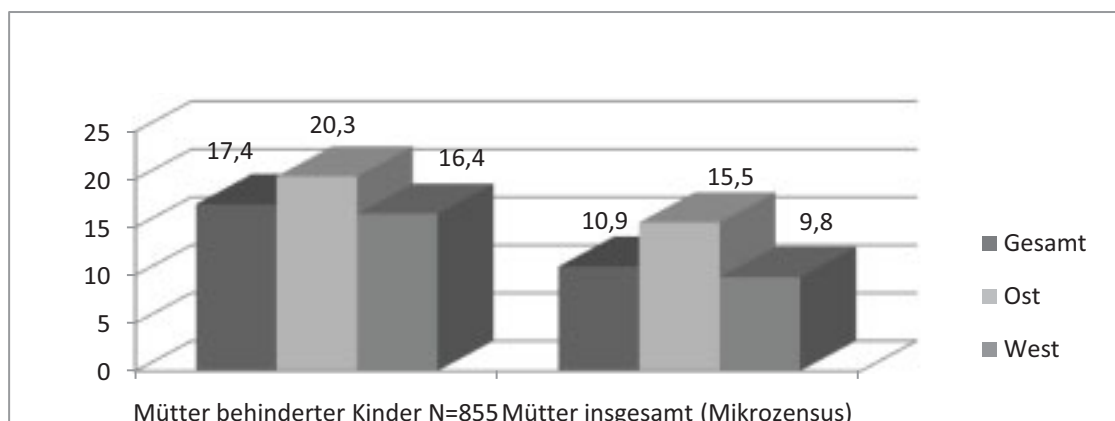


Abbildung 10: Anteil alleinerziehender Mütter von behinderten und nicht behinderten Kindern in Deutschland. Quelle: HIRCHERT (2004)

Sowohl physisch als auch psychisch wird (meistens) die Mutter extrem belastet und muss mit anfallenden Problemen fertig werden. Die kindliche Behinderung hat „einen großen Einfluss auf den Pflege- und Betreuungsaufwand, der von den Betreuungspersonen geleistet werden muss, und somit auch das Zeitbudget der Mutter belastet“ (HIRCHERT 2004, 113). Mütter behindertener Kinder wurden gefragt, wie viel Zeit die Betreuung des behinderten Kindes und die Haushaltstätigkeiten in Anspruch nehmen. „Insgesamt wendeten die Mütter durchschnittlich mit Abstand die meiste Zeit für die Betreuung ihres behinderten Kindes auf. Im Osten sind es 5,9 Stunden täglich, im Westen 6,2 Stunden“. Für die Hausarbeit wurden im

Durchschnitt im Osten 3,2 und im Westen 4 Stunden täglich benötigt (HIRCHERT 2004, 113f). Wenn der Vater selten zu Hause ist, da er als Alleinverdiener seiner Arbeit nachgeht, ist die Mutter meist auf sich alleine gestellt.

Die grundlegende Prämisse ist, dass in unserer Gesellschaft Familien mit einem behinderten Kind in erhöhtem Maße psychosozialen Benachteiligungen und Belastungen unterliegen. Die betroffenen Familien werden zu „Sonderfamilien“ und „Quasi-Randgruppe der Gesellschaft“. THIMM und WACHTEL (2002) beurteilen manche Hilfeleistungen als ineffektiv, weil sie nicht auf die veränderte Rolle vieler Mütter von Kindern mit geistiger Behinderung reagieren (vgl. ebd. 14).

3.3.2 Finanzielle Belastung der Familien

Studien zeigen, dass Familien mit behinderten Kindern über ein deutlich geringeres durchschnittliches Einkommen verfügen als vergleichbare andere Familien (BORMANN & HÄUSSLER 1997, 40). Zudem sind sie besonderen finanziellen Belastungen ausgesetzt. BORMANN und HÄUSSLER (1997) betrachteten die Situation von Familien mit mindestens einem behinderten Kind in den neuen Bundesländern 1997¹⁰⁰. 59,3% der Mütter eines oder mehrerer behinderter Kinder sind erwerbstätig (39 % vollzeiterwerbstätig, 20,3% arbeiten Teilzeit). Im Westen arbeiten nur knapp 5 % dieser Gruppe ganztags (ebd., 33). Die Ergebnisse einer umfangreichen gesamtdeutschen Untersuchung von HIRCHERT (2004) werden in Abbildung 11 gezeigt.

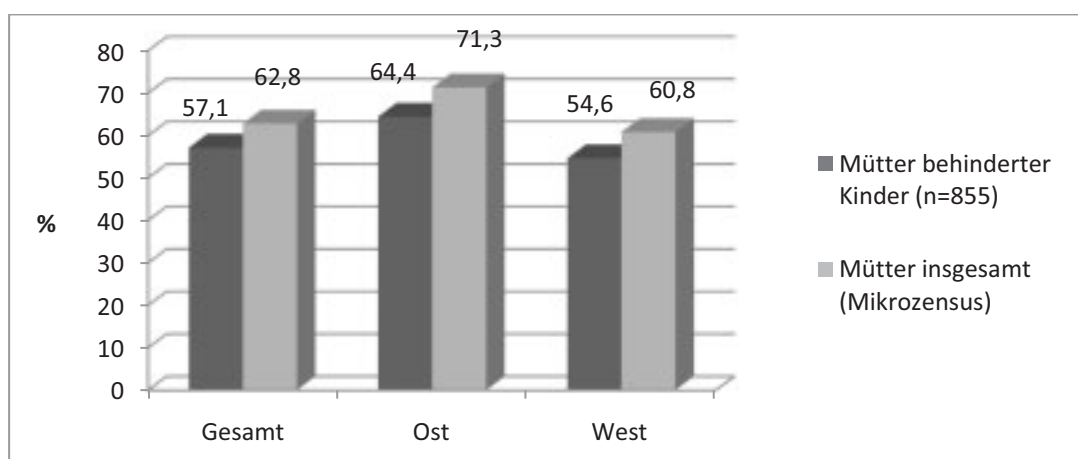


Abbildung 11: Erwerbsarbeit der Mütter in Familien mit behinderten bzw. nicht behinderten Kindern - Vergleich der Quoten in Ost- und Westdeutschland (Verteilung in %). Quelle: HIRCHERT (2004)

¹⁰⁰ Ihre Studie gilt nur für die neuen Bundesländer als repräsentativ und betrachtet nicht ausschließlich Familien mit einem geistig behinderten Kind.

Mütter von behinderten Kindern sind im Westen weniger häufig erwerbstätig als ostdeutsche und arbeiten im Durchschnitt halb so lange wie die ostdeutschen Mütter (HIRCHERT 2004)¹⁰¹. Hinzu kommt, dass Familien mit behindertem Kind mehr Kosten haben als andere, die sich z. B. durch Betreuung oder die Anschaffung technischer oder medizinischer Hilfsmittel ergeben. „Oft bedeutet die Situation des Zusammenlebens mit einem behinderten Angehörigen ein deutlich niedrigeres Familieneinkommen, da oftmals einer der Partner auf eine Berufstätigkeit zugunsten der Betreuung und Pflege verzichtet. Nach einer Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten Deutschlands sind Hauptpflegepersonen, die Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf betreuen, zu 77 Prozent nicht erwerbstätig, während 5 Prozent geringfügig beschäftigt, 7 Prozent teilzeitbeschäftigt und 10 Prozent vollzeiterwerbstätig sind. 68 Prozent der Hauptpflegepersonen befinden sich im erwerbsfähigen Alter, 32 Prozent sind 65 Jahre oder älter. Die Ergebnisse des Mikrozensus vom Mai 2003 belegen bei den 25- bis unter 60-Jährigen eine deutliche Schlechterstellung privater Haushalte behinderter Menschen gegenüber denen nichtbehinderter Menschen“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2004, 135). Haushalte, in denen eine geistig behinderte Person lebt, haben ein geringeres Einkommen als Haushalte ohne einen Menschen mit Behinderung (GILES-CORTI & DONOVAN 2002).

Für die Entstehung einer geistigen Behinderung gibt es nach SPECK (2005) auch eine primäre soziale Kausalität. Dies kann bei schweren sozialen (sensomotorischen) Deprivationen zutreffen, bei denen die neurale Entwicklung massiv behindert wird und damit zurückbleibt. Eine sozial anregungsarme Umwelt kann vor allem für leichtere Formen der geistigen Behinderung als Ursache gelten (ebd., 60f). Ergebnisse aus älteren Studien zeigen, dass in der unteren sozialen Schicht geistige Behinderungen häufiger auftreten als in gehobenen Schichten¹⁰².

3.3.3 Erschwerte Interaktion

Jeder Mensch wird hilflos in den „Mutterschoß der Sozietät“ (PORTMANN, 1978; zitiert nach SPECK 2005) geboren und ist auf die mitmenschliche Hilfe und Zuwendung angewiesen. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen eine besondere und lange, häufig lebenslange soziale Eingliederungshilfe (SPECK 2005, 117). Frühe interpersonale Beziehungen sind elementar für die Entwicklung von Motivation, Aktivität und Kommunikation und damit

¹⁰¹ Eine Auflistung älterer Studien zur Situation von Familien mit einem behinderten Kind kann bei HIRCHERT (2004) nachgelesen werden.

¹⁰² SPECK (2005) führt mehrere Studien zu dieser Fragestellung an und beweist damit die hohe Bedeutung sozialer Komponenten für das Zustandekommen einer geistigen Behinderung (ebd., 60ff).

Voraussetzungen für die Selbstverwirklichung in sozialer Integration. Das erste soziale In-Beziehung-Treten des Kindes geschieht mit Mutter und Vater als den primären Bezugspersonen.

Eine große Bedeutung für die Beziehung zwischen den Eltern und dem behinderten Kind spielt der Zeitpunkt, zu dem die Behinderung erkannt wird. Wird eine geistige Behinderung diagnostiziert, folgen gefühlsmäßige Reaktionen, wie Schockerleben, Schuldgefühle und Abwehrmechanismen, bis die Eltern ihr behindertes Kind annehmen und die Situation verarbeiten. „Die Mitteilung der Diagnose kann als Traumatisierung nachwirken und das Vertrauen der Eltern in die eigene erzieherische Kompetenz erschüttern“ (SARIMSKI 2001, 14). Erfahren die Eltern sofort nach der Geburt des Kindes von dessen Behinderung, kann dieses Wissen negative Auswirkungen im Besonderen auf die Mutter-Kind-Beziehung haben. Es besteht das Problem, dass alles unter dem Blickwinkel der Behinderung gesehen und beurteilt wird. Schon im Säuglingsalter ergeben sich Schwierigkeiten alleine durch das Wissen der Mutter um die Behinderung ihres Kindes. Die spontane affektive Zuwendung wird blockiert oder erschwert und damit die sich zunächst im Wesentlichen auf Gefühls- und Erlebtes beziehende Kommunikation gehemmt.

Für das menschliche Sozialverhalten spielt die Sprache als wichtigstes menschliches Zeichensystem eine entscheidende Rolle. Die Fähigkeit, Sprache zu entwickeln, hängt von den anatomischen und physiologischen Voraussetzungen des Sprechens und des Hörens, zum Teil von der allgemeinen Intelligenz und von den Lernbedingungen ab (z.B. Qualität und Quantität der Kontakte) (SPECK 2005, 123). Beeinträchtigungen der Mundmotorik, Störungen in der zentralen Steuerung oder einige Syndrome (z.B. autistische Störungen) bringen eine Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation mit sich. Kinder mit geistiger Behinderung haben Probleme in der sozialen Abstimmung z.B. beim Spiel mit Erwachsenen. Eltern müssen sich den Schwierigkeiten des Kindes anpassen. Studien konnten nachweisen, dass die Entwicklung behinderter Kinder kaum durch isolierte Übungsprogramme beeinflusst werden kann. Entscheidend scheint vielmehr zu sein, dass ihre Eltern in responsiven Interaktionsformen und der Gestaltung von dialogischen gemeinsamen Aktivitäten unterstützt werden.

Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und beim Spiel zwischen Eltern und Kind wirken sich hemmend auf die sprachliche Entwicklung aus, denn die ersten Worte und Wortverbindungen werden vom Kind gerade in solchen kooperativen, dialogischen Interaktionen gelernt (z.B. in ritualisierten Geben-und-Nehmen-Spielen oder beim gemeinsamen Betrachten von Bilderbüchern) (SARIMSKI 2005, 117).

Zum Teil können alternative Kommunikationsmöglichkeiten (Talker, Piktogramme, Wortkarten etc.) erlernt werden, die jedoch häufig nur von ebenso geschulten Personen bedient werden können. Personen, die die Kommunikation mit diesen Hilfsmitteln nicht beherrschen, stehen als Gesprächs- und Spielpartner dann nicht zur Verfügung. Häufig erschweren Kommunikationsprobleme die Interaktion zwischen Kind und Umwelt und wirken damit entwicklungshemmend. Durch Fehlinterpretationen von nonverbalen Äußerungen kann das Kind keine hinreichende Motivation zur Kommunikation ausbilden (SPECK 2005). So kann z.B. eine generelle motorische Ungeschicklichkeit fälschlicher Weise als Ängstlichkeit gedeutet werden.

3.3.4 Überbehütung und erlernte Hilflosigkeit

Die Anpassung des elterlichen Verhaltens an die Entwicklungsaufgaben, die das geistig behinderte Kind fordert, bedeutet eine große Herausforderung an die Eltern. Für Eltern behinderter Kinder ist es sehr schwer, die Anforderungen an das Kind richtig zu dosieren. Die Impulse zur Eigentätigkeit und die kommunikativen Signale des geistig behinderten Kindes können von denen eines normal entwickelten Kindes divergieren. Die intuitive Verhaltensbereitschaft der Eltern kann in der Beziehung zu behinderten Kindern auf vielfältige Weise gehemmt sein (SARIMSKI 2001, 14). Das Alltagswissen um die normale kindliche Entwicklung scheint nicht übertragbar zu sein und als Orientierungshilfe für die Formulierung angemessener Erwartungen an das Kind und langfristige Entwicklungsperspektiven zu versagen. Die Gestaltung von gemeinsamen Aktivitäten fällt schwer, wenn die kindlichen Rückmeldungssignale unklar sind (z.B. darüber, was es interessiert oder wann es eine Pause braucht oder überfordert ist). Es ist besonders schwierig, die Unabhängigkeit und das Vertrauen in die kindliche Kompetenz zu fördern, ohne das Kind dabei zu überfordern oder zu unterfordern (SARIMSKI 2001, 14).

Durch die sensible Bereitschaft der Eltern auf Signale ihres Kindes, wie Fähigkeiten, Interessen und Wünsche, einzugehen, entsteht in der normalen Entwicklung eine optimale Voraussetzung für den Erwerb neuer Kompetenzen im Spiel und Dialog. Eltern behinderter Kinder passen sich intuitiv der verlangsamten Entwicklung ihrer Kinder an. Sie neigen aber eher dazu, das Verhalten des Kindes zu lenken, wenn dieses weniger zielgerichtet mit geringerer Ausdauer und weniger neugierig spielt (SARIMSKI 2005). Kinder mit Behinderung erleben sich somit seltener erfolgreich. Es fällt ihnen schwer, ihre Aufmerksamkeit z.B. im Spiel gezielt auf das Spielgeschehen zu richten, ein gemeinsames Spielthema zu etablieren oder Wünsche zu vermitteln.

So kommt es häufig dazu, dass im Besonderen Mütter ihre Kinder mit geistiger Behinderung auf ihre Person fixieren und ihnen wenig Freiraum für eigene Entscheidungen lassen. So haben die Mütter häufig das Gefühl, auch in Bereichen, die das Kind durchaus selbständig beherrscht, ihre schützende Hand über es halten zu müssen. Durch Bevormundung und Überbehütung bleibt das Kind abhängig und unselbständig (THANNHÄUSER 1976, 49) und lernt nicht, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Eine Studie über die Teilhabe behinderter Menschen an sportlichen Aktivitäten brachte das Ergebnis, dass behinderte Menschen seltener an Sportprogrammen teilnehmen (RIMMER, RILEY, WANG, RAUWORTH & JURKOWSKI 2004). Als einer der schwerwiegendsten Gründe für diese Tatsache wurde von den Befragten angegeben, dass sie sich als nicht befähigt dafür ansahen. Die Autoren (RIMMER ET AL. 2004) erklären dieses Phänomen damit, dass diese Familienmitglieder überbehütet sind. Als Ausdruck der engen und lang anhaltenden Bindung zwischen Eltern und ihrem geistig behinderten Kind kann das Selbstverständnis gesehen werden, mit dem ein Großteil der Kinder mit geistiger Behinderung bis zum Tod der Eltern bei ihnen wohnen und von ihnen versorgt werden (vgl., HENNIES & KUHN 2004, 136ff).

Unter Umständen haben die Eltern unrealistische Vorstellungen, was ihr Kind leisten kann und sollte. Das Kind kann die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen. Wird das Kind mit den Leistungen der anderen Kinder verglichen, wird es überfordert und es kann der Zeitpunkt einer frühen Förderung verpasst werden (vgl. CLOERKES 2001).

Überforderung und soziale Belastungen können zu einem mangelnden Selbstkonzept führen und gravierende Folgen für die Entwicklung bedeuten. Es gibt wenige Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Verhaltensauffälligkeiten kommen bei ihnen nachgewiesen häufiger vor, als bei Kindern ohne Behinderung (DEKKER, KOOT, VON DER ENDE & VERHULST, 2002). Zunehmend werden zur Bewältigung der Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung auch psychiatrisch-psychotherapeutische Methoden angewandt. Fremdaggressionen, Autoaggressionen, Destruktion sowie sonstige problematische Verhaltensauffälligkeiten werden häufig durch „Sedierung und Ruhigstellung durch unverhältnismäßig hohe Verschreibung und Verabreichung von Psychopharmaka“ behandelt (RÖSSERT & STEIGER

2003, 317)¹⁰³. Psychische Störungen und deren medikamentöse Behandlung können unter anderem eine starke Gewichtszunahme mit sich bringen (z.B. MAYVILLE, MATSON, LAUD, COOPER & KUHN 2005; MORAN ET AL 2005).

3.3.5 Soziale Teilhabe

Die bereits angesprochenen Kommunikationsprobleme beeinträchtigen die Entwicklung von sozialen Beziehungen weitläufig. Schwierigkeiten im Verstehen und Verstanden-werden erschweren die Fähigkeit, soziale Handlungen zu initiieren oder kooperativ mit Gleichaltrigen zu spielen. Sie sind häufig in ihrem Spielverhalten weit hinter „normal“-entwickelten Kindern zurück, spielen häufiger alleine eher neben anderen Kindern als mit ihnen in beidseitiger Interaktion. Konflikte zu lösen oder einen Streit auszutragen ist für viele Kinder nicht möglich (SEMRUD-CLIKMANN 2007). Kinder mit geistiger Behinderung haben meist nur wenige Kontakte außerhalb ihrer Familie, haben weniger Freunde als nicht-behinderte Altersgenossen und haben kaum Zugang zu Peergroups.

Nicht zuletzt durch die meist separierte Beschulung der Kinder mit Förderbedarf in Deutschland haben diese Kinder nur wenige Möglichkeiten für Kontakte zu Kindern ohne Behinderung außerhalb der Familie. Der Anteil geistig behinderter Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die offiziell in einer allgemeinen Schule integrativ beschult werden, stagniert in den letzten Jahren bei gleichzeitigem Anwachsen der Schülerzahlen im Schwerpunkt „geistige Entwicklung“ insgesamt (FRÜHAUF 2006). Auf Grund der Kulturhoheit der Länder im Schulwesen divergiert der Anteil der Schüler im Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“, die als Integrationsschüler in allgemeinen Schulen unterrichtet werden, in den einzelnen Bundesländern. Die Quoten aus dem Jahr 2003 variieren zwischen 0,18% (für Sachsen-Anhalt) und 17,78% (Hamburg). Da bei diesen Zahlen jedoch sämtliche Formen amtlich geführter sonderpädagogischer Förderarten an allgemeinen Schulen erfasst sind (also auch z.B. Kooperationsklassen), liegt die tatsächliche Quote der im gemeinsamen Unterricht beschulten Schüler mit geistiger Behinderung erheblich unter den für das gesamte Bundesgebiet errechneten 2,8% (FRÜHAUF 2006, 258).

Auch in der Öffentlichkeit sind Kinder mit geistiger Behinderung selten zu sehen. „In einer komplexen und vielschichtigen Industrie-, Medien-, Leistungs-, Freizeit-, Spaß-, Konflikt-,

¹⁰³ Informationen zu den wichtigsten Psychopharmaka, deren Wirkweise und Nebenwirkungen können bei LINGG & THEUNISSEN (1993), SINGH ET AL. (2005), FRIEDLANDER (2001), REMSCHMIDT (2000) oder MCKEE, BODFISH, MAHORNEY, HEETH & BALL (2005) nachgelesen werden.

Kultur-, Genuss-, Industrie-, ... -Gesellschaft sind Kinder mit Behinderungen Stolpersteine der Gesellschaft, sie werden als Behinderung empfunden und werden ihrerseits noch weitgehend behindert, zumindest wenn es um das Miteinander in der Kindheit mit Kindern geht, die nicht als behindert gelten“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 7).

Eine Integration in allgemeine Vereine bleibt den meisten Kindern mit geistiger Behinderung¹⁰⁴ verwehrt. Einer der ersten, der sich für eine Integration Behinderter im Sport einsetzte, KAPUSTIN (1991), fordert deshalb behinderungsspezifische Angebote (Sport für Behinderte) genauso wie behinderungsgerechte Angebote (Sport mit Behinderten) und selbstbestimmte Angebote der Behinderten (Sport der Behinderten).

In Diskussionen zur Partizipationsproblematik wird deutlich, dass im Vereinssport große Vorurteile gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung bestehen und „neben motorischen und intellektuellen Beeinträchtigungen insbesondere mangelnde soziale Kompetenzen eine Sportvereinsintegration erschweren“ (vgl. BAUMANN 2004, 10). Die mangelnden Sozialkompetenzen erschweren die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, zum Beispiel an Freizeitangeboten, die nicht speziell für Kinder mit Behinderung ausgelegt sind.

3.3.6 Freizeitgestaltung

Kinder mit Behinderung sind in der Öffentlichkeit, in den Medien, im Spielwarenangebot, in der Kinderliteratur, in Kinderliedern und Kinderfilmen oder auf Kinderspielplätzen unterrepräsentiert. „Sehr selten wagen sich Eltern mit ihren behinderten Kindern in öffentliche Bäder, auf Spielplätze, in Winter- oder Sommersportferien, auf Rad- und Wanderwege usw.“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 9). Viele Familien mit behinderten Kindern fühlen sich im gesellschaftlichen Leben behindert.

¹⁰⁴ Hierzu kann als eines der sehr wenigen Beispielen das Modellprojekt PFiFF genannt werden. Berichte über die Durchführung des Versuchs, Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Vereine zu integrieren nachzulesen bei:

MARKOWETZ, R. (1998a). Praxis: Kinder und Jugendliche mit Behinderungen auf i h r e m Weg in einen ganz „normalen“ Verein. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 3, 1-12.

MARKOWETZ, R. (1998b). Praxis: Kinder und Jugendliche mit Behinderungen auf i h r e m Weg in einen ganz „normalen“ Verein. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 4/5, 1-16.

MARKOWETZ, R. (1998c). *Zur Wirksamkeit der Integration von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen im Lebensbereich Freizeit. Modell – Konzepte – Fallbeispiele – Praktische Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt PFiFF.* Zugriff unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/markowetz-freizeit.html>

Einige wenige Autoren haben sich mit der Freizeitgestaltung von Menschen mit Behinderung beschäftigt, auch mit der speziellen Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung¹⁰⁵. CLOERKES (2001) diskutiert, inwieweit bei der Freizeit von behinderten Menschen von „behinderter Freizeit“ gesprochen werden kann und kommt zu dem Schluss, dass dies trotz der oft signalisierten „Kundenzufriedenheit“ der Fall ist.

Mit sportbezogenen Freizeitaktivitäten bei Kindern und Jugendlichen mit mentalen Beeinträchtigungen beschäftigte sich SANDER-BEUERMANN (1985) genauer. Dazu befragte er die Eltern von 37 Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Er musste feststellen, dass die Bedeutung des Sports für die untersuchte Gruppe in ihrer Freizeit keine besonders große Rolle spielte (für 10 Kinder „keine Bedeutung“). Als Freizeitaktivität wurde Musik hören am häufigsten genannt und von 22 (von 37) Eltern als „besonders bedeutsam“ für die eigenen Kinder eingeschätzt. Erst an achter Stelle, nach Fernsehen, Spielen und Basteln, Spaziergehen und Wandern, Mithilfe im Haushalt, Lesen und Betrachten von Büchern, Besuche machen und mit einem Freund zusammen sein, wurde als Freizeitbeschäftigung die aktive sportliche Betätigung genannt (ebd., 196). SANDER-BEUERMANN konnte für die in ihrer Freizeit sportlich aktiven Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung feststellen, dass auch die Intensität ihrer Aktivität relativ hoch war (1985, 204).

Einen Vergleich des Freizeitverhaltens von geistig behinderten Schülerinnen und Schülern mit Gleichaltrigen ohne Behinderung stellten EBERT und RITTER im Zeitraum von Oktober 1992 bis Januar 1993 an (RITTER 1993, zitiert nach EBERT 2000). Sichtbar wurde ein erheblicher Unterschied bezüglich der gewählten Freizeitorte. Schüler der Schule zur individuellen Lebensbewältigung hielten sich hochsignifikant häufiger zu Hause auf als die Vergleichsgruppe (EBERT 2000, 76ff).

EBERT und VILLINGER (1999) fanden heraus, dass die Häufigkeit des Fernsehkonsums im ländlichen Gebiet steigt. Sie vermuten einen Zusammenhang zur erschwerten Erreichbarkeit und zum sehr begrenzten Freizeitangebot für Menschen mit geistiger Behinderung.

In Sportvereinen sind nur sehr vereinzelt Integrationsgruppen gegründet worden. Kinder mit Behinderung sind im Vergleich zu Kindergruppen mit nichtbehinderten Kindern relativ selten

¹⁰⁵ EBERT (2000) stellt eine Auswahl an Untersuchungen zu diesem Thema und deren Ergebnisse dar (SCHMIDT-THIEMME 1971; THANNHÄUSER 1976; WILLAND & SCHWEDES 1979; SCHATZ, GENENGER & STOTZ 1982). Ein Großteil der freien Zeit wird von Menschen mit geistiger Behinderung zu Hause inaktiv mit passiv-rezeptivem Konsumverhalten (Beschäftigungen wie Fernsehen, Basteln, Radio und Musik hören) verbracht (dazu auch HOFMANN, MAURER & RIVERA, 1993).

in Behindertensportvereinen oder in entsprechenden Abteilungen von Mehrspartenvereinen. Im Vergleich zur restlichen deutschen Bevölkerung, von denen mehr als die Hälfte der Kinder in Sportvereinen integriert sind (WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS 2003), wird die Mitgliedsquote von behinderten Kindern als deutlich geringer eingeschätzt. Über die Mitgliederzahlen variieren die Angaben sehr von 2,5% (DOLL-TEPPER, SCHMIDT-GOTZ, LIENERT, DÖEN & HECKER 1994, 7) bis deutlich unter 10% (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009).

Vornehmlich primäre Barrieren werden in der Literatur gekennzeichnet, die Kinder mit geistiger Behinderung vom Sporttreiben abhalten (z.B. MESSENT ET AL. 1999). Die Schwierigkeiten einer aktiven Freizeitgestaltung sieht CLOERKES (2001) zum einen darin, dass Impulse für das Sporttreiben auf Grund von Unselbstständigkeit des Kindes von der Mutter ausgehen müssten. Außerdem sei eine aktive Freizeitgestaltung mit einem Zeitaufwand verbunden, den die Mutter selten aufbringen kann. Denn Hausarbeiten nehmen einen großen Platz im Alltag ein. Es fehlt jedoch nicht nur Zeit, sondern auch Energie, um mit dem Kind außer Haus Aktivitäten auszuüben. Der Vorteil von häuslichen Beschäftigungen bestünde vielleicht darin, dass sich das Kind zu Hause in sicherer Umgebung selbst beschäftigen oder durch Medien unterhalten werden könne (CLOERKES 2001). EBERT (2000) nimmt an, dass das Fernsehen und das Musik hören die Mütter in ihrer Aufsichtsleistung, die vorwiegend von ihnen erbracht und häufig von ihnen für notwendig erachtet wird, entlasten (ebd., 98f). Die Mutter kann, während sie auf das Kind aufpasst, daheim die anfallenden Arbeiten erledigen. Gefahren, die eventuell auf der Straße oder an anderen Plätzen lauern, bestehen dort nicht.

Zwei wesentliche Bedingungen, die nach Erachten von DOLL-TEPPER ET AL. (1994) für eine sportliche Integration von Menschen mit Behinderung gegeben sein müssten, sind wohnortnahe Sportangebote sowie die Motivierung und Befähigung zum lebenslangen Sporttreiben bereits im Kindesalter. Es ist schwierig abzuklären, wie stark intrinsische Motivation (bzw. fehlende Motivation) das Bewegungsverhalten von Kindern mit geistiger Behinderung beeinflusst.

3.4 Auswirkungen auf das Leben von Kindern mit geistiger und ohne Behinderung

Der gesellschaftliche Wandel hat also, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, Veränderungen der kindlichen Lebenswelt mit sich gebracht. Einige Autoren (z.B. BRINKHOFF & SACK 1999) sprechen sogar von einer Krise der Institution Familie und nennen als Konsequenzen die negativen Auswirkungen der immer häufigeren Ehescheidungen, eine dadurch unzureichende Versorgung des Kindes während der Berufstätigkeit des Elternteils, in der Regel niedriges Einkommen, potentielle Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe und eine durch den Zeitrhythmus und Zeitdruck der Eltern vorstrukturierte Raum-Zeit-Einheit der Kinder. Kinder mit geistiger Behinderung und deren Familien werden, was ausführlich in Kapitel 3.3 erläutert wurde, mit weiteren Schwierigkeiten konfrontiert, die besondere Belastungen (psychisch, finanziell, zeitlich, sozial) mit sich bringen. Diese Veränderungen und besonderen Bedingungen ziehen Konsequenzen im alltäglichen Leben nach sich. Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung und Stress sind Faktoren, die die Gesundheit bereits im Kindesalter gefährden. Diese „Risikofaktoren“ sollen im Folgenden ausgeführt werden.

3.4.1 Bewegungsmangel

Untersuchungen zur körperlichen Fitness von Kindern und Jugendlichen belegen einen Rückgang von Bewegung und damit von Bewegungsfähigkeit des Nachwuchses (z.B. KIGGS-Studie 2006). In der sportwissenschaftlichen Literatur wird von verschiedenen Autoren das gleiche Ursachenbündel für kindlichen Bewegungsmangel erläutert¹⁰⁶.

- Die räumlichen Möglichkeiten des freien und offenen Spielens verschwinden und werden durch institutionalisierte Spiel- und Sportghettos ersetzt.
- Kinder werden in durch Straßenverkehr und Zersiedelung geprägten Wohnvierteln von der Straße in die Häuser gedrängt.
- Eine teilweise übervorsichtige und ängstliche Haltung der Mütter und Väter grenzt den Freiraum für die selbstständige Erkundung der Umwelt, den Kinder für ihre Entwicklung eigentlich benötigen, ein.
- Der Siegeszug der elektronischen Medien und die Motorisierung der Haushalte tragen dazu bei, dass sich Kinder weniger bewegen.

¹⁰⁶ Zum Beispiel: HURRELMANN & BRÜNDEL (2003, 179ff).

Jedes Kind hat das Bedürfnis zu spielen und sich zu bewegen. Wenn allerdings Spielmöglichkeiten fehlen, kann dieses grundlegende Interesse gehemmt werden. Das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen wird in Schule, in der Freizeit, beim Bus- und Autofahren durch Sitzzwänge stark beeinflusst, sie leben in einer zunehmend „sitzenden Welt“.

Zum Aktivitätslevel von Kindern mit geistiger Behinderung konnten keine Studien gefunden werden, lediglich für Erwachsene mit geistiger Behinderung¹⁰⁷. Die in Abbildung 12 dargestellten Daten stammen aus einer Studie, die 2000-2002 von EMERSON in England durchgeführt wurde. Sie zeigt die Aktivitätslevel von Frauen und Männern mit und ohne geistige Behinderung (EMERSON 2005, 139). Als „körperlich inaktiv“ ist hier der/diejenige definiert, der/die sich weniger als 12mal innerhalb der 4 Untersuchungswochen jeweils mindestens 20 Minuten sportlich betätigte.

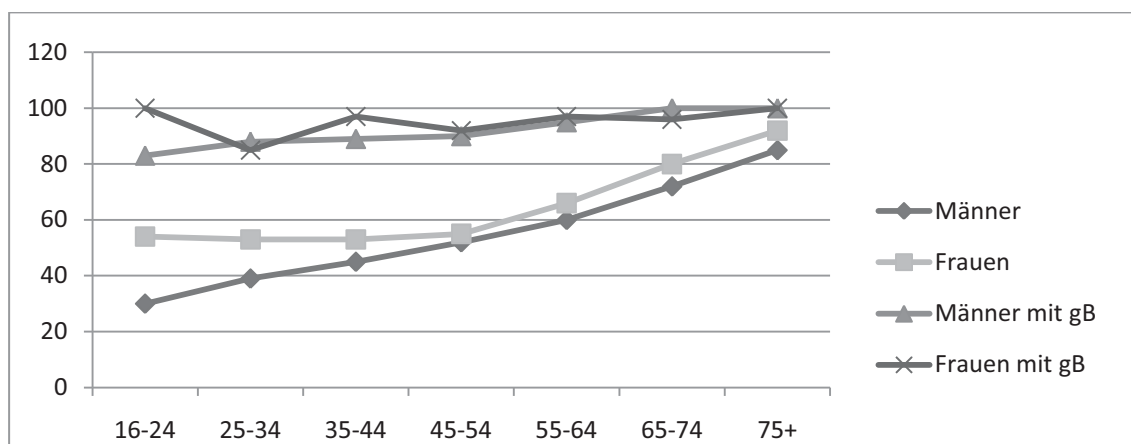


Abbildung 12: Aktivitätslevel (% inaktiv) für Frauen und Männer mit und ohne geistige Behinderung (gB).
Quelle: EMERSON (2005)

Nur 4% der untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung erfüllten die Kriterien für „körperlich aktiv sein“. In allen Altersgruppen (ab 16 Jahren) waren die Menschen mit geistiger Behinderung signifikant weniger aktiv als die nicht-behinderten Menschen der

¹⁰⁷ Zum Beispiel wurde eine Studie von BEANGE, MCEL DUFF & BAKER (1995) in der Umgebung von Sydney durchgeführt. 72% der Männer und 75% der befragten Frauen (N=202) mit geistiger Behinderung hatten sich innerhalb der letzten zwei Wochen vor dem Interview nicht so angestrengt, dass sie „schwerer atmen mussten, außer Puste waren oder keuchen mussten“ (ebd., 599).

DRAHEIM ET AL. (2002) befragten in Nordamerika 150 erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung bezüglich ihrer Teilnahme an sportlichen Aktivitäten. Die Ergebnisse zeigten, dass Männer und Frauen gleichermaßen wenig aktiv waren. Weniger als 46% der Männer und Frauen betätigten sich in dem Maße sportlich, das empfohlen wird, um das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern. Bedenklich ist die sehr geringe Zahl der Männer (1,3%) und Frauen (1,4%), die regelmäßig Sport trieben.

Vergleichsgruppe. Es lässt sich die Vermutung anstellen, dass diese Tendenz bereits im Kindesalter besteht.

Die körperlichen Belastungen von Schülern sind gering, zwei Drittel des Tages werden im Sitzen verbracht. An Sonderschulen erhalten die Kinder teilweise kaum Sportunterricht von qualifizierten Personen (ANNEKEN & SCHÜLE 2004). Nach einer Erhebung von SCHMIDT (2003) legen 62% aller Kinder zwischen 10 und 14 Jahren ihren täglichen Schulweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder per Auto zurück. Ebenso werden die nachmittäglichen Wege zu Freunden und zu den Orten der Hobbys (Sportverein, Musikschule, etc.) meist motorisiert bewältigt (ebd., zitiert nach SCHMIDT & SÜBENBACH 2004, 143).

Das Problem der eingeschränkten Spielmöglichkeiten im Freien besteht gerade in Städten. Es könnte sein, dass Kinder mit geistiger Behinderung noch weniger als ihre nicht-behinderten Altersgenossen die Möglichkeit haben, im Freien zu spielen. Auf Grund der nachmittäglichen Betreuung haben sie weniger Freizeit, über die sie selbst bestimmen können. Elterliche Überbehütung könnte dazu führen, dass diese Kinder seltener auf der Straße und öffentlichen Plätzen spielen.

Immer mehr kommerzialisierte Anbieter von Kindersport, wie z.B. die Kindersportschulen, bereichern das Angebot auf institutioneller Ebene. Solche Angebote sind anscheinend vor allem für einen bestimmten Kliententypus attraktiv, der sich durch eine aufwendige Berufs- und Schulausbildung sowie vergleichsweise prestigeträchtige Berufe auszeichnet (CACHAY & THIEL 1998). CACHAY und THIEL (1998) weisen der elterlichen Einstellung zur Bedeutung eines gesundheitsorientierten und professionell betreuten Sports für die zukünftige Entwicklung und den späteren Lebenslauf der eigenen Kinder die größte Bedeutung für diese Beobachtungen zu. Die zum Teil hohen Mitgliedsbeiträge für diese Angebote könnten ein Hindernisgrund für Kinder aus sozial minderprivilegierten Familien sein. Dass eine Senkung der Teilnahmebeiträge zum Abbau von Zugangsbarrieren und zur verstärkten Inklusion dieser Kinder führen würde, beurteilen CACHAY und THIEL trotzdem als fraglich (ebd., 103f).

Die Aktivität von Menschen mit geistiger Behinderung im organisierten Sport ist gering. Ende 2002 haben rund 340 000 behinderte Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren unter dem Dach des Deutschen Behinderten-Sportverbandes (DBS) in mehr als 3545 Sportvereinen Rehabilitations-, Breiten- und Leistungssport betrieben (DEUTSCHER BUNDESTAG, 2004). Die Mitgliederzahlen stiegen zwar im Jahr 2007 auf 414.070 Mitglieder, wovon 35.221 Mitglieder jünger als 19 Jahre sind (DEUTSCHER BEHINDERTEN-SPORTVERBAND 2008). Diese Angaben beziehen sich allerdings auf Menschen mit irgendeiner Behinderung und nicht auf die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung. Der Anteil von

Mitgliedern mit einer geistigen Behinderung, insbesondere von Kindern¹⁰⁸, kann als unproportional gering angenommen werden. Der deutsche Behindertensportverband nimmt diese Betroffenen nur zögerlich in seiner Organisation auf (HAHMANN 2002, 198). Die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit einer körperlichen Behinderung kann als höher eingeschätzt werden (CLOERKES 2001). Gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung herrscht im Allgemeinen eine eher ablehnende oder verständnislose Einstellung vor (ebd.).

Bewegungs- und Sportkarrieren nehmen ihren Anfang in den Familien. Die Sportchancen sind abhängig von Geschlecht, Lebensalter, sozialer Schichtzugehörigkeit, Schulkarriere und Wohnort und damit sehr ungleich verteilt (BRINKHOFF 1998). Sowohl im Hinblick auf gemeinsames Sporttreiben von Eltern mit ihren Kindern, als auch auf alleiniges Sporttreiben der Kinder können empirische Befunde diese Aussage untermauern. „Am massivsten sind die Effekte der sozialen Schicht – gemessen über den Ersatzindex Schulkarriere – und der Nationalität: 87% der 10-12jährigen Gymnasiasten treiben mit ihren Eltern Sport, 78% der Realschüler und 55% der Hauptschüler (BRINKHOFF & SACK 1999, 46). Förderschüler wurden hier nicht untersucht.

Die geringen Kinderzahlen in den Familien schränken die Spielmöglichkeiten innerhalb des Familienlebens ein. Nur etwa 65% der von BRINKHOFF und SACK (1999) untersuchten Kinder haben Geschwister, mit denen sie potentiell Sport treiben könnten. 92% der Kinder mit potentiell „sportfähigen“ Geschwistern treiben tatsächlich mit ihnen Sport, weshalb sich die Zahl der Kinder, die mit ihren Geschwistern Sport treiben auf 60% reguliert (ebd., 43).

Insbesondere der hohe Konsum neuer Medien verändert die Freizeitgewohnheiten der Kinder. Als Pendant zur körperlichen Aktivität stellt KLEIN-HESSLING (2006, 26) den Konsum von Medien und hier insbesondere den exzessiven Medienkonsum als ein direkt die Gesundheit gefährdendes Verhalten dar, da die Zeit des Medienkonsums eher durch körperliche Passivität gekennzeichnet ist. „So haben z.B. ein Drittel der deutschen Kinder, die täglich mehr als vier Stunden vor dem Computer sitzen, Übergewicht“ (IAGJ 2004, 4).

MYRTEK & SCHARFF (2000) konnten auf Grund der von ihnen erhobenen Daten über Fernsehgewohnheiten von Kindern (siehe Tabelle 2) die Aussage treffen, dass Vielseher

¹⁰⁸ Nur Kinder, die schon die nötigen Kompetenzen erwerben konnten, haben eine reelle Chance auf eine erfolgreiche Vereinssportteilnahme. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Erreichbarkeit der wenigen Angebote.

tendenziell dazu neigen, weniger spazieren und wandern zu gehen als Wenigseher (ebd., 71). Vielseher liegen öfter, belasten sich aber weniger (Stehen, Radfahren, Gehen, Treppensteigen) als Wenigseher.

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der körperlichen Belastung während der Schul- und Freizeit, getrennt nach Wenig- und Vielsehern sowie nach Altersstufen (Quelle: MYRTEK & SCHARFF 2000, 92).

Belastung	11 Jahre Wenigseher	11 Jahre Vielseher	15 Jahre Wenigseher	15 Jahre Vielseher
Sitzen	65.1	70.4	67.2	67.8
Stehen	19.9	16.4	16.7	14.0
Liegen	4.8	6.7	7.7	12.3
Gehen	5.8	3.5	3.9	3.4
Fahrradfahren	3.3	2.2	2.8	1.7
Treppensteigen	0.4	0.3	0.7	0.3
Laufen	0.3	0.1	0.5	0.3
Sonstiges	0.4	0.4	0.5	0.3

Für Kinder mit geistiger Behinderung sind die aufgeführten bewegungshemmenden Faktoren als noch brisanter einzuschätzen (siehe vorangehendes Kapitel). Für sie erscheinen Barrieren, die sie daran hindern körperlich aktiv zu sein, eher als unüberwindbar. Ein Defizit an sportlichen Kompetenzen durch eine mangelhafte sportliche Grundausbildung in der Schule¹⁰⁹ könnte begründen, dass Kinder mit geistiger Behinderung teilweise wenig Motivation zum Sporttreiben zeigen (EMERSON 2005). Häufig stehen kognitive und defizitorientierte Förderungen von Geburt an im Vordergrund, dadurch fehlende Bewegungs- und Körpererfahrungen verhindern positive Emotionen und Einstellungen gegenüber Bewegung und Sport (KNOLL, SCHOLZ & RIECKMANN, 2005). Koordinative Fähigkeiten werden durch Bewegung geschult, wobei der Anteil kognitiver Komponenten bei der Koordination von Bewegungen relativ hoch ist. Bei Kindern mit geistiger Behinderung kommt es auf Grund ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und oft geringeren Bewegungserfahrungen eher zu solchen Tendenzen, die einen Bewegungsmangel bedingen. Auf Grund fehlender Kompetenzen in diesem Bereich können die Erfolgsszuversicht und folglich auch die Motivation zum Sporttreiben nur gering sein. Bestehende Barrieren erscheinen dann als

¹⁰⁹ Über die Situation von Bewegung und Sport in Sonderschulen verweist KLAUSS (2007) auf zwei Forschungen, die zu ähnlichen Ergebnissen wie ANNEKEN & SCHÜLE (2005) kommen: In Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ wird Bewegung und Sport meist vernachlässigt.

unüberwindbar und die Person wird sich nicht sportlich betätigen. Es entsteht ein Circulus Virtiosus (siehe Abbildung 13).

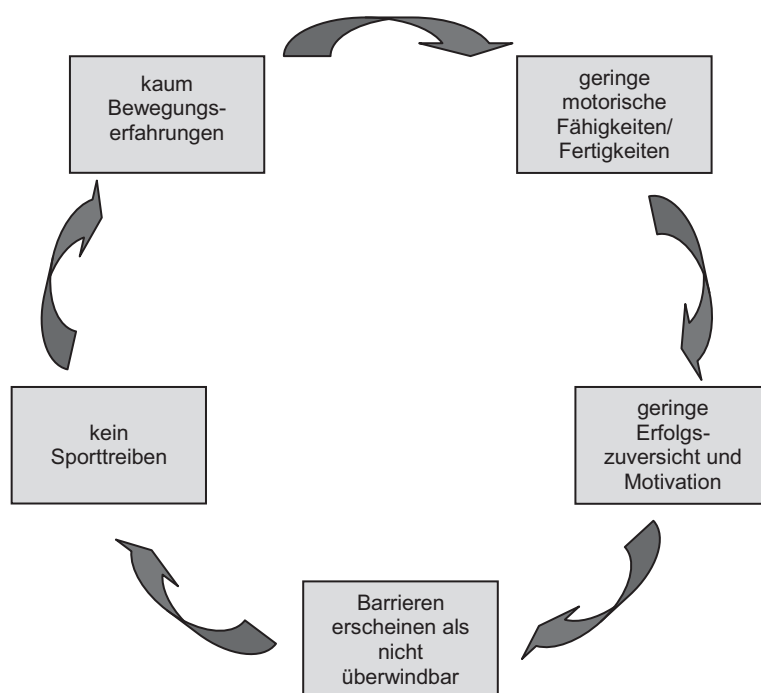


Abbildung 13: Angenommener Wirkungskreis bei geringer Bewegungserfahrung. Quelle: REUTER 2004

Ein zu geringes Bewegungsausmaß hat langfristige Folgen für die Gesundheit der Kinder. HOFFMANN, BRAND & SCHLICHT (2006) legen ihrer Vermutung, dass fehlende oder einseitige körperliche Aktivität Defizite im Bereich der Motorik und Haltung hervorrufen und verstärken, Angaben über zunehmende Haltungsschwächen und Haltungsschäden bei Kindern und Jugendlichen zu Grunde¹¹⁰. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit zu geringer Bewegung (BAYERISCHER GEMEINDEUNFALLVERSICHERUNGSVERBAND STAATLICHE AUSFÜHRUNGSBEHÖRDE FÜR UNFALLVERSICHERUNG 1995, 5). Für Kinder und Jugendliche liegen bislang allerdings wenige Studien zu den klassischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor. Über die Auswirkungen von Bewegung auf die Blutfette lässt sich keine eindeutige Aussage machen (HOFFMANN ET AL. 2006).

¹¹⁰ HOFFMANN ET AL. (2006) bezieht sich auf Studien von HURRELMANN (2002) und MEYER-NÜRNBERGER (2002), die beide zu den Ergebnissen kommen, dass deutsche Jugendliche und Kinder bereits im frühen Kindesalter in motorischen Tests und Muskelfunktionstests zunehmend schlechter abschneiden.

Ein hohes Ausmaß an körperlicher Aktivität wirkt hingegen positiv auf die kindliche Entwicklung. HOFFMANN ET AL. (2006) ziehen aus einer Vielzahl von Studien und Metaanalysen über den Einfluss von Sport und körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen eine positive Bilanz. Dabei verweisen sie auf den positiven Einfluss auf die jugendliche Identitätsentwicklung, die psychische Gesundheit, den sozialen Rückhalt und soziale Netzwerke von Kindern und Jugendlichen (HOFFMANN ET AL. 2006, 205ff). Als gesichert gilt der positive Einfluss von einem hohen Ausmaß an körperlicher Aktivität auf die Knochendichte, was zu einem verringerten Osteoporose-Risiko im Alter führt (HOFFMANN ET AL. 2006).

3.4.2 Fehlernährung

In der hochindustriellen Gesellschaft sind die Lebensverhältnisse für einen Großteil der sozialen Mittel- und vor allem der Oberschicht durch Wohlstand und Überfluss gekennzeichnet. BRINKHOFF & SACK (1999) bringen diesen Wandel provokativ auf den Punkt: „Gestern ging es noch um das „Stopfen der hungrigen Mäuler“; heute sind es die Gummibären und die „Milka-Lila-Pausen“, die der Volksgesundheit großen Schaden zuführen bzw. dem Gesundheitssystem die letzten Zähne ziehen“ (ebd., 12).

Im 19. Jahrhundert wurde durch neue Angebote der Nahrungsmittelindustrie auch für untere Schichten die Lebensmittelauswahl eine größere. Eine Vielfalt von Lebensmitteln war für die Bevölkerung sicher verfügbar. Die zum Teil bessere Qualität und auch die mit der industriell gefertigten Lebensmittelherstellung verbundene Senkung der Lebenshaltungskosten für Nahrungs- und Genussmittel hatte einen Anteil daran, dass ein Großteil der Bevölkerung ihren Jahresprokopfverbrauch an Lebensmitteln erhöhen konnte. „Die Verbilligung der Lebensmittel, für die um 1800 noch ca. 73% des Gesamteinkommens aufgewendet werden mussten, sank 1907 auf etwa 46% und 1974 auf ca. 28%, womit erst die Voraussetzung dafür geschaffen war, dass der physiologische Aspekt des Essens, die Befriedigung des Hungers als eines primären Bedürfnisses, zunehmend hinter den sozialen und den psychischen Aspekten des Essens zurücktreten konnte“ (SCHOBERT 1993, 73)¹¹¹. Insbesondere die Ernährungslage der sozialen Unterschicht, die ein Leben an der Satt-Hunger-Grenze gewohnt war, verbesserte sich. Hungersnöte wichen zu Gunsten einer zunehmend höheren Kalorienzufuhr. Mittlerweile

¹¹¹ SCHOBERT nimmt Bezug auf NEULOH, O. & TEUTEBERG, H. J. (1997). Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand. Ergebnisse einer empirisch-soziologischen Untersuchung in heutigen Familienhaushalten. Paderborn, S.16.

trägt das mannigfaltige Lebensmittelüberangebot nicht mehr nur zur Freude der Gesellschaft bei, sondern bringt in Verbindung mit einem westlichen Lebensstil enorme Probleme mit sich. Für die menschliche Gesundheit ist von Bedeutung *wie viel*, aber auch *was* gegessen wird (VÖGELE & ELLROTT 2006, 186). Die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) fasst die Hauptfehler in der Ernährung der Bundesbürger als „zu fett und zu viel“ (DGE 2005, 1) zusammen. In Deutschland sind mehr als die Hälfte aller vorzeitigen Todesfälle auf ernährungsbedingte Krankheiten wie koronare Herzkrankheiten, Schlaganfall, Leberzirrhose, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Brustkrebs, zurückzuführen (vgl. WALTER & SCHMIDT 1998).

Bei der DONALD-Studie wurde bestätigt, dass deutsche Kinder¹¹² zu fettreich (zusätzlich der Anteil gesättigter Fettsäuren zu hoch, der ungesättigter Fettsäuren zu niedrig) essen, aber zu wenige Kohlehydrate und Ballaststoffe zu sich nehmen (vgl. KERSTING ET AL 2003, 52f). Der Verzehr von Speisefetten war dabei eher niedrig, da lediglich „maximal 25% der gesamten Fettzufuhr aus sichtbaren Fetten stammten, während der größte Teil aus versteckten Fetten aufgenommen wurde, nämlich mit Milch und Milchprodukten (bis zu 24%, bei Kleinkindern 38%), Fleisch und Wurst (bis zu 24%) sowie Süßigkeiten (bis zu 19%)“ (ebd., 64). Entgegen der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderernährung verzehren Kinder und Jugendliche in Deutschland nur wenige pflanzliche Lebensmittel und nehmen zu wenig Flüssigkeit zu sich. Bei tierischen Lebensmitteln (Milch, Fleisch und Wurst) sowie bei Süßigkeiten und Gebäck bevorzugen sie die fettreicheren Varianten, bei Brot eher helles Brot, verglichen mit Vollkornbrot (KERSTING ET AL. 2003). Die Ernährung ist meist energie- und fettreich, aber oft unzureichend im Vitamin- und Mineralstoffgehalt.

Gerade sozial benachteiligte Familien greifen auf Grund von finanziellen Engpässen, mangelnder Information und einfachster Zubereitung auf die oft billigen und kalorienreichen Fertiglernsmittel zurück¹¹³. Das könnte ein Grund dafür sein, dass die Rate der Kinder mit

¹¹² Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Kinder, die täglich Obst und Gemüse verzehren, eher noch ab (vgl. MENSINK, KLEISER & RICHTER 2007).

¹¹³ KERSTING & CLAUSEN (2007) überprüften, ob für Empfänger des Arbeitslosengeldes II eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Gemeinschaftsverpflegung in Kitas oder Schulen möglich ist. Sie fanden heraus, dass ab einem Alter von 4 Jahren die dafür vorgesehenen Leistungen nicht ausreichen, um die Lebensmittel der Optimierten Mischkost in gängigen Einkaufsstätten zu erstehen. „Bei Einschränkungen auf Discountläden würde der anteilige Regelsatz etwa bis zum Alter von 6 Jahren die Kosten der Optimierten Mischkost decken“ (ebd., 510). Aufgrund des zunehmenden Energiebedarfs von Kindern und Jugendlichen könne der Ernährungs-Regelsatz die Kosten der Optimierten Mischkost nicht

Übergewicht steigt (siehe Tabelle 3), je niedriger die soziale Schicht ist (sozio-ökonomische Lage der Eltern bzw. Familie – gemessen an Bildung, beruflichem Status und Einkommen bzw. der Ausstattung mit finanziellen Ressourcen), aus der sie kommen (IAGJ 2004, 5). Höhere Schichten scheinen eher durch das Wissen und dessen Umsetzungsmöglichkeiten zu einem kontrollierten Essverhalten in der Lage zu sein.

Tabelle 3: Verteilung von Adipositas von Jungen und Mädchen bezogen auf Sozialstatus (KIGGS-Studie; KURTH & SCHAFFRATH ROSARIO 2007, 740)

Altersgruppe (Jahre)	niedrig (%)	mittel (%)	hoch (%)
3 bis 6	4,4	3,0	1,3
7 bis 10	9,8	6,3	3,0
11 bis 13	12,0	5,9	3,6
14 bis 17	14,0	7,5	5,2

Von Armut betroffene Familien leisten sich oftmals keine angemessene Ernährung mehr, wovon vor allem Kinder betroffen sind (GRUNOW ET AL. 1994). Unter Armutsbedingungen (<50% des Durchschnittseinkommens) ist der Verzehr von Fett und gesättigten Fettsäuren generell höher (vgl. KERSTING, ALEXY & ROTHMANN, 2003, 100) als bei Gleichaltrigen aus wohlhabenden Haushalten. In der Bestandsaufnahme der Landesvereinigung für Gesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung¹¹⁴ zur Ernährungssituationen armer Familien¹¹⁵ wurde gezeigt, dass in armen Haushalten deutlich weniger Obst und Gemüse verzehrt wird (ALTGELD 2005, 11), auch Vollkornprodukte stehen selten auf dem Speiseplan. Stattdessen dominieren oft Fast-Food-Produkte wie Hamburger oder Pommes Frites, Fertigprodukte, Süßigkeiten und Süßgetränke (vgl. KERSTING ET AL. 2003, 100). „Außerdem werden weniger Milchprodukte konsumiert. Die Nahrung enthält insgesamt mehr zucker- und fettreiche Lebensmittel mit hohem Kaloriengehalt und ist insgesamt weniger abwechslungsreich“ (ALTGELD 2005, 11).

Vorrangige Rolle spielen kostengünstige Grundnahrungsmittel, wie Brot, Kartoffeln und Teigwaren, die gut sättigen. In der aus ernährungswissenschaftlicher Erkenntnis entwickelten „Optimierten Mischkost“ werden diese Grundnahrungsmittel bei einer präventiven Ernährung

decken. Diese finanziellen Engpässe würden verschärft, wenn eine Ganztagesbetreuung von Kindern in Kitas oder Schulen hinzukommt (ebd.).

¹¹⁴ gemeinsam mit dem Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (2000).

¹¹⁵ Hier werden neuere Studien der Universitäten Gießen und Kiel vorgestellt.

empfohlen, jedoch fehlt es häufig an Kenntnissen und Fähigkeiten, eine kostengünstige und dennoch ausgewogene Ernährung zu verwirklichen. Dabei wäre die Selbstherstellung für eine optimierte Mischkost gerade im frühen Kindesalter kostengünstiger als kommerzielle Beikost (KERSTING ET AL. 1996) und auch die Lebensmittelkosten (pro 1000 kcal) nicht höher als bei der viel ungesünderen Ernährung von Kindern und Jugendlichen, wie sie bei der DONALD-Studie festgestellt wurde (SICHERT-HELLERT, KERSTING, CHAHDA & SCHÖCH, 1994).

Kinder und Jugendliche erhalten als vielfach umworbene Zielgruppe¹¹⁶ in unserer Gesellschaft über die Lebensmittelwerbung Ernährungsinformationen. Denn sie verfügen nicht nur über teilweise beträchtliche Summen an Geld, sondern beeinflussen das Kaufverhalten der gesamten Familie (PETZOLD 2000, 30). „In den privaten Fernsehkanälen und während typischer Kinderfernsehzeiten an Vorabenden und an Vormittagen am Wochenende macht die Lebensmittelwerbung ca. 15% der gesamten Sendezeit und 30% der Werbesendezeit aus. Werbung vermittelt nicht die Wahrheit, sondern sie will die Beachtung ihrer Produkte und den Verkaufserfolg. Dabei arbeitet sie nicht immer aufrichtig, sie versucht zu manipulieren. Beworben werden vor allem zucker- und/oder fettreiche Snackartikel, am häufigsten Cerealien, gefolgt von Schoko-Erzeugnissen, Eiscreme und Fastfood“ (KERSTING 2007, 27). In der Werbung für Kinderlebensmittel¹¹⁷ und Fastfoodprodukte werden jedoch nicht die aus ernährungswissenschaftlicher Sicht weniger empfehlenswerten Inhaltsstoffe, sondern zugesetzte Vitamine oder eine kindgerechte Menge, die Verpackung oder in ihr enthaltenes Kleinspielzeug betont. Die kommerzielle Werbung im Fernsehen wird für die Kombination des Konsums hoch-kalorischer Snacks und eines geringen Aktivitätslevels mitverantwortlich gemacht (z.B. VÖGELE & ELLROTT 2006, 189). „Die Fernsehwerbung heute entspricht genau dem kindlichen Bedürfnis nach Genuss und Naschen und läuft den Botschaften der Medizin und Ernährungswissenschaften diametral entgegen“ (KERSTING ET AL. 2003, 96). Ein direkter Zusammenhang von Fernsehkonsum (und damit Werbungskonsum) und Gewichtsstatus konnte jedoch empirisch nicht eindeutig festgestellt werden (DIEHL 2005).

¹¹⁶ Ausführlich zur Thematik Kinderwerbung: CHARLTON, NEUMANN-BRAUN, AUFENANGER, HOFFMANN-RIEM ET AL. 1995, Band 1 und Band 2.

¹¹⁷ „Ernährungsphysiologisch bieten die derzeitigen Kinder- und Kleinkinderlebensmittel gegenüber herkömmlichen Lebensmitteln keinerlei Vorteile“ (DÜREN & KERSTING 2003, 21). Kinderlebensmittel sind insgesamt vor allem unter häufiger Verwendung von Zuckerstoffen und Aromen stark verarbeitete Produkte. Die unterschiedliche Art und Höhe der Anreicherung mit Vitaminen und Mineralstoffen macht es Eltern praktisch nicht möglich, die Nährstoffzufuhr für die Kinder zu überblicken.

Zu Hause hat sich die Esskultur verändert, manche Autoren sprechen sogar von einer Auflösung dieser. Durch die unterschiedlichen Arbeits- und Schulzeiten der Familienmitglieder ist die Familie heutzutage weder räumlich noch zeitlich Mittelpunkt der täglichen Nahrungsaufnahme. Nur bei jedem fünfzehnten Haushalt treffen sich die Mitglieder zu allen Mahlzeiten am gemeinsamen Esstisch. Für ein Drittel der Familien gibt es am Abend eine gemeinsame Mahlzeit. Für die meisten Kinder gilt, dass sich die mit der ganzen Familie gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten zunehmend auf das Wochenende beschränken. KERSTING (2007) unterstützt diese Aussage mit Daten des EUROPEAN FOOD INFORMATION COUNCIL (1995)¹¹⁸, nach denen an Werktagen der Anteil von Kinder, die die verschiedenen Mahlzeiten gemeinsam mit der Familie einnehmen, bei Frühstück bei 48%, beim Mittagessen bei 56% und beim Abendessen bei 88% liegt. Am Wochenende liegt der Anteil bei 82%, 94% und 92% (KERSTING 2007, 23). Durch diesen Trend bleiben gute Gelegenheiten einer nicht-autoritativen Ernährungserziehung durch die elterliche Vorbildfunktion ungenutzt (ebd.).

SCHOBERT greift die These von BERGHAUS auf, dass in der Konsumgesellschaft „der soziale Anteil am Essen und seine vergemeinschaftend wirkende Reglementierung“ und kulturelle Besonderheiten beim alltäglichen Essen abgenommen habe und individuelles Verhalten zunähme. Fest geregelte Mahlzeiten verlieren ihre Bedeutung und werden zunehmend von unregelmäßigen und unregelmäßig eingenommenen Mahlzeiten, je nach individuellem Hunger, ersetzt (BERGHAUS 1984, 251 zitiert nach SCHOBERT 1993). Die Autorin unterstreicht ihre Aussagen durch Ernährungsberichte, die „insbesondere bei Kindern und Jugendlichen eine deutlich zunehmende Tendenz zu individuellem und unregelmäßigem Dauerkonsum von „Snacks“ belegen, während die gemeinsam eingenommene Mahlzeit aller Familienmitglieder immer mehr auf das Wochenende beschränkt wird“ (SCHOBERT 1993, 87). Auch BÜCHNER & FUHS (1994) bestätigen diesen Trend des Verlusts vom gemeinsamen Familienabendessen als Kernritual des Familienlebens und bezeichnen diese Tendenz als „Enttraditionalisierung des Familienlebens“ (ebd., 89).

Auch das elterliche Erziehungsverhalten beeinflusst die Ernährungssituation der Kinder in den Familien. Überbehütung und Vernachlässigung kann zu ungesundem und unregelmäßigem Essverhalten führen. In einem verwöhnenden und ängstlich behütenden Erziehungsmilieu, meiden Kinder lieber unbekannte Tätigkeiten und beschränken sich stattdessen auf Erlaubtes.

¹¹⁸ Datenquelle nicht auffindbar.

So bauen diese laut SCHOBERT (1993) von der Mutter akzeptierte Tätigkeiten aus, wozu auch das übermäßige Essen gehöre.

„In von Instabilität und Unvorhersagbarkeit geprägten desorganisierten Familien, bei denen die behindernde Distanz zum Kind in Form von mangelnder Bindung und Vernachlässigung überwiegt, fehlt jegliche Konstanz im Tagesablauf“ (SCHOBERT 1993, 141). Die Kinder suchen sich selbst je nach Stimmungslage Nahrungsmittel zusammen und bestimmen den Zeitpunkt für deren Verzehr. Kinder, die sich ohne elterliche Kontrolle in ihrer Ernährung ganz nach ihren Vorlieben richten können, essen unregelmäßiger und konsumieren mehr Kalorien (CONTENTO & MICHELA 1998, 260). Leicht kann dieser wahllose Genuss zum unregelten Dauerkonsum werden, der nicht mehr bewusst wahrgenommen wird und damit auch nicht mehr steuerbar ist (SCHOBERT 1993, 141)¹¹⁹.

Die Lebensmittelpräferenzen von Kindern mit (siehe Abbildung 14) und ohne Behinderung sind laut der Studie von EISSING ET AL. (2005)¹²⁰ ähnlich. „Die Heranwachsenden würden auf Grund ihrer Vorlieben ähnliche Produkte konsumieren wie die Kinder der Allgemeinen Schulen“ (ebd., 297).

¹¹⁹ Die Studie von STRAUSS & KNIGHT (1999) brachte das Ergebnis, dass von adipösen Kindern überdurchschnittlich oft beide Eltern berufstätig sind. Dies legt die Vermutung nahe, dass Essen als Ersatz für die mangelnde Zuwendung der Eltern benutzt wird.

¹²⁰ Sie verglichen die von ihnen erhobenen Daten mit Daten einer Studie von DIEHL (1982).

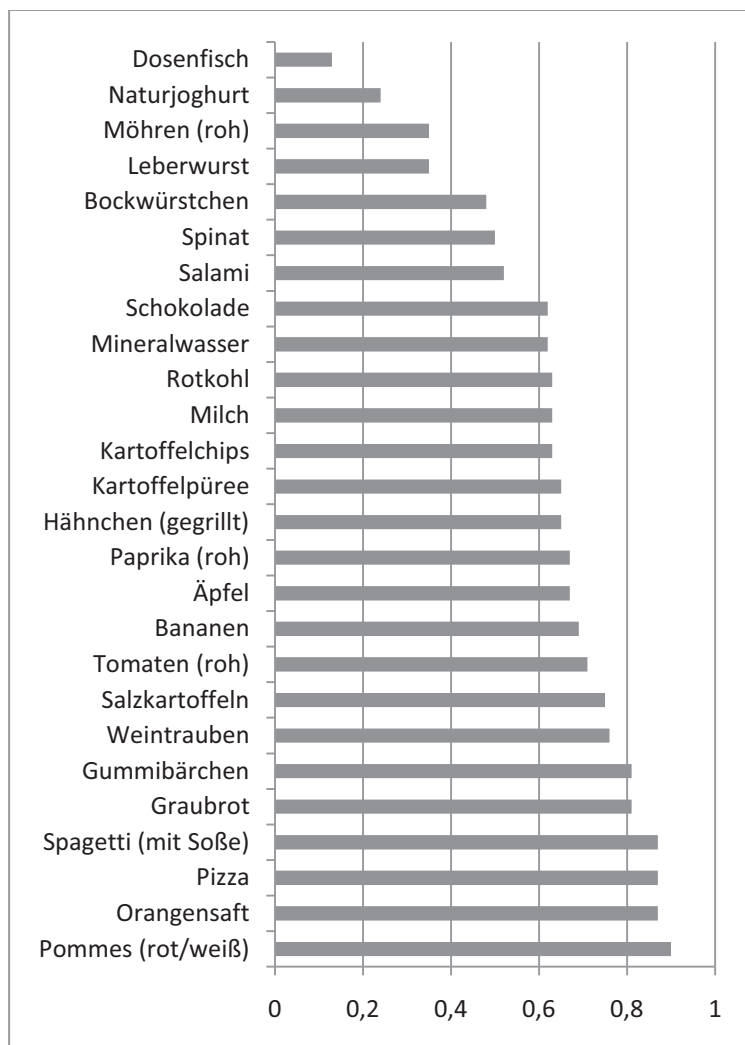


Abbildung 14: Beliebtheitsrangfolge Nahrungsmittel bei SchülerInnen mit einer geistigen Behinderung (N=52) (entnommen aus EISSING ET AL. 2005, 297)

RIMMER, BRADDOCK & MARKS (1995, 115) stellten fest, dass erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, die bei ihren Familien lebten, im Vergleich zu Heimbewohnern mehr Süßigkeiten verzehrten. Ob Eltern ihren geistig behinderten Kindern aus emotionalen Gründen, wie Zuneigung oder Mitleid, übermäßig viel zu Essen geben, wurde bisher nicht erforscht. Eine andere Frage, zu deren Beantwortung noch keine Studien geführt wurden, ist, inwiefern Menschen mit geistiger Behinderung Essen als Ersatzbefriedigung zur Kompensation anderer Defizite benutzen. Verschiedene Studien zeigen, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung mehr Essstörungen¹²¹ auftreten als in der Normalbevölkerung

¹²¹ HOVE (2004) untersuchte an 311 in Norwegen lebenden Erwachsenen mit geistiger Behinderung das Auftreten von Essstörungen. Die Hauptaussage, die der Forscher aus der Studie ziehen konnte, war, dass in 27% der Fälle Anzeichen für eine Essstörung (vor allem Binge-Eating) zu erkennen waren. Im Vergleich dazu hat nur 1-4% aller jungen Frauen der Normalbevölkerung Essstörungen (GRAVESTOCK 2000).

(O'BRIEN & WHITEHOUSE 1990; HOVE 2004; GRAVESTOCK 2000); Kinder wurden hier jedoch nicht ins Visier der Forschung genommen.

Hypothetisch wird in manchen Texten von „Essen als Befriedigung“ geschrieben. Aus den szenischen Schilderungen, die ROCK (2001) in ihrer Arbeit aufführt, „entsteht der Eindruck, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre Bedürfnisse und (biologischen) Grundtriebe exzessiv ausleben und ihr Verhalten nicht im Hinblick auf übergeordnete Ziele und Erfordernisse steuern können“ (ebd., 152). EISSING ET AL. (2005) sehen in solchen Vorurteilen einen Hindernisgrund für eine zunehmende Normalisierung im Bereich der Mitbestimmung bei der Essensplanung in sonderpädagogischen Einrichtungen (ebd., 292).

Nahezu alle Kinder mit Behinderung, aber auch Kinder ohne Behinderung, werden immer häufiger ganztags in Kindertagesstätten betreut und nehmen dort täglich eine warme Mahlzeit ein. Gut die Hälfte der etwa 50 000 Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland bietet eine Ganztagsbetreuung einschließlich einer warmen Mahlzeit an. Im Rahmen der KESS-Studie (Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie) wurde bundesweit die Speiseplanqualität der Mittagmahlzeiten von 301 Kindertagesstätten anhand von 7 Speiseplankomponenten erhoben. Insgesamt 36% der Kindertagesstätten erreichten mehr als 2 (Median) der 7 Empfehlungen und hatten somit befriedigende Speisepläne. Bei 64% der Kindertagesstätten fiel die Bewertung der Speiseplanqualität weniger befriedigend aus (CLAUSEN, SICHERT-HELLERT & KERSTING 2000).

„Bisher gibt es keine verbindlichen Vorgaben für den Einsatz von Lebensmitteln oder die Nährstoffgehalte von Speisen in Kindertagesstätten und Schulen“ (FORSCHUNGSINSTITUT FÜR KINDERERNÄHRUNG DORTMUND 2006, 5). Oft hängt die Auswahl der Speisen von unterschiedlichen Bedingungen ab. Entscheidend ist, ob Mahlzeiten vor Ort zubereitet werden, ob sie warm geliefert oder erst erhitzt werden, wie viel Budget für Essen zur Verfügung steht und welche Kompetenz das Küchenteam hat (KERSTING ET AL. 2003). Wenn Kinder einen Großteil ihrer Zeit nicht zu Hause verbringen, können Mahlzeiten und deren Zubereitung in dieser Zeit nicht gemeinsam mit den Familienmitgliedern stattfinden.

„Die Chancen von Ganztagschulen, das angebotene Mittagessen in ein pädagogisches Konzept einzubinden und damit gleichzeitig Verhaltens- und Verhältnisprävention zu fördern, werden bisher nur ausnahmsweise genutzt“ (KERSTING 2007, 27). Nur wenige Einrichtungen im sonderpädagogischen Bereich ermöglichen ihrer Zielgruppe, einen Einfluss auf die Wahl der Nahrungs- und Genussmittel zu nehmen (EISSING ET AL. 2005, 292).

In den Lehrplänen in deutschen Schulen gibt es zwar selten ein Fach Ernährung, in allen Schulen bestehen aber Bezüge zu diesem Gebiet. Im Sachunterricht, Sportunterricht und

Biologieunterricht und in Haushaltslehre sollen Grundlagen einer gesunden Ernährung vermittelt werden. Eine Erhebung der Universität Paderborn zeigte aber, dass in Grundschulen außerhalb des Fachs Sachunterricht das Thema Ernährung praktisch keine Rolle spielt (HESEKER & BEER 2002). HESEKER und BEER bemängeln die fehlende Kontinuität in Ernährungserziehung während der Schulzeit (ebd., 19). Meist werden in Schulen einmalige Maßnahmen, z.B. Frühstücksaktionen, durchgeführt. Diese zeigen aber, so KERSTING (2007), keine nachhaltige Wirkung (ebd., 27). Bei 25% der Schulen, die an der bundesweiten Studie teilnahmen, wurde mehr als die Hälfte der tatsächlich durchgeführten Ernährungserziehung von Lehrern ohne Hintergrundwissen erteilt. Auch Schulbücher vermittelten oft grundlegend falsches Wissen und Ernährungsirrtümer, so die Forscher (ebd.).

3.4.3 „Stress“ im Kindesalter

Als „Stress“ bezeichnen wir umgangssprachlich Belastungen, einen bio-psycho-sozialen Spannungszustand, wie ihn vermutlich jeder Erwachsene kennt. Stress ist bis zu einem gewissen Grad gesund und lebenswichtig, nämlich so lange, wie er bewältigbar ist. Wenn er die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt, ist er ungesund und entwicklungshemmend, kann zu psychosomatischen Beschwerden, psychischen Störungen und chronischen Krankheiten führen (SAHLER & CARR 2003). Seit einiger Zeit sind zunehmend auch Kinder von Stress betroffen. Psychologischen Studien nach leiden heute „10 bis 15% der Kinder und Jugendlichen an psychischen Störungen im Bereich Leistung, Wahrnehmung, Emotion und Sozialkontakt“ (HURRELMANN 1994, 69).

Einerseits genießen Kinder so viele Freiheiten bei der Gestaltung ihrer eigenen Lebenswelt wie nie zuvor, andererseits schwinden mit diesen Chancen häufig die sozialen und kulturellen Bindungen. Bereits Kinder haben heutzutage oft einen komplett mit Veranstaltungen und Verpflichtungen ausgefüllten Tagesplan und hetzen von einem Termin zum nächsten. Die Konfrontation mit einem komplexen Angebot an Aktivitäts- und Beziehungsmöglichkeiten fordert von modernen Kindern eine hohe Belastbarkeit. Kinder bekommen bereits früh Verantwortung für eigenes Handeln auferlegt, sie erhalten damit Rechte, aber auch Pflichten, denen sie oft nicht gewachsen sind. Kinder haben die „Qual der Wahl“, nicht immer wird ihnen bei geforderten Entscheidungen Unterstützung zuteil, sondern sie werden damit alleine gelassen. Auch Kinder müssen sich mittlerweile ihren eigenen individuellen Weg im Spannungsdreieck von Optionsvielfalten, sozialökologischen Einschränkungen und sozialstrukturellen Ungleichheiten bahnen. Schnell wird dann von Orientierungs- und

Werteverlust oder sogar vom „Verschwinden von Kindheit“ (vgl. POSTMAN 1987) gesprochen (BRINKHOFF & SACK 1999, 10).

Die moderne Welt bringt neben den vielfältigen Möglichkeiten eine Gefahr der Überforderung und Risiken des Leidens, Unbehagens, der Unruhe und Zukunftsunsicherheit mit sich. In der heutigen schnelllebigen Zeit, in der jeder flexibel und dynamisch sein soll, werden Regeln und Abmachungen immer unverbindlicher. Die Möglichkeit überall ständig erreichbar zu sein, eine Vielzahl von Optionen zu haben und sich diese möglichst lange offen zu halten, lässt oft schon unsere kleinsten Mitglieder der Gesellschaft wenig Verlässlichkeit spüren. „Im Zuge von Emanzipationsbestrebungen, erheblich gestiegener materieller Ansprüche und empfindlicheren Ich-Vorstellungen der Eltern erlebt eine wachsende Anzahl von Kindern das dauernde Jonglieren mit bisweilen auseinanderstrebenden Mehrfachambitionen ihrer Eltern“ (BRINKHOFF & SACK 1999, 16).

Als Hintergründe für diese Entwicklung gelten die veränderten Lebens- und Berufsperspektiven der Eltern, deren eigene Entwicklung nicht selten im Vordergrund der Familie steht. Hinzu kommen finanzielle Schwierigkeiten, Probleme bei der Arbeit oder Spannungen in der Beziehung, die an den Kindern nicht unbemerkt vorübergehen. In einer Zeit, in der Männer und Frauen starkem Leistungsdruck und Unsicherheiten ausgesetzt sind, ergeben sich für die Kinder häufig einschneidende Konsequenzen. Die Familie bietet häufig nicht mehr den Rückhalt und die Sicherheit für ein Kind wie noch vor 50 Jahren. Der familiale Bereich ist geprägt von hohen Scheidungsraten, Trennungen, Neuverbindungen, und geringen Kinderzahlen. Schon aus rein organisatorischen Gründen sind eine zuverlässige physische, psychische und soziale Pflege der Kinder und die Berücksichtigung ihrer Interessen und Bedürfnisse in der Familie heute oft nicht möglich.

Der angespannte Arbeitsmarkt erhöht den Leistungsdruck auf die Eltern, aber auch auf die Kinder. Meistens ist es weniger die Schule als die Eltern selbst, die Versagensängste der Kinder provozieren, indem sie ihren Kindern eine optimale Startposition für die berufliche Karriere ermöglichen wollen. Dabei werden häufig die Entwicklungsvoraussetzungen und Interessen der Kinder nicht berücksichtigt.

HURRELMANN (1994) bezeichnet Kinder mit einer hohen Leistungsmotivation, die durch nachgewiesene Leistung die Akzeptanz und Zustimmung ihrer Eltern erringen wollen, als eine „gesundheitsgefährdete“ Gruppe (ebd., 98). Es könnten daraus übersteigerte Kontrollbestrebungen und in angespannten Leistungssituationen langwierige physiologische und psychische Erregungen resultieren. Die Stressreaktionen auf unerfüllte elterliche Erwartungen im schulischen Wettbewerb scheinen besonders gravierend zu sein (ebd.).

Über das Stresserleben von Kindern mit geistiger Behinderung liegen keine Studien vor. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Über- und Unterforderung (wie sie Kinder mit geistiger Behinderung vermutlich häufig erleben) oder Unverstanden-Sein auch bei dieser Personengruppe zu Disstress führen.

Das Erleben von Stress kann sogar direkten Einfluss auf den Appetit haben und das Entstehen von Essstörungen mit verursachen. So wird häufig nicht aus Hunger, sondern aus Frustration, Ärger oder Niedergeschlagenheit gegessen (vgl. SAHLER & CARR 2003, 154).

3.4.4 Kritische Anmerkungen

Aus den vorangegangenen Ausführungen könnte der Leser folgern, dass die Kinder von heute andere, schwierige Lebensbedingungen vorfinden, als es noch vor nur wenigen Jahrzehnten der Fall war. LEDIG (1992) warnt Wissenschaftler davor, die eigenen, in der Erinnerung oft verklärten Kindheitserfahrungen zum Bewertungsmaßstab zu erheben und versucht, eine zu einseitige Sichtweise auf moderne Kindheiten zu verhindern. THIELE verschafft dem Gedanken Raum, dass Wissenschaftler und Erwachsene vielleicht ein Wahrnehmungsproblem und damit einen einseitigen Blick auf diese Thematik haben könnten¹²². „Wahrnehmungsprobleme entstehen schließlich auch aus nicht aufhebbaren *Differenzen zwischen den Deutungsmustern*¹²³ zwischen Erwachsenen, die allenfalls auf ihr eigenes vergangenes Kind-Sein rekurrieren können, und den veränderten Wahrnehmungs- und Deutungsmustern der heranwachsenden Generation“ (THIELE 1999, 147). THIELE (1999) kritisiert eine Begegnung dieser Thematik durch Erhebung von medizinischen und trainingswissenschaftlichen Daten und deren vorschnelle Bewertung. Er wirft die Frage auf, wie viel Körper ein heranwachsender Mensch in dieser hoch differenzierten Gesellschaft überhaupt benötige (ebd., 148). Weiter fragt der Autor „welche Bewegungsqualitäten oder –quantitäten für ein zufriedenes Leben in einer postmodernen Gesellschaft überhaupt erforderlich sind, und ob die Tatsache, dass Großstadtkinder nicht auf Bäume klettern können, als Indikator für den drohenden Untergang des Abendlandes sinnvoll erscheint“ (ebd., 148). Antworten auf diese Fragen sind schwer zu finden, dabei kann ein verklärter Blick zurück in die Vergangenheit zusätzlich hinderlich sein.

¹²² BERRY MAYALL (2005) kann einen falschen Blickwinkel der Erwachsenen auf Kindheit im Bezug auf den moralischen Status der Kinder feststellen. Die in Interviews gesammelten Aussagen weisen darauf hin, dass die tatsächliche moralische Handlungsfähigkeit nicht dem zugeschriebenen niedrigen moralischen Status der Kinder entspricht.

¹²³ Hervorhebung im Original.

LEDIG (1992) mahnt an, dass dramatisierende Beschreibungen des Freizeitverhaltens von heutigen Kindern, nach denen diese ihre Freizeit nur noch vor dem Fernseher verbringen oder von einer Veranstaltung zur nächsten hetzen, wenig dazu beitragen, sich der Realität der Kinder zu nähern. Man erreiche damit das Gegenteil und verstärke die Entfremdung (ebd., 34). LEDIG fragt deshalb, ob der Zugang zu audiovisuellen Medien für Kinder zwangsläufig zu einer Entwertung anderer Freizeittätigkeiten führe, die Fantasie der Kinder einschränkt und der Medienkonsum unbedingt kreative Tätigkeiten verhindere (LEDIG 1992, 34).

HERZBERG (1992) bezweifelt, dass aus dem Mangel an außerhalb pädagogischer Arrangements zusammentreffenden größerer Kindergruppen weniger solidarische und soziale Verhaltensweisen resultieren, als Kinder früher entwickelt haben mögen. Frühere Kindheiten sollten nicht idealisiert werden, denn seit der Industrialisierung waren in der kindlichen Lebenswelt nicht unbedingt bessere Erfahrungsenviroments für solche sozialen Qualifikationen geboten. Autonome Spielgruppen gab es zum Beispiel weder für das behütete, verhäuslichte Bürgerkind, noch für das in Arbeitszwänge gepresste Proletarier- und Landkind (ebd., 125). Eine Pauschalisierung von Kindheit ist nicht angebracht und auf Grund der Datenlage nicht möglich. Jede Kindheit ist individuell und stets subjektiv erlebt.

KEUPP (2000) rechtfertigt seinen besorgten Blick auf die Heranwachsenden mit drei aktuellen Jugendstudien¹²⁴ und stellt fest, dass Erwachsenwerden ein zunehmend schwieriger werdender Prozess sei (ebd., 15). Eine Antwort auf die Frage, ob sich Kinder im Ganzen nicht mehr so wohl fühlen oder von mehr Gefahren bedroht werden als in früheren Generationen kann nicht gegeben werden¹²⁵. Anstelle von Hungersnöten und Kinderkrankheiten werden heute andere Gefahren, wie Fehlernährung, Bewegungsmangel und „Stress“ für die kindliche Gesundheit ausgemacht.

¹²⁴ KEUPP (2000) stellt in seinem einführenden Kapitel „Auf dem Weg zu einer Gesellschaft der Ichlinge?“ knapp die Ergebnisse der Studien von SCHMIDTCHEN 1997, SILBEREISEN ET AL. 1997 („Jungsein in Deutschland“) und der Shell-Studie vor.

¹²⁵ GÖPPEL (2007) widmet der Frage „Sind Kinder heute (noch) glücklich?“ ein ganzes Kapitel. In seinem Fazit kann er diese Frage nicht wirklich beantworten, sondern verweist auf das „Unglück“, das durch die größeren Möglichkeiten des Genusses (und sei es nur durch Einbildungskraft) entstünde, die aber diese Wünsche und Bedürfnisse nicht befriedigen können. Durch die Konsumkultur und die entsprechenden Werbebotschaften würden Kinder heute mit künstlichen Wünschen und Ansprüchen überflutet, die es ihnen schwer macht, die „wirklich bedeutsamen Wünsche“ noch zu erkennen (ebd., Kapitel 7).

3.5 Zusammenfassung

Die menschliche Entwicklung vollzieht sich in einem Wechselspiel zwischen dem Individuum mit seinen individuellen Anlagen und seiner Lebenswelt. Die Persönlichkeit bildet sich nicht nur aus der Übernahme von Erfahrungen und Interpretationen anderer, sondern durch die ständige Auseinandersetzung mit Aufgaben im sozialen Kontext von Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen, Freunden, Lehrern und anderen Begleitern auf ihrem Weg. Kinder als aktive Akteure ihrer Entwicklung beeinflussen, gestalten „Kindheit“ mit. Viele Autoren attribuieren die moderne Kindheit mit Begriffen wie „verinselt“ oder „verhäuslicht“, da der Wandel der industrialisierten Gesellschaft auch vor Kindern nicht halt macht. Eine oft hohe Wohndichte, Straßen und Wirtschaftsgebäude lassen natürliche Spiel- und Bewegungsräume schrumpfen. „Als unmittelbare Konsequenz dieser Entwicklung auf der sozialökologischen Ebene wächst ein Großteil der Kinder heute in verinselten und von den Erwachsenen (pädagogisch) vorstrukturierten Sozialräumen auf“ (BRINKHOFF & SACK 1999, 14f). DU BOIS-REYMOND ET AL. (1994) sprechen von einem dominierenden Modernisierungstrend im aktuellen Kinderleben (ebd., 275).

Kinder mit geistiger Behinderung erleben ihre Umwelt und sich unter besonderen Bedingungen. Eine „Behinderung“ ist jedoch nicht systemimmanent, sondern entsteht erst im Wechselspiel zwischen besonderer Anlage und Umweltbedingungen. Art und Umfang der Beeinträchtigung und Hilfsbedürftigkeit ist bei sogenannten „Kindern mit geistiger Behinderung“ sehr verschieden. Allgemein sind sie in ihrem Leben dauerhaft abhängig von der Hilfe anderer. Sie werden häufig nicht zur Selbstständigkeit erzogen, sondern von ihrer Umwelt übermäßig geschützt. Für Kinder mit geistiger Behinderung trifft die oben genannte Aussage von BRINKHOFF & SACK (1999, 14) im Besonderen zu. Kinder mit geistiger Behinderung wachsen in verinselten und von Erwachsenen vorstrukturierten Sozialräumen auf.

Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (z.B. KIGGS-Studie 2006) und andere zahlreiche Forschungsergebnisse zeigen bereits bei Kindern hohe Raten von Adipositas und Übergewicht, Haltungsschwächen, muskulären Dysbalancen und koordinativen Schwächen. Kinder mit geistiger Behinderung rücken kaum in den Fokus von Forschern. Als gesundheitlich benachteiligt gelten besonders Kinder aus sozial schwächeren Familien, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund und Kinder

Alleinerziehender oder aus kinderreichen Familien. Diese Voraussetzungen wirken teilweise auch verstärkend auf Ungleichheiten der Chancen einer gesunden Entwicklung. Kinder mit geistiger Behinderung sind dabei besonders als gesundheitlich benachteiligte Gruppe zu sehen (vgl. KIGGS-Studie 2006). Für Kinder, die mit Beeinträchtigungen geboren werden oder durch Unfälle, Krankheiten, Umwelt oder andere Faktoren „behindert“ sind und werden, ist eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben erschwert. In das Leben der Kinder, ob mit oder ohne Behinderung, treten Aufgaben und Schwierigkeiten, die von ihnen bewältigt werden müssen. Das Auseinandersetzen mit diesen Aufgaben setzt Kompetenzen voraus, die es für Kinder zu erlernen gilt. Besonders in der heutigen Freizeitgesellschaft ist es wichtig, sich informieren zu können sowie auswählen, entscheiden und eigene Schwerpunkte setzen zu können (vgl. LEDIG 1992, 65). Die zur Lebensbewältigung geforderten hohen gestaltenden Eigenleistungen (KEUPP 2000, 16) sind für die Heranwachsenden mit geistiger Behinderung nur zu erbringen, wenn sie über nötige Handlungskompetenzen und Ressourcen verfügen.

Die Stellung des (geistig behinderten) Kindes in der Familie, die finanzielle Situation von Familien (mit behindertem Kind), die mögliche Überforderung der Eltern und Überbehütung der Kinder können sich hemmend auf die kindliche Entwicklung auswirken. Fehlernährung, Bewegungsmangel und „Stress“ sind nur einige Gefahren, die aus diesen erschwerten Entwicklungsbedingungen für die kindliche Gesundheit resultieren.

4 Gesundheitsförderung im Kindesalter

Gesundheit ist nicht rein biologisch festgelegt (siehe Kapitel 2), sondern kann durch gezielte Maßnahmen beeinflusst werden. Begriffe wie Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention implizieren diese Annahme. Die verschiedenen Begriffe, wie „Gesundheitsaufklärung“, „Gesundheitserziehung“, „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitsberatung“ oder der Terminus „Prävention“ werden dabei oft nebeneinander verwendet, ohne dass eine klare Abgrenzung erkennbar ist. Gesundheitsförderung kann nach LAASER, HURRELMANN und WOLTERS (1993) als übergreifender Terminus verstanden werden, der vorbeugende, präventive Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen zusammenfasst, die die Lebensqualität von Menschen fördern. Dabei können hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein und verhältnisbezogene¹²⁶ Dimensionen ebenso berücksichtigt werden wie verhaltensbezogene. Unter primärer Prävention, bzw. primordialer Prävention, werden auf Lebensverhältnisse gerichtete Interventionsschritte bezeichnet, die sich an (noch) Gesunde richten, um den jeweiligen Gesundheitszustand zu erhalten und zu fördern (LAASER & HURRELMANN 1993, 179). „Primary prevention involves practices to protect, promote, and maintain health, such as exercising regularly, maintaining a normal weight, and eating nutritional foods. It also involves avoidance of activities that jeopardize health, such as smoking or substance abuse“ (SAHLER & CARR 2003, 6). Themen der Primärmedizin sind u.a. Schutzimpfungen, Lebensmittelhygiene, Hygiene, Maßnahmen zur Gesundheitsbildung (vgl. BALZ 1995, 79f), Zahnpflege und Sexualaufklärung.

Neben der Verhältnisprävention muss Gesundheitsförderung auch an den Personen direkt ansetzen. Die Sichtweise der WHO von Gesundheitsförderung „beschreibt den Prozess der Förderung der Gesundheit als etwas, zu dem nicht nur die Arbeit der politischen Veränderung und multisektoralen Zusammenarbeit gehört, sondern auch die Befähigung der Menschen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen und sie mit den notwendigen Mitteln für ihr Wohlbefinden auszustatten. Gesundheitsförderung umfasst die Erweiterung des Wissens des Einzelnen über die Funktionsweisen seines Körpers und die

¹²⁶ Unter „verhältnisbezogen“ werden solche Maßnahmen verstanden, die auf die Lebensverhältnisse der Menschen Einfluss nehmen. „Die Verhältnisprävention setzt an den Umwelts-, Arbeits- und Lebensbedingungen des Menschen an. Durch sie sollen bestehende Gesundheitsrisiken, auf die der Einzelne keinen Einfluss hat, erkannt und beseitigt oder zumindest reduziert werden“ (HOFFMANN 2008, 19).

Möglichkeiten der Vermeidung von Erkrankungen, die Stärkung seiner Kompetenzen im Umgang mit dem System der gesundheitlichen Versorgung sowie die Erhöhung seines Bewusstseins über die politischen und anderen Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, die seine Gesundheit beeinflussen“ (NAIDOO & WILLS 2003, 85).

Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung umfassen vor allem Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen.

Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung setzen eher in Familien und Erziehungseinrichtungen an, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen fördern. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Gesundheitserziehung sind folglich auch primärpräventive Maßnahmen. Gesundheitserziehung erfolgte in der Vergangenheit erst durch das Konzept der Abschreckung und Vermeidung von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (Risikofaktoren) (vgl. SOMMER 2000), die die Wahrscheinlichkeit, an bestimmten Krankheiten zu erkranken, erhöhen (Pathogenese). Es zeigte sich aber, dass eine über das Risikofaktorenmodell angegangene Prävention die finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens nicht senken konnte. Eine Vorbeugung gegen multifaktoriell bedingte Zivilisationskrankheiten, die „von biologischen Voraussetzungen, individuellen Verhaltensweisen und spezifischen Umweltbedingungen abhängen, kann jedoch nur gelingen, wenn der einzelne aktiv beteiligt ist. (...) Risikofaktoren sollen also nach der neuen Präventionsstrategie in Schutzfaktoren übersetzt werden“ (BALZ 1995, 80).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt bereits seit Jahren eine gesundheitsbezogene Perspektive, basierend auf ihrem positiven Gesundheitsverständnis. In der Ottawa-Charta führte die WHO bereits im Jahr 1986 den gesundheitspolitischen Begriff der „Gesundheitsförderung“ ein, um Maßnahmen zur Förderung einer positiv verstandenen Gesundheit zu umschreiben. Dabei sollte Gesundheit nicht mehr nur als Ziel, sondern auch als Mittel betrachtet werden, Individuen zu befähigen, ihr individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten. Danach ist Gesundheitsförderung ein Prozess, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um sie damit zu deren Stärkung zu befähigen. Legitimiert werden kann Gesundheit als materialer Gegenstand einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin, weil davon

ausgegangen werden muss, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten mit pädagogischen Mitteln zu beeinflussen ist (WULFHORST 2002, 21).

Damit weist dieser Gesundheitsförder-Ansatz eine große Nähe zum Empowerment- Ansatz auf. Im Sinne von Empowerment¹²⁷ ist eine Förderung der Ressourcen des Individuums und die Vermittlung von Strategien nötig, um auf eben diese zurückgreifen zu können. „Empowerment meint die Stärkung von Kompetenzen, Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeit von Personen oder Gruppen. Damit ist Gesundheitsförderung auch eine politische, gesellschaftsverändernde Aufgabe, was die praktische Umsetzung ihrer Ziele nicht gerade vereinfacht“ (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 2001, 19).

Als zivilisatorische Erkenntnis gilt, dass eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, auch auf die Gesundheit der nachwachsenden Generationen angewiesen ist und schon aus solch utilitaristischen Gründen sorgsam sein muss. Bekannt ist, dass die „Basis für Gesundheit in der Zeit der Kindheit und Jugend gelegt wird“ (IAGJ 2004, 2).

Selbstbemächtigung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Einheit Körper und Geist zur Verbesserung der Lebensqualität sollte das Hauptziel jeglicher Erziehung sein. Dies sind die verlässlichen Ressourcen jedes Menschen, mit denen er den Belastungen des Lebens entgegenzutreten kann.

HURRELMANN & BRÜNDEL (2003) begründen eine frühe Gesundheitsförderung im Sinne von Empowerment durch mögliche Entwicklungspotenziale von Kindern: „Kein Kind kann die körperlichen und psychischen Vorgaben abstreifen, mit denen es geboren wird und die sich im Laufe des Lebens nur in engen Grenzen verändern. Kein Kind kann auch die sozialen und physischen (materiellen) Umweltbedingungen ausschalten, die die Rahmenbedingungen für sein Handeln setzen. Die Art und Weise aber, wie sich jedes einzelne Kind mit seinen Anlagen und seiner Umwelt auseinandersetzt und sie verarbeitet, ist individuell und einmalig. (...) Wie ein Kind mit den inneren Anlagen umgeht, entscheidet sich nach der Kompetenz, das Potenzial für eigene Handlungen und Entwicklungen auszuschöpfen“ (ebd., 15).

¹²⁷ Der Empowerment-Gedanke kommt aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum und entwickelte sich aus Selbsthilfeinitiativen und Protestaktionen von armen, arbeitslosen, psychisch-kranken, behinderten und anderen sozial benachteiligten Menschen. Empowerment lässt sich sinngemäß mit Selbstbemächtigung oder als Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke übersetzen (z.B. SCHLESSELMANN 2007, 26). Ausgangspunkt ist nicht mehr der defizitäre Blick auf die Hilfsbedürftigkeit der Menschen, sondern eine kompetenzorientierte Betrachtung des Menschen mit seinen Fähigkeiten und Chancen (zur Vertiefung: THEUNISSEN, G. (2007). Empowerment behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.)

Deshalb ist eine Stärkung der Ressourcen der Kinder von Anfang an wichtig, um ihnen Entwicklungschancen zu bieten, um ihnen eine gesunde Kindheit in der heutigen Gesellschaft als Basis für ein gelingendes selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

In der 1992 von der Bundesrepublik unterzeichneten UN-Kinderrechtskonvention wird in Artikel 24 Absatz 1 das Recht des Kindes auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit von allen Vertragsstaaten anerkannt (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2007, 18). In Absatz 2 wird festgesetzt, dass sich die Vertragsstaaten darum bemühen, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen und insbesondere geeignete Maßnahmen treffen. Sie wollen sicherstellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes vermittelt werden und diese Zugang zu entsprechenden Schulungen haben (ebd.).

4.1 Ausgewählte Konzepte zur Gesundheitsförderung im Kindesalter

Seit einigen Jahren steigt die Anzahl der Programme zur Gesundheitsförderung stetig an. In verschiedenen Settings und für verschiedenste Zielgruppen werden Gesundheitsförderungsprogramme angeboten¹²⁸. In unterschiedlichen Institutionen, wie Schulen, Krankenhäusern, Betrieben, Kindergärten, werden zunehmend Angebote zur Gesundheitsförderung auch von Krankenkassen oder Firmen gefördert. So gab es Konzepte, die vom Kultusministerium unterstützt wurden und werden, wie zum Beispiel die Aktionen „Bewegte Schule“, „Gesundes Pausenbrot“, „Gesunde Schule“¹²⁹ oder „Klasse 2000“. Im Folgenden soll eine Auswahl bestehender Konzepte zur Gesundheitsförderung in Deutschland, die im Kindesalter ansetzen, vorgestellt werden.

¹²⁸ Es gibt auch einige Programme speziell zur Prävention von Adipositas, die zum Teil evaluiert und deren Ergebnisse veröffentlicht wurden. CAMPPELL, WATERS, O'MEARA & SUMMERBELL (2001) haben sieben Präventionsprogramme für kindliches Übergewicht zusammengestellt und analysiert. Ein Großteil der Studien wurde an Schulen und Kindergärten durchgeführt und bestanden aus den Komponenten Ernährungsaufklärung und Steigerung der körperlichen Aktivität. Die Ergebnisse von CAMPPELL ET AL. (2001) lassen keine eindeutigen Aussagen über die Effektivität der Programme zu. Während etwa die Hälfte der Studien eine geringere Übergewichtsprävalenz in der Präventionsgruppe als die Kontrollgruppe verzeichnen konnte, konnten die restlichen Studien keinen Effekt in die erwartete Richtung erzielen.

¹²⁹ ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.) (2006). Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm „Gesunde Schule“. Ergebnisse und Empfehlungen. Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart.

4.1.1 Klasse2000

Seit 1991 wird in Deutschland das von Universitätsdozent Dr. med. PÁL I. BÖLCSKEI entwickelte Programm *Klasse 2000* zur schulischen Suchtprävention und Gesundheitsförderung von der ersten Grundschulklasse bis zum Ende der vierten Klasse durchgeführt. Kinder werden bereits ab dem Alter von 6 bzw. 7 Jahren erreicht und die gesamte Grundschulzeit hindurch begleitet. Damit setzt das Programm sehr frühzeitig (vor Beginn des ersten Rauchens) an und ist relativ langfristig konzipiert.

Im Mittelpunkt dieser Präventionsmaßnahme stehen neben der baldigen Vermittlung eines positiven Gesundheitsbegriffs die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Förderung positiver Lebenskompetenzen. Im Jahr 2001 nahmen ca. 4000 Klassen mit etwa 100.000 Schülern aus Bayern, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Berlin teil, was die große Popularität dieses Programmes deutlich zeigt (SCHWARZER 2004, 348).

Seit der Einführung von Klasse2000 wurden bis 2008 über 530.000 Kinder aus mehr als 21.000 Klassen erreicht (VEREIN PROGRAMM KLASSE2000 E.V. 2009). Klasse2000-Gesundheitsförderer führten zusammen mit den Klassenlehrern die Unterrichtsstunden durch. Für ihre Tätigkeit werden die Gesundheitsförderer geschult. Paten und Spender - Lions Clubs, Firmen, Eltern und viele andere - ermöglichten mit ihren Spenden den Schulklassen die Teilnahme am Programm.

Vom Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz wurden 100 Klassen gefördert, die vier Jahre an Klasse2000 teilnehmen. Dieses Modellprojekt wird vom Verein Programm Klasse2000 e.V. über vier Schuljahre hinweg begleitend evaluiert. Dabei wird die Akzeptanz und Praktikabilität des Programms an Schulen, an denen das Programm neu eingeführt wird, untersucht¹³⁰. Die Ergebnisse der zweiten Befragung am Ende des Schuljahrs 2006/07 belegen eine hohe Akzeptanz bei allen Zielgruppen. „Die Lehrkräfte bewerten das Unterrichtskonzept positiv. Sie führen im Durchschnitt mehr als 80% der vorgesehenen Unterrichtsinhalte durch und implementieren damit einen intensiven Gesundheitsunterricht in den Klassen. Insbesondere die Bewegungspausen werden zum festen Bestandteil des Klassenalltags in nahezu allen untersuchten Klassen. Die Kooperation mit dem Klasse2000-Gesundheitsförderer wird sehr geschätzt. Knapp 85% geben an, dass sie selbst von dieser

¹³⁰ Darüber hinaus sollten am Ende der 4. Jahrgangsstufe (2008/09) Wirkungen des Programms auf das Wissen, die Einstellungen und die Verhaltensweisen der Kinder in einer kontrollierten Kontrollgruppenuntersuchung festgestellt werden. Die Ergebnisse wurden jedoch noch nicht veröffentlicht.

Zusammenarbeit profitieren. Drei Viertel der Lehrkräfte beobachten unmittelbare Wirkungen des Programms auf die Schülerinnen und Schüler. Diese zeigen aus der Sicht ihrer Klassenlehrer ein verbessertes Sozialverhalten, eine gesündere Ernährung und eine hohe Motivation, Bewegung und Entspannung im Schulalltag anzuwenden (VEREIN PROGRAMM KLASSE2000 E.V. 2009, 7). Befunde aus vorhergegangenen Studien zeigen, dass Kinder der vierten Klasse, die an dem Programm teilgenommen hatten, seltener rauchten als Kinder der Kontrollklassen (BÖLCSKEI ET AL. 1997; zitiert nach SCHWARZER 2004).

Das Unterrichtskonzept von Klasse2000 wird auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen, von Rückmeldungen der Gesundheitsförderer und der Lehrkräfte sowie aktuellen fachlichen Diskussionen ständig aktualisiert und verbessert¹³¹.

4.1.2 Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS)

KOPS (Kiel Obesity Prevention Study) ist sowohl als primäre, als auch als sekundäre¹³² Prävention von Übergewicht Adipositas konzipiert. Die primäre Prävention richtet sich an Kinder mit einem hohen Risiko, eine Adipositas zu entwickeln, und deren Familien. Die sekundäre Prävention gilt Familien mit „dicken Kindern“.

Im Rahmen von KOPS wurden zwei verschiedene Interventionen durchgeführt:

1. die Schulintervention, die sich an alle Schüler der 1. Klassenstufe richtete und somit einer universalen Prävention entspricht und
2. die Familienintervention als selektive Präventionsmaßnahme, die sich an Familien mit erhöhtem Adipositasrisiko richtet, also an Familien mit einem übergewichtigen Kind oder mindestens einem adipösen Elternteil.

Für die Schulintervention wurden zwischen 1996 und 2001 jedes Jahr drei Kieler Grundschulen ausgewählt. An den Interventionsschulen wurde eine sogenannte schulorientierte Intervention für die Zielgruppe „Kinder“, „Eltern“ und „Lehrer“ angeboten. Für die Eltern wurden Informationsabende veranstaltet und für die Lehrer eine Fortbildung organisiert (MAST, ASBECK, LANGNÄSE, GRUND & MÜLLER 2000). Die Intervention umfasste

¹³¹ Siehe zum Beispiel: STORCK, C., DUPREÉ, T., DOKTER, A. & BÖLCKSER, P. (2006). Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 1, 19–25.

¹³² Sekundäre Prävention „ist darauf ausgelegt, bereits vorhandene, aber noch symptomlose Krankheiten frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren. Zu diesen Maßnahmen gehören zum Beispiel der Gesundheits-Check-up oder Krebs-Früherkennungsuntersuchungen“ (HOFFMANN 2008, 19).

einen 6-stündigen Ernährungsunterricht sowie Anleitungen zu „Bewegten Pausen“, um die Motivation der Kinder für körperliche Aktivität zu erhöhen. Insgesamt nahmen 780 Kinder am Ernährungsunterricht teil. Die Familienintervention bestand aus drei Beratungseinheiten zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und Essverhalten. Übergewichtigen Kindern wurde über einen Zeitraum von sechs Monaten zweimal wöchentlich ein einstündiges Sportprogramm angeboten. 92 Familien wurde dieses Therapieangebot gemacht. Vier und acht Jahre nach der Intervention fand/findet eine Nachuntersuchung der Kinder statt. 22 Familien konnten über einen Zeitraum von 4 Jahren nachuntersucht werden. Die Familientherapie zeigte nachhaltige Effekte auf den Ernährungszustand. Allerdings wurde auch in der Familienintervention der Erfolg durch den sozialen Status der Familie begrenzt. Die Ergebnisse der 4-Jahres-Nachuntersuchung von 345 Interventionskindern zeigten, dass eine frühzeitige Adipositasprävention möglich ist (CZERWINSKI-MAST, DANIELZIK, ASBECK, LANGNÄSE, SPETHMANN & MÜLLER 2003). Aus der Studie geht hervor, dass für 43,8% der fünf- bis siebenjährigen Kieler Kinder Interventionsmaßnahmen im Sinne einer Adipositasprävention sinnvoll und notwendig sind (MAST ET AL. 2000). Der Erfolg wird jedoch durch das Geschlecht des Kindes, den sozioökonomischen Status der Familie sowie das Gewicht der Mutter beeinflusst.

4.1.3 Die „Bewegte Schule“

Hinter dem Begriff der „Bewegten Schule“ verbergen sich verschiedene Ideen für ein „neues“ Schulkonzept, welches Bewegung in die Schule bringen soll und eine ganzheitliche schulische Erziehung fordert. Ausgehend von immer häufiger auftretenden Rückenbeschwerden von Schulkindern wurde Mitte der 80er Jahre eine Konzeption diskutiert, die mehr Bewegung in die Schule bringen sollte (ILLI 1995). Schule wurde dabei als Problemverursacher von Rückenbeschwerden bei Schülern gekennzeichnet, gleichzeitig aber auch als möglicher Problemlöser ausgemacht. Um dem entgegen zu treten, sollten Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen im Schulleben fest verankert werden. Der Schweizer Urs ILLI prägte den Begriff „Bewegte Schule“. Durch ihn startete 1991 eine nationale Kampagne mit dem Ziel, eine bewegte Schule zu gestalten (ILLI 1995). Das Bewegungsprinzip als Element der Gesundheitsförderung wurde als aktiv-dynamisches Unterrichtsprinzip verstanden, so dass schulisches Lernen zum „bewegten Lernen“ einhergehend mit der Nutzung eines „beweglichen Schulmobiliars“ werden sollte. Die Idee der bewegten Schule nahm immer häufiger Einzug in die Praxis, wobei bei der Realisierung des Konzeptes durchaus unterschiedliche Akzente gesetzt werden. Seit Anfang der neunziger

Jahre erscheinen wieder vermehrt Publikationen zu dieser Thematik, in denen sich unter verschiedenen Überschriften wie z. B. „Bewegte Schulkultur“, „Bewegungsfreudige Schule“, „Schule als Bewegungsraum“ oder die „Bewegungsfreundliche Schule“ (vgl. (z.B. THIEL, TEUBERT, KLEINDIENST-CACHAY 2006, 15ff) sich der gleiche Gedanke eines „bewegten“ Schulkonzeptes wiederfindet. THIEL ET AL. (2006) analysierten die in der Literatur vorkommenden Begründungsmuster der „bewegten Schule“ und fanden drei Hauptkategorien, die sie in weitere zwei bzw. drei Unterkategorien unterteilten. Begründet wird das Konzept demnach mit entwicklungs- bzw. lerntheoretischen, medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen und schulprogrammatischen Begründungsmustern (siehe Abbildung 15).

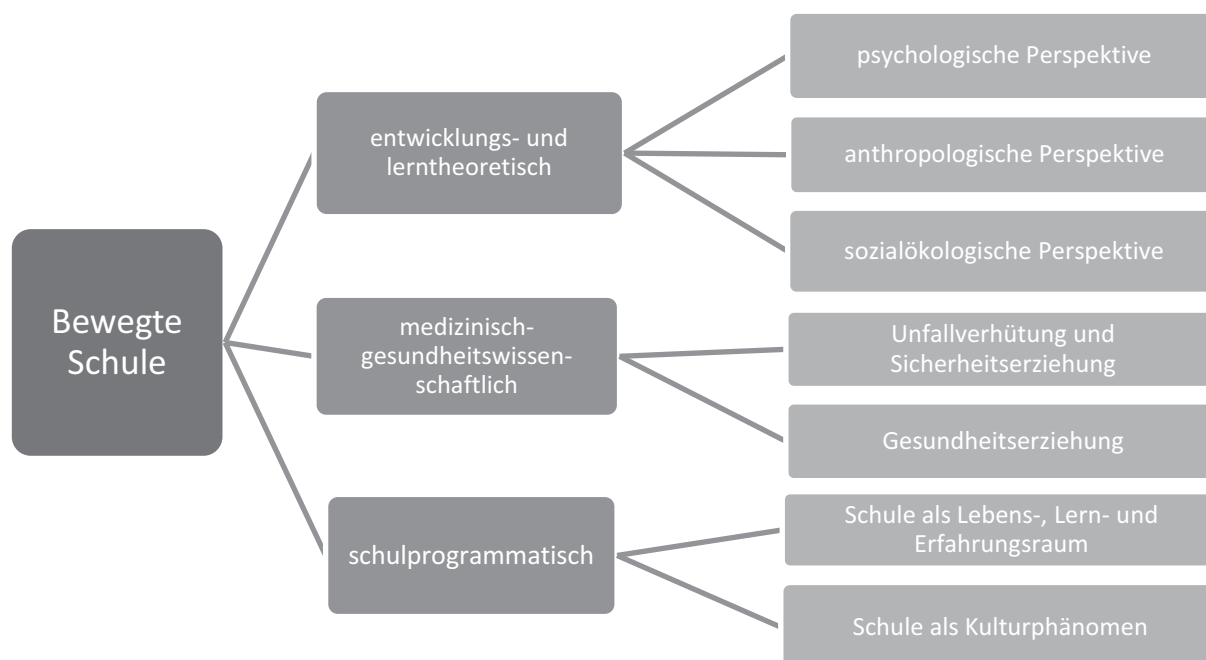


Abbildung 15: Begründungsmuster einer "bewegten Schule" (nach THIEL ET AL. 2006)

Als schulprogrammatische Begründung dienen pädagogische Forderungen nach einem Lebens-, Lern- und Erfahrungsraum. Neben dem Schulsport und den vielfältigen Facetten des außerunterrichtlichen Sports kristallisierten sich weitere Bausteine heraus, wie Bewegtes Sitzen, Bewegtes Lernen, Bewegungspausen im Unterricht und die Bewegte Pause (vgl. DORDEL & BREITHECKER 2003). Die Strukturmerkmale einer idealtypischen „Bewegten Schule“ (aus THIEL ET AL. 2006, 47) sollen durch die hier nicht ausführlich erläuterte Abbildung dargestellt werden (Abbildung 16).

Eine „Bewegte Schule“ bezieht sich also nicht nur auf das Unterrichtsgeschehen, sondern auch auf die Schule als Lebensraum und Ort des Lernens. Realistisch betrachtet können wohl kaum alle Vorschläge umgesetzt werden, da bauliche Gegebenheiten, finanzielle Mittel der

Schule und das Engagement der Lehrer, Eltern und Schüler ausschlaggebend sind. Der Erfolg dieses Gesamtkonzeptes ist von der Hilfe aller am „System Schule“ beteiligten Personen und Institutionen abhängig. Die Offenheit dieses Konzeptes erlaubt einerseits einen großen Spielraum bei der Adaption an örtliche, pädagogische und personelle Gegebenheiten der Schule. Andererseits kann die Umsetzung einer „Bewegten Schule“ nicht mit Hilfe konkreter Handlungsanweisungen und festgelegter Qualitätsrichtlinien erfolgen.



Abbildung 16: Kategorisierung der Strukturmerkmale einer „Bewegten Schule“ (nach THIEL ET AL. 2006, 47)

Ergebnisse empirischer Studien¹³³ stützen die Bedeutung einer konsequenten Umsetzung des Konzepts einer bewegten Schule. Z.B. konnte die Studie von DORDEL & BREITHECKER (2003) eine positive Wirkung der Bewegungsaktivität im Schulleben auf die Aufmerksamkeitsleistung von Kindern nachweisen. Die Konzeption der Bewegten Schule

¹³³ Eine theoretische und empirische Analyse dieses Konzepts an 52 Grundschulen in Ostwestfalen bieten THIEL ET AL. (2006). Weitere Studien nachzulesen bei: THIEL, TEUBERT & KLEINDIENST-CACHAY (2000), DORDEL & BREITHECKER (2003), MÜLLER & RICHTER (2007) oder GRÖBERT, KLEINE & PODLICH (2002).

bezieht sich primär auf den Grundschulbereich, in weiterführenden Schulen wird sie angedacht (THIEL ET AL. 2006, 20). Bei der Erprobung und Entwicklung eines pädagogischen Konzeptes der bewegten Schule in Sachsen wurden von 2001 bis 2005 auch Förderschulen einbezogen, jedoch erfolgte die Konzentration auf Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen¹³⁴ (MÜLLER & RICHTER 2007). Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung werden vermutlich auch bei der Umsetzung der Konzeption weniger erreicht.

4.1.4 Anschub.de

„Anschub.de“ - Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Institutionen, die gemeinsam versuchen, die Schul- und Bildungsqualität durch ein Investment in Gesundheit nachhaltig zu verbessern. Das Konzept spricht SchülerInnen, Eltern, Lehrkräfte, Träger (in der Kommune), Verantwortliche in der Schulverwaltung und Verantwortliche im Gesundheitssystem an. Das von der Bertelsmann-Stiftung initiierte Programm „Anschub.de“ wurde seit 2002 erfolgreich in vier Bundesländern durchgeführt. Dabei ist der Kerngedanke von Anschub.de, mit Gesundheit eine gute Schule zu machen (PAULUS 2003; PAULUS 2007, 87). Nach der Vorbereitung in den Jahren 2002 und 2003 folgte die Durchführung des Programms an Schulen. Seit dem Schuljahr 2004/05 wurde Anschub.de in den Modellregionen Bayern, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern in über 40 Schulen erprobt, evaluiert und weiterentwickelt. Seit 2007 erfolgt der Transfer der Struktur und Inhalte in andere Standorte, an neue Schulen. Ziel ist die Entwicklung zur „guten gesunden Schule“. Die Gestaltung und Umsetzung des Programms erfolgt gemeinsam mit den Partnern der Allianz. Als konkrete Maßnahmen werden genannt:

- „Politische und strategische Einflussnahme der Allianz mit Wirkung auf die Gesundheits- und Bildungspolitik,
- Aufbau lokaler Strukturen zwischen Schulen, Schulaufsicht, Schulträgern und regionalen Kooperationspartnern,
- Implementierung der Gesundheitsförderung in die Schulentwicklung zur Qualitätssicherung des Bildungs- und Erziehungsauftrages,
- Erfahrungstransfer und Öffentlichkeitsarbeit,

¹³⁴ Die Konzentration auf diesen Förderschwerpunkt wird damit gerechtfertigt, da 80% der Förderschüler in Sachsen diese Schulart besuchen (MÜLLER & RICHTER 2007).

- Entwicklung von Modulen und Handreichungen auf Grundlage der Qualitätsanforderungen der guten gesunden Schule,
- Personelle Begleitung und Unterstützung der Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess und
- Identifizierung und Entwicklung von Angeboten zur Fort- und Weiterbildung“ (BERTELSMANN-STIFTUNG 2008)

Das Programm zielt auf eine Gesundheitsförderung, die von der Schule her gedacht, in die Schulentwicklung eingebunden und als Unterstützung zur Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages verstanden wird. Übergeordnetes Ziel von Anshub.de ist es, die Schul- und Bildungsqualität durch ein Investment in Gesundheit nachhaltig zu verbessern (ARBEITSGEMEINSCHAFT BAYERISCHER LEHRERVERBÄNDE 2006). Im Rahmen von Anshub.de entstand ein Leitfaden, in dem die einzelnen Schritte, die eine Schule im Sinne einer nachhaltigen Schulentwicklung gehen kann, genau beschrieben sind. Dieser Leitfaden „Die gute gesunde Schule entwickeln“ wie auch die weiteren Module können von den Schulen entweder kostenpflichtig über den Verlag der Bertelsmann-Stiftung oder kostenlos über die Anshub-Partner erworben werden. Die gute gesunde Schule ist etwas anderes als die herkömmlichen Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung. Im Kern ist sie ein Anliegen der Bildungsförderung. „Es geht um Bildungsförderung mit Gesundheit, denn die gute gesunde Schule setzt am Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule an und will Schule dabei unterstützen, diesen Auftrag zu erfüllen“ (PAULUS 2007, 89f). Anshub.de versucht, jede Schule über alle Schultypen hinweg - also auch Förderschulen - mit den Unterstützungsangeboten zu erreichen. Anshub.de scheint jedoch in der praktischen Umsetzung in der Schulentwicklung den Schwerpunkt der Schule nicht automatisch auf eine *gesunde* Schule zu legen (siehe HANEY 2005).

4.1.5 Miteinander 2000 – Familien stärken

Das Projekt „Miteinander 2000“ wurde im Rahmen einer Dissertation entwickelt und in den Schuljahren 2000/01 und 2001/02 mit der Unterstützung der Bayerischen Staatsministerien für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz sowie für Unterricht und Kultus und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) als Pilotprojekt an sechs bayerischen Grundschulen durchgeführt (KAPUSTIN-LAUFFER 2006). Die am Pilotprojekt teilnehmende Grundschule Isen wurde im Rahmen einer Dissertation von KAPUSTIN-LAUFFER evaluiert.

Die Besonderheit des Projekts „Miteinander 2000 – Familie stärken“ ist der Versuch, die breite Bezugsverbindung des gesamten Umfeldes zu erreichen. Wie schon der Name sagt, ist der Leitgedanke des Projektes „Miteinander 2000 – Familie stärken“ das familiäre Miteinander zu stärken und eine große, vernetzte Verantwortungsgemeinschaft für Kinder zu schaffen, um eventuellen negativen Entwicklungen, wie zum Beispiel Vereinsamung, Suchtneigungen oder Gewaltbereitschaft vorzubeugen. Es zielte auf eine Vernetzung der kindlichen Lebenswelten, Schule, Familie, Kirche, Verein usw., ab. Durch diese Vernetzung von Familienleben, schulischem Leben, Vereinsleben, musischem und kirchlichem Leben soll eine Prävention von Sucht, Gewalt und sozialer Isolierung erreicht werden.

In den Projektschulen wurden pro Schuljahr meist etwa vier Projekttreffen in der Schule, im Verein oder in der Kirchengemeinde veranstaltet und alle Beteiligten eingeladen. Bis zu 150 € pro Klasse und pro Treffen konnten den teilnehmenden Schulen für Materialbeschaffung und Aufwandsentschädigung zur Verfügung gestellt werden. Initiatoren und Organisatoren aller Treffen waren hauptsächlich Lehrer, beziehungsweise Leiter der beteiligten Klassen. Unterstützt wurden die Verantwortlichen durch die engagierte Mithilfe vieler Eltern.

Bei allen Projekttreffen sollten vier Prinzipien berücksichtigt werden:

- Prinzip der Bewegung
- Prinzip der Wertevermittlung
- Prinzip der Beteiligung, Initiative, Engagement und Enkulturation
- Prinzip der bewussten Erziehung und des bewussten Handelns

Allen Treffen gemeinsam war ihr ähnlicher struktureller Aufbau. Nach gemeinschaftlichen Familienaktivitäten sportlicher, künstlerischer oder musischer Art wurde die Gruppe in Kinder und Eltern aufgeteilt. In Workshops oder Gesprächskreisen wurden dann verschiedene Themen bearbeitet.

Thematisiert wurden bei den Projekttreffen:

- Leben in Bewegung
- Freizeit-, Urlaubs-, Wochenendgestaltung
- Geheime Erzieher: Medien, Vorbilder der „Straße“...
- Suche – Sehnsucht – Sucht
- Stille – Ruhe finden – Selbstbesinnung
- Materielle Werte – ideelle Werte
- Familienleben – Familien stärken
- Natur erleben – natürlich leben...

Das Vernetzungsprojekt „Miteinander 2000 – Familien stärken“ stieß schon in der Testphase der ersten zwei Jahre auf durchwegs positive Resonanz. Ein Medienkoffer, der nach der Pilotphase des Projekts erstellt und an alle bayerischen Grundschulen verteilt wurde, enthält einen kurzen Dokumentationsfilm, eine CD-Rom und einen Ordner mit diversen Vorlagen und bereits umgesetzten Ideen für einzelne Projektstage. Damit soll jedem Lehrer die Möglichkeit gegeben werden, das Projekt auch an seiner Schule in die Tat umzusetzen. Die aufgeführten Vorschläge können sowohl eins zu eins durchgeführt werden, lassen aber auch genug Freiraum für Modifikationen einzelner Bestandteile. Der Medienkoffer stellt eine große Einstiegshilfe zur weiteren Projektdurchführung dar. Durch die Offenheit könnte die Konzeption eventuell auch an Förderzentren zum Einsatz kommen. Diese wurden jedoch bei der Ausgabe der Medienkoffer nicht bedacht und das Konzept an einer Zielgruppe mit besonderem Förderbedarf nicht erprobt.

4.2 Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung

Die aufgeführten Konzepte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ziele, Inhalte, Methoden, Zielgruppen und der Herangehensweise. Zwar spricht Anshub.de auch Förderschulen an, liefert jedoch kein spezielles Material für den Unterricht oder Aktionen mit dieser Zielgruppe. Keines der anderen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Deutschland, berücksichtigt explizit Kinder mit geistiger Behinderung. Im Sinne und Rahmen von Schulentwicklung zu einer guten gesunden Schule könnten Projekte umgesetzt werden, wenn entsprechendes Material für diese Zielgruppe und konkrete Praxisanleitungen vorhanden wären. Aus den hier skizzierten Ansätzen sollen nun Kernelemente für eine Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung abgeleitet werden.

Kinder mit geistiger Behinderung haben es mit besonderen Bedingungen bei ihrer Entwicklung zu tun. Sie müssen gestärkt werden, mit Schwierigkeiten zurechtzukommen und sie zu bewältigen. Als Synthese verschiedener Entwicklungsmodelle wurde im Konstanzer Längsschnitt ein Modell der produktiven Problembewältigung entwickelt, das sich besonders auf Ressourcen konzentriert, die eine günstige Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben fördern (siehe Abbildung 17).

Zu den personalen Ressourcen zählen sozioökonomische Kompetenzen im Sinne von Analyse- und Urteilsfähigkeit und emotionale Komponenten. „Insbesondere ein positives Verhältnis der Person zu sich selber, also das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten“ (FEND 2005, 213) ist bedeutsam. Diese Einstellungen werden im Wesentlichen in der Kindheit aufgebaut und in die Jugendzeit und Adoleszenz „transportiert“

(ebd.). Die sozialen Ressourcen mit den sozialen Stützsystemen, vor allem von Seiten der Familie, und eine positive Einbettung in soziale Bezugssysteme, die neben den Eltern in Gleichaltrigen, Freunden, Verwandten und in der Schule liegen, gelten für die Lebensbewältigung als wichtig. Erfolge im Leistungsbereich und deutliche Zeichen von sozialer Anerkennung unter Gleichberechtigten stabilisieren die Lebensbewältigung, so FEND (2005, 214).

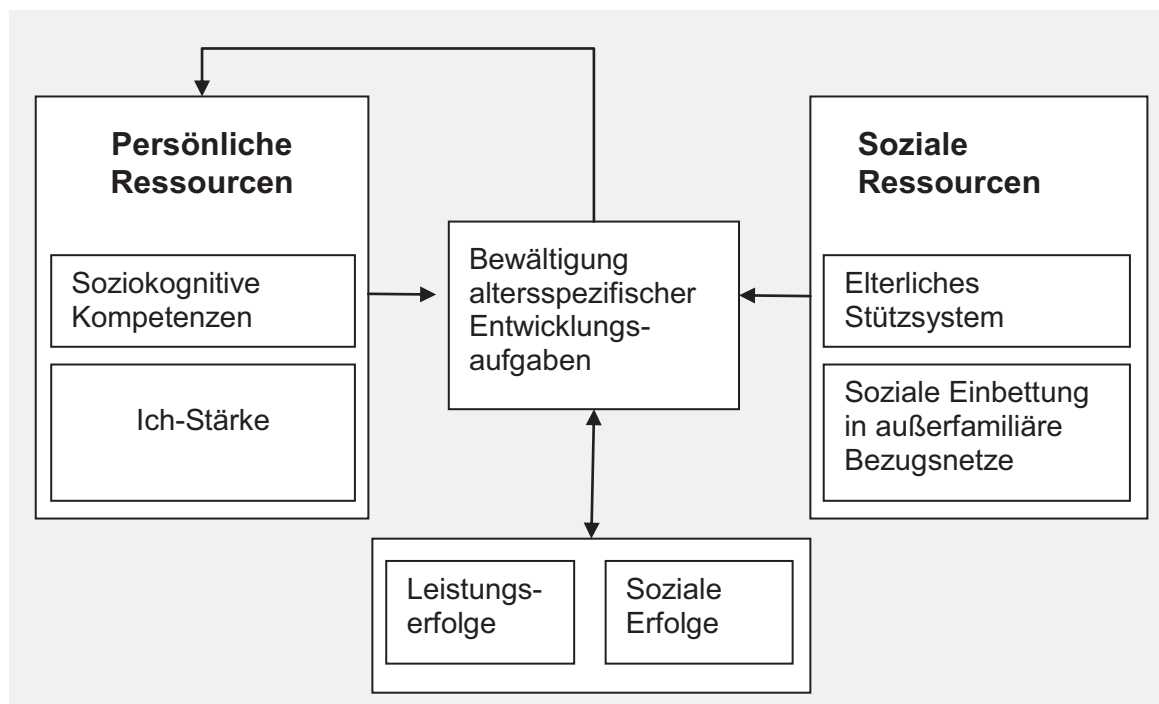


Abbildung 17: Ressourcen produktiver Problembewältigung (aus FEND 2005, 214)

Diese Forderungen nach einer Stärkung der kindlichen Ressourcen überschneiden sich mit den Erwartungen an gesundheitsfördernde Maßnahmen. Denn nach HURRELMANN & BRÜNDEL muss Gesundheitsförderung auf die Stärkung der Persönlichkeit, der Sozialfähigkeit und auf die positive Bewältigung von Konflikten, Enttäuschungen und Stress abzielen (2003, 39).

Gesundheitsförderung benötigt, so SOMMER (2000), zwei sich wechselseitig ergänzende Interventionsstrategien: Einerseits sollen Maßnahmen und Aktivitäten auf die Stärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, sozialer Bestätigung und die Stärkung individueller gesundheitsrelevanter Kompetenzen abzielen. Andererseits sollen Maßnahmen und Aktivitäten auf die Vermeidung oder Reduzierung gesundheitsriskanten Verhaltens ausgerichtet sein (ebd., 12).

Dem Vorwurf der Überbewertung personenbezogener Verhaltensdeterminanten in der Gesundheitsförderung durch SMITH und BAUMANN (2007, 155) kann entgegengesetzt werden,

dass das einzelne Individuum für die Aufgaben und Herausforderungen des Lebens gestärkt werden muss. Der momentane Trend der immer mehr geforderten Selbstverantwortung, die jedem Bürger von Seiten des Staates, der Gesellschaft und Medien zugeschrieben wird, erfordert eine höhere Kompetenz des Einzelnen.

Es muss damit jedem Menschen eine höhere Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zugesprochen werden. Jener Verantwortung lässt sich nachkommen, „wenn man die eigenen Körpersignale verstehen lernt, mit seinen Gefühlen und Gedanken ehrlich umgeht, sich selbst Ausdruck zu verleihen und aktiv zu leben versucht, Entspannungsübungen und andere Selbstbehandlungsformen nutzt, Krankheiten auch als eine Chance zur Neuorientierung betrachtet, alles in einer selbstreflexiven Lebensweise beherzigt“ (BALZ 1995, 82). Zum Anderen sollte Gesundheitsförderung neben gesundheitsorientierten Einstellungen und Verhaltensweisen auch grundlegende Handlungskompetenzen aufbauen. Wie im Lehrplan für die bayerische Grundschule beschrieben, baut gesundheitsbewusstes Verhalten auf einer positiven Lebensgrundstimmung auf und setzt Wissen um die eigene Gesundheit sowie die Bereitschaft zu einer gesunden Lebensführung voraus (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2000, 13). Also muss auch entsprechendes Wissen für diese Zielgruppe adäquat aufbereitet und vermittelt werden.

Die Ergebnisse einer ausführlichen Studie von MANN, ZHOU, MCDERMOTT & POSTON (2006) sprechen dafür, dass auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ein umfassenderes Wissen über Ernährung und Training zu einer Änderung ihres Ess- und Bewegungsverhalten beitragen kann.

5 „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“

Zunächst soll die Begründung des für dieses Konzept gewählten Terminus „Gesundheitserziehung“ geliefert werden. Der Begriff der Gesundheitsförderung¹³⁵ kann als Programmatik oder Leitidee verstanden werden (vgl. WULFHORST 2002, 31). Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung haben zum Ziel, das Wohlbefinden zu fördern und Krankheiten durch Beeinflussung des Wissens und der Einstellungen¹³⁶ der Menschen zu vermeiden (NAIDOO & WILLS 2003, 105). Der Begriff „Gesundheitserziehung“¹³⁷ wird gewöhnlich eher für Zielgruppen, wie Kinder und Jugendliche, verwendet (SABO 2003b). Gesundheitsbildung bezeichnet den Gesundheitsförderungsansatz in der Erwachsenenbildung (SABO 2003a).

„Das Modell der Salutogenese dient als Meta-Theorie und als Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und für die Maßnahmenplanung. Es unterstützt eine kritische Sicht der bisherigen gesundheitserzieherischen Präventionsbemühungen, nimmt die Kritik am Risikofaktorenmodell auf und steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen“ (BENGEL ET AL. 2001, 93). Studien beweisen, dass Eltern einen großen Einfluss auf die kindliche Entwicklung, auch in Bezug auf ihr Körpergewicht haben (z.B. THOMAS, HYPPÖNEN & POWER 2008). Als Vorbilder und durch Restriktionen sowie als Vermittler von Einstellungen und Werten, wirken Eltern (oder Erzieher) indirekt und direkt auf die Kinder. Als determinierender Faktor gilt dabei vor allem der sozioökonomische Status, der mit Einstellungen, Wissen und Erziehungsverhalten korreliert. Es ist Ziel, Grundlagen für nachhaltige gesundheitsbewusste Lebensführung zu schaffen, indem Kinder und deren Familien Raum und Möglichkeiten haben, Kompetenzen für mehr Selbstverantwortung zu erwerben. Entscheidend für die Frage, ob es zu einer Überforderung der sozialen, psychischen und körperlichen Anpassungsfähigkeit eines Kindes

¹³⁵ Die ausführliche Diskussion über die Begrifflichkeiten kann im Kapitel 1 bei WULFHORST, B. (2002). Theorie der Gesundheitspädagogik. Weinheim & München: Juventa. nachgelesen werden.

¹³⁶ In diesem vorliegenden Konzept können nicht alle Dimensionen der Gesundheitserziehung behandelt werden. So ist die Aufklärung über Impfschutz eher Aufgabe des Kinderarztes oder Hausarztes, über Zahnhygiene Aufgabe des Zahnarztes und der Eltern, Sexualaufklärung Teilgebiet des Sachunterrichts und des Faches Biologie in der Schule. Es können jedoch Impfschutz und Sexualaufklärung bei aktuellem Anlass aufgegriffen werden.

¹³⁷ Da in diesem Konzept der Zugang über die Kinder (in der Schule oder Tagesstätte) gewählt wird, wird für den Namen des Konzepts der Begriff „Gesundheitserziehung“ gewählt.

kommt und wie sich diese Überforderung auf die weitere Entwicklung auswirkt, ist die Unterstützung aus der sozialen Umwelt, die die Person erfährt. Die Existenz von dichten und starken sozialen Bindungen hat eine stabilisierende Wirkung auf die Gesundheit¹³⁸.

Darum muss Gesundheitsförderung zum einen auf der Mikroebene ansetzen und das Individuum stärken. Zum anderen müssen das Umfeld und die Lebensbedingungen (Familien) berücksichtigt werden, also die Mesoebene mit in die Maßnahme einbezogen sein. Genau dies versucht das Konzept der „Vernetzten Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ zu vereinen (siehe Abbildung 18).

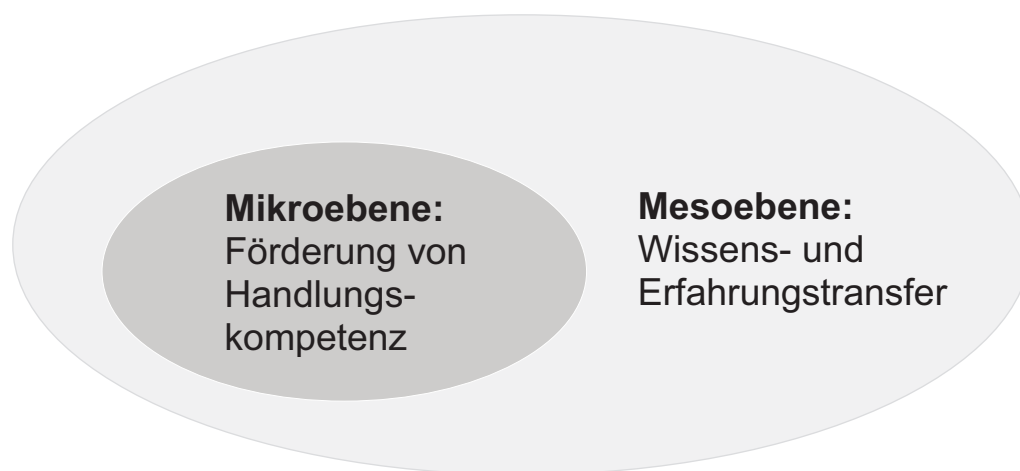


Abbildung 18: Ansatzpunkte des Konzepts „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“

Um gesundheitsförderliche Botschaften in die Öffentlichkeit zu transportieren, können Gesundheitsförderungsprojekte, so GROSSMANN & SCALA (1994), an bereits bestehenden Beziehungen und Kontakten in Organisationen ansetzen. „Sie müssen nicht in einem neuen Milieu aufgebaut werden“ (ebd., 18). „Aus Sicht der Organisationsentwicklung ist der Setting-Ansatz die Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung“ (GROSSMANN & SCALA 1994, 65). Der Setting-Ansatz berücksichtigt die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen und arbeiten. „Prävention im Setting-Ansatz zielt darauf ab, in alltäglichen Lebensbereichen sowohl das Verhalten als auch die Verhältnisse zu verändern und gesundheitsförderlich zu gestalten“ (HOFFMANN 2008, 19). „Ein Setting wird als ein Feld

¹³⁸ In Kapitel 2.2 stellt HURRELMANN (1994) anhand zahlreicher Ergebnisse aus Studien die „Familialen Schutzfaktoren für die Gesundheit der Kinder“ heraus, aus denen er im Folgenden Konsequenzen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zieht.

verstanden, das alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst“ (ebd., 66).

Die Weichen für Gewohnheiten und Einstellungen werden im Kindesalter gestellt. Darum ist es wichtig, bereits früh die Grundlagen dafür zu schaffen. Natürlich wirken Eltern und andere Einflüsse von Geburt an auf die kindliche Persönlichkeit und bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln sich bereits im Kleinkindalter. Mit der Einschulung haben dann die Kinder schon verschiedene soziale, körperliche und kognitive Fähigkeiten erworben, die das größtenteils angeleitete Lernen von Kulturtechniken in einer Gruppe ermöglichen. Im Grundschulalter können Lerninhalte aufgenommen und Erfahrungen bewusst gemacht und teilweise schon übertragen werden.

Die Settings Schule und Tagesstätte eignen sich, um die angestrebte Zielgruppe zu erreichen. Hier kann Gesundheitsförderung ein Problem aufgreifen, das in der Organisation bereits vorhanden ist (GROSSMANN & SCALA 1994, 39). Im schulpflichtigen Alter kann durch die Institution Schule oder Tagesstätte ein Gesundheitsförderungsprojekt für alle Kinder organisiert und durchgeführt werden. Die Förderung einer gesunden Entwicklung ist in den angesprochenen Settings ein grundlegender Auftrag. In den Grundschullehrplänen und im Lehrplan für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung können Bildungsziele und -inhalte, die sich mit einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung decken, gefunden werden. In den Lehrplänen der Grundschulen, aber auch für den Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ wird im Lernbereich der Selbstversorgung z.B. eine gesunde Ernährung thematisiert (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2003, 112). Auch die frühzeitige spielerische Hinführung zum Sporttreiben wird durch den Lehrplan gerechtfertigt. Bewegung und Sport sind im Lehrplan für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung verankert. Mit dem Sportunterricht werden hier zwei wesentliche Zielsetzungen verbunden (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2003, 256):

- Er dient der Entwicklung von Bewegungsfreude durch ein erlebnisorientiertes, vielfältiges und individuell angemessenes Bewegungsangebot.
- Er eröffnet Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Teilhabe in freizeitrelevanten Sportarten.

Die Freizeiterziehung nimmt im Lehrplan für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung einen großen Stellenwert ein. „Freizeiterziehung, die größtmögliche Selbstbestimmung und Selbstständigkeit anstrebt, trägt entscheidend zu sozialen Integrationsprozessen bei. Zugleich zielt sie unmittelbar auf die Lebensgestaltung der Schülerinnen und Schüler ab“

(BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2003, 233). Der Grundschullehrplan sieht vor dem Hintergrund des veränderten Freizeitverhaltens eine Aufgabe und Chance der Grundschule darin, „Kindern vielseitige Gestaltungsmöglichkeiten der Freizeit aufzuzeigen und in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten einen zunehmend verantwortungsvollen Umgang mit ihr anzubahnen“ (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2000, 13).

Eine weitere Begründung für Gesundheitsförderung im Setting Schule ist, dass Schulämter immer stärker nach Qualitätsentwicklung der Organisation Schule verlangen. Im Sinne einer guten gesunden Schule können bestehende Strukturen in Richtung gesundheitsförderlicher Infrastrukturen weiterentwickelt werden. Die Entwicklung eines schulischen Leitbildes und Schulkonzeptes wird zu einer immer wichtigeren Aufgabe der Institution Schule. Gesundheitsförderung kann ein Leitgedanke des Schulkonzeptes sein. In einer gesundheitsförderlichen Schule sollten im Unterricht gesundheitsrelevante Themen bearbeitet werden. Aber auch die formellen und informellen Strukturen und Muster des Schullebens selbst müssen in Bezug auf deren Bedeutung für die Gesundheit geprüft und verändert werden.

Dafür benötigt es ansprechende Konzepte zur konkreten Umsetzung und eventuell Hilfestellungen von außen, Veränderungen in Gang zu bringen. Solche Veränderungen benötigen Zeit und politische Voraussetzungen sowie engagierte Mitarbeiter. Denn Entwicklungen eines Systems müssen immer von innen heraus entstehen. Für die Verwirklichung einer guten gesunden Schule mit Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter und der Schaffung eines gesunden Arbeitsumfeldes bestehen bereits Konzepte (z.B. Anschub.de), die auch auf Förderschulen übertragbar sind.

Projekte können den Anfang bilden, eine Schule oder Tagesstätte auf den Weg zu einer gesunden Schule bzw. Tagesstätte zu bringen. Mitarbeiter, Eltern und Kinder können somit für diese Thematik sensibilisiert werden. Die verinnerlichte Kontrollüberzeugung, für einen körperlich aktiven Lebensstil selbst verantwortlich zu sein, das Wissen um die positiven Wirkungen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit, Fitness und Lebensqualität scheinen die Motivation für Bewegung zu fördern (vgl. HOFFMANN ET AL. 2006, 210). Den Risiken für die kindliche Gesundheit - Bewegungsmangel, Fehlernährung und Stress – kann begegnet werden, wenn Kinder und Eltern Kompetenzen erwerben, um selbst diese Risiken möglichst zu reduzieren. Besonders die Kinder sind zu unterstützen, „die im Bereich der eigenständigen Freizeitgestaltung geringere Fähigkeiten besitzen bzw. weniger Anregungen vom Elternhaus erfahren, da sonst individualisierte Gestaltungsmöglichkeiten nicht als Bereicherung, sondern

als Reduzierung erfahren werden, was nicht selten mit einer einseitigen und überstiegenen Medienorientierung kompensiert wird“ (LEDIG 1992, 65).

5.1 Ziele einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung

Ausgehend von dem zugrundeliegenden umfassenden Gesundheitsbegriff sind bei der Gesundheitsförderung vor allem gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen. „Ziel ist die Förderung von Verhaltens- und Handlungskompetenzen, die den Vollzug autonomen und zielorientierten Handelns ermöglichen“ (GUDJONS 2006, 353). Schwerpunkt der Gesundheitsförderung sollte die Behandlung bzw. die Prävention der Hilflosigkeit sein, „da diese in einem komplementären Zusammenhang zur Bewältigungskompetenz im weitesten Sinne steht“ (SCHOBERT 1993, 180). Einige spezielle Kompetenzen als Schutzfaktoren vor bestimmten Risiken sind ebenso sehr wichtig. Dabei stehen Einblicke in eine gesunde ausgewogene Ernährung, das Wissen um die Notwendigkeit, sich genügend zu bewegen und rückenfreundliches Bewegen im Alltag im Vordergrund.

Auch hinsichtlich der Gefahren, die über die neuen Medien auf die Kinder zukommen, ist eine Stärkung der Persönlichkeit der Kinder von enormer Wichtigkeit (vgl. PETZOLD 2000, 120). SCHOBERT fordert eine Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention im Sinne einer Stärkung von Schutzfaktoren, eine konzeptionell mehrdimensional ausgerichtete Gesundheitsförderung, welche den Erhalt oder die Verbesserung der physischen Gesundheit gemeinsam mit der Unterstützung und Förderung der geistigen, seelischen und sozialen Gesundheit anstrebt. Konsequenterweise muss Gesundheitsförderung die Stärkung von individuellen Bewältigungskompetenzen und sozialen Unterstützungspotentialen, die Verbindung von personalen und sozialen Ressourcen umfassen (HURRELMANN 1994, 125). Die Ziele des hier erarbeiteten Konzepts sind, Handlungskompetenzen, motorische Kompetenzen, Coping-Strategien und soziale Kompetenzen zu fördern und Alternativen einer aktiven Freizeitgestaltung, z.B. im Sportverein, aufzuzeigen.

5.1.1 Förderung von Handlungskompetenz

Grundlegende Verhaltens- und Handlungskompetenzen, die den Vollzug autonomen und zielorientierten Handelns ermöglichen (GUDJONS 2006, 353), können durch eine hohe Selbstwirksamkeits-Überzeugung (siehe die Ausführungen in Kapitel 3.1.2) aufgebaut werden. Diese verinnerlichte Kontrollüberzeugung, für einen körperlich aktiven Lebensstil selbst verantwortlich zu sein, das Wissen um die positiven Wirkungen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit, Fitness und Lebensqualität scheinen die Motivation für Bewegung und

eine dauerhaft gesunde Lebensweise zu fördern. Ein Ziel muss deshalb sein, bereits Kindern zu vermitteln, wie sie aktiv auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen können.

Auch wenn viele Menschen um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wissen, gibt es dennoch Hindernisse, die überwunden werden müssen, um sich ausgewogen zu ernähren und ausreichend zu bewegen. Je nach individuellen Voraussetzungen und situationsabhängig erscheinen ungünstige Wetterbedingungen, der Weg zur Sportstätte oder zum Supermarkt, die knapp bemessene Freizeit, mangelndes Budget, die Interessen anderer Familienmitglieder, die eigene Bequemlichkeit oder Unsicherheit, Scham und Angst als unüberwindbare Barrieren. Für Menschen mit Behinderungen sind diese Barrieren oft noch schwerer zu überwinden. RIMMER ET AL. (2004) befragten in den Jahren 2001 und 2002 42 Menschen mit unterschiedlichen Behinderung, was sie davon abhält, Fitnesscenter oder Freizeitzentren zu besuchen. Häufig antworteten die Befragten, dass Fitnesscenter oder Freizeitzentren nicht erreichbar seien. Der am häufigsten genannte Grund für die Unlust, diese Einrichtungen zu benutzen, war, dass diese Einrichtungen „unfreundlich“ seien¹³⁹ und sie deshalb bei einem dortigen Besuch gehemmt seien (vgl. ebd., 423). Außerdem beschrieben die Befragten Angst vor dem Unbekannten, Hilfe zu benötigen und zu versagen (ebd.).

Gesundheitsbewusstes Handeln, gerade eine langfristige Bindung an sportliche Aktivität, kann insbesondere dann erreicht werden, wenn es gelingt, solche Barrieren zu beseitigen, beziehungsweise bestehende Barrieren nicht als solche anzusehen. Eine hohe wahrgenommene Selbstwirksamkeit (als Ergebnis einer subjektiven Kompetenzeinschätzung) wurde von verschiedenen Autoren als Haupteinfluss auf das Ausbilden von Vorhaben und deren Umsetzung ausgemacht¹⁴⁰. Das Verhalten einer Person wird im Wesentlichen durch ihre Selbstwirksamkeit (BANDURA 1977; siehe Kapitel 3.1.2 der vorliegenden Arbeit), Effizienzerwartung und Ergebniserwartung bestimmt. Je nachdem, wie eine Person ihre Fähigkeiten zur Handlungsorganisation und Ausführung einschätzt, bildet sie eine Handlungsintention aus oder nicht. Die Erfahrung von Kontrollierbarkeit stärkt den

¹³⁹ „unfriendly“, aus dem Englischen übersetzt. Diese Aussage stand oft im Zusammenhang mit Kommentaren über negative Verhaltensweisen oder Einstellungen von Personen ohne Behinderung (Personal und nicht-behinderte Sportler) (RIMMER ET AL. 2004, 423).

¹⁴⁰ SCHWARZER und FUCHS (1995) tragen in ihrem Buchbeitrag „Changing Risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs“ mehrere Studien zusammen und vergleichen die Rolle der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit auf die Veränderung von Risiko- und Gesundheitsverhalten. Nachzulesen in BANDURA, A. (Hrsg.) (1995). *Self-efficacy in Changing Societies* (S. 259-288). Cambridge: University Press.

Selbstwert der Person und ihre Motivation, ähnliche Situationen aufzusuchen, erscheinen diese wieder als kontrollierbar. Personen, die davon überzeugt sind, dass sie selbst für ihr Handeln verantwortlich sind und mit großer Wahrscheinlichkeit bestehende Hürden überwinden können, werden sich neuen Aufgaben und Hindernissen eher stellen und nicht mutlos aufgeben (vgl. SOMMER 2000, Kap.2.2). BANDURA verstand Selbstwirksamkeitserwartungen ursprünglich als situationsabhängige Überzeugungen, nicht als stabile Persönlichkeitserwartungen (BENGEL ET AL. 2001, 55). Neuere Überlegungen (z.B. SCHWARZER 2004) tendieren sowohl zu generalisierter Selbstwirksamkeitsüberzeugung, als auch zu immer spezifischeren, nur für streng umrissene Situationen gültige Kognitionen. Nach HURRELMANN (1994) basieren die Verarbeitungs- und Handlungsmöglichkeiten in belastenden Situationen auf von Aufmerksamkeitsorientierung, Selbstwertschätzung, Kontrollüberzeugung und Ursachenzuschreibung abhängigen Fähigkeiten. Vertrauen in die eigene Belastbarkeit, die Fähigkeit problemlösend zu handeln, eine Gruppe als unterstützendes Element zu nutzen und ein stabiles Selbstwertgefühl können gute Voraussetzungen dafür schaffen.

„Subjektive Einschätzungen beeinflussen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und sind damit Puffer oder Mediatoren von Gesundheit bzw. in erster Linie von Krankheit und Risikofaktoren“ (BENGEL ET AL. 2001, 55). Die Förderung von Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenzen kann demnach als Hilfe zur gesundheitsbewussten Lebensführung dienen¹⁴¹.

5.1.2 Förderung motorischer Kompetenzen

Bereits für Kinder ist die Leiblichkeit zweiseitig. Sie entdecken ihren Leib in seiner instrumentellen Bedeutung. Sie spüren und nutzen ihren Leib beim Gehen, Laufen, Hüpfen und Springen, Klettern, Steigen und Rutschen, Schwimmen, Radfahren, Skifahren, Ballspielen, Verständigen, Umwelt Beobachten, Verstehen und Mitgestalten (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009). „Sie erfahren ihren Leib aber auch in seiner existentiellen Bedeutung, dass sie Leib sind, wenn sie sich erfüllen, sich sehen und erkennen, Bedürfnisse, Schmerzen oder Wohlgefühl aufkommen. (...) Leiblichkeit, Bewegungs- und Spiellust sind anthropologische Grundmerkmale, die zu allererst auf Kinder zu beziehen sind. Der Mensch

¹⁴¹ Einige Studien sind bei SCHWARZER (2004, 71ff) in den Kapiteln „Gewichtskontrolle, präventive Ernährung und Selbstwirksamkeitserwartung“ und „Körperliche Aktivität und Selbstwirksamkeitserwartung“ nachzulesen.

ist von Geburt an auf Bewegung angelegt und zugleich ein spielendes Wesen, das im Laufe der (früh)kindlichen Entwicklung ein selbstbewusstes Verhältnis zur eigenen Leiblichkeit, aber auch zu der von Bezugspersonen, wie z.B. Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, entwickelt. (...) Unnötige Bewegungs- und Spieleinschränkungen können selbst zur Behinderung für alle betroffenen Kinder werden“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 14). Fehlende Bewegungserfahrungen bedingen wenig ausgebildete motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Sensomotorische Prozesse und Handlungsabläufe sind für die Entwicklung der Wahrnehmung im Sinne von Bedeutungsaneignung essentiell¹⁴². Es ist wahrscheinlich, „dass Störungen oder Einschränkungen im motorischen Bereich Beeinträchtigungen im Wahrnehmungsverhalten und in der Kognition bedingen“ (FISCHER 2003, 148). Bereits aus diesen Gründen sind das Ermöglichen von Bewegungserfahrungen und die Förderung motorischer Kompetenzen obligat.

ELLEBRACHT (2002) spricht Sport und Bewegung die Fähigkeit zu, eine Förderung der Kompetenzen und damit eine Steigerung der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit (und umgekehrt) zu ermöglichen. Sie begründet ihre Annahmen mit Verweisen auf andere Autoren. Die wichtigsten Aussagen sollen hier zusammengefasst werden:

Die Entwicklung von Kompetenzen und die Erweiterung des Kompetenzbereichs übertragen sich auch auf die individuelle Handlungsfähigkeit. Die erweiterte Handlungsfähigkeit beeinflusst wiederum die Leistungsfähigkeit des Einzelnen positiv, da mehr Möglichkeiten geschaffen werden, in verschiedenen Bereichen etwas leisten zu können. „Die individuelle Handlungsfähigkeit und eng damit verbunden die individuelle Leistungsfähigkeit bestimmen maßgeblich die Lebensqualität des Menschen: Eine erweiterte Handlungsfähigkeit schafft mehr Handlungsalternativen und in der Folge eine verbesserte Leistungsfähigkeit“ (ELLEBRACHT 2002, 91)¹⁴³. SOWA (1994) stellt fest, dass ein spaß-, erlebnis- und handlungsorientierter Sportunterricht, der auf einem erweiterten Sportverständnis beruht, Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Selbstständigkeit fördern kann. Auch RHEKER

¹⁴² Siehe dazu Kapitel 1 bis 4 in FISCHER, E. (2003). Wahrnehmungsförderung. Handeln und Sinnliche Erkenntnis bei Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Borgmann.

¹⁴³ Die Erarbeitung ihrer theoretischen Konzeption zur praktischen Förderung der Kompetenzen durch Sport und Bewegung und deren Umsetzung können in ihrem Aufsatz nachgelesen werden (ELLEBRACHT 2002, 89-103).

(1996) konnte belegen, dass Sport und Bewegung die Selbstständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung fördern¹⁴⁴.

Es existiert eine Vielzahl von Barrieren, die Kinder mit geistiger Behinderung von ausreichender Bewegung in ihrer Freizeit abhalten. Es ist denkbar, dass neben persönlichen Ressourcen (Unterstützung durch Eltern oder Betreuer, Zeit und Geld), Vorerfahrungen und damit verbundene positive oder negative Emotionen eine entscheidende Rolle bei der subjektiven Bewertung der bestehenden Barrieren spielen. Vor dem Hintergrund von Motivationstheorien aus der Sportpsychologie erscheinen fehlende Bewegungs- und Körpererfahrungen und die daher ausbleibenden positiven Emotionen als ein plausibler Grund für eine ablehnende Einstellung gegenüber dem Sport¹⁴⁵. Es ist zu erwarten, dass mit einer verbesserten Handlungskompetenz auch die bestehenden Barrieren, die Menschen mit geistiger Behinderung das Sporttreiben erschweren, nicht als unüberwindbar angesehen werden.

HAHMANN sieht der Zukunft von früh geförderten Menschen mit geistiger Behinderung optimistisch entgegen: „Wenn die Möglichkeit einer sportlichen Freizeitgestaltung schon in der Schulzeit bedacht und schrittweise für die nachschulische Aktivität vorbereitet wird, bestehen für ihn keine Barrieren, um die volle Anerkennung in der Gesellschaft und Aufnahme in die sportliche Gemeinschaft zu finden“ (HAHMANN 2002, 207). Durch Sport und Bewegung ist eine Erweiterung der Handlungskompetenzen möglich. Ziel sollte sein, Kinder mit geistiger Behinderung schon von Geburt an zu selbstbestimmten Menschen zu erziehen. Unter der Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Grenzen können auch sie, und sei es auch nur in Teilbereichen, Eigenverantwortung übernehmen.

¹⁴⁴ RHEKER (1996) ging der Frage nach, ob Menschen mit geistiger Behinderung in heterogenen Sportgruppen in ihrer Selbstständigkeit gefördert werden können, indem für jeden Sportler entsprechende Handlungsmöglichkeiten offeriert werden. Dazu wurden 13 Sportler (Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer geistigen Behinderung und unterschiedlich ausgeprägten Schädigungsbildern zwischen 10;2 und 24;2 Jahren) 19 Monate lang ein Mal wöchentlich 60 Minuten von 2-3 Sportlehrern betreut. Es konnte bei allen Teilnehmern die Selbstständigkeit verbessert werden. „Dabei muss allerdings der Begriff der Selbstständigkeit äußerst differenziert betrachtet werden. (...) Aus den eruierten Ergebnissen lässt sich ablesen, dass durch die dargelegte Vorgehensweise nicht eine einseitige Verbesserung bzgl. motorischer Selbstständigkeit (Verbesserung von Bewegungsfertigkeit) erlangt wurde, sondern, dass bzgl. anderer Bereiche und Kriterien z.T. erheblich größere positive Veränderungen zu konstatieren sind“ (RHEKER 1996, 359).

¹⁴⁵ Einzelne Sportmotivationsmodelle können zum Beispiel bei ALFERMANN und STOLL (2005) oder KNOLL ET AL. (2005) nachgelesen werden.

5.1.3 Förderung von Coping-Strategien

Bereits Kinder kennen Disstress, Momente, in denen die Anforderungen ihre Kompetenzen überschreiten, und weisen physische und psychische Beanspruchungssymptome auf. Die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umzugehen, ist eine Komponente, die eine gesunde Entwicklung und eine hohe Lebensqualität fördern kann.

KRAMPEN (1995) sieht Entspannungsverfahren als Möglichkeit Krankheitsrisiken zu reduzieren und die Fähigkeit von Kindern zu steigern, die psychische und physische Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Durch ihre Vermittlung und ihren Einsatz können Kompetenzen aufgebaut werden, die die Vulnerabilität gegenüber Stressoren reduzieren und präventiv auf Störungen und negative Stressreaktionen wirken (ebd., 27). Gleichzeitig sollen die Fähigkeiten der Person erhöht werden, ihre seelische und körperliche Gesundheit zu erhalten und zu verbessern (vgl. KRAMPEN 1995, 47).

Effekte von Entspannung lassen sich auf der physiologischen und psychischen Ebene feststellen (VAITL 2000, 31). Auf der physiologischen Ebene können sich nach VAITL folgende Entspannungsreaktionen einstellen (ebd., 31ff):

- Neuromuskuläre Veränderungen (Verringerung des Muskeltonus der Skelettmuskulatur, Verminderung der Reflextätigkeit)
- Kardiovaskuläre Veränderungen (periphere Gefäßerweiterung, Abnahme der Herzschlagfrequenz, Senkung des Arteriellen Blutdrucks)
- Respiratorische Veränderungen (Abnahme der Atemfrequenz, Gleichmäßigkeit der Atemzyklen, Abnahme des Sauerstoffverbrauchs)
- Elektrodermale Veränderungen (Abnahme der Hautleitfähigkeit)
- Zentralnervöse Veränderungen (durch das Spontan-Elektroenzephalogramm messbare hirnelektrische Veränderungen: Zunahme von Alpha-Wellen als Kennzeichen für einen entspannten Wachzustand)

Zu positiven Effekten auf der psychischen Ebene zählen

- die affektive Indifferenz (d.h. Affekte und Emotionen lassen sich kaum noch provozieren),
- die mentale Frische (nach den Übungen stellt sich ein Gefühl des Ausgeruhtheits in körperlicher und geistiger Hinsicht ein) und
- die Erhöhung der Wahrnehmungsschwellen (Außenreize, wie Geräusche, Beleuchtung, werden weniger wahrgenommen) (VAITL 2000, 31).

Auf der emotionalen Ebene kann Entspannung negativ getönte Gefühle, wie z.B. Angst vermindern und die innere Erregtheit reduzieren. Als emotionsregulierende Bewältigungsstrategie können Entspannungsverfahren bereits von Kindern bewusst eingesetzt werden. In wiederholten Entspannungsübungen können Kinder zunehmend erleben, dass sie ihr Verhalten, ihre Empfindungen und Gedanken auch bewusst regulieren können. Selbstwirksamkeitserwartungen können dadurch erhöht werden (vgl. FASTHOFF, PETERMANN & HAMPEL 2003, 87).

In der Praxis wurden bereits Methoden erfolgreich erprobt, auch Kindern Coping-Strategien an die Hand zu geben, um Belastungen entgegenzutreten (z.B. FASTHOFF ET AL. 2003). Für Kinder im Grundschulalter sind systematische sowie individuelle Entspannungsverfahren anwendbar und zeigen Entspannungswirkungen. Sensorische, imaginativ-kognitive und unsystematische Verfahren scheinen dabei keine deutlichen Unterschiede in ihrer Wirkung zu haben. Es zeigt sich aber, dass die Trainingswirkungen in der Gruppe stärker sind als im Einzeltraining (KLEIN-HESSLING, LOHAUS, EICHLER & HINZMANN 1999).

5.1.4 Förderung sozialer Kompetenzen

„Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann“ (HURRELMANN 1994, 73). Es besteht also ein großer Zusammenhang zwischen sozialem Wohlbefinden und aktuellem und habituellem Gesundheitszustand. Denn je besser ein Kind in ein soziales Beziehungsgefüge mit verlässlichen Bezugspersonen eingebunden ist, desto besser kann es mit sozial ungünstigen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und Belastungen umgehen.

Entscheidend für die Frage, ob es zu einer Überforderung der sozialen, psychischen und körperlichen Anpassungsfähigkeit eines Kindes kommt, und wie sich diese Überforderung auf die weitere Entwicklung auswirkt, ist die Unterstützung aus der sozialen Umwelt, die die Person erfährt. Die Existenz von dichten und starken sozialen Bindungen hat eine stabilisierende Wirkung auf die Gesundheit¹⁴⁶. Um solche Bindungen aufzubauen, bedarf es

¹⁴⁶ In Kapitel 2.2 stellt HURRELMANN (1994) anhand zahlreicher Ergebnisse aus Studien die „Familialen Schutzfaktoren für die Gesundheit der Kinder“ heraus, aus denen er im Folgenden Konsequenzen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zieht.

sozialer Kompetenzen seitens des Kindes. Da aber in immer mehr Familien in Deutschland nur ein Kind aufwächst, können nur wenige Kinder frühe Konflikterfahrungen mit Geschwisterkindern machen. Einzelkinder haben weniger Möglichkeiten, Konflikte mit Gleichaltrigen auszutragen und zu lösen (vgl. ROLFF & ZIMMERMANN 2001).

Kinder mit geistiger Behinderung haben es schwerer, Unabhängigkeit und das Vertrauen in die eigene Kompetenz auszubauen, und werden häufig „überbehütet“ (RIMMER ET AL. 2004b). Sie haben weniger Gelegenheiten, in größeren Gruppen gleichaltriger Kinder frei zu spielen (vgl. Kap. 3.2.3 und 3.2.5). Darum ist es wichtig, Raum für Lernerfahrungen mit Gleichaltrigen ohne pädagogisches Einmischen zu lassen. So fordert zum Beispiel HERZBERG (1992) gemeinsame Aktivitäten, in denen Kinder eigenständig unter sich Interessen und Probleme aushandeln und das Wechselspiel von Selbstbehauptung und Kompromiss in Gruppen lernen können (ebd., 126).

Dem Sport werden breit gefächerte positive Effekte zugeschrieben: neben den physiologischen Anpassungserscheinungen, mit denen ein Körper auf Trainingsreize reagiert, kann durch sportliche Betätigung in angenehmer Atmosphäre das soziale und psychische Wohlbefinden positiv beeinflusst werden. Gemeinsames Bewegen in der Gruppe kann soziale Kompetenz verbessern und die Handlungsfähigkeit von Menschen mit und ohne Behinderung fördern. Aus diesen Gründen darf bei einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung der soziale Aspekt nicht aus dem Auge verloren werden, sondern muss als zentrales und die anderen Aspekte umfassendes Ziel verfolgt werden.

5.1.5 Eröffnen aktiver Freizeitmöglichkeiten

Eine erfolgreiche Teilnahme von Kindern am Vereinssport kann als Kindersportkultur verstanden werden, die mit einem Zuwachs an lebensstilbezogenen Qualifikationen verbunden ist (BÜCHNER 2001). Das Betreiben einer Sportart fördert in gewisser Weise Fitness und Körperbeherrschung, aber auch das Einüben von Techniken und Taktiken. Mit der Ausübung des Sports werden zugleich Qualifikationen erworben, die die Bewältigung von körperlichen und psychischen Belastungen unterstützen. Kindersportkultur ist somit mit dem Erlernen von sozialen Schlüsselqualifikationen verbunden. Dazu gehören kompetentes Raum-, Zeit- und Beziehungsmanagement, Organisationswissen, die Fähigkeit zu Teamwork, zeitgemäße Planungs- und Konfliktlösungskompetenzen oder der angemessene Umgang mit Informationssystemen und Beratungsangeboten“ (BÜCHNER 2001, 907). Vereinssport bietet also für Kinder ein weites Spektrum an Lernerfahrungen, z.B. Grenzen auszutariieren, sich situationsangemessen zu verhalten, Regeln zu akzeptieren, Erwartungen zu beurteilen, zu

erfüllen oder sich von ihnen zu distanzieren. Das weite Angebot in Sportvereinen und anderen Sportanbietern wird bereits von vielen Kindern genutzt.

Kinder mit geistiger Behinderung werden jedoch durch die vorhandenen Angebote nicht erreicht. Sie sind kaum in Vereinen integriert. Grundschüler dagegen haben bereits, vor allem solche aus städtischen Gebieten, häufig mindestens eine Verpflichtung pro Woche im kinderulturellen Angebot. Doch bevor eine Integration in Sportvereine überhaupt angestrebt werden kann, muss das Interesse am Sport vorhanden sein. Meist geschieht das über Bewegungserfahrungen, die im Spiel vom Kindesalter an gemacht werden müssen.

Es soll hier nicht eine Vereinsmitgliedschaft für ausnahmslos jedes Kind forciert, aber die Möglichkeit für eine solche Aktivität eröffnet werden. HAHMANN sieht der Zukunft von früh geförderten Menschen mit geistiger Behinderung optimistisch entgegen: „Wenn die Möglichkeit einer sportlichen Freizeitgestaltung schon in der Schulzeit bedacht und schrittweise für die nachschulische Aktivität vorbereitet wird, bestehen für ihn keine Barrieren, um die volle Anerkennung in der Gesellschaft und Aufnahme in die sportliche Gemeinschaft zu finden“ (HAHMANN 2002, 207).

Die Grundlagen für eine lebenslange Bindung an den Sport könnten im Sportunterricht oder Bewegungsstunden in Schulen oder Tagesstätten gelegt werden – sofern dort auf die individuellen Fähigkeiten eingegangen werden kann (SOWA, 2000). In solchen Bewegungsstunden werden sportspezifische Ziele, wie die Verbesserung und Erhaltung physischer Konstitution, koordinativer Fähigkeiten und sportspezifischer Fähigkeiten verwirklicht. Sozial-integrativen Zielstellungen des Sports müssen eine besondere Rolle zugeschrieben werden. Es soll, so SOWA (2000), verstärkt darum gehen, „sich aus behinderungsbedingter Abhängigkeit zu lösen, um mit anderen Menschen eine freudvolle Selbstverwirklichung in sportlich orientierten Handlungssituationen zu erleben“ (ebd., 78).

Um die Teilnahme in einer Sportgruppe zu realisieren, müssen auf den erworbenen Fähigkeiten aufbauend Möglichkeiten vor Ort gefunden werden. Chancen der Partizipation finden sich in Motiven der Selbstbestimmung, der Persönlichkeitsentwicklung, der motorischen Förderung und der Rehabilitation. Partizipationsgrenzen sind in der gesellschaftlich vorherrschenden Negativkonnotation des Menschenbildes zu sehen.

Als Voraussetzung für die Nutzung dieses Sportangebots muss eine Ausrichtung auf die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen gegeben sowie ein räumliches und zeitliches Entgegenkommen gewährleistet sein. Eine effektivere Öffentlichkeitsarbeit und eine Ausweitung passender Angebote für diese Zielgruppe sind nötig. Kooperationen von

Vereinen könnten diesen Menschen Möglichkeiten bieten, in besonderen oder gewöhnlichen Sportgruppen integriert zu werden. Diese sportlichen Handlungsfelder können Behindertensportabteilungen in allgemeinen Sportvereinen, Familiensportgruppen, Integrationsportgruppen, Spiel- und Sportfeste bieten (SOWA, 1995). Entscheidend ist die Frage, was der Sport für den Menschen mit und ohne Behinderung leisten kann (SOWA, 2000). Der Mensch selbst muss immer zum Ausgangspunkt sämtlicher Überlegungen werden, indem seine individuellen Stärken, Wünsche, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten die Grundlage für die Planung von Sporttreiben bilden (SOWA, 1994). Je nach Individuum und gewählter Sportart kann ein Assistent nötig sein, dessen Unterstützung sich auf die Motivation, die Mobilität, die Geldmittel oder die persönliche Begleitung bzw. Betreuung während der Sportstunden bezieht. Diese unterstützte Inklusion steht nicht im Widerspruch zur Selbstbestimmung des Menschen mit geistiger Behinderung, wenn die Unterstützung im Prozess der Teilnahme am Sport in einer dialogischen Beziehung geschieht. Auch als Vermittler und Ansprechpartner für Übungsleiter und andere Mitglieder der Sportgruppe kann er hilfreich sein. Vorbehalte gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung, die durch Unwissenheit und mangelnde Ausbildung der Übungsleiter für diese Behindertengruppe entstanden sind, können relativiert werden.

SOWA (1995) sieht generell positive Äußerungen zum Sport bezüglich seiner integrativen Wirkung kritisch, da der Sport in der Regel die außen vorstehen lässt, die nicht die erforderlichen Leistungen bringen. In vielen Fällen könne deshalb eine Integration von Behinderten und Nichtbehinderten nicht gelingen. Gerade Kinder mit Behinderung haben es sehr schwer, ein angemessenes Angebot in einem nahegelegenen Verein zu finden. Viele Übungsleiter und Vereinsleitungen scheuen sich davor, einen behinderten Teilnehmer in die Gruppe aufzunehmen. Oft fehlt es den Kindern mit Behinderung aber auch an dafür notwendigen Kompetenzen, Mut und Motivation für eine Teilnahme am Vereinssport. Die Teilnahme am Vereinssport erfordert aber gleichzeitig ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Selbstständigkeit. „Erst in der erfolgreichen Kombination von selbst- und fremdkontrolliertem Handeln kommt die spezifische Bildungswirksamkeit und die biographische Bedeutung der Kindersportkultur voll zum Tragen“ (BÜCHNER 2001, 908).

Es darf aber auch das gemeinsame Sporttreiben der Menschen mit Behinderungen untereinander nicht als weniger wertvoll erachtet werden. SOWA (1995) verweist auf das Recht auf Selbstständigkeit und Autonomie des Menschen mit geistiger Behinderung, welcher im Sport das Recht habe, frei seinen Sport in einer Integrationsportgruppe oder separaten Behindertensportgruppe wählen zu können (ebd., 48). Organisierter Sport kann helfen,

Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer selbstbestimmten Lebensweise zu unterstützen und ihnen ein Stück Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Dem „Selbst-Bildungsgehalt“ von Kindersportkultur schreibt BÜCHNER (2001, 896) im Spannungsfeld zwischen Familie und Schule eine Brückenfunktion für eine zunehmende Elternunabhängigkeit des Kindes zu.

5.2 Prinzipien zur Erreichung der Ziele

Aus den allem Handeln übergeordneten Zielen lassen sich Prinzipien ableiten, die das Erreichen der gesteckten Ziele ermöglichen sollen. In diesen Prinzipien werden Erkenntnisse aus den Disziplinen der Sportwissenschaft, wie Sportpsychologie und Sportpädagogik, und der Erwachsenenbildung vereint, was, wie von der IAGJ gefordert (IAGJ 2004, 8), zu einem interdisziplinären und über den Gesundheitsbereich hinausreichenden Präventionskonzept beiträgt.

5.2.1 Einbezug von Eltern und Kindern

Wohlbefinden wird subjektiv erlebt, nur der Betroffene kann darüber entscheiden. Das wichtigste Anliegen von Gesundheitsförderung ist deshalb, das Subjekt bei Veränderungsmaßnahmen mit einzubeziehen und ihn als erlebende Person ins Zentrum zu stellen. Im Alltagsleben weisen Familienleben und Gesundheit ihrer Mitglieder eine enge Verquickung auf. „Der Familienalltag stellt eine wesentliche Ressource für die Erhaltung der Lebensfähigkeit und der Gesundheit der einzelnen Personen dar“ (GRUNOW ET AL. 1994, 17). Für die meisten Kinder steht die Familie am Beginn ihrer Lebensgeschichte und ist für sie von fundamentaler Bedeutung als funktionales Lernfeld (GIESECKE 2004, 116). Denn die „Befriedigung der elementaren menschlichen Grundbedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit, Anerkennung und Vertrauen ist unter unseren gesellschaftlich-kulturellen Bedingungen nur im Rahmen der Familie möglich“ (GIESECKE 2004, 117). Auch Kinder mit geistiger Behinderung sind später gesellschaftlich bewusster und kompetenter, wenn deren Eltern und Geschwister in einem sozialen Netzwerk eingebettet sind (SEMRUD-CLIKEMAN 2007, 143). Bei der 1985 in Illinois (USA) und Nordrhein-Westfalen (BRD) durchgeführten vergleichenden Gesundheitsstudie wurden jeweils 722 deutsche und amerikanische Bürger bezüglich der institutionellen Zuständigkeit für die Gesundheitserziehung telefonisch befragt. In beiden Ländern kommt der Familie die wichtigste Funktion bei der Gesundheitserziehung zu (86,8 % BRD und 79,4% USA). Als zweitwichtigste Instanz wird die Schule (9,1% BRD und 14,9% USA) genannt (vgl. KUNZ, COCKERHAM & LÜSCHEN 1989, 216). HURRELMANN

(1994) fasst aus mehreren empirischen Ergebnissen zusammen, dass der Familie uneingeschränkt die größte Bedeutung in der Gesundheitserziehung von Kindern beigemessen wird (vgl. ebd., 125). Als die ausschlaggebende Variable für die spätere Entwicklung sozialer Fähigkeiten von Kindern mit und ohne geistige Behinderung wurde der Einfluss der Eltern-Kind-Bindung festgestellt (SEMRUD-CLIKEMAN 2007, 139).

„Die Ernährungsgewohnheiten von Kindern werden in erheblichem Ausmaß von denen der Eltern beeinflusst (PROUT 1996, zitiert nach VÖGELE & ELLROTT 2006, 189), sowohl durch die Bereitstellung und Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln, Getränken und Süßigkeiten als auch durch direkte elterliche Kontrolle. Eltern bieten jedoch auch ein Rollenmodell für Ernährungsgewohnheiten und körperliches Aktivitätsverhalten“ (VÖGELE & ELLROTT 2006, 189). Eltern unterscheiden sich oft stark darin, inwiefern ihr eigenes Essverhalten von den Vorlieben der Kinder, der Erreichbarkeit der Nahrungsmittel und Annahmen über die gesundheitsfördernde Wirkung von Nahrungsmitteln bestimmt wird. Es gibt große Wissens- und Einstellungsunterschiede zwischen Eltern, die nicht unbedingt dazu führen, dass ernährungsbewusstere Eltern auch gesündere Nahrungsmittel für ihre Kinder wählen. Im Allgemeinen lässt sich jedoch sagen, dass eine ernährungsbewusstere Auswahl von Nahrungsmitteln seitens der Eltern eine gesündere Ernährung der Kinder zur Folge hat (VÖGELE & ELLROTT 2006).

Die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung eines schulischen Interventionsansatzes zur Gesundheitsförderung bei Grundschulkindern machten deutlich, dass eine Einbeziehung der Eltern mit Hilfe eines Elternabends als sehr wirksam angesehen werden kann. MOLDERINGS (2005) konnte signifikante Veränderungen einzelner Schulfrühstückslebensmittel und –getränke bei den Schülern mit einer Beteiligung der Eltern am Elternabend im Gegensatz zu den Schülern ohne Elternbeteiligung feststellen¹⁴⁷.

Im Hinblick auf Bewegung kann der elterliche Einfluss ebenfalls angenommen werden. Verschiedene Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen den Freizeitaktivitäten der Eltern und Kinder auf (GRAF ET AL. 2003). Die WIAD-Studie belegt zum Beispiel, dass sportaktive Eltern eine positive Einstellung von Kindern gegenüber sportlicher Aktivität fördern (WIAD 2000). Die Sportlichkeit der Eltern ist auch eine bedeutende Einflussgröße auf die Sportinteraktion Kinder – Eltern. „Wenn beide Elternteile im Sportverein Mitglied sind,

¹⁴⁷ Der Vergleich der Ausgangs- und Endwerte zwischen den Schülern mit und ohne Elternbeteiligung am Elternabend zeigt, dass die Eltern, die den angebotenen Elternabend wahrnahmen, ihren Kindern bereits ein gesünderes Schulfrühstück mitgaben (MOLDERINGS 2005).

dann gehört der Familiensport oft zur normalen Alltags- und Ferienaktivität“¹⁴⁸ (BRINKHOFF & SACK 1999, 47).

Die aufgeführten Ziele von gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten deshalb sowohl Kinder als auch deren Eltern erreichen. Gesundheitsförderung muss für Eltern im Sinne einer „Gesundheitsbildung“ und für Kinder als „Gesundheitserziehung“ zur „Gesundheitsbildung“ verstanden werden.

Gesundheitsbildung ist vor allem gekennzeichnet durch (vgl. SABO 2003a, 69):

- freiwillige Teilnahme,
- teilnehmerorientiertes, soziales und selbstbestimmtes Lernen (Partizipation, Empowerment, Erfahrungsaustausch), das sich auch auf die sozialen und natürlichen Lebensbedingungen der Teilnehmer richtet,
- ein ganzheitliches Bildungskonzept bzw. einen ganzheitlichen Bildungsanspruch (für Gesundheit kann etwas gelernt werden, „Gesundheit lässt sich aber nicht lehren“),
- ein ganzheitliches Menschenbild,
- ein umfassendes Gesundheitsverständnis, entsprechend den Prinzipien der Ottawa Charta.

Zudem sollen die Eltern erleben, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten ihre Kinder bereits haben, so dass sie auch ihren Kindern mit geistiger Behinderung die Entwicklung von Kompetenzen zutrauen. Die Förderung der elterlichen Kompetenzen kann bestenfalls das Interesse für sportliche Aktivitäten oder eine gesündere Ernährung erhöhen oder die Aufmerksamkeit ihrer Erziehungshandlungen in eine gesundheitsförderliche Richtung lenken. Den Kindern soll eine Gesundheitserziehung zuteil werden, die fernab von „Belehrung“ vor dem Hintergrund neuer Leitbilder und eines positiven Gesundheitskonzepts auf verschiedenen Aktionsebenen ansetzt. Zu den wichtigsten Elementen einer (selbst-) bewussten und lustvollen Lebensführung zählen „positive Einstellungen zu den alltäglichen Herausforderungen, Annahme des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung, optimistische Erwartungen an die soziale Umwelt und insgesamt die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung“ (HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2003, 54).

¹⁴⁸ BRINKHOFF & SACK (1999) untersuchten in ihrer Studie u.a. das gemeinsame Sporttreiben von Eltern und Kindern. Eltern, die Mitglied im Sportverein sind, treiben mit ihren Kindern wesentlich häufiger Sport, als wenn sie in keinem Sportverein sportlich engagiert sind. Die Anregung zum gemeinsamen Sporttreiben dürfte also auch von den Eltern bzw. einem Elternteil ausgehen.

Um in diese Richtung zu wirken, sollen die Kinder solche Angebote bekommen, die mit hohem Erlebnisgehalt ihre Handlungskompetenzen zu erweitern helfen und diese ganzheitlich in ihrer Entwicklung fördern.

5.2.2 Vernetzung der Lebenswelten im Setting Schule

Ein direktes Beeinflussen der familialen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ist mit nur auf das Individuum bezogenen Programmen nicht möglich (GRUNOW 1994). Da Kinder zunehmend in isolierten Lebensinseln aufwachsen, ist eine Vernetzung der kindlichen Lebenswelten erstrebenswert.

So ergibt sich aus einer geistigen Behinderung eines Kindes zum einen eine besondere Fürsorge des Staates, die durch besondere Förderungen, Schulen und soziale Angebote zum Tragen kommt und bestenfalls einen Rückhalt für die Familie und das Kind bieten. Zum anderen ergeben sich dadurch auch Zwänge und Einschränkungen in der persönlichen Lebensweise der Familie. Besucht ein Kind eine Tagesstätte, so hat die Familie einen geringeren Einfluss auf Ernährung und Aktivitäten des Kindes in dieser Zeit. Dafür kann das Kind in dieser Zeit Angebote nutzen, die zu Hause nicht möglich wären und ist in einem weiteren sozialen Netzwerk integriert. Wie wertvoll diese Möglichkeiten für das Kind sind, hängt sowohl von den äußeren Gegebenheiten als auch von den subjektiven Empfindungen des Kindes und der Familie ab.

Je institutionalisierter das Leben von Menschen wird, desto wichtiger werden einerseits Interventionen auf der Meso- und Makroebene, andererseits die Stärkung der persönlichen Ressourcen, um mit den oft vorgeschriebenen Strukturen klarzukommen. Die IAGJ (2004) fordert ressortübergreifende Kooperation und Vernetzung und Bündnisse für gesunde Kinder und Jugendliche: „schulärztliche Dienste, Kinderärzte, Ernährungsberater und Ernährungswissenschaftler, Sportvereine oder Krankenkassen, aber auch Settings wie Familie, Kindergärten, Schulen oder Kinder- und Jugendarbeit sollten für eine nachhaltige Gesundheitsförderung bei Kindern mit einbezogen werden. Hierbei nehmen regionale Projekte und Netzwerke zur Kindergesundheit eine wichtige Rolle ein“ (ebd., 10).

Interventionen sollten verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen (z.B. EICHHORN 2006) kombinieren. Die Schule bietet die Möglichkeit, Wissen, Einstellungen und Verhalten aller Kinder über viele Jahre hinweg zu beeinflussen und unterstützende Rahmenbedingungen zu schaffen (ebd., 105). Gesundheitsförderung kann erfolgreich sein, da sie sich am Bildungsauftrag der Schule orientieren kann. Vor dem Hintergrund von Bildungsqualität und

Qualitätsentwicklung können hier Fragen der Gesundheit aller Beteiligten angegangen werden (DIETERICH 2007, 130).

Eine Vernetzung der kindlichen Lebenswelten „Familie“ und „Schule“ ermöglicht bereits umfassende Entwicklungschancen. Die Schule bietet sich als Vernetzungsknotenpunkt an (GRAF 2007), weil dort mehrere Systeme aufeinander treffen und alle Kinder im schulpflichtigen Alter erreicht werden können. Im Setting Schule können Lehrer, Kinder und deren Erziehungsberechtigte zusammentreffen und gemeinsam an der Realisierung einer gesunden Entwicklung der Kinder arbeiten. Im Gegensatz zum Kindergarten, den nicht jedes Kind zwangsläufig besucht, können hier Kontakte zu allen Eltern der Kinder zumindest theoretisch geknüpft werden. In dem Projekt Miteinander 2000 - Familien stärken empfanden Eltern den Samstagvormittag als guten Zeitpunkt für gemeinsame Aktivitäten (vgl. KAPUSTIN-LAUFFER 2006). Eine Vernetzung von Schule, Familie und Sportverein könnte erfolgen, wenn Übungsleiter zu diesen Aktionen eingeladen würden.

Das System Schule kann im Sinne einer „guten gesunden Schule“ einen organisatorischer Rahmen zur langfristigen Umsetzung einer Maßnahme sichern.

5.2.3 Prinzip der Lebensnähe und Nachhaltigkeit

Jede Person ist in ihren Lebenskontext eingebunden. Die Adressaten von gesundheitsfördernden Maßnahmen funktionieren nicht wie triviale Maschinen, die Input eins zu eins übernehmen und in die Praxis umsetzen. Gesundheitsförderung muss lebensnah auf die jeweiligen Wünsche und Erwartungen der Personengruppe abgestimmt sein, muss die Menschen „berühren“. Durch selbstverantwortliche Mitgestaltung der Inhalte kann nachhaltig die Bereitschaft und der Wille zu gesundheitsförderlichem Verhalten gestärkt werden (HURRELMANN 1994). Wenn Wirklichkeitsbezüge hergestellt werden können und die Personen unmittelbar emotional „betroffen“ sind, kann ihr Interesse geweckt werden, kann dies den Impuls zur Motivation und Partizipation geben¹⁴⁹.

HURRELMANN (1994) schließt aus empirischen Ergebnissen, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung das subjektive Gesundheitsbewusstsein der Teilnehmer aufnehmen müssen, mit dem Ziel, auf eine aktive Mitwirkung bei der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebensbedingungen hinzuwirken (ebd., 125).

¹⁴⁹ Ein Prinzip, das FISCHER (2008, 222) für den Unterricht bei Schülern des Förderschwerpunkts geistige Entwicklung aufgestellt hat (Unterricht knüpft an Interesse an, provoziert Betroffenheit und zielt auf persönliche Sinnstiftung und „Eigenwelterweiterung“) sollte auf alle Zielgruppen übertragen werden.

Um nachhaltiges Lernen zu ermöglichen, müssen gesundheitsrelevante Themen lebensnah aufbereitet sein und die Teilnehmer - Eltern und Kinder - ansprechen. Über die Schule können zunächst die Kinder erreicht werden, was ein größeres Interesse seitens der Eltern nach sich ziehen könnte.

FAULSTICH & ZEUNER (1999) fordern für die Vermittlungsdidaktik in der Erwachsenenbildung einige Aspekte, die die Lernenden in ihren Aneignungsprozessen unterstützen sollen. Sie nennen in diesem Zusammenhang die Stichworte „Interessenbezug“ und „Problembezug“. Damit werden zum einen die Berücksichtigung der Erwartungen der Adressaten, der Anbieter und die Anforderungen der gesellschaftlichen Anwendungsbezüge gemeint, zum anderen eine Verbindung der Lerninhalte mit den konkreten Handlungsmöglichkeiten und –anforderungen der Teilnehmenden gefordert. Es ist wichtig für die Teilnahme an Maßnahmen, dass sie das Interesse der Teilnehmer wecken¹⁵⁰.

5.2.4 Prinzip der Freiwilligkeit und Freude

Nur in angenehmer ungezwungener Atmosphäre lässt sich leicht und mit Freude lernen. Eine freiwillige Teilnahme der Eltern am Projekt sichert echtes Interesse und ermöglicht einen entspannten Rahmen für Aktionen. Konzepte sind nur dann aussichtsreich, „wenn sie an den Erfahrungen und Erlebnissen von Lebensfreude ansetzen und nicht etwa als Attacke auf Lebenslust gesehen wird. Zum Scheitern verurteilt ist Gesundheitserziehung, die lustlos, lusttötend und restriktiv-disziplinierend vorgeht, so LAASER, HURRELMANN & WOLTERS (1993, 184). Gesundheitsbildung sollte deshalb im Sinne des Gesundheitsförderungsansatzes in der organisierten Erwachsenenbildung mit freiwilliger Teilnahme stattfinden.

¹⁵⁰ KIRSCHNER, RADOSCHEWSKI & KIRSCHNER (1995) führten im Jahr 1993 eine repräsentative Bevölkerungsuntersuchung mit mehr als 5000 Teilnehmern durch, um zu erheben, wie weit die Umsetzung des §20 SGB V (Gesundheitsförderung) durch die gesetzlichen Krankenkassen vorangeschritten sei. Die Inanspruchnahme der Maßnahmen erwies sich als sehr gering (8% der Bevölkerung hatten an derartigen Kursangeboten teilgenommen). Von den Nichtteilnehmern an Maßnahmen der Gesundheitsförderung gaben 47% an, definitiv kein Interesse an Maßnahmen dieser Art zu haben. Über die Hälfte der Nichtteilnehmer äußerte wenigstens ein gewisses Interesse („weniger groß“, „es geht“, „groß“ oder „sehr groß“) an solchen Angeboten zu haben, sogar an kostenpflichtigen Kursen. Als Hauptgrund der Nichtteilnahme wurde von 65,6% der Befragten „fehlende Zeit“ genannt, 18% hatten „keine ausreichende Kenntnis der Angebote“, 16,4% klagten über „weite Wege“, 12,8% der Befragten wurden von den Angeboten nicht angesprochen und 5% besuchten auf Grund von Unbehagen oder Angst vor der Situation kein entsprechendes Angebot (KIRSCHNER ET AL. 1995).

Da sich junge Menschen kaum aus gesundheitlichen Motiven dem Sport zuwenden und aus solchen Gründen auch nicht langfristig dabei bleiben, müssen gesundheitserzieherische Absichten mit der Möglichkeit verknüpft sein, „Spaß zu erleben, sich wohl zu fühlen, Abwechslung und Spannung zu erfahren, sich auszutoben und zu entspannen, etwas leisten zu können und keine Angst haben zu brauchen“ (BALZ 1995). Der Fokus sollte sich nicht zu sehr auf den präventiven Gesundheitsaspekt richten, weil insbesondere Kinder stark „gegenwartsbezogen sind und eine langfristige Bindung an Sport nur erreicht werden kann, wenn ihre aktuellen Lebenslagen berücksichtigt und die Freude an der Bewegung gestärkt wird“ (FEDIUK 2008, 218).

Nahezu alle Kinder haben anfangs den Drang, d.h. die Lust, sich zu bewegen. Oft wird dieser Drang von Eltern oder Erziehern unterdrückt, beispielsweise in der Schule oder am Esstisch. Viele Kinder haben später keine Lust mehr sich zu bewegen, nachdem sie negative oder selten positive Erfahrungen mit Bewegung verbinden. Eine enge emotionale Verbundenheit zum Sport ist wünschenswert. Positive Emotionen dem Sport gegenüber zu erzeugen, klingt nach einer schweren Aufgabe. Doch in der Literatur herrscht die einstimmige Meinung, dass durch die richtige Auswahl an Spiel- und Bewegungsaufgaben der kognitiv-psychische Bereich positiv beeinflusst wird.

„Sich selbst zu bewegen ist vor allem selbstzweckhaft, es hat seinen Grund in sich selbst, in den vielfältigen Möglichkeiten, in der Bewegung Spaß, Vergnügen, angenehme Erfahrungen zu entdecken. Solche Entdeckungen können von außen angeregt werden, und bei spontan entdeckten Bewegungen sollten Kinder bestärkt und ermuntert werden, sie weiter auszuprobieren“ (MARKOWETZ 2005, 214). In der Gruppe können die Kinder Spaß am gemeinsamen Bewegen und einer gesunden Ernährung erleben.

5.2.5 Sachinformation, Handeln und Erfahrungsaustausch

„Gesundheitserziehung kann vielleicht definiert werden als eine den Menschen bewusst gegebene Gelegenheit mehr über seine Gesundheit zu erfahren und sein Verhalten zu ändern. Dazu gehört:

- Die Stärkung des Bewusstseins über die Probleme der Gesundheit sowie über die Faktoren, die zur Erkrankung führen können.
- Die Vermittlung der dazu notwendigen Informationen.
- Die Motivations- und Überzeugungsarbeit, um den Menschen zu helfen ihre Lebensweisen im Interesse ihrer Gesundheit zu verändern.

- Die Vermittlung der Fähigkeiten und Fertigkeiten und des notwendigen Selbstvertrauens zur praktischen Umsetzung solcher Veränderungen“ (NAIDOO & WILLS 2003, 79).

Vor dem Hintergrund konstruktivistischer Positionen ergeben sich Konsequenzen für die Vermittlungsdidaktik von Inhalten für Kinder (mit geistiger Behinderung) und Erwachsene. Das Individuum nimmt nur das wahr, „was es handelnd erlebt und erfährt und was es vorab im Kopf entwickelt. Es verarbeitet nur solche Reize, die für es subjektiv sinnbringend sind“ (FISCHER 2003, 134). Lernprozesse sind demnach immer abhängig von inneren Strukturen (Vorerfahrungen, Bedeutungszuschreibungen) und der Interaktion mit der Umwelt der Person. Lernen muss als aktiver, selbstorganisierter Prozess verstanden werden und in Bedeutungszusammenhängen stattfinden (vgl. FISCHER 2008). Darum müssen Situationen geschaffen werden, in denen Kinder und Erwachsene eine gesunde Lebensweise erleben, begreifen, erfahren und entsprechend handeln können.

Kinder und Eltern sollen die Möglichkeit haben, nicht nur Wissen bereitgestellt zu bekommen, sondern selbsttätig Lernerfahrungen zu machen.

In der Didaktik wird Lernen durch Selbsttätigkeit und handelndes Lernen seit vielen Jahren verstärkt gefordert. Ein zentrales Argument ist, dass Wissen schneller und langfristiger gespeichert wird, wenn mehrere Kanäle der Wahrnehmung bei der Erarbeitung genutzt wurden. Auch zur Kompensation der im Alltag immer seltener werdenden Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten müssen Primärerfahrungen im Vordergrund eines solchen Konzeptes stehen. In der Erwachsenenbildung und im Unterrichten von Kindern ist Handlungsorientierung ein Leitprinzip für verschiedene Lernkontexte. „Selbstbestimmtes Lernen öffnet den Blick für das Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit und Anleitung“ und sollte sich nach den individuellen Biographien der Lernenden selbst richten (FAULSTICH & ZEUNER 1999, 9). Es wird gefordert, dass Eltern und Kinder sinnliche Wahrnehmungen am realen Gegenstand und mit Bezug zum Alltag machen können.

Für die Kinder müssen Lernangebote ganzheitlich, subjekt- und kompetenzorientiert arrangiert sein, so dass sie die Eigenaktivität in der Gruppe anregen. Damit kann Lernen, wie FISCHER (2008, 230ff) fordert, entdeckend, problemlösungsorientiert, kooperativ, handlungsbezogen und sozial sein. Damit müssen sich Rolle und Selbstverständnis der Lehrpersonen ändern (ebd., 238ff). Der Lehrer oder Pädagoge muss versuchen, sich zurückzunehmen und den Schülern eher zu assistieren. Anstelle des Belehrens sollen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten bereitgestellt werden (FISCHER 2008, 241). In der konkreten Handlung können so z.B. die Grundlagen einer gesunden Ernährung erarbeitet und

Kenntnisse über und Fertigkeiten bei der Nahrungsmittelzubereitung erweitert werden. Die Kinder werden dabei unterstützt, selbst frisches Obst und Gemüse zu verarbeiten. Die Kinder können erleben, dass sie in der Lage sind, einfache Gerichte zuzubereiten.

Aber auch soziale Kompetenzen können nicht bloß theoretisch vermittelt werden. In stark strukturierten Lernräumen, wie z.B. im Regelunterricht im Klassenzimmer, werden Konflikte eher vermieden oder von erzieherischer Instanz geregelt oder gelöst. Konfliktfähigkeit, das Einhalten von Regeln, Auseinandersetzen mit Anderen, das Austesten von eigenen Grenzen und einen Platz in einer Gruppe zu finden, kann schwer ohne reale Situationen gelernt werden. Dafür benötigt es Situationen, in denen man sich mit Gleichaltrigen auseinandersetzt, Hilfe benötigt oder gibt, und Konflikte austrägt. Das Vermitteln von Sachinformationen zu gesundheitsrelevanten Themen ist von Bedeutung, jedoch nur in angemessenem Rahmen und mit genügend Raum für Erfahrungsaustausch der Personen. Gerade was Familien mit einem behinderten Kind angeht, ist die Möglichkeit von Erfahrungs- und Gedankenaustausch wichtig. „Im Zentrum pädagogischer Aktivitäten muss das Kind mit seiner Familie bleiben; pädagogische Integrationsansätze zielen vor allem auf das Familienleben und auf die Bildung von Familienfreundschaften bzw. –netzwerken“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 13). Durch Austausch von persönlichen Erfahrungen im Alltag können neue Perspektiven aufgezeigt und alltägliche Probleme bewältigt werden.

MOLDERINGS (2005, 13) schlägt für die Durchführung einer Elternintervention¹⁵¹ folgende Punkte vor, die bedacht und berücksichtigt werden sollten:

- Handlungsorientierung und Vermittlung von Handlungskompetenz
- Gemeinsames Finden von Lösungsmöglichkeiten für individuelle Probleme der Eltern
- Austausch mit anderen Eltern und gegenseitige Unterstützung
- Entwicklung von Handlungsintentionen, damit die Ideen und intendierten Handlungen der Eltern auch tatsächlich im Alltag umgesetzt werden

5.2.6 Verknüpfung von sportlicher Aktivität und Ernährung

Nach Auffassung von HURRELMANN und BRÜNDEL (2003) stehen die beiden Ausgangsfaktoren Fehlernährung und Bewegungsmangel in einem direkten oder zumindest indirekten Zusammenhang mit vielen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten, die heute bei Kindern zu verzeichnen sind.

¹⁵¹ In ihrer Arbeit handelte es sich um die Durchführung eines Elternabends.

Zunächst soll das Phänomen der „sportlichen Aktivität“ genauer betrachtet werden. In der Forschung unterscheiden sich Ergebnisse von Untersuchungen über die Kontinuität der sportlichen Aktivität im Lebenslauf¹⁵². Belegen einige Untersuchungen, dass die Höhe der sportlichen Aktivität im späten Erwachsenenalter stark mit der sportlichen Aktivität in früheren Lebensabschnitten korreliert¹⁵³, können andere Forscher diese Ergebnisse widerlegen¹⁵⁴. Es ist schwierig, genaue Aussagen über diese Zusammenhänge zu machen, da das Sportverhalten von Menschen von unterschiedlichen Faktoren abhängt und die Gründe für hohe und niedrige sportliche Aktivität im Erwachsenenalter stark divergieren. Sportliche Aktivität, bzw. Inaktivität im Lebenslauf unterliegt verschiedenen Entwicklungsverläufen¹⁵⁵. Menschen beginnen oder beenden das Sporttreiben, in verschiedenen Lebensphasen aus verschiedensten Antrieben heraus. Immer häufiger werden auch Späteinsteiger, die erst im hohen Alter sportlich aktiv werden. EICHBERG (2003) kann immerhin feststellen, dass eine frühe Sportteilnahme generell eine Bedeutung für die Sportaktivität der darauffolgenden Altersstufe hat, aber nur eine geringe Rolle für spätere Sportaktivität spielt (vgl. ebd., 119)¹⁵⁶. Dennoch ist eine Förderung von Kindern zur und durch sportliche Aktivität obligat. Aus entwicklungs- und lerntheoretischer, aber auch aus medizinisch-gesundheitswissenschaftlicher Sicht sollte Bewegung eine große Rolle in der Entwicklungsförderung zuerkannt werden.

„Bewegung wird in ihrer Bedeutung für die Auseinandersetzung der Person mit ihrer Umgebung und damit in ihrer Bedeutung für Wahrnehmung, Erfahrung und Erkenntnis betrachtet. (...) Ohne Selbstbewegung, so die Grundannahme, gibt es keine Wahrnehmung von Außenwelt. Bewegung ist in der kindlichen Entwicklung der Schlüssel für die Unterscheidung von Selbst und Fremd, sie ist das Medium, das innere Prozesse wie Empfindungen und Spannungen erleb- und erfahrbar macht, uns mit der Umwelt in Kontakt bringt und hält, und über das wir uns mitteilen können. Sie ist wesentliche Bedingung für den

¹⁵² MALINA (1996) ermittelt in einer Übersichtsarbeit geringe bis moderate Zusammenhänge der sportlichen Aktivität zwischen Kindheit, Jugend und mittlerem Erwachsenenalter.

¹⁵³ MARTIN & SINDEN (2001) und FLETCHER & HIRDES (1996)

¹⁵⁴ CHOGAHARA & YAMAGUCHI (1998)

¹⁵⁵ Eine kurze Vorstellung der Ergebnisse der jeweiligen Studien ist bei EICHBERG (2003) im Kapitel 2.6 zu finden.

¹⁵⁶ Auch sind die Ergebnisse solcher Studien nicht eindeutig, die den Zusammenhang von einer Verringerung des Aktivitätsniveaus und einer Zunahme des Körpergewichts (anhand des BMI) im Lebenslauf untersuchen (CLELAND, DWYER, & VENN 2008).

Aufbau von Wahrnehmung, Identität und Kommunikation“ (KLAES & WALTHES 1996). Konkrete positive Effekte des Sports im motorischen und medizinischen Bereich zählen HOFFMANN und OHLERT (2002) auf. Sie nennen den Erhalt und die Verbesserung des physiologischen Adaptionsrahmens (z.B. Beweglichkeit der Gelenke, Muskelkraft, Koordination, Herz-Kreislauf- und Atemfunktion), die Schulung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowohl zur Bewältigung körperlicher Alltagsbelastungen, als auch von spezifischen sportlichen Bewegungshandlungen, die Vermeidung einer Verschlechterung des Körperzustandes und die Stabilisierung der allgemeinen gesundheitlichen Befindlichkeit. Sportliche Aktivität wirkt mehrdimensional auf die Gesundheit (siehe Abbildung 19).

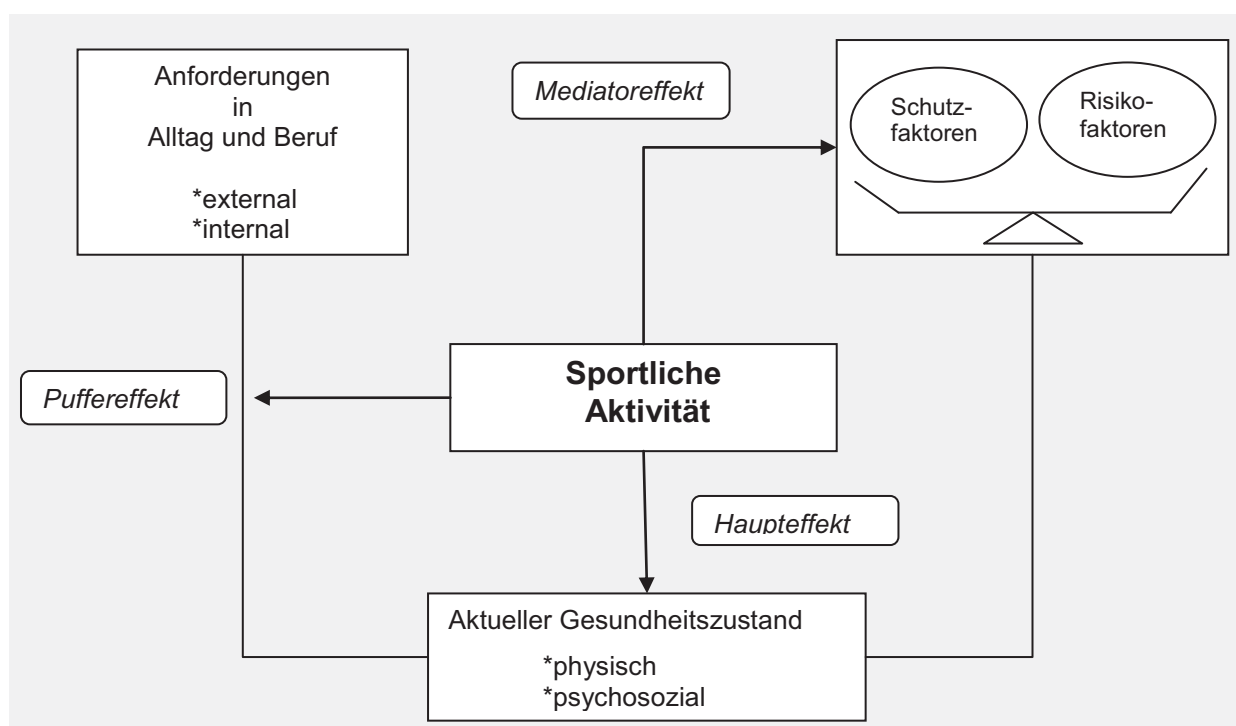


Abbildung 19: Wirkungsgefüge sportlicher Aktivität als gesundheitsfördernde Maßnahme (aus KNOLL 1997, 49)

Ergebnisse von Meta-Analysen und empirischen Studien belegen zum Einen als Haupteffekt einen signifikanten Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der Selbsteinschätzung, aber auch der ärztlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes (KNOLL 1997). Zum Anderen kommt sportlicher Aktivität eine Pufferfunktion zu. Der Puffereffekt hilft den Personen negative Auswirkungen von Belastungen zu kompensieren. Als weiterer Effekt von sportlicher Aktivität konnte der Mediatoreffekt nachgewiesen werden. Sporttreiben stärkt demnach persönliche Schutzfaktoren und reduziert gleichzeitig Risikofaktoren (KNOLL 1997).

Nun soll der Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Ernährung betrachtet werden. Bewegungsförderung trägt nicht nur zur körperlichen, sozialen und gefühlsmäßigen Entwicklung und zur Förderung des Körperbewusstseins, sondern auch zu einem ausgewogenen Verhältnis von Energiezufuhr und Energieverbrauch bei.

Eine ausgewogene vollwertige Ernährung und ausreichend Bewegung bilden Schlüsselfunktionen für eine gesunde Entwicklung. „Deshalb ist gesunde Ernährung und Bewegung ein Thema für alle“ (WERSICH 2005, 7). EISSING ET AL. (2005) fordern gerade für Kinder mit Behinderungen eine Ernährungserziehung über den Hauswirtschaftsunterricht an Sonderschulen hinaus. Es reiche nicht mehr aus, dort gesunde Kostformen zu vermitteln, die vielleicht sogar den geschmacklichen Präferenzen der Kinder und Jugendlichen entsprächen. Vielmehr müsste Ernährungserziehung einen breiten Ansatz finden. Neben der Nahrungsmittelzubereitung könnte Sport eine wesentliche Rolle für eine effektive Gesundheitserziehung spielen. Als vielversprechend sehen die Autoren die Möglichkeit einer direkten, projektartigen Verknüpfung des Hauswirtschafts- und des Sportunterrichts. Sie schlagen Gesundheitsprojekte vor, die neben der Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers schulen und das Wohlbefinden steigern. „Eine effektive Gesundheitserziehung kann so einen Beitrag zur Selbstbestimmung und Partizipation von Menschen mit geistiger Behinderung leisten“ (EISSING ET AL. 2005, 298). Zusätzlich lassen sich über eine Beeinflussung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens auch Probleme ansprechen und bearbeiten, die mit anderen Belastungen beim Bewältigen von Entwicklungsaufgaben zusammenhängen. HURRELMANN & BRÜNDEL (2003) beziehen sich in diesem Zusammenhang insbesondere auf Probleme eines schlecht trainierten Immunsystems, fehlende Anregung und Schulung der Sinne, eine Verbesserung der motorischen Koordination, den Abbau von Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität und die Stärkung von Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz (ebd., 179). Wichtig für Gesundheitsförderung ist demnach eine Verknüpfung dieser beiden Komponenten.

6 Konzeption und Gestaltung des Programms

Die Konzeption nutzt das Setting Schule bzw. Tagesstätte als Angelpunkt für eine frühzeitige Gesundheitsförderung von Kindern mit geistiger Behinderung. Denn damit soll gewährleistet werden, dass alle Kinder tatsächlich erreicht werden können. In diesem Setting können die kindlichen Lebenswelten Schule und Familie vernetzt werden und die Intervention kann auf der Mikro- und Mesoebene ansetzen. Dadurch kann die Handlungsfähigkeit der Kinder gefördert und über die Kinder das Elternhaus mit in die Maßnahme integriert werden.

Die Konzeption beinhaltet die beiden Komponenten Bewegungserziehung für die Kinder und Projekttreffen für die Familien (siehe Abbildung 20).

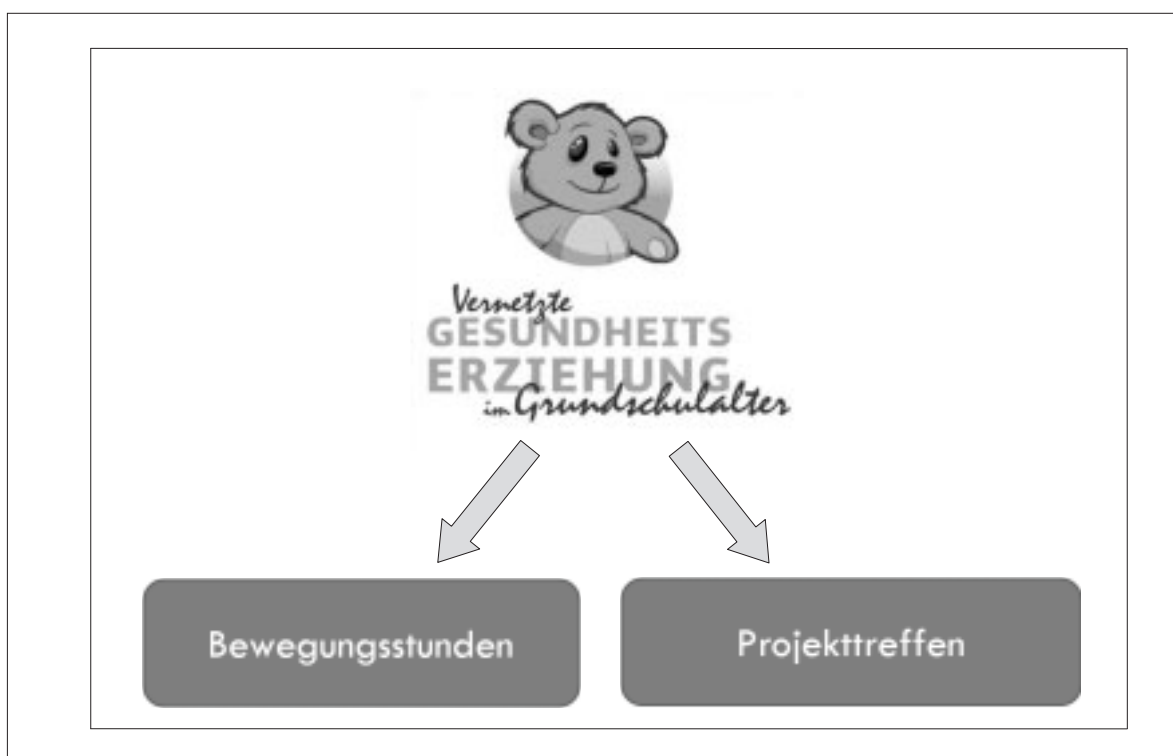


Abbildung 20: Komponenten von „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“

Unter der Berücksichtigung aller genannten Prinzipien und unter dem Leitprinzip, Eltern und Kinder in Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit einzubeziehen, sollen Projekttreffen stattfinden, an denen gesundheitsrelevante Themen besprochen, diskutiert und handelnd bearbeitet werden (Mesoebene: Erfahrungs- und Wissenstransfer).

Das Konzept sieht außerdem für die Kinder eine zusätzliche wöchentliche Bewegungsstunde während der Schul- oder Tagesstättenzeit (Mikroebene: Förderung von Handlungskompetenzen) vor.

6.1 Bewegungserziehung in Tagesstätte oder Schule

Für den notwendigen Umfang körperlicher Aktivität, um im Kindes- und Jugendalter eine körperliche Gesundheitswirkung zu erzielen, liegen wenige und verschiedene Daten vor. „Entsprechende Aktivitätsempfehlungen münden in der Regel in eher ausdauerorientierte Belastungen“ (HOFFMANN ET AL. 2006, 207)¹⁵⁷. Dieses Ziel soll in den Bewegungseinheiten allerdings nicht verfolgt werden. Es könnte die Gefahr bestehen, durch eine zu hohe und intensive Belastung die Motivation der Kinder für Bewegung zu mindern, anstatt sie durch freudvolle Bewegungsangebote zu motivieren. „Der Forschungsstand zum wirkungsvollen Ausmaß der körperlichen Aktivität für psycho-soziale Gesundheitsmaße bei Kindern und Jugendlichen ist bescheiden. Es erscheint plausibel, dass hier bereits ein geringes Maß an körperlicher Aktivität positive Effekte erzielen könnte“ (HOFFMANN ET AL. 2006, 207).

Bewegungsförderung wird im Allgemeinen als eine wirksame Möglichkeit angesehen, langfristige Gesundheitsschäden zu vermeiden (vgl. BAYERISCHER GEMEINDEUNFALLVERSICHERUNGSVERBAND STAATLICHE AUSFÜHRUNGSBEHÖRDE FÜR UNFALLVERSICHERUNG 1995, 4). Sport kann – in der richtigen Dosis und Atmosphäre - „zu mehr Gesundheit, Fitsein, vielseitigen Körpererfahrungen, größerem Wohlbefinden, Bewegungserfahrungen, Naturerlebnis, Bewegungssensationen, Bewegungsausdruck, Abenteuer, Spannung, Geselligkeit, Kommunikation, Gemeinschaft, Selbstwert-Erleben, Wettkampf in z.T. angepassten Formen, Leistungskompetenz, mehr Lebensfreude und größerer Lebensqualität führen“ (DECKER 1995, 149). Im Setting Schule wird Bewegung meistens im Unterrichtsfach Sport realisiert. Im Bereich der Sonderschulen, u.a. im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, sind Bewegung, Spiel und Sport zuerst unter der Bezeichnung „Psychomotorische Erziehung“ oder „Psychomotorische Übungsbehandlung“ zu wesentlichen Elementen und Grundlagen der Erziehung und Therapie geworden (DECKER 1995, 148).

Aber Sport wird hier nicht als Leistungssport verstanden. Die Prioritäten sollten weg von einer einseitigen, sportartgebundenen Trainings-„Arbeit“ hin zu einer ganzheitlichen Entwicklung motorischer, kognitiver, affektiver und sozialer Fähigkeiten verlagert werden

¹⁵⁷ WITTEMEIER, MOLLARD & KRIELLAARS (2008) empfehlen auf Grund der von ihnen erhobenen Daten nicht nur mittelschwere Belastungen, sondern auch intensive Belastungen in der Prävention von Adipositas. Die Ergebnisse ihrer Studie zum Zusammenhang von Aktivitätslevel und Risiko für Übergewicht und Adipositas im Kindesalter zeigten, dass 45 Minuten mittelmäßiger Belastung und fünfzehn Minuten sehr hoher Belastung mit einem niedrigen Anteil von Körperfett und einem niedrigen BMI von Kindern korrelieren.

(vgl. KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 17). Einen erweiterten Sportbegriff liefert SOWA (1994): „Unter dem Begriff Sport werden sportartenorientierte, sportartenmodifizierte und sportartenunabhängige Angebote zusammengefasst, welche sowohl ergebnis-, fertigkeiten- als auch aufgaben- und erlebnisorientiert sind. Die verschiedensten Sportmöglichkeiten sollen so präsentiert werden, dass jeder mit seinen Interessen, Wünschen, Fähig- und Fertigkeiten Teilnahmemöglichkeiten vorfindet. Die inhaltliche Gestaltung des Angebots sollte davon geprägt sein, dass jeder Sportler entsprechend den individuellen Fähigkeiten ein Höchstmaß an Unabhängigkeit und Selbstständigkeit erfährt.“ Bewegung ist grundlegend für Entwicklungsprozesse und es ist allein deshalb schon wichtig, sie jedem Kind in ausreichendem Maße zu ermöglichen.

Denn gerade förderbedürftigen Kindern können über Bewegung in vielen Bereichen Lernerfahrungen ermöglicht werden. Auch soziale Fähigkeiten können durch Spiele, die Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten bieten und dies sogar fordern, ausgeweitet werden (SEMRUD-CLIKEMAN 2007, 147). Eine ganzheitliche Bewegungsförderung, wie sie auch in der Psychomotorik¹⁵⁸ praktiziert wird, kann helfen die gesamte Persönlichkeit zu fördern:

- Ich-Kompetenz (den eigenen Körper wahrnehmen, erleben, kennen lernen, mit ihm umgehen, Aufbau von Körperbewusstsein als Basis für Selbstwahrnehmung und Entwicklung von Selbstwahrnehmung und Entwicklung von Selbstvertrauen),
- Sach-Kompetenz (die Umwelt wahrnehmen, sich an Umweltgegebenheiten anpassen, mit ihr umgehen können, sie verändern können, Material- und Geräteerfahrung) sowie
- Sozial-Kompetenz (andere wahrnehmen, sich an sie anpassen, mit anderen sinnvoll umgehen, andere beeinflussen) (SCHLÜTER 2003, 243).

Durch Aktivitäten, die Eigenaktivität und Selbsttätigkeit herausfordern, eine vorschnelle Hilfestellung vermieden und jeder auch noch so kleine Erfolg positiv bewertet wird, können Kinder ihre eigenen Stärken erkennen, sich ihrer bewusst werden und ein stabiles Selbstkonzept von Kindern gefördert werden (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 183). „Identitätsbildung und Aufbau von Selbstbewusstsein werden als Prozesse verstanden, deren Basis das Vertrauen in die eigenen Bewegungen darstellt“ (KLAES & WALTHES 1996). Sportliche Aktivität kann also ein hilfreiches Mittel bei der Erziehung von Menschen mit

¹⁵⁸ SCHLÜTER (2003) setzt eine psychomotorische Förderung auch zur Gewaltprävention im Kindergartenalter ein.

geistiger Behinderung zu handlungsfähigen Menschen sein. Sie bietet durch ihre umfassenden Wirkungen eine sinnvolle Möglichkeit einer ganzheitlichen Förderung des Individuums.

Aber Bewegung sollte nicht nur unter dem Aspekt der Förderung verschiedener Fähigkeiten gesehen werden. Bewegung sollte auch um ihrer selbst willen gefördert werden (z.B. KLAUSS 2007). Bewegung sollte „gepflegt“ (ebd.) werden. KLAUSS (2007) argumentiert, dass eine gute Pflege und befriedigte körperliche Bedürfnisse vor allem eine Voraussetzung für die Entwicklung von Bewegungsfreude seien. Er betont das Moment des Zusammenwirkens von organischen Ausgangsbedingungen, äußeren Anregungen, Gefühlen und Interaktion zwischen Subjekt und sozialem Gegenüber. „Der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen und die Interaktion zwischen dem Subjekt und seinem sozialen Gegenüber entscheidet wesentlich über die Bildung der Vielfalt von Bewegungsmöglichkeiten mit, deren Nutzung ein „bewegtes“ Leben charakterisiert“ (KLAUSS 2007, 7). In Bewegung können Kinder Spaß, Vergnügen und angenehme Erfahrungen entdecken. Von außen angeregte oder spontan entdeckte Bewegungen erweitern das Bewegungsrepertoire der Kinder. Deshalb sollten sie bestärkt und ermuntert werden, ge- bzw. erfundene Bewegungen weiter auszuprobieren. „In Bezug auf die Lebensform der Bewegung sind - alle -¹⁵⁹ Menschen darauf angewiesen, dass sie Kompetenzen ausbilden, die sich auf Vergnügen und Genuss in und an der Bewegung, auf die Entwicklung motorischer Fähigkeiten und des Bewegungsgefühls sowie darauf beziehen, dass neue Möglichkeiten der Bewegungskoordination in die bereits vorhandene Gesamtbewegung integriert werden“ (MARKOWETZ 2005, 214). Die wichtigste Motivation für Bewegung ist vor allem die Lust auf Bewegung¹⁶⁰, also eine Emotion, die es deshalb vor allem zu fördern gilt. Bewegungsfreude kann dazu veranlassen, Bewegungsfähigkeit auszuweiten und zu verbessern¹⁶¹. „Entscheidend für das Entstehen von Bewegungsfreude für die Bildung vielfältiger Bewegungsmöglichkeiten ist die soziale Interaktion, die gemeinsame Bewegung“ (MARKOWETZ 2005, 215).

¹⁵⁹ MARKOWETZ betont damit den Einschluss auch von Menschen mit geistiger Behinderung.

¹⁶⁰ BRÄUTIGAM (1994) zieht aus einer Studie die Erkenntnis, „dass „Spaß“ die zentrale Leitidee ist, an der sich Jugendliche bei der Suche nach Lebenssinn orientieren. Spaß suchen sie auch und vor allem im Sport“ ebd, 243).

¹⁶¹ Einige empirische Daten stützen sogar das Argument, dass die Sportkompetenz weiter zu vermehrter Sportaktivität in der Cliquenfreizeit führt: Die Schülerinnen und Schüler mit einer schwächeren Sportnote (befriedigend/ausreichend) treiben signifikant seltener und weniger Cliquensport als die „sehr guten“ Schülerinnen und Schüler (44% regelmäßig vs. 73% regelmäßig) (BRINKHOFF & SACK 1999, 54).

Eine zusätzliche Stunde Bewegungserziehung während der Schulzeit oder im Rahmen der Tagesstätte soll vor allem auf positive Erfahrungen beim Bewegen und solche Situationen abzielen, in denen soziales Lernen möglich ist. Angelehnt an den Lehrplan für die bayerische Grundschule soll es den Schülern ermöglicht werden, „sich mit dem eigenen Körper auseinander zu setzen und anhand vielfältiger Bewegungserfahrungen die eigene körperliche Bewegungs- und Leistungsfähigkeit zu erleben und zu entwickeln (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2000, 38). Freude und Interesse an vielseitiger Bewegung und am Erproben vielfältiger Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten sollen bei den Kindern geweckt, gefördert und erhalten werden (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2000, 38). Der Unterricht im Lernbereich Bewegung und Sport des Lehrplans für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung zielt darauf ab, „im Sinne der Psychomotorik durch Bewegung zu erziehen, aber auch nach sportmotorischem Verständnis Bewegungsfertigkeiten zu vermitteln“ (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2003, 256).

Um eine Vielfalt an Bewegungserfahrungen und sozialen Situationen zu ermöglichen, vereint das Konzept „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ verschiedene Inhalte in den Bewegungsstunden. Die Bewegungsstunden enthalten verschiedene Komponenten, wie Materialerfahrungen, rhythmisch-musikalische Elemente, Bewegungsaufgaben, kleine Spiele, freies kreatives Beschäftigen mit und ohne Material, Gruppenaufgaben und kurze Körperwahrnehmungsübungen (siehe Abbildung 21). Die folgenden Ausführungen zur Gestaltung der Bewegungsstunden waren während der Durchführung des Pilotprojekts handlungsleitend.



Abbildung 21: Komponenten der Bewegungsstunden

Im Wechselspiel von Bewegungsaufgaben, Spiel- und Übungsformen können sich alters- und stufenbezogene Qualitäten entwickeln. Spielen, Üben, Leisten, Freude am Bewegen und Handeln wirken sich situationsbezogen auf die Motivation für sportliche Aktivitäten aus und tragen zur Entwicklung der Selbsttätigkeit in diesem Handlungsfeld bei. Nach einem spielbetonten Erwärmen soll Zeit für Materialerfahrungen, Kreativität, Improvisation, problemlösendes Handeln und Kooperation sein. Am Ende der Stunde sollen die Kinder durch geeignete Spiele und Übungen zur Entspannung hingeführt werden. Somit kann GROSSMANNs und SCALAS Forderung der Verknüpfung einer Vermittlung von Gesundheitswissen, Copingtechniken und sozialer Kompetenz (1994, 27) in diesen Bewegungsstunden nachgekommen werden.

Kinder mit geistiger Behinderung lernen auf Grund ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten auch in motorischen Bereichen langsamer. Sie benötigen meist mehr Zeit und eine persönlichere Ansprache zum Verstehen von Aufgaben. Diese Möglichkeit ergibt sich bei einer Doppelstunde Bewegungserziehung für die Kinder mit geistiger Behinderung und einer Doppelbesetzung der Betreuer.

Die Betreuer müssen ihr Verhalten bewusst einsetzen und auf der Grundlage von Annahme und Verständnis der Kinder Gruppenaktivitäten fördern (SOWA 1994, 359ff). Es wird erwartet, dass sie besonders den Aspekt des „In-Beziehung-Tretens“ betonen (SOWA 1995, 42). Sie sollten sich bemühen, ihre Verhaltensweisen entsprechend der jeweiligen Gruppenmitglieder differenziert einzusetzen und „im Sinne eines für alle spaßbereitenden Sporttreibens“ (ebd., 44) agieren. Entscheidend ist, dass sich die Lehrkräfte oder Betreuer zurücknehmen und die Kinder zu selbstständigem Handeln anregen. Vor dem Hintergrund einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Sichtweise von Personen, müssen sich Kinder als selbstreferentielle Wesen selbsttätig Welt aneignen können. Erziehung sollte darum als Selbsterziehung verstanden und realisiert werden. Der Erzieher selbst muss dabei zu den erzieherisch gemeinten Aufforderungen Stellung beziehen. „Erziehung ist in diesem Sinne kein gradliniger und störungsfreier, sondern ein oftmals wechselseitiger und widersprüchlicher Lernprozess“ (NEUMANN 2004, 68). Erzieherische Intentionen sollten auf Verständigung und Einsicht der Schüler basieren, die sich mit sinnhaften und positiven Erlebnissen der Schüler verbinden (ebd., 69). Jeder Mensch, unabhängig vom Grad der Behinderung, der ihm zugeschrieben wird, muss als wirklichkeitsschaffendes, interaktiv agierendes Individuum anerkannt werden. Im Kontext der zwischenmenschlichen Beziehung macht dieses Verständnis die Eigenständigkeit, die Eigenbestimmtheit und letztlich auch Eigenverantwortung des Kindes

(mit geistiger Behinderung¹⁶²) aus (WAGNER 1995, 217). Jedes Kind muss als gleichberechtigter, autonomer Interaktionspartner gesehen werden, der durch sein Verhalten in der Lage ist, die Wirklichkeit und damit auch das Handeln des Pädagogen zu beeinflussen. Erleben, Reflektieren und Verstärken lassen sich nach NEUMANN als die wichtigsten Dimensionen eines mehrperspektivischen Sportunterrichts begreifen (ebd., 184), die auch für die Bewegungsstunden das erzieherische Handeln leiten sollen. Im Spiel mit unterschiedlichem Material, rhythmisch-musikalische Elemente und Bewegungsaufgaben, die alleine oder in der Gruppe gestellt werden, bieten Varianten alleine, mit Partner oder in der Gruppe mit einigen wenigen Regeln und Regelungen Lust am Bewegen im zweckfreien Spiel zu erleben. Sport und Bewegung sollen als freudvolle, gewinnbringende und entlastende Freizeitmöglichkeit erlebbar werden.

Im Folgenden sollen die wesentlichen Elemente, die für die hier entwickelte Bewegungserziehung von Bedeutung sind, genauer beschrieben und begründet werden.

6.1.1 Vielfältige Materialerfahrungen

„Be-Greifen, Be-Fühlen, Be-Schreiben, Be-Gehen, Be-Folgen, Be-Stärken, Be-Zaubern oder Be-Denken sind Handlungsweisen und kognitive Leistungen der Kinder, die nach außen von ihrem Ich zum Du oder zu einer Sache gerichtet sind. Zugleich sind Er-Griffen sein, Er-Fühlen, Er-Folgen, Er-Denken oder Er-Leben Erfahrungen, die von außen vom Du oder von einer Sache oder von einem Ereignis nach innen auf das Ich des Kindes einwirken, es vor allem emotional bewegen und zugleich im „Tresor“ seines Erinnerungsvermögens verbleiben – Lernen im Spiel, im Handeln, in der unmittelbaren Praxiserfahrung“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 58; siehe auch FISCHER 2003). Auch zu Inhalten der Psychomotorik zählen Material-Erfahrungen, z.B. „sich mit den räumlichen und dinglichen Gegebenheiten der Umwelt auseinandersetzen, sich den Gesetzmäßigkeiten der Objekte anpassen bzw. sie sich passend machen, erkundendes und experimentelles Lernen über Bewegung“ (ZIMMER 1999, 23). Über das Be-Greifen werden die Begriffe für die gefassten Objekte vermittelt und gelernt, aber auch die Eigenschaften der Objekte und Bewegungen und die dazu passenden Eigenschaftsworte; z.B. groß oder klein, hart oder weich, rund oder eckig, glatt oder rau, bunt

¹⁶² WAGNER bezieht sich besonders auf Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Das Verständnis der Pädagogik entwickelt WAGNER aus verschiedenen evolutions- und erkenntnistheoretischen Positionen und ist nach Ansicht der Verfasserin allgemeingültig.

oder einfarbig, fest oder teilbar, leicht oder schwer, schnell oder langsam, hoch oder tief, usw. „Geeignete Spiel- und Sportgeräte können durch ihren Aufforderungscharakter zum Erproben und Lernen von notwendigen Grundfertigkeiten anregen“ (KAPUSTIN 2002, 166). Alltagsgegenstände, Kleingeräte und große Turngeräte können dazu verleiten, neue Bewegungen auszuprobieren, Neues zu wagen. Kinästhetisches Empfinden kann dabei Angst, Lust oder auch Mut auslösen. „Erfühlen ist das „Spiegelbild“ von Begreifen, also das Anfühlen, was durch das Begreifen im Kind ausgelöst wird und unschwer an Gestik, Mimik, an den Lautäußerungen und an der Körpersprache des Kindes abzulesen ist“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 58). Unterschiedliche Materialien verlangen andere Bewegungen, Geschicklichkeit und Feingefühl im Umgang mit ihnen und fordern auf ihre besondere Weise das Handeln heraus. Die Kinder können auf diese Weise selbstständig und handelnd auf ihrem Anforderungsniveau lernen. Leistungsschwächere Kinder können sich an den Spielkameraden weiter orientieren und an ihnen lernen, wenn Freiräume gelassen werden, in denen sie experimentieren, sich versuchen und an anderen abschauen können.

Beim freien kreativen Beschäftigen mit und ohne Material haben die Kinder Zeit, selbstständig und kreativ für sich alleine Neues auszuprobieren oder mit anderen Kindern über Bewegung und auch das Material als Kommunikationsmedium zu kommunizieren.

6.1.2 Bewegungsspiele

„Spielen stellt für alle Kinder – behinderte wie nicht behinderte - eine grundlegende Tätigkeitsform dar, die unentbehrlich für ihre Entwicklung ist“ (vgl. MARKOWETZ & CLOERKES 2000, 248). Durch Spielen erwerben Kinder neue Kompetenzen des Verhaltens und Fähigkeiten der Umweltkontrolle (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 25). HAHMANN (2002) bezeichnet das Spielen „als Urphänomen menschlichen Verhaltens“ (ebd. 208). „Spielen stellt für alle Kinder – behinderte wie nicht behinderte - eine grundlegende Tätigkeitsform dar, die unentbehrlich für ihre Entwicklung ist“ (vgl. MARKOWETZ & CLOERKES 2000, 248).

Im Spiel können Kinder ein positives Selbstbild erlangen und unbeschwert ihre Leistungsgrenzen kennenlernen oder erweitern. Im Spiel kann das Kind seinen natürlichen Bewegungstrieb ausleben und Bewegungsmuster einüben, die für die Alltagsbewältigung und für das Erlernen schwierigerer Bewegungen nötig sind. Nicht außer Acht zu lassen ist der oft erwähnte soziale Aspekt des gemeinsamen Spielens (vgl. HOFFMANN & OHLERT 2002, 98f). Aber nicht nur aus pädagogischer Sicht ist Spielen ein wichtiger Aspekt für Kinder. Denn im Spiel bewegen sich Kinder, machen Körper- und Sinneserfahrungen und haben die Chance,

ein positives Verhältnis zu ihrem Körper zu entwickeln. Beim Spiel sind Kinder ganzheitlich gefordert.

„Kleine Spiele“ umfassen jede Form von Bewegungsspielen mit und ohne Gerät und haben keine definierten Wettkampfbestimmungen. Dadurch unterscheiden sie sich von den „Großen Spielen“ (z.B. Basketball, Fußball,...) und können von diesen abgegrenzt werden. Gerade für Kinder im Grundschulalter stellen Bewegungsspiele die optimale Möglichkeit dar, ihre Entwicklung ganzheitlich zu fördern. „Bewegungsspiele weisen selbst für Kinder, die sich sonst ungern bewegen, eine hohe Motivation zur Teilnahme auf. Dadurch profitieren auch sie von dem Angebot. Bewegungsspiele bieten eine optimale Möglichkeit zu selbstbestimmten Pausen. Kennen Kinder attraktive Spielideen, so übernehmen sie diese auch in ihr freies Spiel (auf dem Schulhof oder in der Freizeit)¹⁶³.

HAHMANN zweifelt aber an der Übertragbarkeit der im Spiel erworbenen Kompetenzen auf Alltagssituationen: „Eine Übertragung von Lerninhalten auf ähnliche Situationen wird bei Geistigbehinderten nur in Ansätzen möglich sein“ (HAHMANN 2002, 207). Er schlägt vor, die im engen Rahmen erworbenen Fertigkeiten sukzessive in ihrer Qualität zu erweitern. Dazu empfiehlt er Bewegungs- und Spielformen mit ähnlichen Bewegungsmustern, wobei ihre Verwendbarkeit in komplexen Spielen bzw. Bewegungsabläufen zunehmend zu erproben sind. Er befürchtet, dass das Kopieren einer sportlichen Technik, die also vom Behinderten nur ansatzweise nachgeahmt werden kann, ihn leicht der Lächerlichkeit aussetzen könnte. Ein gesichertes Repertoire von Bewegungsmustern und Spielformen, die seinem Niveau entsprechen, würde dagegen die Voraussetzung dafür bieten, mit Freude Sport zu treiben und sich in der Öffentlichkeit wohl zu fühlen.

Bewegung ist für HAHMANN die Grundlage einer mehrdimensionalen Erziehung und Entwicklung. Sein mehrdimensionales Erziehungsmodell einer integrativen Entwicklungsförderung ist in Abbildung 22 dargestellt.

¹⁶³ Es sollte hier bedacht werden, dass das Spielrepertoire der Kinder rückläufig ist. Kannten Kinder um die Jahrhundertwende noch rund 100 Bewegungsspiele, sind es heute durchschnittlich fünf (BAYERISCHER GEMEINDEUNFALLVERSICHERUNGSVERBAND STAATLICHE AUSFÜHRUNGSBEHÖRDE FÜR UNFALLVERSICHERUNG 1995, 9).

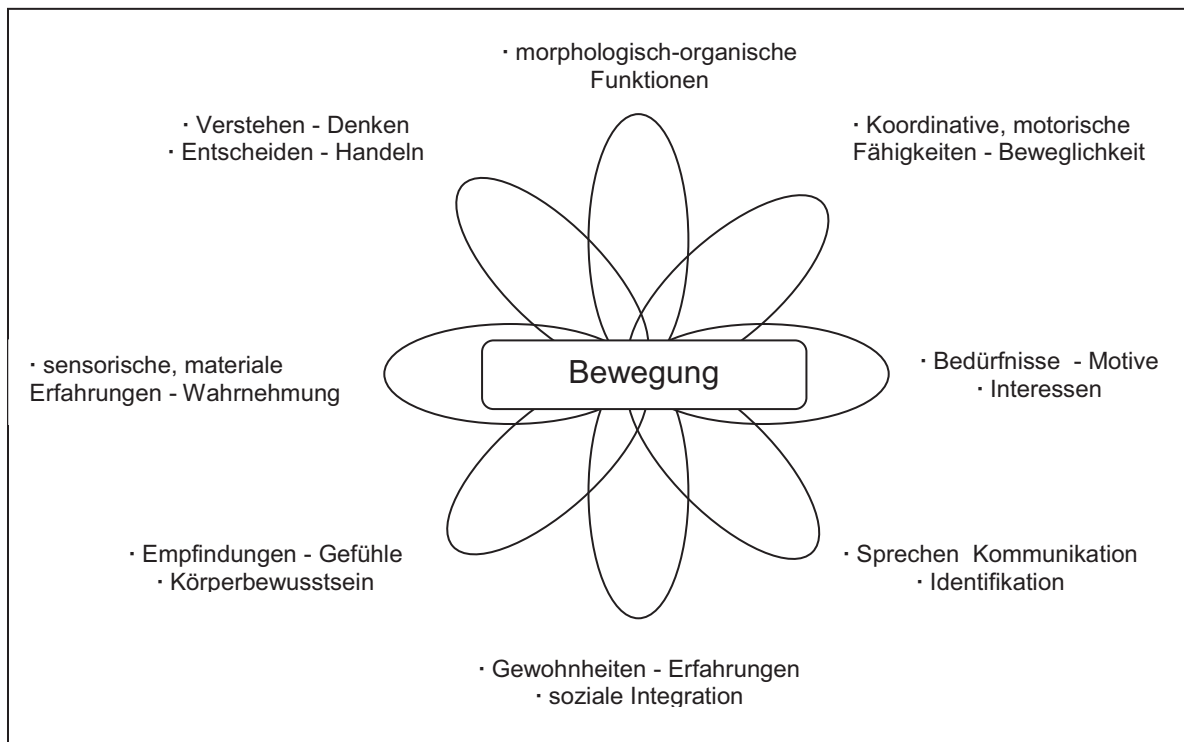


Abbildung 22: Multidimensionales Erziehungsmodell einer integrativen Entwicklungsförderung über Bewegung (nach HAHMANN 2002, 202)

HAHMANN nennt neun «Medien», die dem Kind für die Entwicklung seiner Persönlichkeit nützlich sein sollen.

1. Anpassungs- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie Körperbewusstsein erweitern.
2. Emotionales Verhalten aufgreifen, Interesse und Einstellung aufbauen.
3. Phantasie und Kreativität entfalten lassen.
4. Konditionelle, koordinative Fähigkeiten und Beweglichkeit fördern.
5. Sprechen, Kooperieren, Kommunizieren, Integrieren ermöglichen.
6. Verstehen, Denken, Entscheiden, Handeln lernen.
7. Körperliches Erscheinungsbild korrigieren, Gesundheitszustand verbessern.
8. Selbstständigkeit und Selbsttätigkeit erwerben.
9. Aktivität, Wetteifer und Leistungsbereitschaft anregen.

HAHMANN setzt eine adressatenorientierte Auswahl von differenzierten Bewegungs- und Spielformen für den stufenbezogenen Erwerb sportmotorischer Handlungen voraus. Dadurch soll das behinderte Kind in den Handlungsfeldern lernen, die seinem motorischen, seelischen und geistigen Niveau entsprechen. Basierend auf der Annahme, dass die Wahrnehmung eine Ausgangsbasis für Bewegungslernen ist, empfiehlt HAHMANN zur Förderung erster subjektiver

wertneutraler Empfindungen und weiterer Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur Sinnesschulung und Leibesübungen (HAHMANN 2002). Die Auswahl von Bewegungsspielen sollte, so HAHMANN, an die körperlichen und geistigen Voraussetzungen und Bewegungsbedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gleichermaßen angepasst sein. „Entdeckendes Lernen (Neugierde, Wissbegierde), Freude an der Bewegung, Geduld und Willensstärke und der Erfolg (Bewegungsfreude, Erfolgserlebnis) lassen sich ebenso entwickeln wie die koordinativen Qualitäten und motorischen Eigenschaften“ (ebd., 205). Gerade Bewegungsspiele bieten Möglichkeiten für freies Gestalten und kooperatives Verhalten, d.h. der Spielprozess ist wesentlicher als das normorientierte Spielergebnis. HAHMANN hebt dabei die Wichtigkeit wechselnder Spielanregungen, Organisationsformen und Lenkungsmaßnahmen als wesentliche Bestandteile für die Spielerziehung hervor. Er stellt die gruppenspezifische hinter die persönlichkeitsorientierte Förderung an.

Bei der Auswahl der Spiele sollten neben Wert und Charakter der Spiele auch die Individualität der Betroffenen in der Gruppe berücksichtigt werden. Der Vorteil von New Games¹⁶⁴ ist, dass Mitspieler nicht ausscheiden, wenn sie einen Fehler machen, sondern weiter mitspielen dürfen, sich ihre Rollen nur verändern. In Bewegungsspielen können solche Sozial- und Gruppenerfahrungen gemacht werden, die Selbstwirksamkeit erfahrbar machen. In Gruppen- und Wettkampfspielen dagegen muss das Kind mehrere Rollen übernehmen können. „Indem es unterschiedliche und gleichzeitig vorhandene Haltungen anderer wahrnimmt und mit den eigenen Handlungen koordiniert, lernt das Kind, generalisierte Normen zu erkennen“ (FAULSTICH-WIELAND 2000, 143).

Kinder im Grundschulalter suchen von sich aus den Wettbewerb, in dem sie sich leidenschaftlich um den Sieg bemühen. Der Wetteifer kann sich aus der Aufgabenstellung oder aus dem Leistungsvergleich individuell, im Gruppen- und Mannschaftsverbund entwickeln. „Beobachten – Vergleichen - Wetteifern umspannen das kommunikative Nebeneinander, das Miteinander und Füreinander ebenso wie das wetteifernde Gegeneinander, das aber immer auch ein Miteinander zugleich sein sollte“ (KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER 2009, 94). Die Freude und Begeisterung über den Sieg darf nicht zur Verhöhnung des Gegners führen und ihn verletzen. Ein angemessener Umgang mit emotionalen Reaktionen kann in diesen Situationen gelernt werden, wenn diese als Anlass zur Reflektion genutzt werden.

¹⁶⁴ DALE N. LE FEVRE hat in seinem Buch „best of new games: Faire Spiele für viele“ eine Sammlung von New Games zusammengestellt und anschaulich beschrieben.

KAPUSTIN & KAPUSTIN-LAUFFER (2009) empfehlen bei der Spielauswahl unter sozial-psychologischen Aspekten folgende Systematik der Bewegungsspiele (ebd., 18):

- Spiele nebeneinander und zueinander
- Spiele miteinander und füreinander
- Spiele gegeneinander, aber zugleich immer miteinander

Bei kleinen Spielen kann im Spielgeschehen der Einzel- und Partnerbezug zur Gruppe bzw. Partei hergestellt werden. Kleine Spiele können abgewandelt werden, sodass die Voraussetzungen aller Kinder berücksichtigt werden können. Letztlich können sportive Elemente im Spiel eingeführt und dadurch die Handlungsfähigkeit allmählich erweitert werden. Als Basis jeglicher Sportart müssen grundlegende motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben werden. Für Ballsportarten müssen Kinder die Flugbahn eines Balles einschätzen können, ihn fangen und werfen können. Somit können durch kleine Spiele die notwendigen Voraussetzungen für eine Teilnahme an Großen Spielen, zum Beispiel im Sportverein, geschaffen werden. „Verbesserte Fertigkeiten im Spielverlauf, Rücksichtnahme auf Mitspieler und die Anerkennung von Vorgaben (einfaches Regelwerk) sind für Emanzipation, Kooperation und letztlich für die Integration im »Spielen ohne Barrieren« unerlässliche Voraussetzungen“ (HAHMANN 2002, 204).

6.1.3 Bewegungsaufgaben

Nahezu alle Kinder haben den Drang sich zu bewegen. „Sich bewegen heißt, auf vielfältige Weise mit der umgebenden Welt in Kontakt zu treten“ (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2003, 256).

Oft wird dieser Drang von Eltern oder Erziehern unterdrückt, beispielsweise in der Schule oder am Esstisch. Viele Kinder haben später keine Lust mehr sich zu bewegen, nachdem sie negative oder selten positive Erfahrungen mit Bewegung verbinden. „Bewegungshandlungen und Erlernen von sportbezogenen motorischen Fähigkeiten sind in ihrer Vielfalt und Qualität von der Fähigkeit des Menschen abhängig, über den eigenen Körper zu verfügen; Funktionstüchtigkeit des Bewegungsapparates, Bewusstheit in der Bewegungssteuerung und Bereitschaft zur Bewegung müssen zunächst auf einem basalen Bewegungsniveau entwickelt sein“ (KAPUSTIN 2002, 165).

Kindern mit geistiger Behinderung müssen entwicklungsgemäße sportliche Aufgaben gestellt werden, die sie verstehen und bewältigen können. Es existiert eine Reihe von Konzepten, die

speziell auf Menschen mit geistiger Behinderung und deren individuelle Entwicklungsstufen abgestimmt sind. Darunter fallen beispielsweise Konzepte der Körperwahrnehmungsförderung, der sensorischen Integration, der Wahrnehmungsförderung in Alltagssituationen und der Psychomotorik¹⁶⁵. Ihnen gemein ist nicht eine Förderung der Bewegung um ihrer selbst willen, sondern das Ziel der Erreichung eines weiteren Förderziels (vgl. KLAUSS 1999, 125ff).

Es erscheint fraglich, ob der Spaß bei all den Förder- und Therapieprogrammen, die Kinder mit geistiger Behinderung erhalten, eine große Rolle spielt. Sport und Bewegungsförderung sollten in erster Linie Freude bereiten und „Lust auf mehr“ machen. Durch Erfolgserlebnisse werden auch motorisch schwache Kinder animiert, sich weiter sportlich zu betätigen. Wer positive Emotionen mit Sport verbindet, wird sich im weiteren Leben eher sportlich betätigen als jemand, der nur Misserfolge oder gar keine Erfahrungen auf diesem Gebiet machen konnte. „Psychomotorische Förderung zielt insbesondere auf eine Stärkung der personalen Ressourcen (nach dem Salutogenese-Modell); zwar ist auch eine Meidung und Minderung von Risikofaktoren (nach dem Risikofaktoren-Modell) möglich. Dies sind jedoch eher Nebeneffekte, die sich im Rahmen einer Bewegungsförderung ergeben. Zu den personalen Ressourcen gehören insbesondere Einstellungen des Menschen zu sich selbst, so z.B. die Überzeugung, selbst etwas bewirken zu können und nicht dem eigenen Schicksal hilflos ausgeliefert zu sein“ (ZIMMER 1999, 37).

Eine Abkehr von vorgegebenen Übungsansagen bzw. -aufträgen hin zu Formulierungen von prozessorientierten Bewegungsaufgaben ist zwingend, um solche Freiräume für selbstbestimmtes handelndes Lernen zu geben. Formulierungen, wie „wer kann.....“, „finde verschiedene Möglichkeiten.....“ oder „wer schafft es....“, geben Kindern Anregung und Freiraum zum Experimentieren und fördern die „Bewegung auf eigene Art“ (KLAUSS 2007). Eine Möglichkeit bietet sich beim ersten Sammeln von Erfahrungen mit einem neuen Material an. Den Kindern sollte dafür stets genügend Zeit gegeben werden, sich selbst mit dem Material auseinander zu setzen. Eine Bewegungsaufgabe könnte beispielsweise sein: „Finde verschiedene Möglichkeiten, dich mit dem Sandsäckchen fortzubewegen, ohne dass du es in beiden Händen hältst.“ Wenn alle Kinder nach einiger Zeit des Probierens der Reihe nach ein „Kunststück“ präsentieren, können die anderen Kinder versuchen, diese Bewegung

¹⁶⁵ Begriffsklärungen und knapp gehaltene Einführungen in die genannten und andere Praxiskonzepte können bei KAPUSTIN (2002, 20ff) und KLAUSS (1999, 125ff) zur Vertiefung nachgelesen werden.

nachzumachen. Die Gruppe wird eine Vielzahl an Lösungsmöglichkeiten der Bewegungsaufgabe zusammentragen können.

6.1.4 Gruppenaufgaben

Gemeinsames Bewegen in der Gruppe kann soziale Kompetenz verbessern und die Handlungsfähigkeit von Menschen mit und ohne Behinderung fördern. Es bieten sich zahlreiche Erfahrungsgelegenheiten für soziales Lernen mit dem Ziel, Haltungen und Einstellungen des kooperativen, fairen Miteinanders zu erproben und zu festigen. Ziel ist es, die Bereitschaft der Kinder zu entwickeln, mit anderen Personen rücksichtsvoll und hilfsbereit zusammenzuarbeiten und Misserfolge gemeinsam zu überwinden.

„In vielfältigen Interaktionen und Sozialformen entwickeln sie die Einsicht in die Notwendigkeit und das Einhalten von Regeln und erkennen dabei auch, dass diese den Bedürfnissen der Gemeinschaft angepasst werden können. Darüber hinaus lernen die Kinder, sich einzuordnen, gegenseitig zu helfen sowie Rücksicht und Toleranz zu zeigen“ (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 2000, 38).

Eine Gruppe kann als Anreiz dienen, sich auf andere einzustellen, nach anderen zu richten, Rücksicht zu nehmen, auf andere zu achten. Nicht nur jedes Kind ist für sich alleine in Bewegung, sondern die Aktivitäten der Gruppenmitglieder, z.B. Bewegungsdynamik, Bewegungsrichtung, Bewegungsintensität und/oder Handlungsziel, sind aufeinander abgestimmt. Aufeinander achten und gemeinsam ein Ziel verfolgen, sich gegenseitig helfen und gemeinsam Wege suchen und finden, Konflikte austragen und andere Sichtweisen respektieren zu lernen sind Fähigkeiten, die nur im gemeinsamen Handeln gefordert und gefestigt werden können. Bewegungserziehung ist in besonderer Weise zum Aufbau von Partner- und Gruppenbeziehungen geeignet und kann die Schüler vom Nebeneinander zum Miteinander und Füreinander in ihrem Handeln führen (KAPUSTIN 2002, 166). Immer wieder stehen deshalb in den Bewegungsstunden kleinere oder längere Aufgaben im Vordergrund, für deren Lösung die Zusammenarbeit der gesamten Gruppe notwendig ist. Die Gruppe muss gemeinsam mit einer Problemsituation zurechtkommen und Lösungswege ausprobieren. Beim gemeinsamen Arbeiten an einer Problemlösung ist eine gute Kommunikation der Gruppe und Zusammenarbeit nötig, ansonsten scheitert die Gruppe. Es werden keine richtigen Lösungen vorgegeben, sondern nur das zu erreichende Ziel. Der Übungsleiter zieht sich zurück und beobachtet die Gruppenprozesse. Er kann neue Impulse geben, die zur Lösung eventuell aufkommender Streitigkeiten oder der Aufgabe helfen. Es kann nötig sein, die Gruppe nach einer Erprobungsphase zusammen zu holen und gemeinsam zu besprechen, warum die

Gruppe bislang scheiterte und wie eine Lösung möglich wäre. Dabei sollte gemeinsam besprochen werden, warum die Aufgabe nicht bewältigt wurde und was bei diesem Versuch besser gemacht werden könnte. Wünschenswert ist natürlich, dass die Gruppe die Aufgabe bis zum Ende der Stunde lösen kann. Schafft die Gruppe dies nicht, ist es sinnvoll, in einer späteren Stunde die Aufgabe erneut zu stellen. Als erlebnisorientierte Bewegungsaufgaben, die den Kindern die Möglichkeit geben, sich selbst als wichtiges Mitglied der Gruppe zu erfahren, unterstützen sie den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und vermitteln den Kindern Erfahrungen des Selber-Wirksam-Seins (vgl. ZIMMER 1999, 24). Es kann erlebt werden, dass gemeinsam mehr erreicht werden kann als alleine, dass jeder einzelne eine wichtige Rolle innerhalb der Gruppe inne hat und dass nur durch Absprachen gemeinsam zielgerichtet gehandelt werden kann. „Im Vordergrund stehen erlebnisorientierte Bewegungsangebote, die dem Kind die Möglichkeit geben, sich selbst als wichtiges Mitglied der Gruppe zu erfahren, die den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützen und ihm Erfahrungen des Selber-Wirksam-Seins vermitteln“ (ZIMMER 1999, 23f).

Gerade für leistungsschwache Kinder sind Gruppenaufgaben eine gute Möglichkeit, Erfolge zu erleben. Wetteifer und Gruppenwettbewerbe sprechen die Kinder emotional und sozial an. Einzelwettbewerbe hingegen zeigen schwächeren Schülern ihre Unzulänglichkeiten auf und werden deshalb durch Gruppenaufgaben ersetzt. Die Kinder erfahren nicht ständig Enttäuschungen, sondern durch ihren individuellen Zuwachs an körperlichen Fähigkeiten und sportlichen Fertigkeiten ein positives Selbstwertgefühl und dadurch eine Stärkung ihrer Gesamtpersönlichkeit.

6.1.5 Rhythmisch-musikalische Elemente

„Wer keine oder nur geringe Möglichkeiten angeeignet hat, sich durch Bewegungen zu unterhalten und etwas für sich selbst Interessantes, Angenehmes, Entspannendes zu tun, wer also bzgl. seiner Bewegungsmöglichkeiten ungebildet ist, der benötigt hier besondere Bildungsangebote. Ohne solche Bildung bleiben ihm möglicherweise nur die Bewegungsformen, die er spontan und ohne Interaktion mit anderen Menschen gefunden hat. (...) Doch man kann Bewegungsfreude nicht verordnen, höchstens dafür werben, dazu verführen, etwa durch Musik oder durch eine Umgebung, die dazu verleitet“ (vgl. KLAUSS 1999, 125f). Musik oder Rhythmen können zur Bewegung anregen, sie haben die Kraft, auch bislang bewegungsmüde Kinder zum Tanzen, rhythmischen Laufen, Hüpfen zu verleiten. „Rhythmen und Musik wirken anregend auf die Stimmungslage von Schülern, können spontane Bewegungsäußerungen auslösen und ordnend die Motorik steuern“ (vgl. KAPUSTIN

2002, 166). Rhythmus kann durch eine Handtrommel oder Musik vorgegeben sein, aber auch mittels anderer Möglichkeiten, wie zum Beispiel der Bewegung eines anderen Gruppenmitglieds folgen, eine bestimmte vorgegebene Bewegungsgeschwindigkeit einhalten, Klatschen oder Stampfen der Kinder. Flugeigenschaften von verschiedenen Bällen, Jongliertüchern, Sandsäckchen, Zeitungsknäulen, Luftballons oder einem Wasserball verlangen unterschiedliche Bewegungsgeschwindigkeiten, bei einem Bezug zum Partner oder der Gruppe ist es nötig, an neue Rhythmen anzupassen.

Beim Spiel „Musik-Stopp“ müssen die Kinder auf das akustische Zeichen reagieren und ihre Bewegungen einfrieren oder eine Bewegungsaufgabe lösen. In der Bewegung zu Musik oder anderen Rhythmen kann die auditive Wahrnehmung gefördert werden. Beschwingte Musik kommt beim Aufwärmen zum Einsatz, ruhige Musik kann eine Entspannungssequenz untermalen. So werden musikalisch-rhythmische Elemente in verschiedenen Situationen der Bewegungsstunden konkretisiert.

6.1.6 Kennenlernen von Entspannungsverfahren

Es gibt unsystematische Methoden, wie Kinder sich ausruhen und neue Kraft schöpfen können. Vermutlich kennen die Kinder bereits einige Möglichkeiten „abzuschalten“, wie z.B. dem Hören subjektiv angenehmer entspannender Musik oder andere individuell sehr unterschiedliche Tätigkeiten, bei denen sie zur Ruhe kommen. Einige der Kinder greifen vielleicht schon auf diese Ressourcen der Entspannung im Alltag zurück. Eine Erweiterung dieser individuellen Formen der Entspannung und Erholung findet über die Anwendung von systematischen Entspannungsverfahren, die von den Kindern kennengelernt, erlernt und im Alltag angewendet werden können, statt. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass jedes Kind eine oder einige wenige Entspannungsmöglichkeit(en) erlernt, mit denen es zur Ruhe kommt und auf die es im Alltag zurückgreifen kann. Durch eingeübte Entspannungsrouitinen können gewünschte Effekte schneller und mit einer gewissen Stabilität willkürlich erzielt werden (KRAMPEN 1995). Imaginäre Verfahren bedürfen entweder einer realen oder elektronisch wiedergegebenen Instruktion. Körperbezogene Entspannungsverfahren, wie Progressive Muskelrelaxation oder Atementspannung können durch Fremd- aber auch durch Selbstinstruktion angeleitet werden. Hierin kann ein Vorteil gegenüber imaginären Entspannungsverfahren gesehen werden, die auf Fremdinstruktionen angewiesen sind.

Kinder lernen Entspannungsübungen in der Regel schneller und leichter als Erwachsene. Weniger günstige Voraussetzungen für das Erlernen von kognitiv anspruchsvollen Techniken

sind die leichte Ablenkbarkeit und die geringe Aufmerksamkeitsspanne von Kindern (FRIEBEL, ERKERT & FRIEDRICH 1998, 26).

Nach KRAMPEN (2000) dürfen Entspannungsverfahren bei bestimmten Krankheitsbildern auf keinen Fall angewandt werden. KRAMPEN schließt eine aktive Mitarbeit von Menschen mit schwerster Intelligenzminderung aus und folgert daraus, dass hier Entspannungsverfahren kontraindiziert seien¹⁶⁶ (KRAMPEN 2000, 186). Diese beschriebene Kontraindikation ist wohl eher der Verdacht, diese Menschen könnten mit Entspannungsverfahren nicht zu dem gewünschten Ergebnis gelangen. Selbst wenn Menschen mit schwerer geistiger Behinderung nicht aktiv die Entspannungsübung vollziehen können, wie von KRAMPEN eingeschätzt, kann die Gruppensituation auf sie entspannend wirken. Denn einige Parameter entstehen bereits aus der Situation einer Entspannungsphase. So können die ruhige Atmosphäre, eine sanfte Stimme, leise meditative Musik oder Körperberührungen sogar bis zu einem gehörlosen Menschen vordringen und auf ihn wirken. Gerade für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung kann in Entspannungsübungen, im Besonderen mit Partnerbezug, eine Möglichkeit gesehen werden, positiv auf sie Einfluss zu nehmen und mit ihnen in Kontakt zu treten¹⁶⁷.

Im Kindergarten können Entspannungstechniken bereits erfolgreich eingesetzt werden (FRIEBEL ET AL. 1998). Es konnte nachgewiesen werden, dass gerade imaginäre Entspannungsverfahren, wie Traumreisen und Phantasiegeschichten, für Kinder im Grundschulalter gut verständlich sind und wirksam in kognitiv-behavioralen Stressbewältigungsprogrammen eingesetzt werden können (FASTHOFF ET AL. 2003, 95). Auch bei Kindern mit geistiger Behinderung können Entspannungsmethoden zum Einsatz kommen¹⁶⁸. Nach POLENDER (1982) müssen die Kinder als Voraussetzung die Konzentrationsfähigkeit eines Fünfjährigen und intellektuelle Fähigkeiten aufweisen, um die

¹⁶⁶ Außerdem führt er akute Belastungszustände mit einem Krankheitswert nach SGB (z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung), akute Krankheitszustände ohne abgestimmte oder noch nicht hinreichend fortgeschrittene Erstbehandlung und psychische Dämmerzustände als Kontraindikationen auf (KRAMPEN 2000, 186).

¹⁶⁷ Konzepte, wie die „Basale Stimulation“ (FRÖHLICH 1998) oder die „Basale Kommunikation“ (MALL 1987) betonen diese Möglichkeit des In-Beziehung-Tretens. Das Snoezelen ist (nicht nur) bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung weltweit verbreitet.

¹⁶⁸ POLENDER (1982) setzte eine modifizierte Form des autogenen Trainings bei Kindern mit geistiger Behinderung ein und erreichte damit zumindest kurzfristig Verbesserungen der Konzentrationsfähigkeit und der psychomotorischen Leistung.

Instruktionen zu begreifen. Inwiefern ein Kind mit geistiger Behinderung die nötigen Voraussetzungen hat, kann nur im Einzelfall bewertet werden. Grundlegend für die Anwendung von Entspannungsverfahren¹⁶⁹ im Alltag ist zunächst einmal die Bereitschaft der Kinder zur Ruhe zu kommen. Konnten Kinder noch keine Erfahrungen mit Ruheübungen und Entspannungsübungen machen, kann es anfangs schwierig sein, in den Bewegungsstunden Momente der Ruhe zu schaffen. Kinder, die anfangs Schwierigkeiten haben, der Entspannung zu folgen und stören, müssen nicht zwangsläufig immer dieses Verhalten zeigen. Nach einiger Gewöhnung können diese Verhaltensweisen abnehmen (FRIEBEL ET AL. 1998). Eine gemächliche Hinführung zur Entspannung ist deshalb von Nöten. Begriffe, wie Entspannungsverfahren, Autogenes Training usw. sollten, so PETERMANN und PETERMANN (2000), vermieden werden. Um aktiv den Anweisungen Folge zu leisten, ist es nötig, ein gewisses Sprachverständnis, motorische Ruhestellung, ein gewisses Maß an Vorstellungskraft und längere Aufmerksamkeitsspannen zu besitzen. Bei Anweisungen ist auf eine kindgerechte Sprache zu achten (PETERMANN & PETERMANN 2000, 392).

6.1.7 Körperwahrnehmungsschulung und Erleben von physiologischen Zusammenhängen

Eine Grundlage für das Erlernen von Entspannungsverfahren ist zunächst einmal die Fähigkeit, den eigenen Körper wahrzunehmen und steuern zu können. Körperwahrnehmungsübungen sind deshalb ein wichtiger Bestandteil in diesem Programm. Auch in der Psychomotorik werden Körper-Erfahrungen und Selbst-Erfahrungen z.B. durch Wahrnehmung und Erleben des eigenen Körpers, Sinneserfahrungen, Körperbewusstsein, Erfahren der körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten gefördert (ZIMMER 1999, 23). Damit werden auch innere physiologische Vorgänge erlebbar und das Wissen um diese erweitert. Zu bemerken, dass das Herz bei Aufregung, sportlicher Betätigung und Anstrengung schneller schlägt, die Atemfrequenz steigt, man ins Schwitzen kommt, sind selbstverständliche Anpassungen des Körpers auf die Umwelt und die Psyche der Person. Damit zusammen hängt die Beeinflussbarkeit des Befindens über solche körperlichen Reaktionen, wie zum Beispiel durch bewusste Atmung.

¹⁶⁹ Krampfen unterscheidet drei verschiedene Anwendungstypen systematischer Entspannungsverfahren: Entspannungstherapie, Entspannungstraining und Entspannungsübungen. Im Rahmen der Bewegungsstunden kann wohl von Entspannungsübungen gesprochen werden.

Kinder mit geistiger Behinderung haben häufig Probleme, einzelne Körperteile zu spüren und isoliert zu bewegen, sich in Bezug auf Raumlage und Zeit wahrzunehmen. Sie können ihre Kraft nicht differenziert einsetzen, ihre Bewegungen nicht an neue Rhythmen anpassen. Sie spüren sich und die Welt oft nicht wirklich. „Weil Bewegungen und damit Handlungen nicht deutlich wahrgenommen werden können, leben diese Kinder in einer dauernden Isolation“ (DANUSER-ZOGG 1995, 7). Für Kinder mit geistiger Behinderung ist es deshalb besonders wichtig, durch gezielte Körperwahrnehmungsarbeit diese Isolation aufzuheben. So können sie lernen, ihre Handlungen differenzierter zu gestalten und ihre Umwelt besser wahrzunehmen. Auch gegenüber der Außenwelt kann eine Kommunikation ermöglicht werden.

6.2 Projekttreffen mit den Familien

Parallel zu den zusätzlichen Bewegungsstunden in der Schule wurden die Familien der Teilnehmer zu Projekttreffen eingeladen.

Die Projekttreffen boten Raum für gemeinsames Bewegen, Bearbeiten gesundheitsrelevanter Themen und den Austausch von Erfahrungen. Zur nachhaltigen Meinungsbildung und Verhaltensänderung sollten Lerninhalte nicht nur dargeboten werden, sondern im Sinne einer handlungsorientierten Erwachsenenbildung vermittelt werden. Die Auswahl der Themen erfolgte dabei in Zusammenarbeit von Projektleitung mit der Zielgruppe.

6.2.1 Gemeinsames Bewegen

Beim gemeinsamen Bewegen werden Eltern und Kinder einerseits emotional angesprochen, andererseits lernen sie damit auch eine Auswahl an Spielen kennen, die im Alltag zum Einsatz kommen können. In einer angenehmen Atmosphäre kann die Lust am Bewegen erlebt werden und somit vielleicht zum Anstoß für Eltern und Kinder werden, sich in ihrer Freizeit gemeinsam sportlich zu betätigen. Kleine Spiele¹⁷⁰ bieten eine Vielzahl an Möglichkeiten, die auch kurzfristig an die jeweilige Gruppe, bzgl. körperlicher Voraussetzungen, Gruppengröße, Alter und Heterogenität bzw. Homogenität usw., und räumlichen Gegebenheiten adaptiert werden können.

Je nach Jahreszeit kann mit und ohne Geräte im Freien oder drinnen, z.B. in der Turnhalle oder Aula, gespielt werden. Hierfür bieten sich Kleingeräte, wie Schwungtücher, Bälle, Gymnastikstäbe, Reifen (RHEKER 2005) an.

¹⁷⁰ Zahlreiche Spiele für heterogene Gruppen finden sich z.B. bei RHEKER, U. (2005). Spiel und Sport für alle. Aachen: Meyer & Meyer.

6.2.2 Bearbeiten gesundheitsbezogener Themen, zielgruppenspezifisch

In den meisten Programmen zur Gewichtsreduktion speziell für übergewichtige Menschen mit geistiger Behinderung wird versucht, durch Diäten oder einem Bewegungsprogramm eine Gewichtsreduktion herbeizuführen. Oft werden auch beide Komponenten kombiniert. Selten wurde die Vermittlung von notwendigem Wissen als Möglichkeit, das Verhalten der Programmteilnehmer zu ändern, angestrebt. Den Grund für Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung sieht VAN SCHROJENSTEIN LANTMANN-DE VALK (2005) im Fehlen von verständlichem Material zur Gesundheitsaufklärung für diese Personen und einem dadurch mangelnden Wissensstatus auf diesem Gebiet. MANN ET AL. (2006), die ein Gewichtsreduktions-Programm für adipöse Menschen mit geistiger Behinderung evaluierten, fanden in ihrer Studie heraus, dass Wissen über eine gesunde Ernährung und Training der signifikanteste Mediator ihres Programms zur Gewichtsreduktion war¹⁷¹.

MANN ET AL. (2006) bemängeln, dass Gesundheitsprogramme solches Wissen entweder nicht vermitteln oder erst gar nicht Menschen mit geistiger Behinderung erreichen.

Die Ergebnisse der Studie von CEA und FISCHER (2003) beweisen, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung die Fähigkeit haben, nicht nur Wissen zu erlangen, sondern dieses Wissen auch anzuwenden¹⁷². Deshalb muss Gesundheitsförderung diesen Personen leicht verständliche Informationen an die Hand geben.

¹⁷¹ Das Programm „Your Health“, das eigentlich für Menschen ohne geistige Behinderung konzipiert ist, wurde in South Carolina an 192 übergewichtigen und adipösen Erwachsenen mit geistiger Behinderung von MANN ET AL. (2006) durchgeführt. Bei der Evaluation des Programms, das Bewegung, eine Diät und Wissensvermittlung in den Bereichen Ernährung und Bewegung beinhaltet, wurden die verschiedenen Komponenten des Programms einzeln betrachtet. Es wurde überprüft, welche der acht Teilaspekte der Intervention am signifikantesten mit einer Reduktion des BMI korrelieren. Dabei kam dem während des 8-wöchigen Programms vermittelten Wissen über Ernährung und die Notwendigkeit von Bewegung die größte Bedeutung zu. In den Sitzungen wurden zum Beispiel Fragen beantwortet, wie man an gesundes Essen gelangt oder wie man an sportlichen Aktivitäten teilnehmen kann. Die dem Programm zu Grunde liegende Annahme geht davon aus, dass sich Wissen, Einstellung und Verhalten gewöhnlich nacheinander verändern. Einen gesünderen Lebensstil zu leben erfordert demnach zuerst Wissen und später spezifische Fähigkeiten (vgl. MANN ET AL. 2006, 65).

¹⁷² In der Studie von CEA und FISCHER (2003) wurde überprüft, inwiefern Menschen mit geistiger Behinderung dazu in der Lage sind, spezifische Informationen über die angestrebte Behandlung und ihre Risiken und Vorteile zu begreifen und die Art des Problems und alternative Behandlungsmöglichkeiten zu verstehen. Die meisten Teilnehmer mit leichter und die Hälfte derer mit mittlerer geistiger Behinderung konnten dies. Es ist wichtig zu erkennen, dass Verstehen nicht einfach an intellektuelle Fähigkeiten gebunden ist, sondern von

Wenn Menschen nicht wie „triviale Maschinen“ funktionieren und Personen das Lernen vielmehr selbst organisieren, muss dies Konsequenzen für die Organisation von Bildungsangeboten haben (FISCHER 2008, 88). Zur nachhaltigen Meinungsbildung und Verhaltensänderung dürfen Lerninhalte nicht nur dargeboten werden, sondern müssen handlungsorientiert und selbsttätig erarbeitet werden. Die Wünsche der Teilnehmer selbst müssen bei der Auswahl der Themen richtungsweisend sein. Entsprechend der Zielgruppe müssen der Umfang der Information festgelegt und Wege der Vermittlung gefunden werden. Je nach Zielgruppen (Eltern bzw. Kinder) müssen die Informationen spezifisch aufbereitet werden.

Für die Eltern können Kurzvorträge, Diskussionen und Gruppenarbeiten neue Erkenntnisse bringen. Im Sinne einer handlungsorientierten Erwachsenenbildung muss bei allen Themen der Alltagsbezug vorhanden sein und genügend Platz für Erfahrungsaustausch der Eltern eingeräumt werden. Die Prinzipien „Lebensnähe und Nachhaltigkeit“, „Freiwilligkeit und Freude“ und „Sachinformation und Erfahrungsaustausch“ können somit eingehalten werden. „Das Engagement für Gesundheitsthemen ermutigt die Menschen, auf die Bedingungen ihrer Gesundheit Einfluss zu nehmen, und ist daher schon ein gesundheitsförderliches Unterfangen“ (GROSSMANN & SCALA 1994, 26).

Vor dem Hintergrund konstruktivistischer Positionen ergeben sich Konsequenzen für die Vermittlungsdidaktik von Inhalten für Kinder mit geistiger Behinderung. Die Vermittlung von Inhalten muss „subjekt- und schülerorientiert“ (FISCHER 2008) sein¹⁷³. Lernprozesse sind immer abhängig von inneren Strukturen (Vorerfahrungen, Bedeutungszuschreibungen) und der Interaktion mit der Umwelt der Person. Lernen muss als aktiver, selbstorganisierter Prozess verstanden werden und in Bedeutungszusammenhängen stattfinden. Die Themen

verschiedenen Faktoren abhängt: davon, welche Erfahrungen von der Person bereits mit der geplanten Behandlung gemacht wurden, von der Art der Information und in welcher Weise sie vermittelt wird. Entscheidend ist auch, in welchem Ausmaß der praktizierende Arzt seine Patienten über Aspekte der Behandlung und seine Absichten unterrichtet. Beim Erkennen der Situation und Konsequenzen müssen die Risiken und Vorteile einer Behandlung verstanden, die kognitiven und emotionalen Voraussetzungen eines jeden berücksichtigt werden und es bedarf der Fähigkeit, die Informationen abstrakt auf die individuelle Situation anzuwenden.

¹⁷³ FISCHER (2008, 211ff) stellt zwölf zentrale Thesen im Sinne übergreifender anthropologischer Grundannahmen und handlungsleitender Prinzipien für den Unterricht im Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ auf.

müssen die Interessen der Kinder aufgreifen und an den Erfahrungen der Kinder anknüpfen. Kompetenzen und Wissen werden primär durch Handlungen erworben, darum sollen die Kinder konkrete Handlungen ausführen und sinnliche Wahrnehmungen am realen Gegenstand und mit Bezug zum Alltag machen können. Lernangebote müssen ganzheitlich, subjekt- und kompetenzorientiert arrangiert sein, so dass sie die Eigenaktivität der Kinder in der Gruppe anregen. So kann Lernen entdeckend, problemlösungsorientiert, kooperativ und sozial sein (FISCHER 2008). Der Lehrer oder Pädagoge muss versuchen, sich zurückzunehmen und den Schülern zu assistieren.

In der konkreten Handlung können so z.B. die Grundlagen einer gesunden Ernährung erarbeitet und Kenntnisse über und Fertigkeiten bei der Nahrungsmittelzubereitung erweitert werden.

6.3 Einbezug des Küchenteams der Kindertagesstätte

Nach neuesten Erkenntnissen wurde vom Forschungsinstitut für Kinderernährung auf der Basis der optimierten Mischkost Empfehlungen für die Ernährung in Kindertagesstätten und Ganztagschulen herausgegeben. So ist im Vergleich zur derzeitigen Ernährung die „Optimierte Mischkost“ fettarm und durch einen hohen Anteil an pflanzlichen Lebensmitteln ballaststoffreich. Dieses Konzept kann in der Praxis auch mit Einbezug der oft in Großküchen verwendeten Tiefkühlprodukte realisiert werden (CLAUSEN & KERSTING 2001). Zusätzlich zum angebotenen warmen Essen sollten Kinder weitere Möglichkeiten haben, ihren Hunger zu stillen. KERSTING ET AL. (2003) halten Alternativangebote, wie z.B. freie Auswahl aus einem Angebot einer Cafeteria, ein Angebot von Snacks oder anderen kleinen kalten Mahlzeiten oder ein von zu Hause mitgebrachtes Lunchpaket, für sinnvoll (ebd., 88).

6.4 Handlungsforschung

Das nach der Pilotstudie erstellte Manual soll als Anleitung für weitere Projekte dienen. Die Umsetzung in der pädagogischen Praxis unterliegt aber Bedingungen, die abhängig von durchführender Person, der Gruppe, dem Setting u.a. sind. Die komplexen Bedingungen im pädagogischen Handlungsfeld sind je nach Projektgruppe und durchführender Person verschieden. Eine pädagogische Intervention in einem sozialen Bedingungsgefüge mit dem Ziel, Einstellungsänderungen herbeizuführen und die Grundlagen für eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu schaffen, muss auf die jeweiligen Projektteilnehmer abzielen und deren Bedürfnisse und Vorwissen berücksichtigen.

Für die spätere Projektdurchführung an Schulen und Tagesstätten durch Lehrer und Tagesstätten-Leiter kann die Projektsteuerung im Sinne von Handlungsforschung geschehen. Die Aktions- bzw. Handlungsforschung eignet sich, um Veränderungsprozesse gezielt in Gang zu bringen. Der Diskurs zwischen allen Beteiligten ist charakteristisch für die Handlungsforschung. Als aktiver Teil des Projekts und dessen Entwicklungsprozessen kann der Wissenschaftler beobachten, analysieren und steuernd eingreifen. Eine abgeschwächte Form der Handlungsforschung sollte darum bei jeder Durchführung des Projekts in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe erfolgen, um deren Wünsche und Vorwissen zu berücksichtigen.

7 Konzeption der Pilotstudie

Vor dem Hintergrund der in den Kapiteln 1 bis 3 dargestellten wissenschaftlichen Theorien und Erkenntnisse wurden Ziele und Prinzipien dieses Konzeptes (Kapitel 5) erarbeitet. Die Antwort auf die grundlegende Frage dieser Arbeit, nämlich wie eine Konzeption zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung, die alle Kinder erreicht, aussehen sollte, wurde in den vorangestellten Kapiteln theoretisch vorbereitet und im Kapitel 6 konkretisiert. Theorie und Praxis sollen jedoch nicht als Gegensatzpaar gesehen werden.

Ob und wie die Umsetzung der Konzeption in der Praxis gelingt und tatsächlich mit Kindern mit geistiger Behinderung erfolgreich durchführbar ist, soll im Folgenden untersucht werden. Außerdem sollen Erfahrungen und Erkenntnisse aus der praktischen Arbeit des Würzburger Pilotprojekts für eine Verbesserung der Konzeption nutzbar gemacht werden.

Inwieweit die Wirksamkeit eines Programmes, das auf das Schaffen von Grundlagen für eine gesunde Entwicklung abzielt, überprüft werden kann, bleibt zu diskutieren. Gesundheit und die Faktoren, die gesundheitsbewusstes Verhalten bedingen, sind schwer zu fassen. NAIDOO & WILLS (2003) sehen die Evaluierung von Programmen mit solchen langfristigen Zielen, wie Empowerment und Vernetzung, als problematisch. Es sei schwierig nachzuweisen, dass die festgestellten Veränderungen tatsächlich auf die Interventionsmaßnahme und nicht auf irgendwelche andere Einflussfaktoren zurückzuführen sind. Außerdem seien die mit dem Empowerment-Ansatz erzielten positiven Ergebnisse nur vage und schwer zu spezifizieren¹⁷⁴ (ebd., 97). BENGEL ET AL. (2001) beschreiben die Erfassungsprobleme bei der Evaluation von Maßnahmen, die auf dem Salutogenese-Modell basieren, und stellen fest, dass dieses Modell insgesamt nicht überprüft und in seiner Komplexität auch nicht überprüfbar sei (ebd., 99).

Trotz dieser Bedenken ist eine empirische Untersuchung einer neu entwickelten Programmkonzeption zwingend. Es muss versucht werden, eine Durchführung des Programms zu optimieren, und es müssen Möglichkeiten erprobt werden, die Erreichung von Programmzielen zu überprüfen. In der Entwicklungs- und Erprobungsphase, wie hier, kommen üblicherweise formative Evaluationen zur Anwendung (MITTAG & HAGER 2000, 106). Ihre Funktion besteht im Wesentlichen darin, die in einem Programm enthaltenen Komponenten sowie daraus resultierende Prozesse im Hinblick auf die Zielsetzung und Wirksamkeit des Programms zu verbessern. Die Maßnahme kann jedoch nur unter realen

¹⁷⁴ insbesondere beim Vergleich mit den Ergebnissen anderer Ansätze, wie denen der Verhaltensänderung, die leichter nachzuweisen und quantifizierbar sind (NAIDOO & WILLS 2003).

Feldbedingungen (d.h. in der Schule oder Tagesstätte) untersucht werden. Eine Konstanthaltung von Störbedingungen ist damit nicht zu realisieren (ROST 2002, 132). Wie die Vorgaben in der Praxis mit der Zielgruppe konkret umgesetzt werden können, kann durch eine Feldstudie geklärt werden. Die Anwendung und Erprobung der Konzeption sollen im Kleinen durch ein Pilotprojekt untersucht werden. Das Prinzip der Randomisierung der Stichprobe kann in diesem Fall natürlich nicht eingehalten werden, da die Adressaten der Maßnahme nicht beliebig auswählbar sind.

7.1 Annahmen und Fragestellungen

Im Gegensatz zur Grundlagenforschung, in der sich die Forschungsfrage in Form einer Hypothese aus der Theorie ableiten lässt, ist dies bei der Evaluationsforschung von Maßnahmen kaum möglich. Die Schwierigkeit liegt darin, dass Evaluationsforschung ein weitestgehend vorgefertigtes komplexes Programm, eben ein „Produkt“, wie es ROST (2002, 131) bezeichnet¹⁷⁵, zum Forschungsgegenstand hat. Es ist das Resultat (Produkt) eines Entwicklungsprozesses, der zunächst ohne Rücksicht auf die Evaluierbarkeit des Produzierten abläuft (ebd.). Dies trifft auch für den Kontext formativer Evaluationsstudien, wie dieser hier zu, in denen das zu evaluierende Produkt während des Forschungsprozesses zwar verändert und optimiert wird, die Veränderung aber nicht allein der Optimierung des Produktes und nicht dessen Anpassung an die methodischen Erfordernisse des weiteren Forschungsprozesses dient (ROST 2002, 132).

Ein Ziel des Pilotprojekts war es, mit der Erprobungsphase eine Optimierung des Programms zu erreichen. Des Weiteren sollte diese Untersuchung trotz der genannten Erschwernisse sowohl eine Durchführungs- als auch eine Wirksamkeitsevaluation dieser Maßnahme zur Gesundheitsförderung beinhalten.

Die praktische Umsetzbarkeit (Durchführungsevaluation) und der Erfolg der Konzeption bei der Implementierung als Pilotprojekt an den Projektschulen (Wirksamkeitsevaluation) sollten dabei evaluiert werden. Da es bereits eine Vielzahl an (evaluierten) Gesundheitsförderungprojekten an Regelschulen gibt, sollte der Fokus auf die Zielgruppe Kinder mit geistiger Behinderung gelegt werden. Folgende Fragen sollten durch die explorative Studie geklärt werden:

¹⁷⁵ Der Terminus „Produkt“ soll verdeutlichen, dass der Forschungsgegenstand ein komplexes, vorgefertigtes Etwas ist.

Ist das Konzept „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ bei einer Gruppe von Kindern mit geistiger Behinderung...

- a) ...in der Praxis durchführbar?
- b) ...wirksam?

Die Frage nach der Durchführbarkeit kann in der Pilotstudie insofern beantwortet werden, als dass überprüft wird, ob an den Projektschulen vorhandene räumliche und zeitliche Bedingungen nutzbar gemacht werden können, das Konzept wie geplant umgesetzt werden kann, mit den Voraussetzungen der Schüler kompatibel ist und welche Probleme auftreten bzw. wie diese bewältigt werden können (vgl. ROST 2002).

Eine Maßnahme, die nicht wirksam ist, hat keine Berechtigung zum Einsatz zu kommen. Deshalb muss die Wirksamkeit überprüft werden. Doch diese ist bei komplexen Programmen und angenommenen Wirkmechanismen schwer zu fassen.

Das Programm basiert auf einem Zusammenwirken der Komponenten auf Mikro- und Mesoebene. Seine Wirkung ist abhängig vom Bedingungsgefüge aller Beteiligten und soll nun in seiner Komplexität skizziert werden. Es wird angenommen, dass in den Bewegungsstunden Situationen und Prozesse initiiert werden, die soziales Lernen fördern. Es wird postuliert, dass die Kinder dabei nicht über- und unterfordert werden und Bewegung als freudvolle Tätigkeit erleben. Angemessene Bewegungsangebote, entsprechend aufbereitete Informationen über gesundheitsrelevante Themen und Handlungsmöglichkeiten (Kochen) sollen Handlungskompetenzen der Teilnehmer fördern. Durch die in den Bewegungsstunden und an den Projekttreffen vermittelten und erlebten Kenntnisse über physiologische Zusammenhänge sollen die Kinder Einsichten in gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bekommen. Die teilnehmenden Eltern sollen bei der Entscheidung über die Inhalte der Projekttreffen mitwirken und Informationen zu gewählten Themengebieten erhalten. An Projekttreffen kann die Möglichkeit zum Austausch mit Anderen über alltägliche Probleme und deren Lösung mit dem Ziel, eine gesundheitsförderliche Lebensweise in den Familien zu etablieren, genutzt werden.

Für die Überprüfung der Wirksamkeit können folglich nicht einzelne Wirkkomponenten der komplexen Maßnahme isoliert voneinander untersucht werden. Die Wirksamkeit des Projekts muss über die Betrachtung von Prozessen und Effekten geschehen.

Aus prozessorientierter Perspektive kann überprüft werden, ob in den Bewegungsstunden und an den Projekttreffen tatsächlich die angenommenen Prozesse stattfinden, die eine Erreichung der angestrebten Ziele (Handlungskompetenzen erweitern, Selbstwirksamkeitserfahrungen

machen, soziales Lernen, Förderung motorischer Kompetenzen, Freude an der Bewegung, Erfahrungsaustausch) ermöglichen.

Aus ergebnisorientierter Perspektive kann die Wirksamkeitsevaluation über die Zufriedenheit der Teilnehmer und deren Bewertung des Projekts erfolgen. Erste positive Wirkungen auf Gesundheitswissen und –verhalten, Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten der Familien und das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder bilden weitere Möglichkeiten zur Wirksamkeitsbewertung des Projekts. Es wird jedoch nicht erwartet, dass sich in diesen Bereichen kurzfristig (direkt nach der Programmdurchführung) erhebliche Veränderungen nachweisen lassen.

Die ersten aufgelisteten Fragen der Durchführbarkeit und Wirksamkeit sollen in diesem Kapitel bearbeitet werden.

Für spätere Forschungsvorhaben und Maßnahmen sollte außerdem betrachtet werden:

- Welche Folgerungen können aus den Ergebnissen für zukünftige Projekte und deren Evaluation gezogen werden?

Diese Frage soll im abschließenden Kapitel 9 behandelt werden.

7.2 Beschreibung der Untersuchungsmethoden und des Auswertungsverfahrens

Eine interne Evaluation, d.h. die Evaluation durch den Programmautor selbst, ist nach MITTAG und HAGER (2002) für die Erarbeitung und Verbesserung neuer Interventionsmaßnahmen ebenso möglich, wie eine externe Evaluation. Hier hat der Wissenschaftler die Rolle des Projektleiters inne, um Prozesse zu beobachten und direkt zur Verbesserung der Konzeption zu nutzen. Sowohl für die Durchführungs- als auch die Wirksamkeitsevaluation wurde darum die interne Evaluation gewählt.

Zur Optimierung des Konzepts sollte das Projekt nicht stur nach einem statischen Konzept durchgeführt, sondern im Sinne von Handlungsforschung gesteuert und begleitend evaluiert werden (Prozessevaluation).

Die Wirksamkeitsevaluation einer solchen Maßnahme ist schwierig. Idealtypisches Ergebnis einer Projektteilnahme wäre eine stabile Persönlichkeit, die Belastungen mit ausreichend Ressourcen begegnet und eine aktive Lebensführung praktiziert. Langfristige Ziele, wie ein aktives Leben zu führen, und „gute“ körperliche, mentale und soziale Gesundheitsparameter können höchstens in einer Längsschnittstudie untersucht werden. Das Programm zielt nicht auf eine kurzfristige Verhaltensänderung der Eltern und Kinder ab, sondern forciert eine Sensibilisierung für Gesundheit und die Möglichkeiten der Beeinflussung dieser. Langfristige

Verhaltensänderungen anhand von Outcome-Variablen zu erfassen, kann diese Evaluation jedoch nicht leisten.

Die Fragestellungen dieser Arbeit fordern mehr als nur quantitative Forschungsmethoden. „Qualitatives und quantitatives Denken sind in der Regel in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess gefordert“ (MAYRING 2002, 19), so auch in dieser Pilotstudie. Dieser Untersuchung liegt das methodische Verständnis zugrunde, dass sich qualitative und quantifizierende Methoden gegenseitig ergänzen. Damit werden die Quellen für Datensammlung und –analyse erheblich erweitert. Qualitative Methoden können generell in deskriptiv-explorativer Funktion eingesetzt werden und eignen sich zur Analyse komplexer Prozesse (ebd.). Quantitative Verfahren hingegen eignen sich mit einer teilweise standardisierten Befragungsform besser zur objektiven Messung zahlenmäßiger Ausprägungen und statistischer Zusammenhänge. Eine Kombination beider Forschungsmethoden erscheint hier sinnvoll. Die Verbindung einer qualitativen und quantitativen Vorgehensweise in der vorliegenden Untersuchung entspricht dem Grundverständnis, dass die kombinierten Verfahren untereinander als gleichwertig wahrgenommen werden.

Das klassische Versuchs- und Kontrollgruppendesign scheidet für diese Untersuchung aus. Eine Kontrollgruppe dient primär dazu, einen Vergleichsmaßstab für Werte der abhängigen Variable zu bieten, und sollte sich nach ROST (2002) nicht durch die bloße Abwesenheit der Maßnahme auszeichnen. Sie sollte sich in bestimmten wohldefinierten Merkmalen von der Evaluationsgruppe unterscheiden. Als zusätzliche Gruppe, die nicht im Sinne einer „echten“ Kontrollgruppe oder einer Vergleichsgruppe fungiert, soll eine Gruppe von Kindern einer Regelschule ausgewählt werden. In beiden Gruppen sollen Daten zur Durchführung und Wirksamkeit erhoben werden, um Ergebnisse beider Gruppen zueinander in Bezug zu setzen. Innerhalb der Wirksamkeitsevaluation sollen schwerpunktmäßig Prozesse bei der Gruppe von Kindern mit geistiger Behinderung beobachtet werden¹⁷⁶. Die Auswahl der Erhebungsinstrumente ist neben der Fragestellung der Untersuchung und den theoretischen Prämissen auch von den zur Verfügung stehenden personalen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen abhängig.

Eine Übersicht über das Untersuchungsdesign der Pilotstudie gibt Abbildung 23:

¹⁷⁶ Auf die Schwierigkeit bei der Datenerhebung von Kindern mit geistiger Behinderung wird später eingegangen.

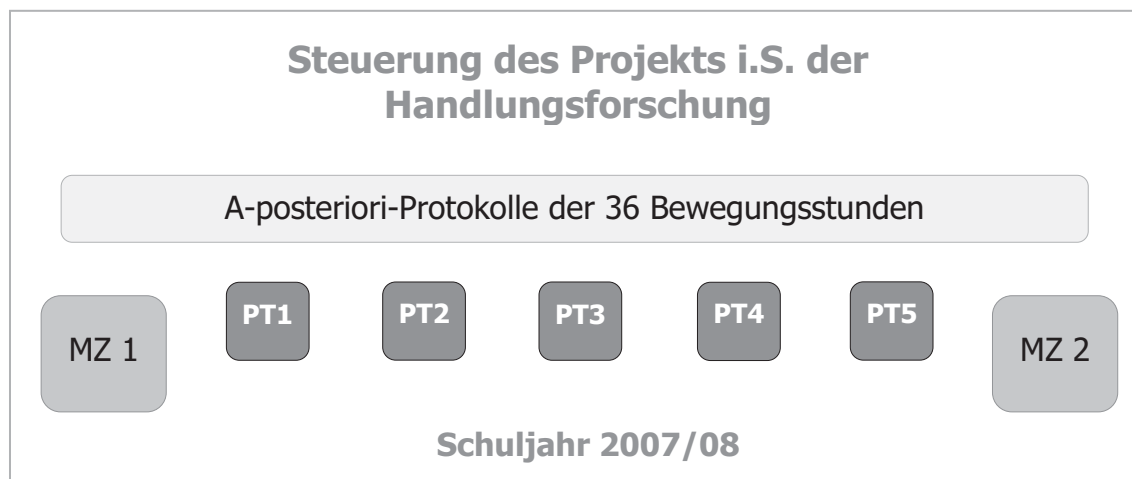


Abbildung 23: Untersuchungsdesign der Pilotstudie (MZ = Messzeitpunkt, PT = Projekttreffen)

7.2.1 Durchführungsevaluation

Für die Neuentwicklung einer Konzeption und die Entwicklung eines handlungsweisenden Manuals eignet sich die Handlungs- oder Aktionsforschung. Handlungsforschung kommt hier in der Projektplanung, Konzeptoptimierung und der späteren Programmimplementierung zum Einsatz.

Die Aktions- bzw. Handlungsforschung¹⁷⁷ eignet sich, um auf der Basis einer ersten Analyse Veränderungsprozesse gezielt in Gang zu bringen. Daten werden nicht isoliert betrachtet, sondern im Kontext als Momente eines prozesshaften Ablaufs interpretiert. Auf theoretischer Ebene erhalten sie ihren Sinn nur als Gesamtheit durch den Bezug zum realen Prozess. Auf der praktischen Ebene dienen sie als konstitutive Momente weiterer Prozessabläufe (siehe Kapitel 6.4). Diese Art von Forschung lässt es zu, Ergebnisse bereits im Forschungsprozess in die Praxis umzusetzen und verändernd einzugreifen (MAYRING 2002). Damit wird versucht, die vielbeklagte Kluft zwischen Theorie und Praxis zu überwinden. Der Wissenschaftler ist

¹⁷⁷ Handlungsforschung gilt als valide und wichtige Forschungsmethode im Forschungsgebiet der Gesundheitsförderung (WHITEHEAD ET AL. 2003), auch wenn diese Forschungsmethode von einigen Disziplinen, gerade in der Medizin, nicht häufig angewandt wird. Einige meinen, Handlungsforschung sei mehr eine Ansammlung von Philosophien und Definitionen als eine einfache Methode. Eine Definition von Handlungsforschung, die mit dieser Sichtweise kompatibel ist, könnte sein, dass Handlungsforschung die Untersuchung einer sozialen Situation ist, die von denen ausgeführt wird, die in die Situation involviert sind, mit dem Ziel, das Handeln und die Qualität des Verstehens zu verbessern (vgl. WHITEHEAD ET AL. 2003, 7). “Generally speaking, action research fulfils both the empowering and enabling goals of health promotion and the principles of participatory learning that underpin health education approaches“ (WHITEHEAD ET AL. 2003, 10).

nicht nur als Beobachter und Analytiker tätig, sondern ist aktiver Teil des Projekts und dessen Entwicklungsprozesse.

Der Unterschied zur reinen empirisch-analytischen Sozialforschung liegt nach KLÜVER und KRÜGER (1975, 76f) in folgenden Aspekten:

- „Die Problemauswahl und –definition geschieht nicht vorrangig aus dem Kontext wissenschaftlicher Erkenntnisziele, sondern entsprechend konkreten gesellschaftlichen Bedürfnissen.
- Das Forschungsziel besteht nicht ausschließlich darin, soziologische theoretische Aussagen zu überprüfen oder zu gewinnen, sondern darin, gleichzeitig praktisch verändernd in gesellschaftliche Zusammenhänge einzugreifen.
- Die im Forschungsprozess gewonnenen Daten werden nicht mehr als isolierte Daten „an sich“ angesehen, sondern als Momente eines prozesshaften Ablaufs interpretiert; sie gewinnen ihren Sinn auf der theoretischen Ebene dadurch, dass sie stets mit dem realen Prozess als Gesamtheit zusammengedacht werden, und erhalten ihre Relevanz auf der praktischen Ebene als konstitutive Momente weiterer Prozessabläufe.
- Die als Problem aufgenommene soziale Situation wird als Gesamtheit – als soziales Feld – angesehen, aus der nicht auf Grund forschungsimmanenter Überlegungen einzelne Variablen isoliert werden können.
- Die praktischen und theoretischen Ansprüche des action research verlangen vom Forscher eine zumindest vorübergehende Aufgabe der grundsätzlichen Distanz zum Forschungsobjekt zugunsten einer bewusst einflussnehmenden Haltung, die von teilnehmender Beobachtung bis zur aktiven Interaktion mit den Beteiligten reicht.
- Entsprechend soll sich auch die Rolle der Befragten und Beobachteten verändern und ihr momentanes Selbstverständnis so festgelegt werden, dass sie zu Subjekten im Gesamtprozess werden.“

Im Gegensatz zu der strikten Subjekt-Objekt-Beziehung der empirisch-analytischen Sozialforschung steht in der Handlungsforschung die Subjekt-Subjekt-Beziehung als Methode und Prozess im Mittelpunkt (vgl. MAYRING 2002, 50). Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wird dann natürlich durch Rahmenbedingungen, Einstellungen, Haltungen, Erwartungen und andere Voraussetzungen der Teilnehmer begrenzt. Sie unterliegen den jeweils individuellen Unterschieden der Gruppen und Projektleiter sowie äußeren Determinanten. Die jeweiligen Projektteilnehmer mit deren Wünschen und Erwartungen, sowie deren Wissensstand können bei der Projektdurchführung, der Wahl der Inhalte, Methoden und Schwerpunktsetzungen der

Treffen, berücksichtigt werden. Somit kann die Qualität der Projektarbeit stetig überprüft und das Konzept verbessert werden. Im Forschungsprozess werden systematisch und unsystematisch erhobene Daten zusammengetragen und verarbeitet.

7.2.1.1 Systematisch erhobene Informationen

Im Verlauf der Pilotstudie wurden systematisch Daten mittels kurzer Fragebögen an Schüler und Eltern sowie durch Beobachtungsprotokolle über die Projekttreffen und Bewegungsstunden gesammelt und ausgewertet.

Vor der Projektdurchführung wurden die Eltern in die Terminplanung mit einbezogen. Am Anfang des ersten Projekttreffens wurden Themenwünsche für die weiteren anstehenden Treffen eingeholt. Jeweils am Ende der Projekttreffen wurden die anwesenden Eltern und Kinder schriftlich in Form von kurzen Fragebögen (siehe Kapitel 9A 5) über das aktuelle Projekttreffen befragt. Eltern und Kinder wurden dazu aufgefordert, die jeweiligen Treffen zu bewerten, Positives der Treffen herauszustellen und Kritikpunkte zu nennen. Spezifische Fragen zu den erarbeiteten Themen ergänzten die meisten Fragebögen, um die Relevanz und Aufbereitung der Thematik an den Projekttreffen bewerten zu können.

Die Protokolle über die Projekttreffen wurden vom Projektteam (Leiterin und Mitarbeiterin) erstellt. Die Bewegungsstundenverläufe wurden schriftlich festgehalten und Ereignisse in der Gruppe notiert.

7.2.1.2 Unsystematische Informationsquellen

Für diese explorative Studie wurden zu den systematisch erhobenen Daten Erfahrungen der Projektleiterin hinzugenommen. Diese unsystematischen Informationen beinhalten Aufzeichnungen, Planungsskizzen, Eindrücke und Erfahrungen angefangen von der Kontaktaufnahme zu den Schulen über den gesamten Verlauf des Pilotprojekts. Bei der formalen internen Evaluation erscheint der Einbezug dieser zusätzlichen Informationsquellen als sinnvolle Methodenergänzung, auch wenn diese keine streng wissenschaftliche Methode ist (MITTAG & HAGER 2000, 113).

7.2.2 Wirksamkeitsevaluation

Für die Wirksamkeitsevaluation wurden Prozesse und Effekte untersucht. Der Einfluss des Projekts auf die kindliche Entwicklung wurde nicht mittels standardisierten motorischer Prä- und Posttests gemessen und mit Daten aus einer großen Vergleichsstichprobe in Bezug gesetzt. Hierfür wären randomisierte Untersuchungs- und Kontrollgruppen nötig, was bei der

geringen Probandengröße in der Pilotphase nicht realisierbar war. Im Sinne einer qualitativen Evaluationsforschung (MAYRING 2002, 62f), die die Wirkungen einer Praxisveränderung einschätzt, werden ablaufende Prozesse subjektorientiert beschrieben. Die Daten über Prozesse wurden durch A-posteriori Protokolle über das Verhalten der Kinder während der Bewegungsstunden und Protokolle über die Projekttreffen (teilnehmende Beobachtung, unstrukturiert) erhoben.

Effekte des Projekts wurden mit Daten aus Fragebögen (bzw. mündliche Befragung bei Kindern ohne Schriftsprache) im Prä-Post-Design (Eltern und Kinder) untersucht. Hier wurden Einstellungen und Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten von Eltern und Kindern (offene und geschlossene Fragen) sowie das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder (Subskalen des Kid-KINDL) erhoben. Zudem wurden Eltern und Kinder in den Endfragebögen zur Wirkung der Bewegungsstunden und Projekttreffen befragt.

Beim Erheben der Daten wurde bewusst auf Größen- und Gewichtsmessungen der Kinder verzichtet. Erstens kann durch einen bestimmten BMI keine Aussage über die Anteile von Muskelmasse und Fettmasse getroffen werden (CLELAND ET AL. 2008, 4). Zweitens ändern sich in Wachstumsphasen die Proportionen der Kinder oft sehr schnell. Der BMI unterliegt dadurch Schwankungen. Selbst die Berücksichtigung der BMI-Altersperzentile ließe keine Aussagen darüber zu, ob die Gewichtsschwankungen eine Folge der Maßnahme oder anderer Faktoren wären. Gerade in der Untersuchungsgruppe befanden sich Kinder in sehr unterschiedlichen Entwicklungsstadien. Eine Veränderung des BMI könnte unmöglich auf diese Maßnahme zurückgeführt werden. Zum anderen zielt dieses Konzept nicht wie andere Adipositas-Präventionsprogramme nur auf von Adipositas gefährdete Kinder ab, sondern umfasst eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheitsförderung. Ziel ist eine Stärkung des Individuums und des Umfeldes, was schwer spezifizierbar ist.

Es sollen Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten der Eltern und Kinder abgefragt sowie das psychische Wohlbefinden und Sozialverhalten der Kinder beobachtet und erfragt werden.

7.2.2.1 Datenerhebung durch Schülerfragebögen

In der Kindheitsforschung werden vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsel in der letzten Zeit vermehrt Studien, die auf standardisierten Kinderbefragungen basieren, durchgeführt (vgl. HEINZEL 2000). Immer jüngere Personen werden in sozialwissenschaftliche, pädagogische, kulturwissenschaftliche und psychologische Forschungsvorhaben, z.B. bei Kinder- und Jugendsurveys einbezogen und befragt. Kinder wurden zu einer für Forscher interessanten Gruppe, aus deren qualitativen und quantitativen Befragungen aufschlussreiche

Erkenntnisse gewonnen werden können. Sie können Einblicke in die kindliche Sichtweise und Interpretation ihrer Lebenssituation geben und stellen so gerade mit Bezug zu Erwachsenenbefragungen ein wichtiges Korrektiv zu diesen dar (vgl. KRÄNZL-NAGL & WILK 2000, 61f).

Die Frage nach der Betrachtungsweise der Kinder als „Forschungsobjekt“ wird von HÜLST (2000) aufgegriffen und diskutiert. Im Gegensatz zu den Perspektiven „Kinder als unfertige Wesen“, „Kinder als eigenartige Wesen“ und „Kinder als Erwachsene“ empfiehlt er die Kindheit als sozial konstruierte Eigenwelt anzusehen. Diese Perspektive würde die tragfähigste Lösung bieten. „Kinder werden als den Erwachsenen vergleichbare, aber mit unterschiedlichen Kompetenzen ausgestattete Forschungssubjekte betrachtet“ (ebd., 48)¹⁷⁸.

Überprüft werden sollten einerseits Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Kinder, das Gesundheitswissen und das körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden der Kinder. Andererseits wurden die Kinder zu einer reflexiven Bewertung der Bewegungsstunden und Projekttreffen aufgefordert. Da aus Forschersicht sehr genaue Vorstellungen über die zu erfragenden Informationen bestanden, fiel die Wahl auf eine strukturierte Befragung der Schüler durch einen Fragebogen. So konnten sowohl geschlossene als auch offene Fragen gestellt werden.

Eine Schwierigkeit bei der Befragung von recht jungen Kindern besteht darin, dass die Fragen und Antwortmöglichkeiten von den Kindern nicht richtig erfasst und beantwortet werden könnten. Zur schriftlichen Befragung von Kindern mit geistiger Behinderung liegen keine Erfahrungsberichte vor. THEUNISSEN, DIETERICH, NEUBAUER & NIEHOFF (2000) geben zur schriftlichen Befragung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung¹⁷⁹ zwar einige Faktoren an, die die Ergebnisse verzerren können, beurteilen die Art der Datenerhebung für diese Personengruppe aber trotzdem als ein wirksames Mittel, um mehr „Kundenorientierung“ zu erlangen. Einige englischsprachige Autoren wählten bei qualitativen Studiendesigns das

¹⁷⁸ Dadurch entstünde die Möglichkeit aber auch die Notwendigkeit, sich auf kindliche Kompetenzen angepasste Forschungsmethoden zu besinnen. HÜLST (2000) plädiert dafür, kindspezifische Kommunikationsmedien – Zeichnungen, Erzählungen, Aufgeschriebenes - zu nutzen. Diese Art der Datengewinnung erschien jedoch für diese Forschungsfragen als ungeeignet.

¹⁷⁹ In ihrer Studie wurden ca. 540 Heim- und Werkstätten der Lebenshilfe in Deutschland angeschrieben. 735 Fragebögen wurden von Einzelpersonen mit Behinderung zurückgesendet. Wer die Bögen ausgefüllt hat, wie groß der Faktor „soziale Erwünschtheit“ war, ob die Fragen verstanden wurden und wie viel Unterstützung dabei gegeben wurde, bleibt ungewiss.

Interview, um die Sichtweisen von Kindern mit geistiger Behinderung zu erforschen¹⁸⁰ (vgl. KELLY 2007). KELLY (2007) vermeidet auf Grund der großen Verschiedenheit und Heterogenität von Kindern mit geistiger Behinderung eine Empfehlung einer einzigen bestimmten Forschungsmethode. Für jedes Forschungsvorhaben müssten die Methoden auf die individuellen Fähigkeiten der Kinder abgestimmt ausgewählt werden (ebd.).

In der vorliegenden Studie sollte für Kinder ohne schriftsprachliche Fähigkeiten der Fragebogen in einer mündlichen Befragung mit den Kindern einzeln oder in Kleingruppen ausgefüllt werden.

Insgesamt beinhaltet der Anfangsfragebogen 27, der Endfragebogen 29 Fragen. Wobei acht Fragen, bzw. neun im Endfragebogen, mehrere Subitems umfassen.

Bei der Erstellung der Schülerfragebögen wurden aus dem standardisierten Fragebogen für Kinder Kid-KINDL[®], der das gesundheitliche Wohlbefinden von 8- bis 11jährigen misst, die Fragenkomplexe 1-5 wie im Original übernommen. Das gesundheitliche Wohlbefinden wird im Kid-KINDL[®] als gesamtes Konstrukt und in den Unterkategorien *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie*, *Freunde* und *Schule* erfasst. Die Fragekomplexe bilden jeweils eine Frage mit je vier Subitems. In den Schülerfragebögen wurden alle Kategorien bis auf „Schule“ übernommen. Diese Kategorie wurde ausgelassen, da eine Beeinflussung der Schüler im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ wahrscheinlich ist. Die Verortung der Befragung und des Projekts im Setting Schule lässt verfälschte Antworten auf diesen Fragenkomplex erwarten. Die Anordnung der Items unterscheidet sich bei Anfangs- und Endfragebogen, die Items sind im Folgenden in Klammern angegeben:

- Körperliches Wohlbefinden (Anfang: Frage 5 mit den Items 12 bis 15, Ende: Frage 5 mit den Items 8 bis 11)
- Psychisches Wohlbefinden (Anfang: Frage 7 mit den Items 20 bis 23, Ende: Frage 7 mit den Items 16 bis 19)
- Selbstwert (Anfang: Frage 10 mit den Items 39 bis 42, Ende: Frage 8 mit den Items 20 bis 23)
- Familie (Anfang: Frage 4 mit den Items 8 bis 11, Ende: Frage 4 mit den Items 4 bis 7)
- Freunde (Anfang: Frage 6 mit den Items 16 bis 19, Ende: Frage 6 mit den Items 12 bis 15)

¹⁸⁰ In englischsprachiger Literatur wird häufig „learning“ disability gleichgesetzt mit „cognitive“, „developmental“ oder „intellectual“ disability.

Diese Fragen mussten mittels Ratingskalen beantwortet werden. Die Antwortmöglichkeiten waren *nie, selten, manchmal, oft* und *immer*.

Andere Fragen, die in geschlossener Form gestellt wurden und zu Fragenkomplexen zusammengefasst werden konnten, wurden in der visuellen Darbietung und der Art der Fragestellung und Antwortmöglichkeiten auf die des Kid-KINDL[®] angepasst. Sonst variierten die Antwortmöglichkeiten. Wenn Mehrfachantworten möglich waren, wurde darauf hingewiesen. Bei offenen Fragen wurde darauf geachtet, dass genügend Platz zum Schreiben vorhanden war, um gegebenenfalls auf graphomotorische Schwierigkeiten der Kinder Rücksicht zu nehmen.

7.2.2.2 Schriftliche Elternbefragung

Die Elternfragebögen sollten nicht zu umfangreich sein, um den Zeitaufwand zum Ausfüllen möglichst gering zu halten. Der Fragebogen umfasst 23 Fragen (bzw. Endfragebogen 27 Fragen) und kann in einer viertel bis halben Stunde ausgefüllt werden. Der Fragebogen enthält vor allem geschlossene und einige offene Fragen. Anfangs- und Endfragebogen beinhalten 17 identische und vier nahezu identische (Anfangsfragebogen Rankingskala mit fünf, Endfragebogen mit vier Antwortmöglichkeiten) Fragen zu Gewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen. Soziodemographische Daten werden nur im Anfangsfragebogen mit zwei Fragen, Bewertungen des Pilotprojektes nur im Endfragebogen mit sechs Fragen erhoben.

7.2.2.3 Protokollierung der Bewegungsstunden durch die Projektbetreuerin

Die teilnehmende Beobachtung erlaubt dem Forscher, aktiv an der sozialen Situation teilzunehmen. Gerade für explorative Fragestellungen kommt diese Art der Beobachtung zur Anwendung. Der Forscher steht in direkter persönlicher Beziehung mit den Beobachteten. Der Grundgedanke der teilnehmenden Beobachtung ist nach MAYRING (2002, 81) die größtmögliche Nähe zum Forschungsgegenstand. Dabei kann höchstens halb-standardisiert vorgegangen werden (ebd.). Es wurde in allen Projektgruppen jede Bewegungsstunde unstrukturiert a-posteriori protokolliert.

In den Kontrollgruppen wurde notiert, wie sich die Gruppen im Gesamten verhalten haben, ob es Streitereien gab und besondere Vorkommnisse beschrieben. Eine genauere Beobachtung der einzelnen Kinder war auf Grund der Größe der Gruppen und des Betreuungsschlüssels nicht möglich, es wurden eher Gruppenprozesse, die die Gruppen als Ganzes betreffen, betrachtet.

Die Untersuchungsgruppe wurde differenziert betrachtet, um mehr Datenmaterial zu erhalten. In der Gruppe der geistig behinderten Kinder musste davon ausgegangen werden, dass nicht alle Schüler mittels des Fragebogens befragt werden konnten. Aus organisatorischen Gründen konnten leider keine umfassenden Aufzeichnungen, z.B. Videografien der gesamten Unterrichtseinheiten angefertigt werden. Eine Aufzeichnung des Verhaltens zeitgleich durch einen objektiven Beobachter wurde durch folgende Argumente ausgeschlossen:

- Kinder sind sehr leicht abzulenken, die Bewegungsstunden bieten bewusst Freiraum für Auszeiten. Es sollte eine Verzerrung durch den Eingriff von Untersuchungsmethoden oder die Außenperspektive vermieden werden. Die Anwesenheit eines oder mehrerer Protokollführer hätte die Aufmerksamkeit der Kinder zu sehr beeinflussen können.
- Eine Bewertung von gesehenem Verhalten durch jemanden, der die Kinder nicht kennt, kann dazu führen, dass Verhalten oder Äußerungen verschieden interpretiert werden. Bei Protokollierung durch unterschiedliche Personen (wahrscheinlich wäre die Rekrutierung ein und der gleichen Person nicht möglich gewesen) hätte eine unterschiedliche Einordnung in Kategorien erfolgen können.

Diese Überlegungen sprachen für Aufzeichnungen durch die Übungsleiterin selbst. Notizen können so jedoch nicht während der Stunde, sondern nur im Anschluss an diese erfolgen. Folgende Überlegungen begründen die Wahl von unstrukturierten A-Posteriori-Protokollen:

- Eine Gefahr von Interventionsstudien ist, dass die Ergebnisse genau das bestätigen, was der Forscher oder die Forscherin erwartet bzw. als Ergebnis bekommen möchte. Vorformulierte Outcome-Variablen können die Sichtweise des Beobachters beeinflussen und dessen Aufmerksamkeit von anderen Prozessen ablenken und die Sicht beschränken.
- Das Verhalten der Kinder sollte nicht in vorgeschriebene Raster gezwängt werden. Erwünschte Eigenschaften und das Zuordnen zu Kategorien ihrer Ausprägung sollten nicht über die individuelle Entwicklung der Kinder erhoben werden.
- Das Pilotprojekt soll als pädagogische Maßnahme verstanden, nicht lediglich zur Überprüfung von Outcome-Variablen herangezogen werden.

Nach jeder Unterrichtseinheit wurden durch die Übungsleiterin unstrukturierte A-Posteriori-Protokolle angefertigt. Diese umfassen den Eindruck über die gesamte Gruppe und einen kurzen Kommentar zu jedem Kind. Den bereits genannten Vorteilen unstrukturierter

Beobachtungen stehen aber auch Nachteile gegenüber, die hier nicht vorenthalten werden sollen.

- Die so angestellten Aufzeichnungen bilden nur einen Teil der tatsächlich stattgefundenen Prozesse während der Unterrichtsstunden ab. Die Protokolle sind in Umfang und Schwerpunktsetzung unterschiedlich, je nach Verlauf der Stunde und Sicht der Übungsleiterin. Die Protokolle können lediglich zur Herausstellung von Besonderheiten im Verhalten der Kinder, Kurzbeschreibung von Konflikten oder im Erkennen von außergewöhnlichen emotionalen und motorischen Entwicklungsschritten dienen und lassen keine quantitativen Aussagen zu.

Die knappen Protokolle müssen im Kontext betrachtet werden und können lediglich die Beobachtungen und Eindrücke über das Schuljahr zeitlich dokumentieren und einordnen helfen.

7.2.3 Datenaufbereitung und Analyseverfahren

Die quantitativen Daten der Anfangs- und Endbefragung von Schülern und Eltern wurden mittels des Statistikprogramms SPSS Version 15.0/Windows weiterverarbeitet. Die Wertelabels wurden so weit möglich in numerische Daten umcodiert, um eine statistische Auswertung der Daten zu ermöglichen. Für die geschlossenen Fragen wurden Häufigkeitstabellen erstellt. Auf aufwendige statistische Analysen wurde verzichtet, da die einzelnen Items aufgrund der geringen Samplegröße nur schwach besetzt sind. Einen Teil der Auswertung der Daten aus den Anfangs- und Endbefragungen der Eltern und Kinder übernahm eine wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen ihrer Diplomarbeit (Auszüge in Kapitel 8.3). Die Ergebnisse wurden mittels deskriptiver Statistik und Häufigkeitsauszählungen sowie qualitativ mittels Aussagenanalyse ermittelt.

Die Daten zum gesundheitlichen Wohlbefinden aus den Kinderfragebögen wurden nach Anweisung des Testmanuals mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet.

Die Analyse der qualitativen Daten über die Bewegungsstunden erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING computergestützt mit Hilfe des Programms Atlas.ti (MAYRING 2008).

Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich als klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterial. Sie analysiert schrittweise das Textmaterial streng methodisch. Sie zeichnet sich durch ihr „systematisches Vorgehen“ als Kriterium der Reliabilität und dem am Material entwickelten „Kategoriensystem“ als zentralem Instrument der Analyse aus (MAYRING 2002, 114). MAYRING schlägt drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse (2008, 58) vor: Die

„Zusammenfassung“, die „Explikation“ und die „Strukturierung“. Bei der Zusammenfassung ist es das Ziel, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (ebd.). Diese Technik lässt sich weiter für eine induktive Kategorienbildung nutzen. Das Material wird Zeile für Zeile durchgearbeitet und kodiert. Die Kodiereinheit legt den kleinsten Materialbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann und ausgewertet werden darf. Textstellen werden mit den gleichen Codes (=Kategorie) belegt, wenn sie die Kategoriedefinition des induktiv gebildeten Codes erfüllen. Eine induktive Kategoriendefinition zeichnet sich dadurch aus, dass die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet werden, ohne sich auf vorher formulierte Theorien zu beziehen. Das Ergebnis dieser Analyse ist ein Set von Codes, dem spezifische Textstellen zugeordnet sind. Die weitere Auswertung kann dann in zwei Richtungen geschehen.

- „Das Kategoriensystem kann in Bezug auf die Fragestellung und dahinterliegende Theorie interpretiert werden.
- Die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien können quantitativ ausgewertet werden. Es kann z.B. geprüft werden, welche Kategorien am häufigsten kodiert wurden“ (MAYRING 2002, 117).

Bei der Explikation ist das Ziel, „zu einzelnen fraglichen Textstellen (Begriffen, Sätzen,...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert“ (MAYRING 2008, 58). Die Explikation geschieht in dieser Arbeit eher beiläufig bei der Codierung, da eine Person für die Projektleitung, Protokollführung und Analyse zuständig war¹⁸¹. Ziel der letzten Grundform des Interpretierens, der sog. Strukturierung, ist es, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (MAYRING 2008, 58). Die Strukturierung erfolgt inhaltlich und typisierend. Es sollen Aussagen darüber getroffen werden, welche Prozesse wie häufig bei den Kindern in den Stunden beobachtbar waren.

Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle über die Bewegungsstunden erfolgte computerunterstützt mit Hilfe des Computerprogrammes ATLAS.ti. Diese Software hilft

¹⁸¹ Diese Problematik bei der Datenanalyse soll hier im Anbetracht der Tatsache, dass dies eine explorative Pilotstudie mit interner Evaluation ist, so hingenommen werden. Bei einer externen Evaluation wäre diese Tatsache nicht haltbar. In die Arbeit fließen daher auch Erfahrungen der Projektleiterin direkt ein.

beim analysieren, interpretieren, sortieren und verwalten qualitativer Daten. Um die zentrale Datei herum wird eine sogenannte hermeneutische Einheit (englisch: hermeneutic unit) kreiert. Analytisch interessante Stellen können markiert und ihnen aussagekräftige Codes zugeordnet werden.

Das Quantifizieren von codiertem Textmaterial wird auf diese Weise erleichtert. Auf Grund der geringen Komplexität der unsystematisch erhobenen Daten zur Durchführungsevaluation und der Protokolle über die Projekttreffen wurden diese Daten nicht computergestützt analysiert. Informationen aus diesen unsystematischen Quellen wurden als Fließtext zusammengefasst und befinden sich in den jeweiligen Kapiteln.

7.2.4 Kritische Reflexion der Untersuchung

JÜRGEN ROST (2002) stellt acht Standards für die Schritte im Forschungsprozess einer Evaluationsforschung auf, die die drei Phasen der Konzeptualisierung, Implementation und Wirkungsforschung umfassen. Für die Pilotphase können nicht alle Standards erfüllt werden, da in diesem kleinen Rahmen die Implementation (Standard 3) der Konzeption und eine Wirksamkeit (Standard 4 bis Standard 8) des Programms nur sehr begrenzt untersucht werden können. Die Untersuchung soll auf Grund der bei Rost aufgeführten Standards kritisch reflektiert werden. Dazu werden die empfohlenen Standards genannt¹⁸², beschrieben und in Bezug auf die Pilotstudie kommentiert:

Standard 1: Konzeptualisierung

Die theoretischen Grundlagen der zu evaluierenden Maßnahmen oder Maßnahmenbündel sind hinsichtlich der folgenden Aspekte zu rekonstruieren:

- Wovon geht die Wirkung aus?
- Worin besteht der postulierte Prozess, in dem sich die Wirkung entfaltet?
- Und in welchem Bereich finden Wirkungen statt?

Dem geforderten Standard wurde bei der Konzepterarbeitung entsprochen. Das Programm wirkt zum einen auf das Kind selbst, zum anderen auf die Elternteile. Der postulierte Prozess besteht in der Vermittlung von Handlungskompetenzen (soziale Kompetenz, Ich-Kompetenz, Sachkompetenz) und dem Erleben von Freude an und bei gemeinsamer Bewegung. Die Wirkung des Programmes geht von dem Zusammenwirken der Komponenten im sozialen Bedingungsgefüge mitsamt aller Beteiligten aus.

Standard 2: Fragestellungen und Hypothesen

Die konzeptionellen Grundlagen sind mit der zu evaluierenden Maßnahme in Form von

¹⁸² Die Standards werden wörtlich übernommen und sind durch Einrückung gekennzeichnet.

Forschungsfragen und Hypothesen zu verknüpfen, die mit Hilfe eines realisierbaren Evaluationsdesigns empirisch geprüft werden können.

Die Fragestellungen sind einerseits so formuliert, dass sie greifbar und klar zu beantworten sind, halten dabei Spielraum offen für die Beschreibung komplexer Zusammenhänge und Prozesse während des Projektverlaufs. Es werden Fragen bezüglich der Wirksamkeit und der Durchführbarkeit des Konzepts gestellt.

Standard 3: Implementationskontrolle

Im Rahmen einer Kontrolle der Implementation einer Maßnahme sollte untersucht werden,

- inwieweit die Realisierung der Maßnahme ihrer Konzeption entspricht,
- wie intensiv die zu untersuchenden Einflüsse sind und
- ob andere Einflüsse eine mögliche Wirkung der Maßnahme begünstigen oder behindern.

Aufgaben der Implementationskontrolle, wie die Frage nach Problemen und Hindernissen der Implikation (Aufwand für die Beteiligten, Akzeptanz in verschiedenen Gruppen und Intensität der Maßnahme), werden mit der Durchführungsevaluation zum großen Teil abgedeckt. Die Genauigkeit der Konzeptumsetzung wird bei der internen Evaluation, die die Konzeptverbesserung beinhaltet, nicht explizit überprüft.

Standard 4: Übertragbarkeit von Ergebnissen

Im Fall, dass die Ziehung einer Zufallsstichprobe nicht möglich ist, sollte die untersuchte Stichprobe möglichst detailliert beschrieben und damit die Frage der Übertragbarkeit beantwortet werden. Gegebenenfalls können gruppenspezifische Datenanalysen zusätzlich absichern, auf welche Personengruppen die Befunde übertragbar sind.

Diese Untersuchung konnte im Rahmen eines Pilotprojektes mit einer sehr heterogenen Gruppe und an einer kleinen Probandenzahl durchgeführt werden. Der Forderung nach einer genauen Beschreibung der Gruppe wird an späterer Stelle dieser Arbeit nachgekommen. Über den Projektteilnehmerkreis hinaus können mittels der hier erhobenen Daten keine repräsentativen Aussagen getroffen werden.

Standard 5: Kausalinterpretation

Um die beobachteten Effekte als Wirkung der evaluierten Maßnahme interpretieren zu können, sollten sie hinsichtlich ihrer Abhängigkeit analysiert werden. So sind die Effektgrößen in verschiedenen, nach potentiellen Moderatorvariablen aufgeteilten Teilstichproben getrennt zu berechnen und miteinander zu vergleichen.

Auf Grund der geringen Probandenzahl und Heterogenität der Gruppe können einzelne Effekte nicht im Hinblick auf verschiedene Moderatorvariablen berechnet werden.

Standard 6: Kontrollgruppen

Um einen sinnvollen Vergleichsmaßstab für die Interpretation von Wirkungen zur Verfügung zu haben, muss die zu evaluierende Maßnahme variiert werden, sei es

- hinsichtlich ihrer Dosis,
- durch Vergleich verschiedener Kombinationen ihrer Komponenten
- oder durch Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die sich in theoretisch beschreibbaren Merkmalen von der Evaluationsgruppe unterscheidet.

Im Rahmen des Pilotprojekts, das auch eine Optimierung des Konzepts zum Ziel hat, fallen die beiden erstgenannten Punkte als Möglichkeit der Variation heraus. Als Kontrollgruppe kann die Gruppe der Kinder aus der Regelschule gesehen werden, die sich faktisch in dem Merkmal „geistige Behinderung“ von der Untersuchungsgruppe unterscheidet. Ein direkter Vergleich beider Gruppen ist nicht möglich, da der die beiden Gruppen unterscheidende Faktor „geistige Behinderung“ die Bedingungen für die Bewegungsstunden auf vielen Ebenen beeinflusst. Die Betrachtung beider Personengruppen kann gewinnbringend sein, wenn sie zueinander in Bezug gesetzt werden. Deshalb sollen in der Beschreibung der Studie und Darstellung der Ergebnisse stets beide Projektgruppen ihren Raum finden.

Standard 7: statistische Kontrolle

Die eingeschränkten Möglichkeiten der Kontrolle von Drittvariablen, deren Wirkung möglicherweise konfundiert sind, erfordern es, solche Variablen zu benennen, zu erheben und bei der Datenanalyse zu berücksichtigen.

In der vorliegenden Untersuchung kann diesem Standard nicht genügt werden. In nachfolgenden Untersuchungen können eventuelle Störvariablen, aus den Ergebnissen dieser Untersuchung hergeleitet, spezifiziert und überprüft werden.

Eine große Bedeutung müssen in dieser Pilotstudie den in der Kindheitsforschung¹⁸³ allgemein diskutierten Schwierigkeiten bei der Datenerhebung beigemessen werden. Schwierigkeiten können entstehen, da nicht Kinder, sondern Erwachsene den Maßstab der Forschungsarrangements, der Fragestellungen, Erhebungs- und Auswertungsstrategien setzen. Verfahren aus der Forschung der Zielgruppe Erwachsene können nur bedingt angewandt

¹⁸³ Dazu verschiedene Aufsätze in HEINZEL, F. (Hrsg.) (2000). Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Weinheim: Juventa.

werden. Standardisierte Verfahren können nicht direkt auf Kinder übertragen werden, da die Angaben der Kinder teilweise eher ihren Wünschen entsprechen als der Wahrheit (vgl. HEINZEL 2000, 28). Die Objektivität der Aussagen von Kindern ist grundsätzlich als problematisch zu bewerten, gerade wenn die von ihnen beschriebenen Lebensverhältnisse von ihren Eltern übernommen bzw. mit diesen abgestimmt wurden und die entsprechenden Mitteilungen bereits ihre eigenen potentiellen Entwürfe beeinflusst haben. „Eine Verstärkung des Problems ist zu erwarten, wenn die Verstehensbeziehungen zwischen Forscherinnen und Kindern aus einer voreingestellten Perspektive aufgenommen werden, in der die Kinder zu Informanten über Sachverhalte gemacht werden, die für Erwachsene (aus welchen Gründen auch immer) bedeutsam sind“ (HÜLST 2000, 39).

Das Phänomen der „Sozialen Erwünschtheit“ in Bezug zu Klassenkameraden, dem Forscher oder der Gesellschaft kann bei Kinderbefragungen als Störfaktor auftreten. Dieser Faktor wird von KRÄNZL-NAGL & WILK (2000) bei Kindern als möglicherweise noch bedeutender eingestuft als bei Erwachsenen. „Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Fragen auf Bereiche beziehen, die für die Kinder von zentraler persönlicher Bedeutung sind, die hohen sozialen Wert besitzen und für welche relativ allgemein anerkannte Bewertungsmaßstäbe vorhanden sind“ (ebd. 67). Die Problematik der „sozialen Erwünschtheit“ ist in dieser Studie wohl gegeben, z.B. wenn die Kinder im Fragebogen zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden nach ihren Freunden oder ihrer Familie befragt werden.

Um diese mögliche Fehlerquelle zu vermeiden, ist zu bedenken, dass die Kinder beim Ausfüllen des Fragebogens nicht die Möglichkeit haben, untereinander zu kommunizieren und abzuschauen. Außerdem muss bei der Formulierung der Fragen und Antwortmöglichkeiten darauf geachtet werden, dass keine Wertung der Antworten ersichtlich ist.

Eine besondere Herausforderung stellen Kinder mit geistiger Behinderung als zu untersuchender Personenkreis dar. Sie verfügen oftmals über keine oder stark eingeschränkte schriftsprachliche Fähigkeiten, weshalb das selbstständige eigenhändige Ausfüllen von Fragebögen für sie kaum möglich ist. In mündlichen Befragungen mehrerer Kinder ist ebenfalls darauf zu achten, dass die Kinder sich nicht austauschen. Bei der mündlichen Befragung von Kindern mit geistiger Behinderung können zusätzlich Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation und des Verständnisses der Fragen und Antworten auftreten. Zum Einen ist damit das Verstehen seitens des Kindes gemeint, das Fragestellungen nicht erfassen kann, zum Anderen aber auch seitens der Forscherin, die die Äußerungen der Kinder falsch oder nicht versteht. Sie gelten als ungeeignete Interviewpartner, weil die abstrakten

Zusammenhänge häufig nur eingeschränkt verstanden würden und das Beantwortungsrepertoire begrenzt sei. Mehrere Wissenschaftler sind der Meinung, dass sie zur Bejahung von Antworten neigen, um damit Unwissen zu überspielen, sie Nachdenken für die Antwort vermeiden und soziale Anerkennung erwarten¹⁸⁴. Darum gibt es nur wenige Studien, in denen diese Personen selbst zu Wort kommen. Oft werden ausschließlich Betreuer, Eltern oder Lehrer über die eigentlichen Forschungssubjekte befragt (z.B. FIEDLER 2007).

Die Befindlichkeit eines Individuums kann sehr schwer von außen ermittelt (eben höchstens eingeschätzt) werden. Darum sollte nicht völlig auf die Datenerhebung unmittelbar über die Kinder verzichtet werden. Es war jedoch von vornherein klar, dass nicht alle Kinder selbst befragt werden konnten. Damit wurde akzeptiert, dass für diese Personen keine Daten erhoben werden konnten. Man hätte sich in diesem Fall damit behelfen können, diese Daten *über* die Kinder durch Betreuer oder Eltern zu ermitteln. Einige Untersuchungen belegen jedoch, dass es bisher nur wenig gelingt, auf diesem Weg valide Fremdaussagen über Menschen mit einer geistigen Behinderung zu erhalten (HAGEN 2002).

Es wurde versucht, Daten möglichst direkt von den Kindern zu erheben, diese aber auch durch Elternaussagen zu stützen. Da bei dieser Untersuchung Augenmerk auf komplexe Strukturen bei Eltern und Kindern gelegt wurde, mussten sowohl Eltern als auch Kinder zu Verhaltensweisen und Einstellungen befragt werden. Bei der Bewertung dieser Pilotstudie muss deshalb von vornherein die Methodik der Untersuchung kritisch überdacht werden.

Bei der Erstellung und Analyse der Beobachtungsprotokolle muss hinterfragt werden, inwieweit die Aussagen nicht durch das subjektive Empfinden und Interesse der Projektleiterin am Erfolg des Pilotprojekts verfälscht wurden. Die Übernahme aller Arbeitsschritte von einer Person birgt die Gefahr von erheblicher subjektiver Färbung von Aussagen bei allen Schritten. Andererseits kann somit gewährleistet werden, dass die Protokolle, die sehr knapp gehalten waren, nicht durch eine dritte Person anders gedeutet werden. Gerade bei der Untersuchung von Kindern mit geistiger Behinderung kann es von Vorteil sein, wenn die die Protokolle interpretierende Person die beschriebenen Kinder kennt. So können Aussagen über die betreffenden Personen richtig eingeordnet werden. Im weiteren Sinne können diese zusätzlichen Informationen zur Kontextanalyse (Explikation) gezählt werden. Bei der „weiten Kontextanalyse“ sieht MAYRING (2008) vor, Material zu sammeln, das über den eigentlichen Text hinaus geht. Dies lässt nach MAYRING auch Informationen

¹⁸⁴ Eine Diskussion zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung ist bei HAGEN (2002) nachzulesen.

über die Entstehungsbedingungen des Textes, aus dem theoretischen Vorverständnis und dem gesamten Verstehenshintergrund des Interpreten zur Explikation zu (2008, 79). In keinem Fall kann von einer Vollständigkeit der im Datenmaterial abgebildeten Prozesse ausgegangen werden. Durch den Fokus und ein sicherlich begrenztes Erinnerungsvermögen der Projektleiterin ist davon auszugehen, dass nicht alle tatsächlich stattgefundenen Prozesse dokumentiert wurden.

Standard 8: *Effektgrößen*

Zum Nachweis der Wirkung einer Maßnahme sollten sowohl die statistische Signifikanz gefundener Unterschiede oder Zusammenhänge angegeben werden als auch geeignete Maße der Effektgröße.

Auf Grund der geringen Stichprobengröße können keine Signifikanzen errechnet werden. Im Rahmen dieser explorativen Pilotstudie wird kein Anspruch auf das Definieren eines geeigneten Maßstabs zur Erfassung von Effektgrößen erhoben.

Für die Durchführung von Evaluationsprojekten fasst ROST (2002) Prinzipien des JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION (JCSEE 1994) und der EVALUATION RESEARCH SOCIETY (ERS; zitiert nach KOCH & WITTMANN, 1990) zu drei weiteren Standards zusammen:

„Standard 9: *soziale Sensibilität*

Bei der Planung, Durchführung und Ergebnispräsentation sind die Bedürfnisse und Interessen von beteiligten Personen, Gruppen und offiziellen Partnern zu berücksichtigen.

Standard 10: *Transparenz*

Alle Phasen und Schritte eines Evaluationsprojektes, sollten begründet und dokumentiert und damit transparent und nachvollziehbar gemacht werden.

Standard 11: *Ethik*

Evaluationsprojekte sollten unter Wahrung ethischer Standards durchgeführt werden, so dass die Rechte anderer Personen nicht verletzt werden, Beeinträchtigungen auf ein Minimum reduziert werden, Ressourcen nicht vergeudet werden und Missbrauch wissenschaftlicher Erkenntnisse verhindert wird.“

Diese drei Standards müssen bei jeglichen Handlungen im Verlauf des Projekts berücksichtigt werden. Die Forderung nach sozialer Sensibilität, Transparenz und Ethik sind für die Arbeit mit und für Menschen obligat!

7.3 Beschreibung der Projektteilnehmer

Das Pilotprojekt wurde im Schuljahr 2007/08 an zwei Würzburger Schulen vom Institut für Sportwissenschaft der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg mit Unterstützung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) initiiert. Teilnehmer des Pilotprojekts waren zwei zweite Klassen (17 (ab der 21sten Stunde 18) Kinder und 18 Kinder) der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule Würzburg und eine Unterstufen-Mittelstufen-Gruppe von 12 Kindern, die die Christophorus-Schule Würzburg, Förderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, besuchen. Die Kinder mit geistiger Behinderung befanden sich zur Projektlaufzeit zwischen dem zweiten und fünften Schulbesuchsjahr. Die Eltern aller Kinder wurden zu dem Pilotprojekt eingeladen.

7.3.1 Alter und Geschlecht der Kinder

Die Gruppe an der Förderschule setzte sich aus sieben Mädchen und fünf Jungen zusammen. Das Alter der 12 FörderschülerInnen lag zu Projektbeginn (Stichtag 1.10.2007) im Schnitt bei 10;1 Jahren. Das jüngste (7;7 Jahre) und älteste Kind (11;6 Jahre) trennen fast vier Jahre.

In den beiden Regelklassen überwiegt der Anteil der Mädchen deutlich mit 23 zu 13 Jungen. Der Altersdurchschnitt lag zum Stichtag bei 7;5 Jahren, die Altersdifferenz zwischen dem jüngsten (6;9 Jahre) und ältesten Kind (8;8 Jahre) lag bei knapp zwei Jahren.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung war die Gruppe der Regelschüler, bezüglich des Alters die Gruppe der Förderschüler deutlich heterogener.

7.3.2 Familiensituation

Um die Familiensituation der Probanden zu beschreiben, wurde bei fehlenden Daten aus den Anfangsfragebögen auf Informationen der Kinder zurückgegriffen. In den Tabellen werden die Schulen wie folgt abgekürzt:

SBS = Steinbachtal-Burkarder-Volksschule

CS = Christophorus-Schule

Von den Förderschülern wachsen zehn Kinder mit beiden Elternteilen, ein Kind im Heim und ein Kind bei seiner Mutter auf. Die Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule wachsen zu achtzig Prozent bei Mutter und Vater, sonst bei ihrer Mutter auf (Tabelle 4)¹⁸⁵.

¹⁸⁵ In Bayern lebten 2006 knapp achtzig Prozent der Kinder in der traditionellen Familienform (STATISTISCHES BUNDESAMT 2007).

Tabelle 4: Im Haushalt lebende Elternteile

	CS		SBS	
	Haushalt		Haushalt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Mutter	1	8,3%	7	19,4
zwei Elternteile	10	83,3%	29	80,6
kein Elternteil	1	8,3%		

Nur bei wenigen Kinder (CS:16,7%; SBS: 11,0%) lebt mindestens ein Großelternteil mit im Haushalt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Großeltern im Haushalt

	CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keine	10	83,3%	32	88,9%
einer			2	5,5%
beide	2	16,7%	2	5,5%

Im Vergleich der restlichen deutschen Bevölkerung (Durchschnitt bei 1,61 Kindern pro Familie) (STATISTISCHES BUNDESAMT 2008) sind beide Probandengruppen mit 2,58 (Steinbachtal-Burkarder-Volksschule) und 2,41 (Christophorus-Schule) Kindern kinderreich (Tabelle 6).

Tabelle 6: Zahl der im Haushalt lebenden Kinder

	CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	4	33,3%	8	22,2%
2	5	41,7%	15	41,7%
3			6	16,7%
4	2	16,7%	4	11,1%
5			3	8,3%
9	1	8,3%		
Schnitt	2,58		2,42	

7.3.3 Erwerbstätigkeit der Eltern

In keiner der Familien mit behindertem Kind arbeiten beide Elternteile ganztags, meist ein Elternteil in Vollzeit. Bei drei Familien von Regelschülern sind beide Elternteile bei zwei Drittel mindestens ein Elternteil vollzeitbeschäftigt (siehe Tabelle 7). Nicht genannt wurden die Antwortmöglichkeiten: „Beide Arbeitssuchend“, „Single und Vollzeit“, „Single und zu Hause“.

Tabelle 7: Erwerbstätigkeit der Eltern

	CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
beide Vollzeit			3	11,1%
einer Vollzeit	7	70,0%	9	33,3%
Single+Teilzeit	1	10,0%	6	22,2%
sonstiges			2	7,4%
einer Vollzeit und sonstiges	2	20,0%	7	25,9%

7.4 Durchführung der Untersuchung

Das Pilotprojekt wurde im Schuljahr 2007/08 parallel an zwei Würzburger Schulen durchgeführt. Die Projektschulen waren die Steinbachtal-Burkarder-Volksschule und die Christophorus-Schule, Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

7.4.1 Protokollierung der Bewegungsstunden und Projekttreffen

Für alle Projektgruppen wurden 36 Bewegungsstunden für das Schuljahr eingeplant. Beide Klassen der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule waren an zwei Terminen im Rahmen des Schullebens auswärts und konnten somit nur an 34 Bewegungsstunden teilnehmen. Die Protokollierung der Bewegungsstunden wurde stichpunktartig von der Übungsleiterin nach den Stunden aufgezeichnet. Die Bewegungseinheiten der beiden Regelschulgruppen fanden direkt hintereinander statt, am gleichen Tag lag auch der Bewegungsunterricht an der vier Kilometer entfernten Förderschule. Die Protokolle wurden frühestens nach den Stunden, spätestens am darauffolgenden Tag geschrieben. Ergänzend dazu wurde am Ende des Schuljahres von der Projektleiterin ein Bericht für jedes Kind verfasst, der dessen Entwicklung im Laufe des Jahres festhält.

7.4.2 Steuerung und Bewertung der Projekttreffen mittels Kurzfragebögen

Am Ende jedes Projekttreffens wurden Eltern und Kinder gebeten, vor Ort einen kurzen Fragebogen (1 bis 2 Seiten) auszufüllen. In allen Kurzfragebögen gab es eine 5-stufige Ranking-Skala zu den Projekttreffen, jeweils eine freie Zeile zum Vermerk positiven Feedbacks und von Verbesserungsvorschlägen sowie Fragen spezifisch zum behandelten Themengebiet. Am Anfang des ersten und nach dem vierten Treffen wurden Wünsche zur Themenwahl abgefragt. Die Antworten der Teilnehmer ließen Rückschlüsse über die Qualität der jeweiligen Projekttreffen zu und wiesen die Richtung für die weiteren Projekttreffen.

7.4.3 Durchführung der Anfangs- und Endbefragung der Kinder

In den beiden Grundschulklassen konnten die Fragebögen während der Schulzeit mit Anleitung von den Kindern selbstständig ausgefüllt werden. Die Befragungen fanden in Absprache mit den Klassenlehrern in der dritten Schulwoche (Anfangsfragebogen) und zwei Wochen vor Schuljahresende (Endfragebogen) statt. Jedem Schüler wurde ein Fragebogen und Blatt zum Abdecken der noch nicht zu bearbeitenden Fragen ausgeteilt. Es gab die Anweisung, die gerade bearbeitete Seite zunächst abzudecken und dann Zeile für Zeile von oben nach unten aufzudecken. Auf dem Overhead-Projektor wurde zunächst eine Übungsfrage gestellt und die Antwortmöglichkeiten erklärt. Dann wurde überprüft, ob die Kinder verstanden hatten, wo sie in ihrem Fall ein Kreuz zu machen hätten. Als alle Kinder die Art und Weise der Fragestellung verstanden hatten, wurden die Fragen nacheinander am Overhead-Projektor von der Projektleiterin aufgedeckt und vorgelesen. Schwierige Begriffe wurden in der Klasse gemeinsam geklärt. Um zu vermeiden, dass die Kinder sich gegenseitig bei ihren Antworten beeinflussen, voneinander abschauen oder ihre Antworten an die Meinungen befreundeter Mitschüler anpassen, sollten die Kinder ihre Mäppchen auf die Tische als Sichtschutz aufstellen. Somit sollte gewährleistet werden, dass die Antworten auch der tatsächlichen Meinung der jeweils ausfüllenden Person entsprachen. Nach der Hälfte des Fragebogens wurde die Befragung durch eine kurze Bewegungspause unterbrochen und nach wenigen Minuten fortgesetzt. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte zwischen fünfzig und sechzig Minuten.

Die Befragung der Kinder mit geistiger Behinderung konnte nicht mit der ganzen Gruppe zusammen nur durch die Kinder bewältigt werden. Hierfür wurden je nach individuellen Fähigkeiten der Kinder persönliche Hilfestellungen in Form von Erklärungen und Beantworten von Fragen der Kinder gegeben, bis hin zu Einzelinterviews mit dem Fragebogen als Leitfaden. Kindern, die zumindest teilweise die Schriftsprache beherrschten,

wurde der Fragebogen vorgelegt und die Fragen vorgelesen und erklärt. Sie durften die Antworten der geschlossenen Fragen selbst ankreuzen, offene Fragen wurden von den Befragten mündlich beantwortet und die Antworten von der Projektleiterin notiert. Kinder ohne Schriftsprachvermögen wurden anhand des Fragebogens befragt, die Antwortkategorien wurden dabei so präzise wie möglich eingehalten. Teilweise wurde auch auf nicht-verbale Kommunikationsmittel (Zeichen, Gebärden) zurückgegriffen. Kinder mit sehr geringem Sprachverständnis konnten nicht selbst befragt werden.

Andere Forscher, die bereits Erfahrungen bei Interviews mit geistig behinderten Kindern machten, verweisen auf die Notwendigkeit eines persönlichen Bezugs zu den Personen vor der Befragung (z.B. KELLY 2007). Die Anfangsbefragung der Kinder mit geistiger Behinderung konnte deshalb nicht direkt mit dem Start des Pilotprojektes geschehen. Zu den Kindern sollte der persönliche Kontakt zuerst intensiviert werden, um die Voraussetzungen für eine Befragung zu schaffen. Die Befragungen nahmen daher den Zeitraum vom 1. Oktober 2007 bis zum 15. November 2007 in Anspruch.

Von den Kindern, die die Fragebögen nicht beantworten konnten¹⁸⁶, konnten nur Beobachtungen und die Aussagen von deren Eltern in die Datenanalyse einbezogen werden. Sie werden bei Ergebnisdarstellungen aus den Fragebögen nicht berücksichtigt.

7.4.4 Durchführung der Anfangs- und Endbefragung der Eltern

Die Anfangsfragebögen wurden am Ende des alten Schuljahres (06.07.2007, 1b; 09.07.2007, 1a; 13.07.07, Christophorus-Schule) vor der Projektimplementierung an die Eltern direkt, bzw. über die Kinder nach Hause, ausgegeben. Der Endfragebogen mit Anschreiben erreichte die Eltern in der vorletzten Schulwoche (Juli 2008).

Pro teilnehmendes Kind wurde ein Fragebogen für dessen Eltern mitgegeben. Die Eltern erhielten die Fragebögen mit einem persönlichen Anschreiben und Anleitung zum Ausfüllen. Beigelegt war ein bereits adressierter und frankierter Rückumschlag.

Bei einem Kind der Förderschule, das in einem Kinderheim aufwächst, wurde der Anfangsfragebogen nicht, der Endfragebogen und die Kurzfragebögen an den Projekttreffen von der Erzieherin ausgefüllt, die dieses Kind zum Projekt angemeldet hatte und auch an den Projekttreffen anwesend war. In der Projektgruppe der Förderschule waren zwei

¹⁸⁶ Ein Kind (kid1) wurde zwar befragt und die Antworten notiert, aber nicht in die Ergebnisse mit aufgenommen, da von vornherein die Validität der Aussagen stark bezweifelt werden müssen. Das Kind beantwortete die Fragen zum großen Teil willkürlich, ohne den Sinn der Fragen bzw. Antwortmöglichkeiten zu verstehen.

Geschwisterkinder. Um beide Kinder mit Eltern zu werten, wurden die Antworten aus dem von beiden Eltern gemeinsam ausgefüllten Elternfragebögen gedoppelt.

Die Rücklaufquote der Anfangsfragebögen lag an der Regelschule bei 77%, an der Förderschule bei 83%. Bei der Endbefragung waren die Rücklaufquoten an der Steinbachtalschule 66% und an der Christophorus-Schule 100%.

8 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung werden, wenn möglich und erkenntnisbringend, mit Tabellen aus der Analyse durch den SPSS-Dateneditor oder mit Ausgaben aus dem Query Tools von ATLAS.ti verdeutlicht¹⁸⁷. Zunächst werden Ergebnisse der Prozess- und Durchführungsevaluation (Bewegungsstunden anhand der Protokolle und praktischen Erfahrungen; Projekttreffen anhand der Protokolle, Kurzfragebögen und praktischen Erfahrungen) dargestellt und die Folgerungen für den Handlungsforschungsansatz erklärt. Darauf folgen die Darstellung der Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation in Bezug auf Prozesse und Effekte und die Beantwortung der Forschungsfragen.

8.1 Ergebnisse der Durchführungsevaluation des Pilotprojektes

Das Projekt „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ wurde vom Institut für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg initiiert. Der Kontakt zu Lehrern und Schülern wurde über die Schulleitungen angebahnt. Die Schulleitungen beider Schulen waren sofort bereit, die Projektdurchführung an ihren Schulen zu unterstützen.

Die Schulleiterin der Regelschule suchte zunächst eine der ersten Klassen als Projektklasse für das folgende Schuljahr aus und informierte die Klassenleitung darüber. In dieser Klasse wurden Elternbriefe ausgeteilt, in denen das Projekt knapp vorgestellt wurde und die Eltern unverbindlich zu einem Elternabend eingeladen wurden. Am Elternabend stellten Schulleiterin und Projektleiterin das Projekt vor und genügend Eltern bekundeten ihr Interesse an einer Teilnahme. Als Zeitpunkt für die Projekttreffen plädierten die Eltern für Samstagvormittage. Die Eltern der Parallelklasse erfuhren von diesen Eltern über das geplante Projekt und trugen ihr Interesse am Projekt an die Schulleitung. Daraufhin wurde von Schulleitung und Projektleitung beschlossen, diese Klasse ebenfalls mit in das Pilotprojekt aufzunehmen. Der Elternabend für diese Klasse wurde zu Beginn des neuen Schuljahres abgehalten. Das Projekt konnte im Schuljahr 2007/08 beginnen. Die Schulleiterin konnte die wöchentliche Bewegungsstunde im Rahmen des Projekts aus dem zur Verfügung stehenden Stundenkontingent als vom Kultusministerium bewilligte verpflichtende dritte Sportstunde für beide Klassen einrichten. Die Bewegungsstunden sollten jeweils im Klassenverband abgehalten werden, während die Projekttreffen für beide Klassen der Steinbachtal-Burkarder-

¹⁸⁷ Der Codierleitfaden und eine Aufführung aller vergebenen Codes sind im Anhang (9A 6) in Tabellenform dargestellt. Im Fließtext stehen die Codenamen in Klammern mit Anführungszeichen.

Volksschule zusammen angeboten wurden. Der Gedanke hierbei war, dass nach Erfahrungswerten in der Regel höchstens die Hälfte aller eingeladenen Eltern zu freiwilligen Veranstaltungen erscheinen.

Die Zusammenarbeit mit der Schulleiterin war rundum erfolgreich. Absprachen erfolgten per Email mit der Projektleitung. Ebenfalls unkompliziert war die Kooperation mit den Klassenlehrerinnen. Wenn eine Klasse wegen eines Unterrichtsgangs an einem Tag nicht in der Schule war, informierten sie entweder selbst die Projektleiterin oder ließen über die Schulleitung kurzfristige Termine weiterleiten. Die Termine für die Befragungen wurden direkt mit den Lehrerinnen abgesprochen, die hierfür jeweils Unterrichtszeit abgaben. Für die Projekttreffen stellten die Klassenlehrerinnen bereitwillig ihre Klassenräume zur Verfügung und die Schulküche konnte stets genutzt werden.

An der Förderschule wurde der Kontakt ebenfalls über die Schulleitung geknüpft. Der Schulleiter des Förderzentrums fand eine Kollegin aus der Grundschulstufe, die als Ansprechpartnerin für die Projektleiterin fungierte. In der nächsten Grundschulstufenkonferenz (20. Juni 2007), an der alle Lehrer der Grundschulstufe teilnahmen, wurde den Lehrern durch die Projektleiterin das Konzept vorgestellt. Die Lehrer meldeten Zweifel an, ob genügend Eltern ihr Kind zum Projekt anmelden würden. Nach deren Angaben wäre ein Großteil der Schüler aus sozial schwächeren Familien und deren Eltern an zusätzlichen Veranstaltungen teilweise wenig interessiert. Zu Elternabenden erscheine gewöhnlich nur ein Bruchteil der eingeladenen Eltern, meist die gleichen engagierten Eltern. Gemeinsam mit den Lehrern wurde Organisatorisches besprochen. Aufgrund geringer Klassenstärke und großer Schülerschaft der Schule würden Kinder aus unterschiedlichen Klassen zu einer Projektgruppe vereint werden müssen. Die Lehrer erklärten sich bereit, die Einladungen an die Eltern ihren Schülern in der folgenden Woche mitzugeben und die Rücklaufzettel einzusammeln. So sollten alle Schüler der ersten bis dritten Jahrgangsstufe die Elternbriefe ausgehändigt bekommen. Eine engagierte Lehrerin, Frau H., übernahm ab dieser Grundschulstufenkonferenz die Aufgabe der Ansprechpartnerin für das Projekt an der Schule. Als die Rücklaufzettel eingesammelt waren, stellte sich heraus, dass die Elternbriefe versehentlich in den vierten Klassen verteilt wurden und aus dieser Jahrgangsstufe gleich sechs der elf Anmeldungen erfolgten. Nur zwanzig Prozent der angeschriebenen Familien folgten also der Einladung zu dem Pilotprojekt. Nachdem die Gruppengröße angemessen erschien, wurden alle angemeldeten Kinder in die Projektgruppe aufgenommen. Ab der

dritten Bewegungsstunde nahm die jüngere Schwester einer Projektteilnehmerin auch am Projekt teil, sodass die Gruppe schließlich zwölf Kinder umfasste.

Während des Projektjahres wurde das Projektteam gut von Frau H. unterstützt. Sie kümmerte sich darum, dass bei der Stundenplangestaltung die Projektkinder an dem geplanten Termin keine Therapien hatten und die Turnhalle frei war. Zwischen Projektleitung und Frau H. wurde über Email Kontakt gehalten und kommuniziert. Auch die Kooperation mit den Gruppenleitern der Tagesstätte funktionierte reibungslos. Sie leiteten die Rückzettel der Einladungsschreiben zu den Projekttreffen von den Kindern an die Projektleitung weiter. Die Termine für die Anfangs- und Endbefragungen wurden direkt mit ihnen abgesprochen. Die Gruppenleiterin einer fünften Klasse stellte für alle Projekttreffen das Klassenzimmer zur Verfügung und hinterlegte dort die Schlüssel für die Turnhalle und die Geräteschränke für das Projektteam.

In einer der ersten Bewegungsstunden erschien die Schulpsychologin und sah eine Weile interessiert zu. Mit ihr traf sich das Projektteam während des Schuljahres zweimal, um sich über die Projektkinder auszutauschen. Sie erkundigte sich über die beobachteten Entwicklungen der Kinder in den Bewegungsstunden.

Die Eltern der Kinder fragten sich beim ersten Projekttreffen, ob die Mahlzeiten, die ihre Kinder in der Tagesstätte bekommen, ausgewogen seien. Der Chef der Großküche war einem Gespräch mit der Projektleiterin aufgeschlossen. Bei dem Treffen brachte er die Broschüre „Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderernährung für Kindertagesstätten“ mit und erklärte, dass seit etwa einem halben Jahr die Umstellung der Speisen nach diesem Konzept lief. Die Umstellung benötige aber Zeit und die gewählten Speisen seien abhängig von der Personalsituation in der Küche. Diese Informationen wurden beim nächsten Projekttreffen an die Eltern weitergegeben.

8.1.1 Durchführungsevaluation der Bewegungsstunden

Die Bewegungsstunden begannen in der zweiten Unterrichtswoche des Schuljahres und endeten mit der letzten Schulwoche. Im Laufe des Schuljahres fanden an der Regelschule für die Klasse 2a 33, für die Klasse 2b 34 Stunden und an der Förderschule 36 Bewegungsstunden statt. Die Stunden an der Regelschule fielen an zwei bzw. drei Tagen aus, weil die Klassen an den Terminen wegen Ausflügen oder Unterrichtsgängen abwesend waren. Die Bewegungsstunden liefen in allen drei Gruppen jeweils gleich ab und hatten die gleichen Inhalte.

Bis dato lag kein Konzept mit genauen Unterrichtsartikulationsschemata für Kinder mit und ohne geistige Behinderung vor. Die Schwerpunktsetzungen und genauen Inhalte der einzelnen Stunden waren deshalb vor dem Projektbeginn noch nicht konkret ausformuliert, aber es waren bereits verschiedene Schwerpunkte für das Schuljahr festgelegt. Von Woche zu Woche wurden die einzelnen Stunden genau geplant und artikuliert, um auf Erfahrungen aus der Unterrichtspraxis zu reagieren. Vom Grundgedanken und den Prinzipien wurde dabei nie abgewichen. Es stellte sich heraus, dass die vorher angedachten Spiele und Übungen für Kinder mit und ohne Behinderung realisierbar waren. Die Stunden waren bis auf einige wenige Ausnahmen dreigliedert. Auf eine Aufwärmphase (kleine Spiele, Bewegen auf Musik) folgten Spiele, Aufgaben und/oder Übungen zu einem Schwerpunkt (z.B. Werfen und Fangen, Kooperation, Körperspannung, Balancieren, Rollen etc.) mit und ohne Kleingeräte. Die Stunden wurden nach Plan gehalten und, wenn notwendig, Spiele aus Zeitgründen weggelassen oder verkürzt. Zur Ritualisierung der Bewegungsstunden begann und endete jede Stunde im Sitzkreis. Ein Sitzkreis konnte zu jeder Zeit mit einem verabredeten Zeichen einberufen werden und bot den Kindern Kontinuität und Struktur. In diesem Kreis konnten sich die Kinder sammeln, Spiele erklärt oder Probleme besprochen werden.

Die beiden fünfundvierzig Minuten umfassenden Bewegungsstunden der zwei Regelschulklassen fanden am gleichen Wochentag hintereinander, von einer fünfzehn minütigen Pause getrennt, in der Turnhalle der Schule statt. Die Stunden wurden von der Projektleiterin gehalten (bzw. drei Stunden wurden von den beiden Projekthelfern übernommen). Die Kinder wurden von der Projektleiterin zu Beginn der Schulstunde am Klassenzimmer bzw. vom Pausenhof abgeholt und in die Umkleide der Turnhalle begleitet. Bereits umgezogene Kinder durften frei in der Halle spielen bis alle Kinder in der Halle anwesend waren, um dann gemeinsam die Stunde zu beginnen. Da nur eine Person Umkleide

und Turnhalle zu beaufsichtigen hatte, durften die Kinder in dieser Zeit keine Geräte und Materialien verwenden. Alle (Klein-)Geräte, die für die Stunden benötigt wurden, waren in ausreichender Zahl vorhanden.

In der Förderschule fanden die Bewegungsstunden auf Anraten der zuständigen Lehrerin und einiger ihrer Kollegen zur Zeit der Tagesstättenbetreuung statt. Die Turnhalle des Förderzentrums wurde an einem Wochentag von 14 Uhr bis 15.15 Uhr für die Projektgruppe reserviert. Die räumliche und zeitliche Koordination von Kindern aus unterschiedlichen Klassen war somit leichter möglich. Ein angemeldetes Kind besuchte zwar nicht die Tagesstätte, es war aber ohne Probleme möglich, an diesem Wochentag eine spätere Heimfahrt für es zu organisieren. Die Stunden wurden von der Projektleiterin gehalten, die von einer studentischen Hilfskraft unterstützt wurde. Die Übungsleiterin versuchte, Aufgaben möglichst offen zu stellen und sich als eingreifende und steuernde Person zurückzunehmen.

Die Kinder der Gruppe waren in Bezug auf Alter und motorische, kognitive, soziale und kommunikative Entwicklung sehr heterogen. Alle Kinder konnten alleine laufen, vier Kinder konnten sich kaum verbal ausdrücken¹⁸⁸, einige Kinder waren sehr selbstbezogen. Die Kinder kamen nach und nach zwischen 13.50 Uhr und 14.05 Uhr in die Umkleidekabine, sie wurden von Erziehern oder Klassenkameraden gebracht, abgeholt oder kamen eigenständig. Um 15.15 Uhr mussten alle Kinder spätestens wieder zurück in ihrer Gruppe sein. Zeit und Ausmaß an Hilfsbedürftigkeit für das Umziehen war von Kind zu Kind sehr unterschiedlich und wurde gegen Ende des Schuljahres tendenziell geringer. In der Regel standen für die Bewegungsstunden effektiv etwa fünfzig Minuten zur Verfügung.

Vor den Stunden durften die schon anwesenden Kinder frei mit Softbällen in der Halle spielen, bis alle Kinder der Gruppe umgezogen in der Turnhalle eintrafen. Im Sitzkreis wurde dann die Stunde gemeinsam begonnen. Anfangs wurde in dieser Gruppe als Strukturierungshilfe im Sitzkreis eine Teppichfliese für jedes Kind auf den Boden gelegt, worauf nach einigen Stunden verzichtet werden konnte.

Diese längere Zeitspanne für die Stunden war wichtig, da die Kinder meist mehr Zeit benötigten, um Aufgaben und Übungen zu verstehen. In den Klassen der Regelschule genügten in der Regel die fünfundvierzig Minuten. Viele Kinder der Klasse 2a benötigten

¹⁸⁸ Ihr IQ würde wohl als geringer gemessen werden. Auf das Einsehen von Schulakten wurde bewusst verzichtet, um den Kindern nicht voreingenommen (mit einer vorgefertigten Diagnose) zu begegnen.

sehr lange für das Umziehen, sodass die Stunden oft erst eine viertel Stunde später beginnen konnten. Zudem brauchte die Gruppe mitunter Minuten, um aufmerksam einer neuen Aufgabenstellung zuzuhören. So kam es vor allem in dieser Klasse einige Male dazu, dass die Zeit nicht für alle geplanten Inhalte ausreichte. In den beiden Klassen der Regelschule war es auf Grund der direkten zeitlichen Folge der Bewegungsstunden jeweils nur für eine Klasse nötig, Geräte auf- bzw. abzubauen. In beiden Schulen wurde die Bewegungslandschaft (Stunde 11) nicht von den Kindern selbst aufgebaut, sondern vorher von den Unterrichtenden vorbereitet. Das Aufräumen von Kleinmaterial erfolgte in allen Gruppen durch die Kinder selbst. Beim Mattentransport halfen Kinder und Übungsleiter zusammen.

Die Stunden beinhalteten zahlreiche Gelegenheiten für Körper- (41 quotation(s) für "lernen_motorisch") und Materialerfahrungen (56 quotation(s) für "lernen_material").



Abbildung 24: Gemeinsam mit Teppichfliesen fortbewegen

In den alters- und entwicklungsmäßig sehr homogenen Gruppen an der Regelschule kam es zu keiner Über- oder Unterforderung der Gruppe oder einzelner Kinder. In der Regelschule kam es einmal vor, dass ein Kind äußerte, sich zu langweilen. In der sehr heterogenen Gruppe an der Förderschule äußerten die „fittesten“ Fünftklässler häufiger (kid4 und kid11, einmal kid8), dass sie sich langweilten („langeweile“).

In einigen Stunden waren Kinder bei den Entspannungsübungen, -spielen, Traumreisen oder Körperwahrnehmungsübungen unruhig und störten andere. In den Stunden 1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 18, 19, 20, 23, 24 und 30 ließen sich die Kinder nur bedingt bzw. erst nach langer Anlaufphase („entspannung_mit_schwierigkeiten“) auf die Entspannung ein.

Der Code “entspannung_aktiv” wurde vergeben, wenn die Gruppe während der Entspannungssequenz zur Ruhe kam. Er wurde in 19 Stunden bei den Kindern der Christophorus-Schule, 15mal in der Klasse 2a und 27mal in der Klasse 2b vergeben. Bei der Gruppe der Förderschule machten einige Kinder beim letzten Teil der Stunde nicht mit. Die

drei fittesten Kinder (kid4, kid8 und kid11) boykottierten manchmal die Entspannung. Kid2 konnte in den Stunden 12 und 15 nicht bei der Partnerentspannung teilnehmen, da es nicht mit anderen Kindern kooperieren wollte.

Kinder, die bei den Körperwahrnehmungs- und Entspannungsübungen nicht mitmachen wollten, sollten sich ruhig verhalten und die anderen Kinder nicht stören. Am Anfang des Jahres schafften das die Kinder manchmal noch nicht. Im Laufe des Schuljahres verhielten sich die Kinder in dieser Situation immer öfter dementsprechend. Die Entspannungsphasen wurden von den Kindern zunehmend besser akzeptiert und geschätzt. Sehr deutlich wurde, dass sich die Kinder mit geistiger Behinderung gegen Schuljahresende schneller auf die Entspannung einließen. Die Kinder, die an der Übung nicht aktiv teilnehmen wollten, verhielten sich zunehmend ruhig.

In der Regelschule war die Leitung der Bewegungsstunden durch nur eine Fachkraft ausreichend. Die Doppelbesetzung für die Kinder mit geistiger Behinderung war nötig, da einige Schüler mit Verhaltensauffälligkeiten mitunter eine Betreuungsperson voll in Anspruch nahmen. Manche Kinder mit geistiger Behinderung benötigten eine direkte Ansprache und größere Aufmerksamkeit durch die Betreuer. Die Handlungsfelder der Übungsleiterin waren an den beiden Schulen zum Teil verschieden. An beiden Schulen wurden von der Lehrperson Lerngelegenheiten initiiert, die Gruppe zum Erklären von Aufgaben und Übungen oder Besprechen von Problemen gesammelt und sie stand als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Vor allem in einer der beiden Regelschulklassen mussten die Kinder häufiger zum rücksichtsvollen Umgang miteinander ermahnt werden ("handlung_ÜL"). In der Gruppe an der Förderschule wurden die Übungsleiter auch zu Spielpartnern. Häufiger gab es in der Gruppe unterschiedliche Interessen, denen dann durch die Doppelbesetzung nachgegeben werden konnte. Teilweise beanspruchte auch ein Kind allein die ganze Aufmerksamkeit eines Erwachsenen.

Die Anwesenheit der Kinder war sowohl bei der verpflichtenden Bewegungsstunde in der Regelschule, als auch in der freiwilligen Bewegungsstunde am Nachmittag an der Förderschule ähnlich regelmäßig (Tabelle 8).

Tabelle 8: Durchschnittliche Anwesenheit bei Bewegungsstunden nach Gruppen

Klassenzugehörigkeit	Mittelwert	mögliche Anwesenheit	N Kinder	Standardabweichung
2a	30,88	32	17	1,317
2a ab Std 21*	12,00	12	1	.
2b	30,28	33	18	2,608
CS	32,42	36	12	2,778

* ein Kind kam zur 21. Stunde neu in die Klasse

Die Kinder kamen an beiden Schulen sehr gerne zu den Stunden und waren meist engagiert. Einige Kinder an der Förderschule, die nicht am Projekt teilnahmen, äußerten hin und wieder, dass sie gerne auch an den Bewegungsstunden teilnehmen wollten.

8.1.2 Durchführung der Projekttreffen

Über das Schuljahr verteilt sollten fünf Projekttreffen zu gesundheitsrelevanten Themen stattfinden. Die gemeinsamen Treffen wurden für Eltern, Kinder und Geschwisterkinder angeboten und vom Projektteam angeleitet. Um die Treffen den Wünschen und Bedürfnissen der Eltern entsprechend zu gestalten, wurden beim ersten und vierten Treffen Wunschthemen erfragt und die Themenauswahl mit ihnen abgesprochen.

Zu den Projekttreffen wurden stets alle Kinder mit ihren Familien eingeladen. Zehn Tage vor dem Termin bekamen die Kinder Elternbriefe im Unterricht ausgehändigt, die mit einem Abschnitt versehen waren, den die Eltern abtrennen und den Kindern zur Bestätigung des Erhalts zurück in die Schule geben sollten. Mit diesem Rücklaufzettel wurde abgefragt, mit wie vielen Familienmitgliedern an diesem Projekttreffen zu rechnen sei.

Die Eltern der Regelschüler nahmen zwar am ersten Projekttreffen zahlreich teil, äußerten aber, dass andere Familien eine solche Maßnahme nötiger hätten als sie. Denn sie wüssten bereits, was für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder nötig sei. Ein Teil der Eltern besuchte daraufhin kein weiteres Projekttreffen.

An der Förderschule versuchten alle Eltern, möglichst an den Projekttreffen teilzunehmen, Eltern und Kinder ließen sich entschuldigen, wenn sie wegen Krankheit, Arbeit oder anderen terminlichen Verpflichtungen nicht teilnehmen konnten. Teilweise wurden die Kinder zu den Treffen gebracht, wenn die Eltern verhindert waren. Kid10 nahm an keinem der Treffen teil, da es samstags einen feststehenden Termin (Reiten) hatte. Seine Mutter schaffte es nur, bei einem Projekttreffen anwesend zu sein. Sie bedauerte, dass sie oft am Wochenende arbeiten musste.

Bei der Gruppe der Christophorus-Schule nahm jede Familie, bei den beiden Klassen der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule von 35 eingeladenen 20 Familien mindestens einmal an Projekttreffen teil. An beiden Schulen nahmen zwei Eltern an allen fünf Projekttreffen teil. Bei den 32 Familien, die tatsächlich zu den Projekttreffen erschienen, wurde zwischen der Anwesenheit des Kindes und der der Eltern unterschieden. Bei zweitem wurde die Anwesenheit gewertet, wenn mindestens ein Elternteil oder eine Vertretung der Eltern (erheblich älteres Geschwister oder Erzieher/in) anwesend war.

Tabelle 9: Anzahl der besuchten Projekttreffen nach Schulen (Eltern und Kinder)

Schule		gesamt_Kind	gesamt_Eltern
SBS	Mittelwert	2,65	2,60
	N	20	20
	Standardabweichung	1,348	1,353
CS	Mittelwert	3,58	3,50
	N	12	12
	Standardabweichung	1,443	1,243
Insgesamt	Mittelwert	3,00	2,94
	N	32	32
	Standardabweichung	1,437	1,366

Der Modalwert für die Anzahl der Projekttreffen, an dem die Eltern teilgenommen haben, liegt bei der Förderschule bei vier, an der Regelschule bei zwei. Es wird deutlich, dass die elterliche Teilnahme an den Projekttreffen an der Förderschule regelmäßiger als an der Regelschule war. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass die Anzahl der Teilnahmen an Projekttreffen der beiden Schulen nicht signifikant, aber tendenziell signifikant unterschiedlich sind (gesamt Kinder .075 und .083, gesamt Eltern .070 und .067 bei einem Konfidenzintervall von 0,95%) (siehe Tabelle 122, Anhang, Kapitel 1).

Die bearbeiteten Themen wurden mit den Projektteilnehmern abgesprochen. An beiden Projektschulen wurden die Themengebiete auf Grund der elterlichen Wünsche und der Vorlieben und Interessen der Kinder gewählt (Da an beiden Schulen ähnliche Antworten gegeben und Erfahrungen gemacht wurden, konnten die Inhalte der Projekttreffen an beiden Schulen identisch sein.).

Es wurden folgende Themen bearbeitet:

- Was ist Gesundheit?
- Gesunde Ernährung für die ganze Familie
- Wo sich der Zucker versteckt
- Rückenfreundlich und entspannt im Alltag
- Ferien und Freizeit aktiv gestalten

Die ersten vier Projekttreffen fanden jeweils an beiden Projektschulen separat statt. An den dritten und vierten Projekttreffen und in den Bewegungsstunden wurden Eltern und Kinder gefragt, ob sie sich ein gemeinsames Treffen beider Projektschulgruppen vorstellen könnten. Alle Beteiligten waren einem gemeinsamen Treffen gegenüber aufgeschlossen und der Schulleiter der Förderschule war sofort bereit, den Raum für dieses Treffen bereitzustellen.

Die Projekttreffen werden in diesem Kapitel der Reihe nach bearbeitet. Auf die Darstellung der Ergebnisse aus den Kurzfragebögen folgen Ergänzungen aus der Auswertung der Protokolle über die Projekttreffen an den jeweiligen Schulen. In Tabellen und Abbildungen werden die Ergebnisse der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule und der Christophorus-Schule nebeneinander dargestellt.

8.1.2.1 1. Projekttreffen

Steinbachtal-Burkarder-Volksschule Würzburg am 6.10.07, 10.00-12.50 Uhr (19 Eltern, 27 Kinder); Christophorus-Schule am 13.10.07, 10.00 bis ca. 12.20 Uhr (9 Eltern, 12 Kinder).
Thema: „Gesundheit“

Die Bewegungsphasen am Anfang und Ende des Projekttreffens ließen eine angenehme Atmosphäre und erste Kontakte zwischen den Teilnehmern entstehen.

Zu Beginn des Workshops bekamen die Eltern einen Kurzfragebogen mit vier Fragen. Insgesamt füllten 27 Elternteile den Anfangs-Kurzfragebogen aus. Die Frage „Es gibt Tage, an denen Sie sich besonders schlecht, und andere, an denen Sie sich besonders gut fühlen. Welche Gründe gibt es Ihrer Ansicht nach dafür?“ wurde von den Eltern ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten beantwortet.

Tabelle 10: Eltern PT1 Gründe für Wohlbefinden

Aussagen* N=27 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=18)	Nennungen CS (N=9)
Schlafqualität und -quantität	11	1
Wetter	7	4
Stress, bzw. Ruhe/ Ausgeglichenheit	5	5
Gesundheit bzw. Krankheit	4	4
Sorgen	2	4
Arbeitspensum, bzw. Urlaub	3	1
Streit/Unstimmigkeiten	1	2
Zeit	2	1
Tagesvorhaben, Anforderungen	3	
Umgebung	1	1
Laune der Kinder	1	1
Glück, schöne Erlebnisse	1	1
Bewegungspensum	2	
Schulsorgen der Kinder	2	
Probleme im Beruf	2	
Schmerzen	2	
soziale Kontakte	1	
Antriebsmangel	1	
Erfolg/ Misserfolg		1
Spaß mit Kindern		1
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Die Eltern der Regelschüler nennen am häufigsten die Schlafqualität und –quantität, die Eltern der Förderschüler Stress bzw. Ruhe und Ausgeglichenheit als Einfluss auf

Wohlbefinden (Tabelle 10). Betrachtet man die Aussagen unter Berücksichtigung der Zahl der Befragten, fällt auf, dass die Gründe „Gesundheit bzw. Krankheit“, „Sorgen“ und „Streit/Unstimmigkeiten“ für die Eltern der Förderschüler eine größere Bedeutung zu haben scheinen, während „Bewegungspensum“, „Schulsorgen der Kinder“, „Probleme im Beruf“ und „Schmerzen“ nur von Eltern der Regelschüler genannt werden.

Versucht man die freien Aussagen Kategorien von Gesundheitsfaktoren (siehe Tabelle 11) zuzuordnen, kann folgendes herausgestellt werden: Die beiden Hauptgründe für Wohlbefinden sind demnach „äußere Faktoren“ und „emotionales Wohlbefinden“, wobei die Schwerpunktsetzung in den beiden Untergruppen unterschiedlich ist. Als Gründe für Wohlbefinden nennen über die Hälfte der Eltern aus der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule äußere Faktoren, knapp die Hälfte der Eltern von einem behinderten Kind geben Gründe aus der Kategorie „emotionales Wohlbefinden“ an. Auf dem dritten Rang liegt „körperliches Wohlbefinden“ und die wenigsten Aussagen können der Kategorie „soziales Wohlbefinden“ zugeordnet werden.

Tabelle 11: Gründe für Wohlbefinden unterteilt nach Schule

Kategorienbildung: Gründe für Wohlbefinden	SBS (N=51)		CS (N=28)	
äußere Faktoren*	27	52,9%	9	32,1%
körperliches Wohlbefinden**	8	15,7%	4	14,3%
emotionales Wohlbefinden***	14	27,5%	13	46,4%
soziales Wohlbefinden****	2	3,9%	2	7,1%
* (Wetter, Schlafpensum, Umgebung, Zeit, Arbeitspensum/Urlaub, Tagesvorhaben)				
** (Bewegungspensum, Gesundheit, Schmerzen)				
*** (Sorgen, Erfolg/Misserfolg, Antriebsmangel, Probleme im Beruf, Schulsorgen der Kinder, Glück, Stress, Streit/Unstimmigkeiten)				
****(Spaß mit Kindern, soziale Kontakte, Laune der Kinder)				

In der zweiten Frage wurden die Eltern gefragt, ob sie glauben, auf ihre Stimmungslage aktiv Einfluss nehmen zu können. Alle Eltern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule bejahten dies, an der Christophorus-Schule waren davon nur sieben von neun Eltern überzeugt (Tabelle 12).

Tabelle 12: Eltern PT1 „Glauben Sie, dass Sie auf Ihre Stimmungslage aktiv Einfluss nehmen können?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein			2	22,2%
ja	18	100,0%	7	77,8%

Als nächstes wurden die Eltern gebeten, ihre Erwartungen an das Projekt zu formulieren (siehe Tabelle 13). Motivation für Sport, Spaß und gemeinsame Aktivitäten scheinen für die Eltern der Regelschüler im Vordergrund zu stehen. Ratschläge und Informationen sowie soziale Aspekte spielen für Eltern der Kinder mit geistiger Behinderung eine relativ größere Rolle.

Tabelle 13: Eltern PT1 „Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für sich selbst?“

Aussagen* N=27 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=18)	Nennungen CS (N=9)
keine Angaben	2	2
Motivation für Sport und Sportmöglichkeiten	5	1
Spaß	3	
gemeinsame Aktivität mit Kindern	2	
Infos und neue Ideen, Anregungen (allgemein)	1	3
neue Ideen und Erfahrungen in Bezug auf gesunde Ernährung	3	1
Ratschläge für den Alltag in Bezug auf gesundes Leben	2	
Anregungen für eigenen Ausgleich, Entspannungsübungen	1	1
die Kinder besser fördern zu können		1
Erfahrungen sammeln und austauschen	1	2
andere Leute kennen lernen	1	1
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Tabelle 14: Eltern PT1 „Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für Ihr Kind?“

Aussagen* N=27 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS	Nennungen CS
Spaß an der Bewegung	7	3
bewussteres Verhalten in Bezug auf Essen und Bewegung	6	
Spaß an gesundem Essen	3	1
Bewusstsein für gesunde Ernährung	3	1
Spaß am gemeinsamen Bewegen mit anderen	1	3
besseres Kennenlernen anderer Kinder über Bewegung	1	2
andere Bewegungsangebote	1	1
Bewegungsausgleich	2	
Verständnis für gesunde Lebensweise	2	
Körperwahrnehmungs- und Entspannungsübungen	2	
entspannter Umgehen mit anderen		1
Integration		1
Anregungen	1	
Keine Angabe	1	
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Die Eltern der Steinbachtalschüler erwarten für ihre Kinder ein bewussteres Verhalten und mehr Freude bei einer gesunden Lebensweise, insbesondere in Bezug auf Ernährung und Bewegung. Auswirkungen auf den sozialen Bereich (in Tabelle 14 grau hinterlegt) erhoffen sich eher die Eltern der Kinder mit geistiger Behinderung.

Für einen Großteil der anwesenden Eltern der Steinbachtal-Schüler war die Thematik des ersten Projekttreffens bereits bekannt. Die Ergebnisse der Gruppenarbeit im Elternworkshop zeigten, dass zumindest ein Teil der Eltern bereits über ein großes Vorwissen verfügte und ein umfassendes Verständnis von Gesundheit hatte. Alle Gruppen wiesen auf die subjektive Komponente von Gesundheit hin. Eine Gruppe beschrieb die soziale, körperliche und psychische Dimension des Gesundheitskonstrukts, die anderen drei Gruppen betonten die Balance von Körper und Geist und Wohlbefinden bei ihrer Definition. Auf die Frage, was wohl am wichtigsten sei, um gesund alt zu werden, waren sich alle Kleingruppen einig: Eine positive Einstellung zum und Mäßigkeit im Leben seien von großer Bedeutung.

Wie Kinder zu einer positiven Lebensführung befähigt und ihre psychosozialen Ressourcen gestärkt werden könnten, schienen die anwesenden Eltern bereits zu wissen.

Im Kinderworkshop waren vor allem die Mädchen sehr interessiert und arbeiteten besser mit als die Jungen. Als gut bewertet wurde von der Workshop-Leitung, dass eine abwechslungsreiche Aufgabenstellung, sowohl theoretisch als auch praktisch für die Kinder motivierend war und das Thema für die Kinder verständlich und interessant aufbereitet war.

An der Christophorus-Schule zeigte sich bei der Gruppenarbeit, dass die Eltern noch nicht viel zum Thema Gesundheit wussten und viele zum ersten Mal über dieses Konstrukt nachdachten. Der Kinderworkshop war durch die Heterogenität der Gruppe und die teilweise geringen kognitiven Fähigkeiten und Aufmerksamkeitsspannen der Kinder geprägt. Manche Kinder wirkten desinteressiert, die beste Resonanz brachte die Arbeit mit den Bildkärtchen. Insgesamt schien den Kindern der Workshop gut gefallen zu haben.

Insgesamt 23 Eltern füllten den Kurzfragebogen nach dem ersten Projekttreffen aus. Das Projekttreffen im Ganzen bewerteten (siehe Abbildung 25) die Eltern der Kinder mit Behinderung wesentlich besser (bei Antwortlabels 1= gar nicht,..., 4=gut, 5= sehr gut im Mittelwert 4,56) als die Eltern Steinbachtal-Burkarder-Schüler (Klasse 2a 4,20 und Klasse 2b 3,33).

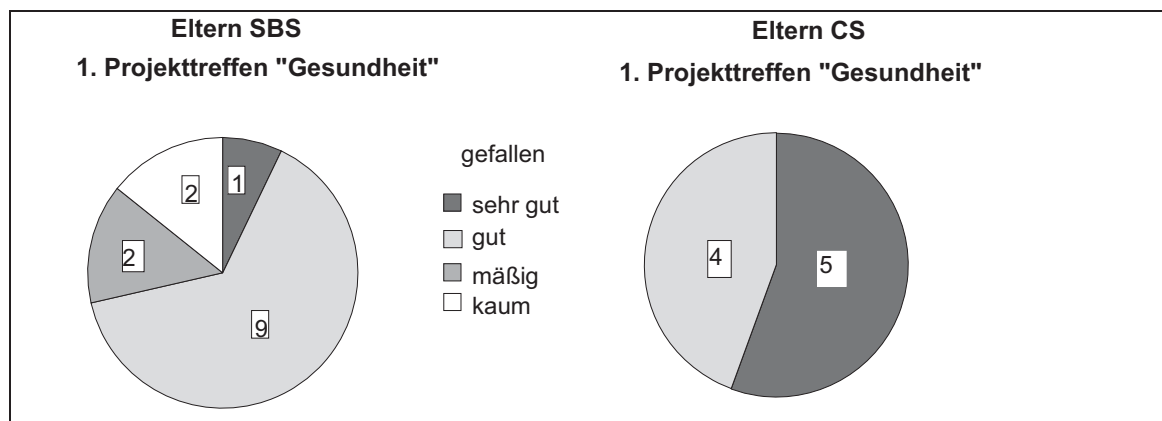


Abbildung 25: Eltern PT1: „Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?“

Insgesamt wurde das erste Projekttreffen als gut bewertet (Tabelle 15).

Tabelle 15: Mittelwerte Eltern 1. Projekttreffen gefallen

klasse	Mittelwert	N	Standardabweichung
2a SBS	4,20	5	,447
2b SBS	3,33	9	,866
CS	4,56	9	,527
Insgesamt	4,00	23	,853

Am besten hat den Gruppen das gemeinsame Spielen und Bewegen mit den Kindern gefallen. Verbesserungsvorschläge kamen vor allem bezüglich der Länge des Projekttreffens und interessendifferenzierterer Themenwahl.

Tabelle 16: Eltern PT1 „Was hat Ihnen besonders gefallen?“

Aussagen*	Nennungen SBS	Nennungen CS
N=23 (Mehrfachnennungen möglich)		
gemeinsame Aktivität mit den Kindern /Spiele	7	9
keine Angabe	1	
Gruppenfindung der Eltern,	1	
Trennung Eltern - Kinder	1	
gemeinschaftliches Erarbeiten	1	
Bemühen um Kinder, Geschwister-Integration	1	
Verpflegung	2	
zügige Durchführung	1	
Diskussion	1	
Kinder hatten Spaß	1	
Spaß		1
Information		2
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Tabelle 17: Eltern PT1 „Was könnte man besser machen?“

Aussagen* N=23 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS	Nennungen CS
keine Angabe	3	4
Eltern und Kinder gemeinsam in Gruppe	2	
Bewegungsgestaltung	1	
Programm kürzen	3	
mehr Ruhe	1	
mehr gemeinsame Bewegung	1	
mehr Zeit für Diskussion		1
evtl. Pause		3
mehr Infos über Ernährung		1
kleines Skript am Ende		1
Interessendifferenziertere Themenwahl	2	
Kinderbetreuung	1	
Bewegungsspiele Eltern gegen Kinder	1	
sich nicht für alles Tun entschuldigen	1	

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

Die Eltern der Regelschüler schlugen zur Verbesserung eine Kürzung des Programms, die Eltern der Förderschüler mehr Pausen vor (das Projekttreffen endete hier eine halbe Stunde früher).

Als Wünsche für zukünftige Projekttreffen nannten die Eltern¹⁸⁹: Pausenhof gestalten, Entspannungstechniken, natürliche Bewegungsräume erhalten, nicht so viel künstlich schaffen, gesundes Essen im Alltag umsetzen. Einige Eltern der Steinbachtalschüler ließen verlauten, dass diese Maßnahme andere Eltern und Kinder nötiger hätten als sie.

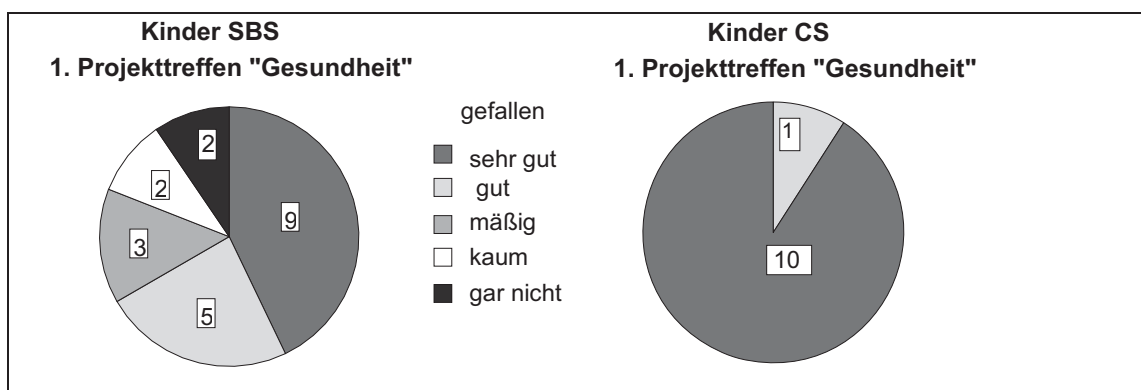


Abbildung 26: Kinder PT1, „Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?“

¹⁸⁹ Nicht alle Eltern beantworten die Frage schriftlich.

Die Kinder der Steinbachtalschule und deren Geschwister beurteilten das Projekttreffen im Ganzen sehr unterschiedlich. Zwei Kindern hat das erste Projekttreffen gar nicht, zweien kaum, dreien mäßig, fünfen gut und neun sehr gut gefallen (siehe Abbildung 26). Von den zehn Schülern der Christophorus-Schule und der anwesenden Schwester gefiel es einem Kind gut, den übrigen sehr gut.

Tabelle 18: Kinder PT1 "Was hat dir besonders gefallen?"

Aussagen* N=32 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS	Nennungen CS
Die Spiele	12	4
„Reise nach Jerusalem“	2	2
das mit dem Bären	1	2
„Ich habe einen Freund“		3
das Essen	2	
Pantomime- Spiel		2
Rad	1	
alles	1	
nichts	1	
keine Angabe	1	
Bilder		1
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Besonders gut haben den Kindern die Spiele gefallen (Tabelle 18). Auf die Frage, was sie noch gerne wissen möchten, konnten die meisten Kinder nichts Konkretes benennen oder nannten „gesunde Ernährung“ als Thema (Tabelle 19).

Tabelle 19: Kinder PT1 "Was möchtest du noch wissen?"

Aussagen* N=32 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS	Nennungen CS
keine Angabe	7	3
etwas über gesunde Ernährung	7	4
wie ich richtig Zähne putze	1	1
Sport	1	1
Schifahren	2	
wie Krankheiten entstehen können	1	
welcher Sport ist gut für mich?	1	
über Pferde	1	
Rauchen		1
Schlaf		1
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

8.1.2.2 2. Projekttreffen

Steinbachtal-Burkarder-Volksschule Würzburg am 17.11.07 (10 Eltern, 18 Kinder)

Christophorus-Schule am 8.12.08 (8 Eltern, 6 Kinder), 10-12.30 Uhr.

Thema: „Gesunde Ernährung für die ganze Familie“

Die Bewegungsspiele als Einstieg der Treffen bereiteten Eltern und Kindern Vergnügen.

Im Elternworkshop an der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule wurde bei dem Ernährungsquiz der bereits große Wissensstand der Eltern deutlich. Die Informationen zum Lebensmittelkreis waren für die meisten bekannt. In einer sehr netten Atmosphäre erarbeiteten die Eltern Tipps, wie Eltern die Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder positiv beeinflussen können. Im Kinderworkshop wurde sichtbar, dass auch die Kinder schon viel über eine gesunde Ernährung wussten. Die Kinder kannten sehr viele verschiedene Nahrungsmittel. Vor allem die Mädchen arbeiteten eifrig mit, trotz der relativ umfangreichen Theorie. Die Menge und der Schwierigkeitsgrad der Information wurden von der Workshop-Leiterin als angemessen eingeschätzt.

An der Christophorus-Schule waren die Eltern bei der Erarbeitung des Themas „gesunde Ernährung“ sehr interessiert. Sie besaßen teilweise wenig Vorwissen, wie eine gesunde Ernährung für Kinder sein sollte. Im Kinderworkshop waren die originalen Lebensmittel als Medien sehr nützlich, die Kinder trotz ihrer kurzen Aufmerksamkeitsspanne für die Thematik zu interessieren. Die Kinder waren beim Erarbeiten der Ernährungspyramide schon sehr unaufmerksam. Deshalb wurde von der Workshop-Leiterin die Hausaufgabe für die Kinder als sehr angemessen erachtet. Jedes Kind bekam eine Pyramide zum Ausmalen mit nach Hause, damit die Eltern mit den Kindern zu Hause, bei evtl. mehr Aufmerksamkeit, noch einmal das Besprochene wiederholen konnten.



Abbildung 27: Obstsalat

Das Zubereiten des Obstsalats bereitete den Kindern viel Freude und auch ihre Eltern waren sehr stolz auf das Ergebnis (Abbildung 27). Beim gemeinsamen Essen hatten die Kinder Zeit, ihren Eltern zu erzählen, an welchen Arbeitsschritten sie beteiligt waren.

Das zweite Projekttreffen wurde von den meisten Eltern mit gut bewertet (Abbildung 28), wobei an der Christophorus-Schule die Bewertung etwas besser ausfällt, als in der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule.

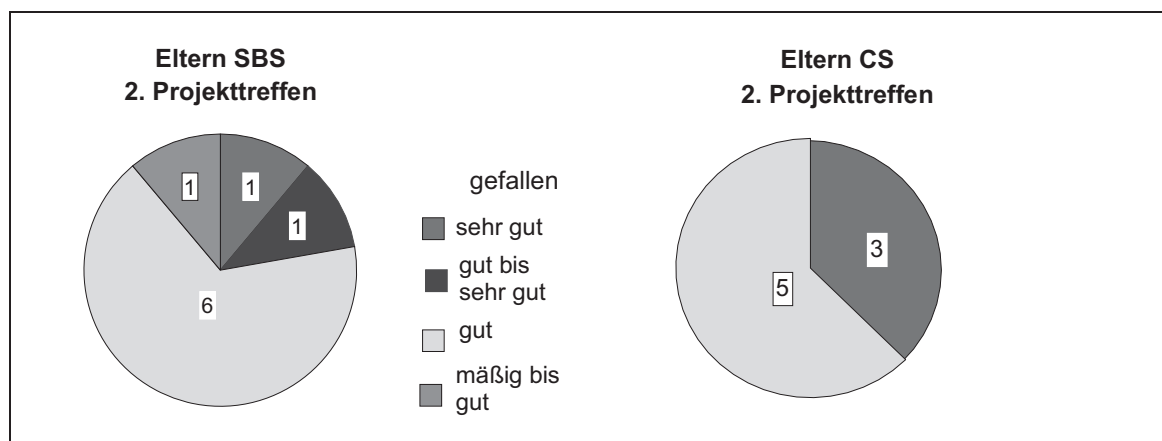


Abbildung 28: Eltern PT2 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Am besten hat allen das gemeinsame Bewegen, der Obstsalat der Kinder und die Gespräche bzw. der Austausch untereinander gefallen (weitere Nennungen sind Tabelle 20 zu entnehmen). Die angenehme Atmosphäre wurde von den Eltern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule positiv bewertet.

Tabelle 20: Eltern PT2 "Was hat Ihnen besonders gefallen?"

Aussagen* N=17 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=9)	Nennungen CS (N=8)
gemeinsame Bewegung	4	6
Obstsalat der Kinder	6	4
Gespräche/ Austausch	4	2
Atmosphäre	3	
Tipps/ Infos	1	1
Alltagsnähe	1	
Spaß für Kinder	1	
keine Angabe	1	

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

Verbesserungsvorschläge bezüglich einer Reduktion theoretischer Inhalte zugunsten konkreter Umsetzung kamen von beiden Gruppen (siehe Tabelle 21). Der Wunsch nach wärmeren Räumen war an der Christophorus-Schule berechtigt, da hier beim Projekttreffen die Zimmer kühl waren. An beiden Schulen wurde einmal der Wunsch geäußert, dass auch die Eltern Essen zubereiten.

Tabelle 21: Eltern PT2 "Was könnte man besser machen?"

Aussagen* N=17 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=9)	Nennungen CS (N=8)
keine Angabe	4	5
weniger allgemeine Theorie, konkrete Umsetzung	1	1
wärmere Zimmer		2
mehr Praxis für Kinder	1	
Programm etwas kürzen	1	
Interessantere Theorie	1	
Eltern bereiten etwas für Kinder zu	1	
gemeinsames Kochen		1

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

Ungefähr zwei Dritteln der Kinder beider Schulen gefiel das Projekttreffen im Ganzen sehr gut (Abbildung 29), das restliche Drittel gut oder mäßig (ein Regelschüler).

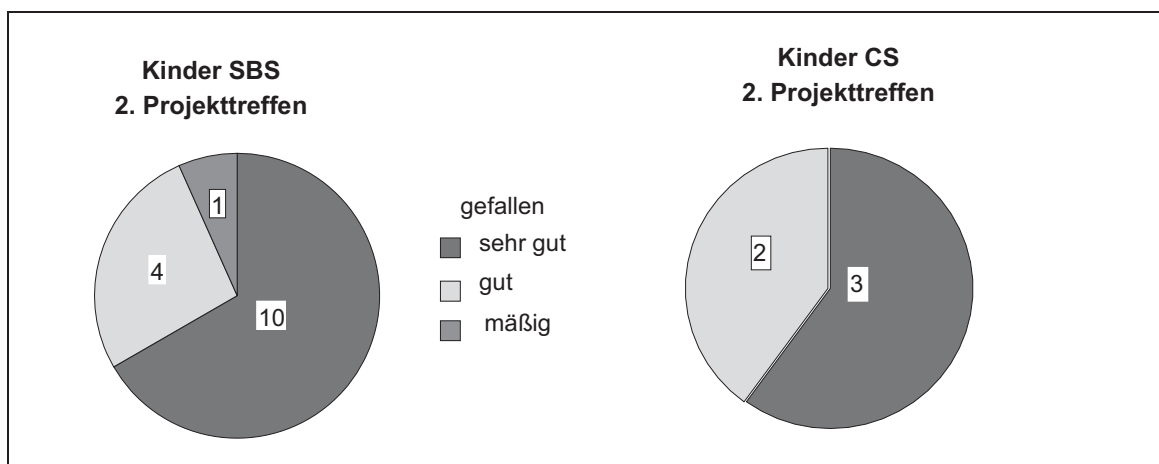


Abbildung 29: Kinder PT2 "Wie hat dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Das Zubereiten des Obstsalates hat den Kindern eindeutig am meisten Freude bereitet (Tabelle 22).

Tabelle 22: Kinder PT2 "Was hat dir besonders gefallen?"

Aussagen* N=21 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=16)	Nennungen CS (N=5)
die Spiele	2	
Obstsalat machen	16	4
Puppe		1
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

8.1.2.3 3. Projekttreffen

Steinbachtal-Burkarder-Volksschule am 26.01.08 (10 Eltern, 13 Kinder), Christophorus-Schule Würzburg am 23.02.2008 (10 Eltern, 7 Kinder), 10- ca.12.30 Uhr. Thema: „Wo sich der Zucker versteckt“

Bis die Gruppen vollzählig waren, probierten Eltern und Kinder in beiden Schulen frei Kunststücke mit den bereitliegenden Hüpfseilen aus. Die angeleiteten Spiele mit den Seilen waren vor allem bei den Mädchen beliebt und auch die meisten Eltern schienen dabei viel Freude zu haben.



Abbildung 30: Eltern und Kinder beim Spielen mit dem schwingenden Seil

Die Eltern erfuhren beim Zuckerquiz und einem Kurzvortrag einige Fakten über den deutschen Zuckerverbrauch und „Zuckerverstecke“. Die Eltern beider Schulen waren betroffen von den Mengen an Zucker, die in Deutschland oft unbemerkt verzehrt werden. Bei der konzentrierten Arbeit der Eltern an der Zuckerausstellung (siehe Abbildung 31) kam es ständig zum Erfahrungsaustausch und es entstanden Diskussionen über diese Thematik im Alltag.



Abbildung 31: „Zuckerausstellung“

Während der Arbeit entstanden immer wieder Gespräche über die Thematik. In jeder der anwesenden Familien scheint mindestens ab und zu der Umgang mit Süßigkeiten zu Diskussionen zu führen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Eltern PT3 "Wie oft gibt es in Ihrer Familie Diskussionen über Süßigkeiten?"

	SBS	CS
	Anzahl (N=10)	Anzahl (N=8) ¹⁹⁰
ab und zu	6	7
täglich	4	1

Es konnte kurz auf das Bedürfnis der Eltern eingegangen werden, mehr Informationen zur Problematik von Süßungsmitteln zu erfahren.

Die Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule wussten bereits, warum (zu viel) Zucker ungesund ist. Die Thematik des „versteckten Zuckers“¹⁹¹ war neu für sie.

Die im Kinderworkshop erarbeiteten Informationen wurden wahrscheinlich nicht von allen Kindern mit geistiger Behinderung verstanden. Da diese Kinder relativ unkonzentriert waren und nicht alle Interesse zeigten, konnte das Thema nicht intensiv behandelt werden. Viele der Kinder konnten wegen mangelnder Lesefertigkeiten den Stellenwert des Zuckers in den Zutatenlisten nicht erkennen. Insgesamt hat ihnen der Workshop scheinbar Freude bereitet.

¹⁹⁰ Bei einer Familie kam die Mitarbeiterin der Familienentlastenden Dienste als Vertretung der Eltern mit den Kindern und beantwortete diese Frage nicht.

¹⁹¹ „Versteckter Zucker“ ist der Zucker, der in Nahrungsmitteln oft unbemerkt enthalten ist.



Abbildung 32: Kräuterbrote belegen



Abbildung 33: Gemüse schneiden

Beim Kochen der Suppe und Zubereiten der Brote halfen die Kinder zusammen.

Gut die Hälfte der antwortenden Eltern bewerteten das dritte Projekttreffen mit sehr gut, die übrigen mit gut (Abbildung 34).

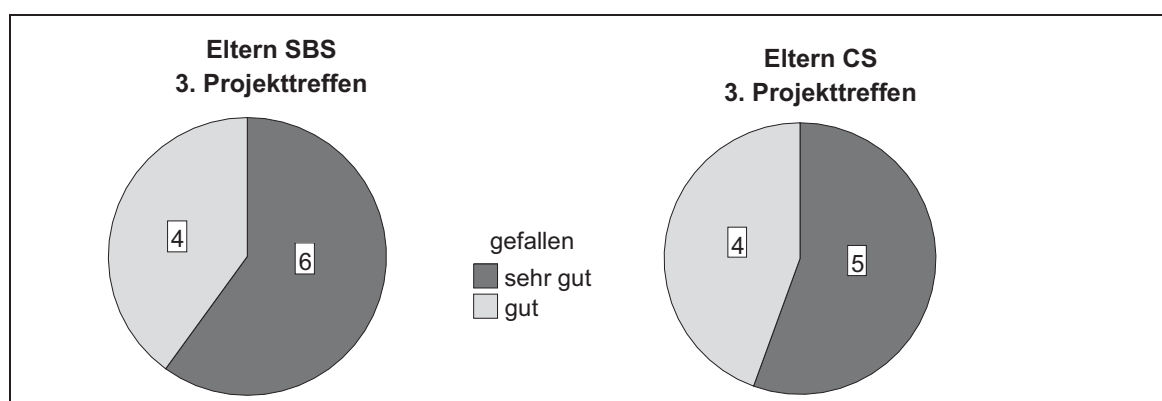


Abbildung 34: Eltern PT3 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Auf die Frage, was den Eltern an diesem Projekttreffen am besten gefallen habe, wurden am häufigsten mit jeweils acht Nennungen das Kochen der Kinder bzw. Essen und die Zuckerausstellung genannt, jeweils dreimal Atmosphäre, die interessante Thematik und die gemeinsame Bewegung (Tabelle 24).

Tabelle 24: Eltern PT3 „Was hat Ihnen besonders gefallen?“

Aussagen* N=19 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=10)	Nennungen CS (N=9)
Kochen der Kinder/Essen	6	2
Zuckerausstellung	3	5
Atmosphäre	2	1
interessante Thematik	1	2
gemeinsame Bewegung	3	
Infos	1	1
Infos und Praxis für Kinder		1
Kurzweiligkeit	1	
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Während die Eltern der Christophorus-Schüler keine Verbesserungsvorschläge machten, wurden in der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule die Vorschläge „Ausweitung des Projekts für mehr Teilnehmer“, „auf 2 Stunden kürzen“ und „gemeinsames Erarbeiten von Eltern und Kindern“ vorgebracht (Tabelle 25).

Tabelle 25: Eltern PT3 "Was könnte man besser machen?"

Aussagen* N=19 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=10)	Nennungen CS (N=9)
keine Angabe	7	9
Ausweitung des Projekts für mehr Teilnehmer	1	
auf 2 Stunden kürzen	1	
gemeinsames Erarbeiten von Eltern und Kindern	1	
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Für
alle
in
der
Steinbachtal-

Schule anwesenden Eltern waren die Informationen dieses Projekttreffens zum Teil neu, an der Christophorus-Schule war dies für sieben Eltern der Fall, jeweils einmal wurde angegeben, dass die Informationen „gar nicht“ und sehr (Antwort „ja, vieles“) neu waren (Tabelle 26).

Tabelle 26: Eltern PT3 "Waren die Informationen für Sie neu?"

	SBS Anzahl (N=10)	CS Anzahl (N=9)
gar nicht		1
zum Teil	10	7
ja, vieles		1

Alle Kinder der Christophorus-Schule und alle bis auf einen Steinbachtalschüler („gut“) bewerteten alle Kinder das dritte Projekttreffen mit „sehr gut“ (siehe Abbildung 35).

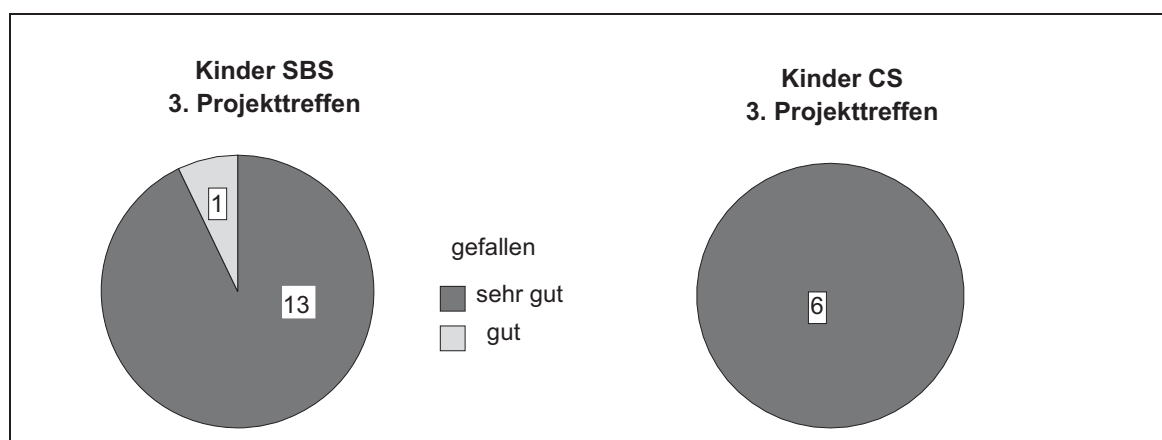


Abbildung 35: Kinder PT3 "Wie hat dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Eine deutliche Mehrheit der Regelschüler hatte am meisten Freude am Kochen, die Christophorus-Schüler waren hauptsächlich von den Spielen begeistert (Tabelle 27).

Tabelle 27: Kinder PT3 "Was war besonders gut?"

Aussagen* N=20 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=14)	Nennungen CS (N=6)
die Spiele	2	3
Essen kochen	9	
alles	2	
Gemüse schneiden	1	1
andere Kinder ärgern		2
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

8.1.2.4 4. Projekttreffen

Steinbachtal-Burkarder-Volksschule am 8.3.08 (12 Eltern, 16 Kinder), Christophorus-Schule Würzburg am 12.4.08 (13 Kinder, 11 Eltern), jeweils 10 Uhr.

Thema: „Rückenfreundlich und entspannt im Alltag“

Die Spiele mit den Gymnastikstäben am Anfang machten allen Teilnehmern viel Spaß, besonders die Balltransport-Staffel am Ende wurde in der Christophorus-Schule ausdrücklich gelobt. Beim anschließenden Besprechen des Wirbelsäulenmodells waren Eltern und Kinder aufmerksam, arbeiteten aktiv mit und die Kinder konnten ihr Vorwissen aus den Bewegungsstunden einbringen.

Die Eltern zeigten im Workshop großes Interesse an den Körperwahrnehmungsübungen und den Rückenübungen. Auf Nachfragen der interessierten Eltern konnte eingegangen werden und die Übungen je nach Leistungsstand der Eltern variiert einzeln gezeigt werden. Einige Eltern äußerten, dass sie durch diesen Workshop darauf aufmerksam gemacht wurden, in Zukunft ihren Rücken zu kräftigen.

Eine Frage aus dem Kurzfragebogen verlangte von den Eltern eine Einschätzung, ob Kinder unter Stress leiden (Tabelle 28).

Tabelle 28: Eltern PT4 "Glauben Sie, dass Ihr Kind unter Stress leidet?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	2	28,6%	5	45,5%
ich weiß nicht	0	,0%	2	18,2%
ja, selten	3	42,9%	1	9,1%
ja, öfter	2	28,6%	3	27,3%

Bei zwei Förderschülern konnten die Eltern dies nicht einschätzen. Die Hälfte der Förderschüler und knapp 30% der Regelschüler scheinen nicht unter Stress zu leiden. Wesentlich häufiger leiden nach Angaben der Eltern die Kinder der Regelschule „selten“ (42,9% gegenüber 9,1% der Förderschüler), knapp 30% aller Kinder öfter unter Stress.

Bei der Entspannungsübung machten alle Eltern aktiv mit. Für manche der Eltern war dies eine völlig neue, für einige schon eine bekannte Erfahrung.

Das Zubereiten des Essens im Kinderworkshop wurde mit den Kindern gemeinsam geplant und koordiniert. Für wichtige Arbeitsschritte, wie das Zusammenrühren und Würzen des Quarks und des Salatdressings, versammelten sich alle Kinder um einen Tisch. Die Kinder beherrschten den Umgang mit den Küchengeräten sicher, so dass es zu keinen Verletzungen beim Schneiden des Gemüses und der Kräuter kam. Das Kochen hat allen Kindern viel Spaß gemacht und sie waren sehr stolz auf ihre Arbeit. Das gemeinsame Essen zum Abschluss schmeckte allen sehr gut. Eine Mutter eines Regelschülers bedankte sich besonders ausgiebig bei der Projektleiterin für dieses Projektangebot.

In der Steinbachtal-Schule füllten leider nur wenige Eltern den Kurzfragebogen aus. Den meisten Eltern gefiel das Projekttreffen im Ganzen „sehr gut“, einigen von ihnen „gut“ (Abbildung 36).

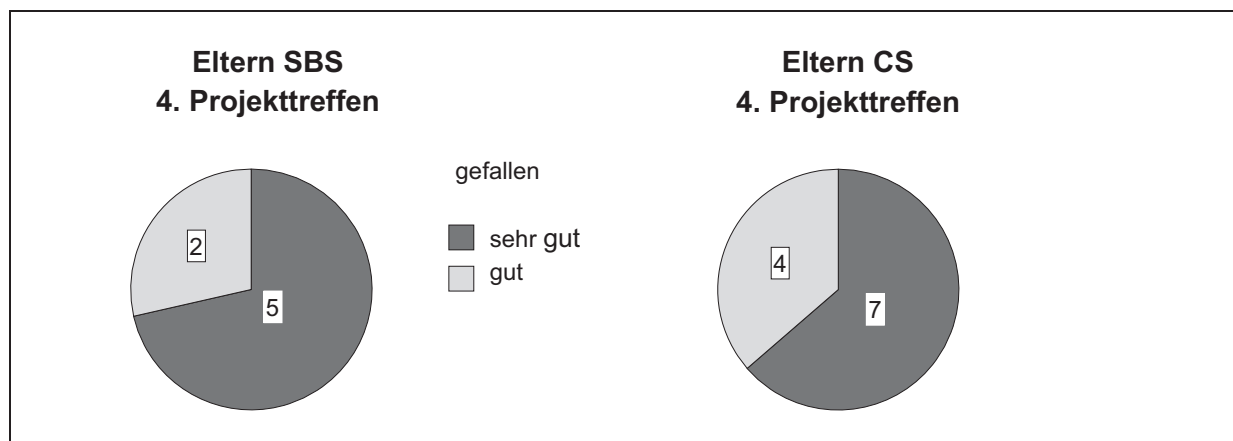


Abbildung 36: Eltern PT4 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Besonders gelungen fanden viele Eltern die Rückenschule und die gemeinsamen Spiele, aber auch die Entspannungsübungen wurden von einigen Eltern gelobt. Daneben wurden die Atmosphäre, das gemeinsame Essen, das Kochen der Kinder und das gemeinsame Handeln hervorgehoben (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Eltern PT4 "Was fanden Sie besonders gut?"

Aussagen N=18 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=7)	Nennungen CS (N=11)
Rückenschule	2	6
gemeinsame Spiele	4	3
Entspannung	2	1
Atmosphäre	1	1
gemeinsames Essen	1	1
Kinder kochen		2
gemeinsames Tun	1	1
alles	1	
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Tabelle 30: Eltern PT4 "Was könnte man besser machen?"

Aussagen N=18 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=7)	Nennungen CS (N=11)
keine Angabe	5	11
Rückenschule mit Kindern gemeinsam	2	

Nach dem Projekttreffen kam als einziger Verbesserungsvorschlag von zwei Eltern an der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule der Wunsch nach einer gemeinsamen Rückenschule für Eltern und Kinder (Tabelle 30).

Tabelle 31: Eltern PT4 "Welches Thema würde Sie im Rahmen dieses Projekts noch interessieren?"

Aussagen* N=18 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=7)	Nennungen CS (N=11)
keine Angabe		10
gesunde Ernährung		1
Meditation für Eltern und Kinder	1	
Freizeitaktivitäten	1	
Eltern-Kind-Spiele	1	

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

Die meisten Themenvorschläge der Eltern für das letzte Projekttreffen wurden bereits in den vergangenen Projekttreffen behandelt. Die Eltern, die diese Themen vorschlugen (Tabelle 31), waren an den jeweiligen Projekttreffen vielleicht nicht anwesend. Das vorgeschlagene Thema „Freizeitaktivitäten“ wurde hingegen bislang noch nicht in den Treffen diskutiert.

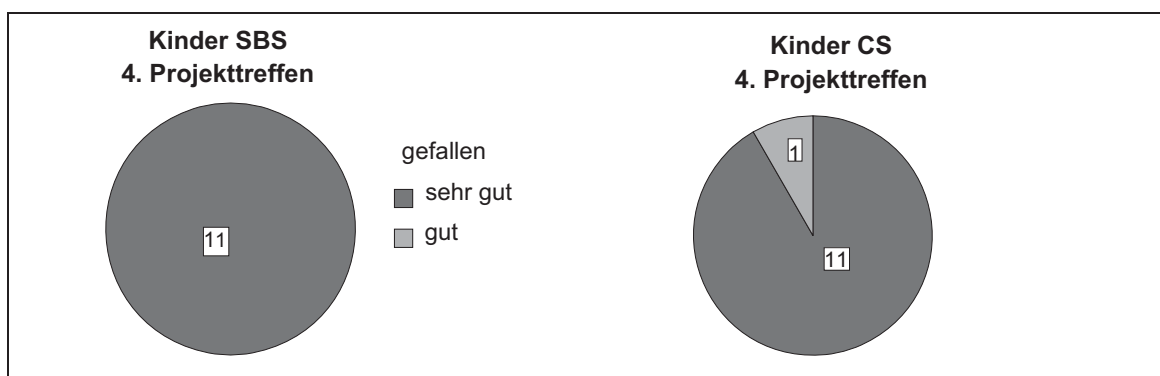


Abbildung 37: Kinder PT4 "Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Das vierte Projekttreffen hat nahezu allen Kindern sehr gut gefallen (Abbildung 37) (ein Kind der Christophorus-Schule kreuzte „gut“ an). Das Kochen war an der Regelschule eindeutig Favorit. An der Förderschule begeisterten die Spiele und das Kochen die Kinder (Tabelle 32).

Tabelle 32: Kinder PT4 „Was war besonders gut?“

Aussagen* N=23 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=11)	Nennungen CS (N=12)
Kochen	10	6
Spiele	2	8
alles	2	
Gemeinschaft		1
an die Tafel schreiben		1
keine Angabe		1

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Zahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

Tabelle 33: Eltern PT4 "Waren die Informationen für Sie neu?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl ¹⁹²	%
nein, gar nicht	1	14,3%	1	10,0%
zum Teil	6	85,7%	9	90,0%
ja, vieles				

An beiden Schulen gab jeweils nur eine Person an, dass die Informationen bereits bekannt waren, für die restlichen Eltern waren die Informationen teilweise neu (Tabelle 33).

8.1.2.5 5. Projekttreffen

Steinbachtal-Burkarder-Volksschule (6 Eltern; 9 Kinder) und Christophorus-Schule (9 Eltern; 10 Kinder) am 7.6.08, 10 Uhr

Thema: „Freizeit und Ferien aktiv gestalten“

Bis alle Teilnehmer eingetroffen waren, spielten die Kinder auf dem schuleigenen Spielplatz. Beim gemeinsamen Beginn auf dem Hartplatz kamen Kinder und Eltern beider Schulen im Spiel freudvoll in Kontakt (siehe Abbildung 38).

¹⁹² N=10, da diese Frage nicht von allen Teilnehmern beantwortet wurde.



Abbildung 38: Gordischer Knoten



Abbildung 39: Workshop im schattigen Innenhof

Die drei Workshops verliefen sehr unterschiedlich und ergaben nicht immer neue Erkenntnisse, manche Eltern waren sehr zurückhaltend.

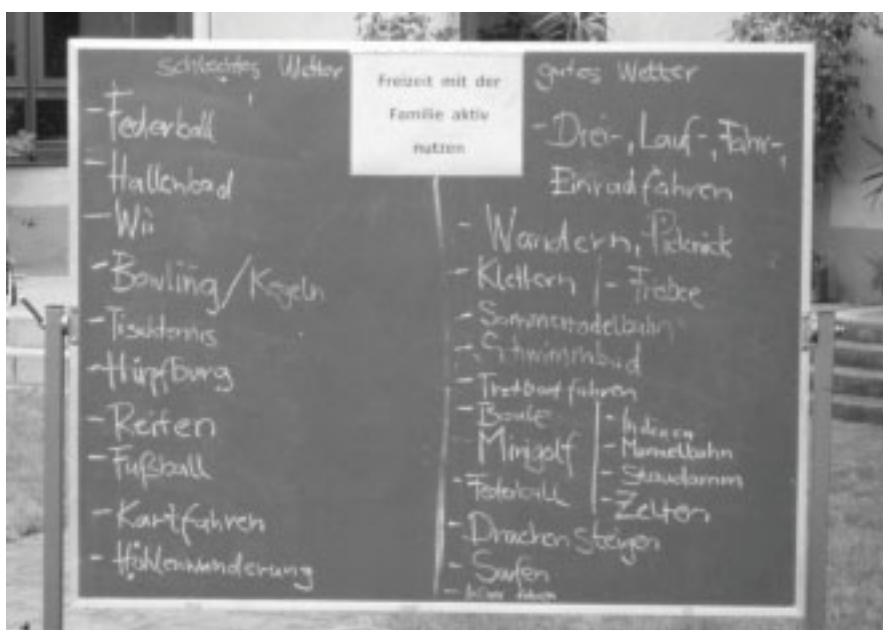


Abbildung 40: Ideensammlung aus einem Workshop „Freizeit mit der Familie aktiv nutzen“

Alle Workshops boten reichlich Anlass für Gespräche, auch zwischen Eltern behinderter und nichtbehinderter Kinder. Einige Kleingruppen blieben eher bei der Thematik der Workshops, andere schweiften zu anderen Themen ab. Einige Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule spielten ohne bei den Workshops teilzunehmen, neben den Gruppentischen, ein Kind mit Behinderung beschäftigte sich alleine.

Nach den Workshops organisierten die Teilnehmer selbst die Zubereitung des Finger-Foods. Kleingruppen suchten sich jeweils aus den vorhandenen Zutaten etwas heraus und Kinder und

Eltern bereiteten zusammen ein gesundes Buffet (Abbildung 41-43). Es wurden belegte Brote mit Käse und Gemüse garniert, verschiedenes Gemüse zu handgerechten Häppchen geschnitten, verschiedene Dips angerührt, Ananas und Melonen aufgeschnitten und Obstspieße gesteckt.



Abbildung 41: bunt Finger-Food I



Abbildung 42: bunt Finger-Food II



Abbildung 43: bunt Finger-Food III

Während die Eltern noch lange auch nach dem gemeinsamen Essen an den Tischen saßen und sich unterhielten, spielten die Kinder – auch Kinder mit und ohne Behinderung - miteinander.

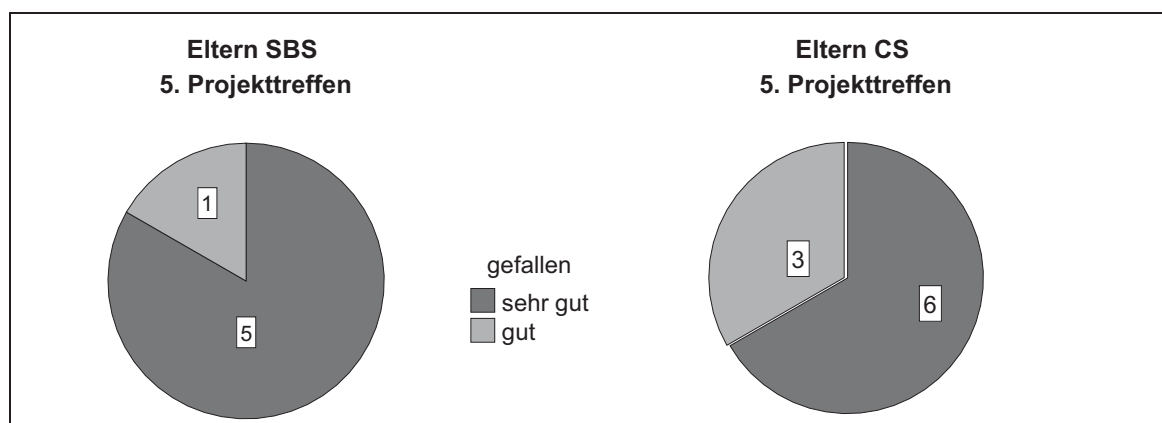


Abbildung 44: Eltern PT5 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Den Eltern beider Schulen gefiel das letzte Projekttreffen meist sehr gut, insgesamt vier Eltern gut. Etwas positiver fiel die Bewertung durch die Eltern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule aus (Abbildung 44).

Tabelle 34: Eltern PT5 „Was fanden Sie besonders gut?“

Aussagen* N=15 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=6)	Nennungen CS (N=9)
Essen/Kochen	5	3
Spiele	4	3
Gespräche/Austausch	3	
gemeinsame Aktionen der Kindern (CS+SBS)	3	
gemeinsames Tun		2
Umgebung	2	
Themensammlung/ Workshops		2
alles		1
Kombination Theorie und Praxis	1	
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Auf die Frage „Was fanden Sie besonders gut?“ (Tabelle 34) wurden von den Eltern beider Schulen am häufigsten das gemeinsame Zubereiten des Essens und die Spiele genannt. Mehrere Eltern der Regelschüler nannten weiter die Gespräche und den Austausch, das gemeinsame Handeln der Kinder aus den beiden Schulen und die Örtlichkeit. Den Eltern der Förderschüler gefielen besonders das gemeinsame Handeln und die Themensammlung bei den Workshops.

Eine Mutter der Regelschule gab als Verbesserungsvorschlag an, im Workshop detaillierter auf Unterschiede im Tagesablauf von Kindern mit und ohne Behinderung einzugehen (Tabelle 35).

Tabelle 35: ElternPT5 „Was könnte man besser machen?“

Aussagen* N=15 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=6)	Nennungen CS (N=9)
Workshop detaillierter auf Unterschiede im Tagesablauf von Kindern mit und ohne Behinderung eingehen	1	
Keine Angabe	5	9
* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).		

Für die Eltern der Regelschüler war der Workshop „integrative Sportvereine“ am interessantesten, für die Eltern mit einem geistig behinderten Kind der Workshop „Freizeit mit der Familie aktiv gestalten“ (Tabelle 36).

Tabelle 36: Eltern PT5 „Welcher Workshop war für Sie am interessantesten?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keiner	1	16,7%		
integrative Sportvereine	3	50,0%	1	11,1%
aktive Freizeit	2	33,3%	5	55,6%
Ferien aktiv gestalten			1	11,1%
Freizeit und Ferien aktiv gestalten			1	11,1%
integrative Sportvereine und aktive Freizeit			1	11,1%

Allen Kindern, die an der Förderschule zu Gast waren, gefiel das Projekttreffen sehr gut, 70% der Kinder, die dort zur Schule gehen, kreuzten als Antwort auf die erste Frage „sehr gut“, der Rest „gut“ an (Abbildung 45).

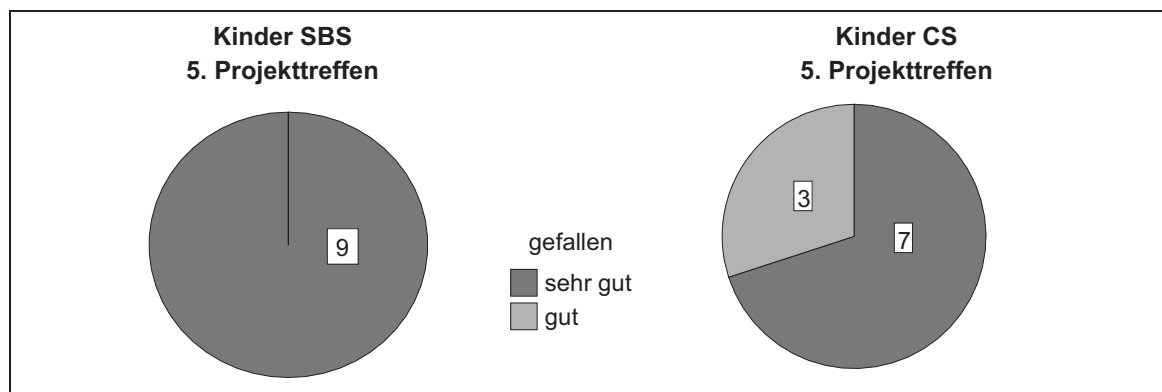


Abbildung 45: Kinder PT5 "Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"

Besonders gefallen hat den meisten das gemeinsame Vorbereiten und Verspeisen des Buffets (Tabelle 37).

Tabelle 37: Kinder PT5 „Was war besonders gut?“

Aussagen* N=19 (Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen SBS (N=9)	Nennungen CS (N=10)
Essen/Kochen	4	6
alles	3	1
Spiele	2	2
Workshops		1
keine Angabe		1

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst. Bei Mehrfachnennungen wurden die Aussagen den jeweiligen Gruppen zugeordnet (deshalb kann die Anzahl der Nennungen größer sein als die der Befragten).

8.1.3 Ergebnisse des Handlungsforschungsansatzes

Bewegungsstunden (Inhalte, Schwerpunktsetzung) und Projekttreffen (Inhalte, Aufbereitung, Dauer) sollten durch den Ansatz der Handlungsforschung optimiert werden.

Die Bewegungsstunden waren in ihrer Art und ihrem Umfang gut durchzuführen. Die in den Bewegungsstunden angebotenen Spielideen wurden fast alle von den Kindern verstanden. Die Spiele „Alle Fangen“ und „Reise nach Jerusalem ohne Ausscheiden“ waren für die Kinder mit geistiger Behinderung zu schwierig und wurden aus dem Stundenrepertoire für das Manual entfernt. Reaktionsspiele sind nur bedingt und nur dann für diese Kinder empfehlenswert, wenn sie kein Ausscheiden zur Folge haben. Sie kommen deshalb im Manual als Bewegungsaufgabe vor allem bei Aufwärmspielen vor.

Auch die Entspannungsgeschichten und Körperwahrnehmungsübungen waren für die Kinder mit geistiger Behinderung durchaus verständlich und wurden immer besser angenommen. Sie sollten deshalb in möglichst jeder Stunde ihren Platz finden. Als Entspannungsposition wurde die Liegeposition (auf dem Rücken oder bei manchen Spielen auf der Seite oder dem Bauch) gegenüber der Sitzhaltung von den Kindern (zumindest in der Turnhalle) favorisiert. Die Entspannungsposition sollte für die Kinder frei wählbar sein¹⁹³. Wenn für Stunden zu viele Inhalte geplant waren, wurden sie gekürzt. Die Stundenreihenfolge wurde im Manual etwas verändert, soll jedoch für Lehrer und Tagesstätten-Gruppenleiter nur als Leitfaden dienen.

Die ältesten Kinder störten mitunter einzelne Spiele und Aufgaben, wenn sie unterfordert waren. In künftigen Projektgruppen sollte darauf geachtet werden, dass die Altersspanne nicht zu groß ist.

Die Zeiteinheit von 45 Minuten ist im Schulalltag der meisten Regelschulen vorgeschrieben. Dies kann unter Umständen zu Zeitnot führen, wenn die Kinder z.B. lange zum Umziehen benötigen. Im Rahmen der Tagesstätte stand optimalerweise ein größerer Zeitrahmen zur Verfügung. Eine flexiblere Gestaltung der Zeitstruktur wäre auch für Ganztagschulen oder Kindertagesstätten möglich und hier anzustreben.

Die Themen der Projekttreffen wurden von den Eltern mitbestimmt. Die Kinder hatten wenige Vorstellungen darüber, was sie erfahren wollten. Die Kinder mit geistiger Behinderung und

¹⁹³ Sind Rollstuhlfahrer in der Gruppe, sollten diese Kinder ebenfalls frei wählen können, ob sie während der Bewegungsstunde die Entspannungsübungen im Liegen oder im Sitzen machen wollen. Für sie ist es sinnvoll, beide Positionen auszuprobieren. Wenn im Alltag gerade kein Helfer zur Verfügung steht, der ihnen beim Lagewechseln assistieren kann, haben sie auch Erfahrungen bei der Entspannungsposition im Rollstuhl.

deren Eltern hatten weniger Vorerfahrungen und Vorwissen zu den behandelten Themengebieten. Die Informationen waren für sie teilweise neu und wurden als zukünftig relevant eingeschätzt. An den Projekttreffen nutzten die Eltern die Gelegenheit zum Austausch über Alltagsprobleme.

Nicht alle Teilnehmer füllten jeweils am Ende der Projekttreffen einen Kurzfragebogen aus. Die Projekttinhalte und Methoden wurden mittels der ausgefüllten Fragebögen, aber auch auf Grund von Beobachtungen und Äußerungen der Teilnehmer, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe abgestimmt.

Im ersten Projekttreffen wurde mit dem Thema „Was ist Gesundheit“ ein sehr allgemeines Thema behandelt. Es sollte als Einführung und dafür dienen, den Wissensstand, Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Teilnehmer zu erfahren.

Die Eltern der Regelschüler waren bereits vor dem Projekt weitgehend mit gesundheitsrelevanten Themen vertraut. Ihre Erwartungen lagen vor allem darin, selbst für Sport motiviert zu werden, Sportmöglichkeiten zu entdecken, Freude bei gemeinsamen Aktivitäten mit den Kindern zu erfahren, aber auch darin, neue Ideen und Erfahrungen in Bezug auf gesunde Ernährung und Ratschläge für einen gesunden Lebensalltag zu erhalten. Die Eltern der Förderschüler wünschten sich Informationen, neue Ideen und Anregungen für eine gesunde Lebensführung, auch im Hinblick auf den eigenen Ausgleich und die Förderung ihrer Kinder. Der soziale Aspekt (Erfahrungen sammeln und austauschen, andere Leute kennen lernen) war für beide Projektgruppen gleichermaßen ein Teil ihrer Erwartungen (siehe Tabelle 13).

Für ihre Kinder erwarteten sich die Eltern aller Kinder Spaß am Bewegen, die Förderung des Bewusstseins für gesundes Verhalten vor allem in Bezug auf eine ausgewogene Ernährung (siehe Tabelle 14).

Daraus wurden für alle Treffen der gemeinsame Beginn mit Bewegungsspielen und die Schwerpunktsetzung der Kinderworkshops im handlungsorientierten Lernen (Zubereitung von Nahrungsmitteln, von einfachen zu etwas komplizierteren Speisen) abgeleitet. Die Hoffnung, durch das Projekt die Integration von Kindern mit Behinderung zu fördern, wurde zunächst hintenan gestellt.

Das erste Treffen war den Teilnehmern zu unspezifisch in der Themenwahl und das Programm etwas zu lange (siehe Tabelle 17). Sinnvoll wäre es für zukünftige Projekte, Teile der Inhalte bereits in den ersten Elternabend zu integrieren und die Erwartungen bzw.

Wünsche an das Projekt einzuholen. Die theoretischen Inhalte des Kinderworkshops können in einer dem Projekt vorgeschalteten einführenden Unterrichtsstunde vermittelt werden.

Die weiteren Projekttreffen wurden insofern an die Teilnehmer angepasst, als dass die Themen auf Grund der Teilnehmerwünsche des ersten Projekttreffens ausgewählt wurden. Für die Förderschüler war die theoretische Herangehensweise beim ersten Projekttreffen weniger sinnvoll bzw. zu lang. In den folgenden Kinderworkshops wurde der Schwerpunkt auf praktisches Handeln gelegt. Bei theoretischen Phasen wurde darauf geachtet, möglichst mit originalen Materialien (Lebensmittel) zu arbeiten.

Nachdem mit dem vierten Projekttreffen alle Themenwünsche abgedeckt waren, wurden noch einmal Themenwünsche der Eltern eingeholt (Ergebnisse in Tabelle 31). Ein Teil der aufgeführten Themen waren Inhalt vergangener Workshops („Gesunde Ernährung“, „Eltern-Kind-Spiele“). „Meditation für Eltern und Kinder“ wurde als eigenes Thema nicht realisiert, da die Projektkinder in den Bewegungsstunden regelmäßig Erfahrungen auf diesem Gebiet sammelten und für die Eltern im vierten Projekttreffen eine Einführung in eine Entspannungsmethode gegeben wurde. Das vorgeschlagene Thema „Freizeitaktivitäten“ wurde zwar schriftlich nur einmal in der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule genannt, in der Förderschule von Eltern davor öfter thematisiert. Nachdem die Anregung, ein gemeinsames Projekttreffen der beiden Projektschulen zu veranstalten, in beiden Gruppen auf Zustimmung stieß, wurde das letzte Projekttreffen integrativ geplant. Damit wurde zugleich der Erwartung eines Elternteils von einem behinderten Kind an das Projekt, Integration zu fördern, entsprochen.

Die zunehmende Zufriedenheit von Eltern und Kindern an den Projekttreffen bestätigten die Auswahl der Themen und die Wahl der Vermittlungsmethoden bzw. Formen der Anleitung. Für das geplante Lehrermanual ist es wichtig, die theoretischen Anteile für die Kinder mit geistiger Behinderung möglichst gering zu halten. Lerninhalte sollten noch mehr im konkreten praktischen Handeln vermittelt werden.

8.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation – Prozesse

Nach der Durchführungsevaluation sollen nun Wirkungen des Projekts dargestellt werden. Zunächst sollen Prozesse, die innerhalb der Bewegungsstunden und an den Projekttreffen stattfanden, markiert werden. Im Folgenden werden Beobachtungen aus den Stundenprotokollen über die Bewegungsstunden dargestellt. Als erstes werden die Gruppen der Regelschüler, danach die Förderschüler separat in den Blick genommen. Anschließend sollen Prozesse, die während der Projekttreffen stattfanden, dargestellt werden.

8.2.1 Beobachtungen der Grundschul Kinder in den Bewegungsstunden

Die beiden Klassen an der Regelschule waren bzgl. ihres Verhaltens und der sozialen Strukturen unterschiedlich, weshalb sie hier teilweise getrennt voneinander betrachtet werden. In der Klasse 2a gab es häufiger Probleme, weil sich Kinder nicht an Regeln hielten.

11 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
 ("konflikt_nicht an Regeln halten" COOCCUR "2a")

4 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
 ("konflikt_nicht an Regeln halten" COOCCUR "2b")

Deutlich häufiger traten in der Klasse 2a Konflikte in der Gruppe auf und einzelne Kinder oder die gesamte Gruppe wurden von der Betreuerin zu mehr Rücksichtnahme ermahnt. Immer wieder provozierten sich die gleichen vier Kinder gegenseitig und störten damit die ganze Klasse. Vor allem nach Unstimmigkeiten oder Streitereien zwischen einzelnen Kindern entstanden in der Klasse 2a lange Wartesequenzen bis Ruhe einkehrte, die dann zur Folge hatten, dass für geplante Spiele keine Zeit mehr blieb.

7 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
 (((("konflikt_verletzt_werden" | ("konflikt_verletzen_aktiv" | ("Konflikt_provozieren" | ("konflikt_nicht an Regeln halten" | ("konflikt_neid" | "konflikt_geärgert werden"))))) PRECEDES:15 "zeitmangel") COOCCUR „2a“)

Es war manchmal für die Gruppen problematisch, wenn sie in einem Spiel nicht auf der Seite der Sieger standen. In den Stunden wurden wenige Spiele mit Wettkampfcharakter gespielt, auch wenn die Gruppen dies manchmal forderten. Einige wenige Kinder der Klasse 2a hatten Probleme sich an Spielregeln oder Verhaltensregeln zu halten (z.B. Ruhe bei der Entspannungsphase oder beim Erläutern von Aufgaben). Eine Niederlage führte bei einem Teil der Kinder zu Streitereien oder es wurde nach Gründen gesucht, warum ein Spiel verloren wurde. Ab der 15ten Stunde gab es Notizen, dass Niederlagen besser akzeptiert wurden.

5 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
("verlieren können_gut" COOCCUR („2a“ or „2b“))

15:179 Nach einer Besprechung erneuter Versuch: Bei beide.. (26:26)
15:356 2a: hartes Rennen, aber faire Verlierer (36:36)
15:399 keine Diskussionen der Verlierer (15:15)

Ein Teil der aufkommenden Konflikte konnte in den Stunden gelöst werden.

9 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
("konfliktbewältigung_lösung" COOCCUR "2a")

4 quotation(s) found for Query (Infix-Notation):
("konfliktbewältigung_lösung" COOCCUR "2b")

Einzelne Kinder beider Klassen, die in den ersten Stunden viel Aufmerksamkeit auf sich zogen, fielen in späteren Stunden kaum auf. In beiden Klassen gab es anfangs häufiger Schwierigkeiten, wenn sich Partner oder Kleingruppen zusammenfinden sollten („partnerfindung_schwierig“ in Stunden 7, 9, 11 und 20).

Viele Aufgaben waren so gestellt, dass die Kinder aufeinander angewiesen waren. In solchen Situationen hatten die Schüler häufig Schwierigkeiten, sich als Gruppe zu organisieren.

Forderten Kinder zum Lösen kleinerer Konflikte untereinander (auch in Kleingruppen) Hilfe von der Betreuerin, so wurde versucht, den Kindern selbst die Lösung der Probleme zu überlassen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten besprochen. Die Kinder sollten sich absprechen, um Gruppenaufgaben oder Konflikte zu lösen. In späteren Stunden versuchten die Kinder immer öfter selbst, Unstimmigkeiten und Streitereien zu lösen (auch Dritte fungierten als Streitschlichter). Die Gruppenbildung („partnerfindung_positiv“) und die Organisation innerhalb der Gruppe funktionierte immer besser und die Kinder kooperierten („sozHandlung_kooperation“) miteinander.

Bei Körperwahrnehmungsübungen oder Partnerballmassagen äußerten sich die Kinder nach einiger Zeit häufiger bezüglich ihrer Befindlichkeit und gaben sich gegenseitig Feedback, was ihnen gut oder weniger gut tat. In der Klasse 2b wurde fünfmal im Protokoll explizit erwähnt, dass die Kinder aufeinander Rücksicht nahmen, in der Parallelklasse dreimal.

Die Motivation war in beiden Klassen insgesamt recht hoch, wobei die Klasse 2b häufiger sehr engagiert und weniger häufig nur mittelmäßig motiviert war als ihre Parallelklasse. Der Code „motivation_niedrig“ wurde lediglich in der Klasse 2a zweimal vergeben. Bei manchen Spielen oder Aufgaben waren die Gruppen mittelmäßig motiviert („motivation_mittel“ 16mal in Klasse 2a und 10mal in Klasse 2b vergeben). Meistens waren die Kinder sehr motiviert, der Code „motivation_hoch“ wurde in der Klasse 2b dabei deutlich häufiger (50mal) als in der Parallelklasse (36mal) vergeben. Insgesamt waren die Kinder in den Stunden engagiert und

ihnen konnte die Freude („gefühl_freude“) beim Spielen und Lösen von Aufgaben angesehen werden.



Abbildung 46: Gemeinsames Bewältigen der Bewegungslandschaft

Zweimal war die Gruppe von einer Aufgabe überfordert. Die Schüler machten zahlreiche Material- und Körpererfahrungen. Die Kinder nutzten gerne die Möglichkeit, zunächst mit angebotenen Materialien und Kleingeräten selbst Erfahrungen zu sammeln und mochten es sehr, sich gegenseitig neue Aufgaben und „Kunststücke“ zu präsentieren und neue Bewegungsvorschläge nachzumachen.

Der Raum für Kreativität wurde von beiden Klassen genutzt, etwas häufiger wurde der Code „handlung_kreativ“ der Klasse 2b zugewiesen. Hier kann bemerkt werden, dass deutlich mehr Markierungen in den Stunden im zweiten Halbjahr gesetzt wurden. Ab der fünfzehnten Stunde übernahmen die Kinder auch mehr Eigeninitiative.

In beiden Klassen (8 Quotations für 2a, 4 Quotations für 2b) gab es bei den Entspannungsübungen immer wieder Schwierigkeiten, die Kinder waren unruhig, kicherten oder konzentrierten sich nicht auf die Aufgaben.

2a: Es dauert sehr lange, bis die Kinder still sind. Einige kichern und bleiben nicht still liegen. (P15, 12:12)

Im Laufe der Zeit und mit einiger Übung ließen sich die Kinder besser auf die Übungen ein und lernten, ruhig auf ihren Körper zu achten. Der Trend zu weniger Schwierigkeiten bei den Entspannungsphasen späterer Bewegungsstunden kann durch die seltenere Belegung mit dem Code "entspannung_mitschwierigkeit" in späteren Stunden bestätigt werden.

Vor allem bei Partnerübungen waren die Kinder anfangs manchmal grob zueinander. Mit der Zeit konnten sie ausdrücken, was sich gut oder unangenehm anfühlt, und stellten sich

aufeinander und auf die Entspannung ein. Hier zum Beispiel bei der Gruppenaufgabe „Schweben“:

„die Kinder haben sich dann zu Wort gemeldet und gesagt, dass das nicht gut war. Bei den späteren Kindern haben die Kinder besser aufeinander geachtet.“ (P15, 6:6)

Zum Lösen mancher Aufgaben wurden die Kinder einzeln oder auch als ganze Gruppe kognitiv gefordert. Die Kinder beider Klassen erkannten z.B. bei einer Beobachtungsaufgabe die Zusammenhänge von Herzschlag und Belastung sowie Atmung und Belastung.

„Besprechung: Zusammenhang von Herzschlag, Blut und was ist eigentlich der Puls: Kinder können gemeinsam das Wissen zusammentragen.“ (P15, 32:32)

8.2.2 Beobachtungen der Förderschulkinder in den Bewegungsstunden

Da an der Förderschule nicht alle Kinder gleichzeitig zur Halle kamen und unterschiedlich lange zum Umziehen brauchten, durften die Kinder, die bereits fertig umgezogen waren, frei in der Halle spielen. In der Regel spielten die Kinder in dieser Zeit alleine oder in kleinen Gruppen mit weichen Bällen bis sich alle Kinder in der Halle versammelt hatten. Ein Betreuer übernahm in dieser Zeit die Aufsicht in der Halle, während der andere beim Umziehen assistierte. Wenn die Gruppe vollzählig war, räumten die Kinder die Spielgeräte auf und die Stunde wurde gemeinsam im Sitzkreis in der Mitte der Halle begonnen.

Im Folgenden sollen Gruppenprozesse, die Entwicklungen der einzelnen Kinder und beobachtete Prozesse innerhalb der Stunden beschrieben werden.

Die Projektgruppe an der Förderschule war bezüglich Alter und ihrem kommunikativen, kognitiven, sozialen und motorischen Entwicklungsstand sehr heterogen. Einige Kinder kannten sich bereits vor dem Projekt als Klassenkameraden, ein Großteil der Kinder war sich unbekannt.

Bereits vor den ersten Bewegungsstunden wurden von Lehrern und Mitarbeitern der Tagesstätte die Schwierigkeiten zwischen zwei zum Projekt angemeldeten Kindern, kid5 und kid10, an die Projektleiterin herangetragen. Die komplizierte Beziehung der beiden Klassenkameraden zueinander belastete deren Eltern, Lehrer, Betreuer und nach deren Aussagen auch die Kinder selbst. Die Kinder hatten ein ambivalentes Verhältnis zueinander. Dieses war einerseits geprägt durch eine gegenseitige Sympathie, andererseits durch immer wiederkehrende Konflikte mit körperlichen Attacken. Es kam zu Konflikten, wenn kid5 die zahlreichen Versuche von kid10, Körperkontakt herzustellen, abwehrte. Dann wurde kid10

teilweise aggressiv, kratzte und schlug kid5. Kid5 fand sich so – aber auch immer wieder grundlos - in der Opferrolle, kid10 in der des aggressiven Täters. Kid5 wehrte sich gegen körperliche Attacken und Annäherungsversuche mitunter ebenso durch körperliche Angriffe. Diese Verhaltensweisen wurden durch Problematisierung seitens der Eltern und Schule bzw. Tagesstätten-Mitarbeiter gefördert¹⁹⁴. Von den Elternparteien wurde der Umstand, dass beide Kinder in der Projektgruppe teilnahmen, einerseits als problematisch, andererseits als Chance betrachtet. Die Chance der Bewegungsstunde lag darin, dass eine Aufgabe oder Spielsituation die Aufmerksamkeit der Kinder so sehr beanspruchen könnte, sodass die Kinder nicht in gewohnte Muster (Opfer/Täter) fielen. Konflikte sollten dabei nicht von vornherein durch äußere Struktur vermieden, sondern durch Offenheit ermöglicht, aber auch bewältigt werden. Die Eltern sahen jedoch die Gefahr, dass ihre Kinder in den Bewegungsstunden noch mehr gemeinsame Zeit verbrachten und die Problematik sich verschärfen könnte.

In den ersten Stunden zeigten die Kinder gelegentlich die angekündigten Verhaltensweisen, den aufkommenden Konflikten wurde von den Übungsleitern bewusst wenig Bedeutung zugemessen und kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Stattdessen wurde mit den Kindern besprochen, wie Grenzen aufgezeigt werden können, und die gegenseitige Zuneigung der Kinder wurde offen thematisiert. Sich anbahnende Konflikte, in denen kid10 gegenüber kid5 auch körperlich tätlich wurde, konnten in den Stunden 5, 6, 9 und 15 gelöst werden. Es gab sogar Bewegungsstunden, in denen die beiden Kinder fröhlich zusammen spielten und engen Kontakt zueinander suchten. Manchmal waren sie unabhängig voneinander mit unterschiedlichen Tätigkeiten beschäftigt.

Gab es vormittags in der Schule bereits Ausschreitungen, kam kid5 nicht zur Bewegungsstunde, sondern gab vor, Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen zu haben. Wie sehr beide Kinder in diesem Muster - Opfer und Täter - verhaftet waren, zeigte sich, wenn kid5 gezielt die Aufmerksamkeit von kid10 auf sich zog, bis es nur auf kid5 gerichtet war und dessen Nähe suchte (an kid5 "klammerte"), die kid5 dann ablehnte ("gefühl_abgelehntwerden" und "sozHandlung_ablehnung"). Dies kam vor, wenn kid10 stark auf kid5 fixiert war, aber auch schon bevor es kid5 nahe kommen konnte.

Ab der Stunde 6 ließen sich beide Kinder auf das Abkommen ein, dass kid10 nach der Stunde über den Rücken von kid5 streicheln durfte, wenn kid5 bis dahin keinen direkten Kontakt mit kid10 mochte. Gelegentlich konnte diese Regelung helfen, einen aufkommenden Konflikt zu

¹⁹⁴ Die Schulpsychologin wurde deshalb bereits zu Rat gezogen.

schlichten. In den Stunden 13, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 25 und 26 war die beschriebene Problematik hintergründiger. In einigen Stunden konnten Konflikte nicht gelöst werden.

In der Tagesstätte wurde für die Betreuer die Situation auch auf Grund von personellen Veränderungen im Laufe des Schuljahres untragbar. Kid10's Mutter nahm ihr Kind aus der Tagesstätte, sodass kid10 fünf Wochen (Stunden 29 bis 33) nicht zur Bewegungsstunde kam. Die Verhaltensweisen waren bei zwei erneuten Integrationsversuchen in die Bewegungsstunden (Stunden 34 und 35) wesentlich ausgeprägter als davor.

Bei Konflikten litten beide Kinder darunter und die Tätigkeiten von kid10 nahmen zuweilen viel Aufmerksamkeit der Übungsleiter in Anspruch. War nur eines der beiden Kinder in der Halle, war es für das jeweilige Kind besser möglich, aktiv an den Bewegungsstunden teilzunehmen.

Eine andere Konstellation von bereits untereinander bekannten Kindern gab es bei den vier Kindern aus der fünften Klasse. Zu Beginn des Schuljahres fiel auf, dass kid1 von den Klassenkameraden (kid4, kid8 und kid11), die auch am Projekt teilnahmen, offensichtlich nicht gemocht und beschimpft oder gehänselt wurde. Die gezeigte Antipathie der Klassenkameraden wurde im Laufe des Schuljahres weniger. Kid1 wurde besser akzeptiert und auch als Spielpartner toleriert.

Zwischen den Geschwistern kid2 und kid3 gab es zeitweise Streitereien. Häufig suchte die jüngere den Kontakt zu ihrer älteren Schwester (z.B. als Partnerin zur Massage), wurde von ihr zurückgewiesen (Stunden 12, 15, 25) oder die ältere Schwester war eifersüchtig auf kid3 und nahm ihr z.B. den Haargummi weg.

Die zwölf Projektkinder aus der Förderschule sollen im Folgenden mit den beobachteten Entwicklungen beschrieben werden:

Kid1 (Anwesenheit 32 Stunden)

Zu Beginn des Schuljahres fiel auf, dass kid1 von den anderen am Projekt teilnehmenden Klassenkameraden offensichtlich nicht gemocht und von ihnen oft beschimpft oder gehänselt wurde. Anfangs musste kid1 jedesmal durch persönliche Ansprache zum Mitmachen ermuntert werden, sonst lag es auf dem Hallenboden oder einer Langbank in der für es typischen Seitenlage mit aufgestütztem Kopf. Hatte es die Trägheit überwunden, nahm kid1 die meiste Zeit hochmotiviert und fröhlich an den Bewegungsstunden teil. Vor neuen

Aufgaben hatte kid1 große Angst. Bei den ersten unbekanntem Bewegungsaufgaben äußerte kid1 seine Angst und wollte sich der Aufgabe zunächst nicht stellen. Nachdem kid1 andere Kinder beobachtet hatte, versuchte es die Aufgabe mit Hilfe zu bewältigen, wobei sich körperliche Angstreaktionen (Schweiß, Zittern) zeigten. Durch Erfolgserlebnisse, bei denen kid1 trotz Angst mit Hilfestellung Neues bewältigen konnte, wurde das Kind mutiger. Kid1 war sichtlich stolz auf die Erfolge und traute sich selbstinitiiert mit immer weniger Hilfe Neues zu probieren.

Bei Partner- und Gruppenaufgaben engagierte kid1 sich zunehmend und knüpfte Kontakt mit anderen Kindern, z.B. kid7, kid5, kid12 und kid6. Im Laufe des Schuljahres wurde kid1 ein akzeptiertes Mitglied der Gruppe. So machten die Klassenkameraden beispielsweise keine abfälligen Kommentare mehr. Kid1 konnte sein Bewegungsrepertoire enorm ausweiten, z.B. balancierte es auf Bänken, kletterte die Sprossenwand hinauf und fing Bälle, ohne sich aus Angst abzuwenden.



Abbildung 47: beim Balancieren auf einer instabil gelagerten Langbank

Kid2 (Anwesenheit: 31 Stunden)

Kid2 beschränkte sich in der ersten Zeit auf Stereotypen und wenige Wörter. Kid2 saß meistens wenig beteiligt auf der Bank oder dem Hallenboden und war auch nur selten durch persönliches Ermuntern von Betreuern zum Mitmachen zu bewegen. Das Kind wirkte körperlich sehr schwach und wenig motiviert. In den ersten Bewegungsstunden beschäftigte es sich mit der Projekt-Handpuppe, die bei jeder Stunde in der Halle war. Über das ganze Jahr hinweg bedurfte es zahlreicher persönlicher Ansprachen und aufmunternder Worte, bis sich kid2 am Spielgeschehen beteiligte. Zu den Stunden kam kid2 gerne und fragte zuerst nach der Puppe. Kid2 suchte eher den Kontakt zu den Betreuern als zu anderen Kindern. Anfangs versuchte es, mit stereotypen Äußerungen oder Körperkontakt auf sich aufmerksam zu

machen, im Laufe des Schuljahres verschwanden diese Stereotypen immer mehr. Allmählich wurde kid2 immer aktiver und auch von anderen Gruppenmitgliedern beachtet. Verschiedene Materialien verleiteten es immer öfter zum Mitmachen und gegen Ende des Schuljahres überraschte es immer öfter durch seinen Einsatz und bis dahin verborgenen Fähigkeiten.

Kid3 (Anwesenheit: 29 Stunden)

Kid3 war das kleinste Kind der Gruppe, motorisch unauffällig, etwas zurückhaltend und ängstlich, aber kontaktfreudig. Es kam von Anfang an gerne zu den Bewegungsstunden und machte bei allen Spielen mit (bis auf eine Ausnahme wurde für es „motivation_hoch“ vergeben). Zunächst hatte kid3 noch vor dem sehr groß und kräftig gebauten kid11 Angst und markierte das kleine schwache Mädchen. Anfangs suchte es vor allem Kontakt zu ihrer Schwester, öffnete sich aber schnell auch anderen für ihm bislang unbekanntem Kindern der Gruppe. Kid3 knüpfte Kontakt zu kid5, kid1, kid7, kid9 und fand ihren Platz in der Gruppe. Wenn es von einem anderen Kind geärgert wurde, ging es anfangs noch auf die Betreuer zu und suchte Hilfe, traute sich dann aber zunehmend selbst zu sagen, wenn es etwas störte. Auch die älteren Kinder akzeptierten kid3 und lernten es mehr und mehr schätzen. Bei neuen Bewegungsaufgaben traute sich kid3 immer mehr zu.

Kid4 (Anwesenheit: 35 Stunden)

Kid4 war sehr sportlich und hatte viel Spaß beim Bewegen. Als starke Persönlichkeit hatte es großen Einfluss auf kid8 und kid11 und genoss deren Zuneigung und Bewunderung. Zu anderen Kindern der Gruppe war es manchmal weniger kameradschaftlich. Kid4 legte viel Wert darauf, durch Äußeres zu wirken. Kid4 versuchte, viel Aufmerksamkeit durch die Betreuer zu bekommen, indem es entweder Körperkontakt suchte oder provozierte (z.B. Schreien, Regelverstöße, verbale Kraftausdrücke etc.). Meist war kid4 sehr motiviert, sich zu bewegen. War es gelangweilt oder unzufrieden, konnte seine Motivation stark schwanken. Kid4 wollte seine Fähigkeiten unter Beweis stellen und sich mit anderen Kindern (oder Betreuern) messen. Die Stimmung und das Verhalten wechselten extrem von guter bis schlechter Laune und von starker Anhänglichkeit zu Unfreundlichkeit gegenüber Anderen. Im Laufe der letzten Monate des Projekts zeigten sich körperliche Anzeichen der Pubertät, womit sich die Unausgeglichenheit erklären lassen kann. Das Durchhaltevermögen als Helfer bei Spielen wie „Förderband“ oder „Sandwich“ waren vor diesem Hintergrund sehr positiv zu bewerten.

Kid5 (Anwesenheit: 30 Stunden)

Kid5 war teilweise ängstlich und unsicher, sodass es neue Bewegungen erst nicht versuchen wollte. Das Kind knüpfte bald Kontakt mit kid3, kid4, kid7, kid1 und kid2 und war in die Gruppe integriert. Es kam gerne zur Bewegungsstunde und freute sich an der Bewegung in der Gruppe. Die durch das ganze Jahr hinweg bestehende Problematik mit dem Klassenkameraden kid10 belasteten das Kind stark. Waren diese Probleme hintergründig, blühte es sichtlich auf und hatte viel Freude am Bewegen. Die Rolle des „schwachen Mädchens“ überwand es immer häufiger, wurde mutiger, versuchte sogar manchmal völlig neue Bewegungsaufgaben zu bewältigen und übernahm bei Gruppenaufgaben wichtige Funktionen.

Kid6 (Anwesenheit: 35 Stunden)

Kid6 bewegte sich immer sehr langsam und war anderen Kindern der Gruppe gegenüber anfangs zurückhaltend. Es war kaum in der Lage, effektive Lautsprache zu produzieren. Anfangs bedurfte es immer persönlicher Ansprache, bis kid6 mitspielte. Es kam vor, dass es sich zwischendurch an die Seite setzte und sich mit sich selbst oder Materialien alleine beschäftigte, bis es sich wieder der Gruppe widmete („motivation_schwankend_mit auszeit“). Später versuchte das Kind immer öfter von sich aus, Aufgabenstellungen zu bewältigen. Die Zeit, die es benötigte, bis sie Bewegungsaufgaben verstand und löste, wurde kürzer. Kid6 wurde im Vergleich zu den ersten Stunden immer aktiver und zeigte deutlich, dass ihm die Bewegung Freude bereitete. Einer der ersten Kontakte entstand zu kid7. Kid7 frisierte kid6 die Haare und behandelte es wie eine Puppe. Nach einigen Stunden ging kid6 auf andere Kinder zu. Die Kontaktaufnahme lag meist im Berühren der anderen Kinder, was nicht jedes Kind mochte. Im Laufe des Jahres wurde kid6 immer besser in die Gruppe integriert und von den meisten Kindern geschätzt.

Kid7 (Anwesenheit: 30 Stunden)

Kid7 war anfangs am liebsten damit beschäftigt, sich um andere Kinder, wie kid6, kid2 und kid3, zu kümmern. Es war schwer dazu zu bringen, seine Aufmerksamkeit auf das sportliche Geschehen in der Gruppe zu verlagern. Zwischendurch fehlte kid7 bei den Bewegungsstunden siebenmal wegen Kommunionunterricht und seiner Kommunion. Es benötigte dann wieder etwas Zeit, um sich in der Gruppe zurechtzufinden. Im letzten Drittel des Schuljahres war es sehr engagiert in den Stunden und hatte viel Freude beim Bewegen. Das übermäßige Kümmern um andere Kinder wich dem Interesse an den Spielen und

Aufgaben. Kid7 konnte sich an Spielregeln halten, probierte neue Bewegungen und löste Gruppenaufgaben mit unterschiedlichen Kindern, z.B. kid4, kid11, kid3 und kid2.

Kid8 (Anwesenheit: 36 Stunden)

Kid8 erschien in den ersten Stunden als sehr motiviert und rücksichtsvoll. Im Laufe des Schuljahres war es häufig unsicher und schnell frustriert, wenn es das Gefühl hatte, etwas nicht so gut zu können. Es wollte von kid4 akzeptiert werden, nahm sich an dessen Verhalten manchmal ein Beispiel und kopierte es. So machte kid8 z.B. in Stunde 21 bei der Entspannungsphase nicht mit, weil kid4 sich davon distanzierte. In den ersten Stunden wollte kid8 bei einigen Spielen nicht mitmachen und saß am Rand der Halle, in späteren Stunden beschränkten sich seine Auszeiten auf die Entspannungsphase. In den letzten Stunden nahm es scheinbar bewusst Abstand von kid4 und kid11 und übernahm stattdessen für die anderen schwächeren Kinder Verantwortung und wichtige Rollen bei Gruppenaufgaben. Kid8 nutzte die Bewegungsstunden, um seine Stärken zu zeigen und Anerkennung dafür zu bekommen. Im Laufe des Jahres konnte es an Kraft und Geschicklichkeit zulegen und sein Bewegungsrepertoire kreativ mit und ohne Materialien erweitern.

Kid9 (Anwesenheit: 33 Stunden)

Kid9 verneinte zu Beginn des Projekts jedes Angebot, war auf sich bezogen und wenig aufgeschlossen anderen Kindern gegenüber. In den ersten Stunden beschränkten sich seine Kontakte auf Kinder, die es bereits aus seiner Klasse kannte. Wenn es bei Spielen zunächst nicht mitmachen wollte, konnte es auch nicht dazu überredet werden. Häufig stieß es im Verlauf des Spiels zur Gruppe hinzu. Kid9 hatte Probleme, sich an Spielregeln zu halten, zum Beispiel lief es beim Fangenspielen einfach weiter, obwohl es abgeschlagen wurde. Wenn andere Kinder oder Betreuer kid9 darauf aufmerksam machten, reagierte es mit Weinen oder schlug um sich. Wenn etwas nicht nach seinem Willen ging, war es leicht gekränkt und weinte. In den ersten Stunden gab es deshalb oft Konflikte. Diese Situationen reduzierten sich im Laufe des Schuljahres, auch kategorisches Verneinen war von ihm seltener zu hören. In späteren Stunden (z.B. 29 oder 35) konnten solche Situationen von ihm bewältigt werden, ohne frustriert zu sein. In immer mehr Stunden (Stunden 12, 16, 30, 31, 32, 33, 34, 35) hielt sich kid9 an Absprachen und Spielregeln und akzeptierte Niederlagen oder folgende Restriktionen. Mit der Zeit nahm es regen Kontakt zu vielen anderen Kindern auf und ließ sich auf unterschiedliche Partner/innen bei Partneraufgaben ein. Immer wieder setzte sich kid9 für andere Kinder ein, zum Beispiel, als kid4 weinte oder kid3 von kid12 den Reifen

weggenommen bekam. Das Kind nahm sich in den Bewegungsstunden immer wieder Auszeiten, in denen es sich alleine beschäftigte oder der Gruppe zusah.

Kid10 (Anwesenheit: 28 Stunden)

Kid10 war sehr impulsiv, seine Lautsprache war gepresst und dadurch schwer verständlich. Er hielt sich kaum an Regeln und Abmachungen. Das Projektjahr und die Motivation für die Bewegungsstunden wurden für kid10 von der Problematik mit kid5 dominiert. In vielen Stunden war sein Fokus (teilweise bewusst oder unbewusst aktiv durch kid5 gelenkt) auf kid5 fixiert und er suchte ständig Körperkontakt zu kid5. Häufig eskalierte diese Situation oder kid5 suchte den Ausweg zurück in die Klasse. Es machte den Anschein, dass die in den Bewegungsstunden erarbeiteten Lösungsstrategien die Situation einige Male entschärfen konnten. In manchen Stunden war diese Problematik hintergründig und die Kinder zeigten sich gegenseitig ihre Zuneigung und spielten freudig miteinander.

Auf Grund der Fixierung auf kid5 ging kid10 von sich aus auf wenige Kinder zu, ließ sich aber manchmal recht gut von anderen Kindern zum Mitmachen motivieren. Durch die Problematik mit kid5 fand kid10 nicht wirklich seinen Platz in der Gruppe.

Kid11 (35)

Kid11 zeigte von Anfang an viel Freude beim Bewegen und war meist sehr rücksichtsvoll. Selten machten ihm Aufgaben oder Spiele keine Freude, in drei Stunden äußerte das Kind, dass es sich langweilte. In den meisten Bewegungsstunden war es sehr motiviert und kam als eines der ersten zum freien Spiel in die Halle. Kid11 richtete sich stark nach kid4 und ließ sich von ihm dazu verleiten, die Gruppe zu stören oder Aufgaben zu variieren. Auf Grund seiner Körpermasse wollte es bestimmte Aufgaben bei Spielen nicht übernehmen, sondern suchte sich Funktionen, bei denen es seine Größe und Kraft gut einsetzen konnte. Beim Spielen mit Weichbodenmatten konnte es seine Kraft unter Beweis stellen und half gerne beim Aufräumen der Matten. Kid11 erntete viel Anerkennung von anderen Gruppenmitgliedern und war sehr beliebt. Es interessierte sich sehr für die Funktionen des Körpers und half z.B. Kindern beim Pulsessen, die dies nicht alleine konnten. Gegen Ende des Projekts wurde es immer selbstsicherer und aufgedrehter. Womöglich lag es an der pubertären Entwicklungsphase, vielleicht aber auch an einem gestärkten Selbstkonzept.

Kid12 (Anwesenheit: 35 Stunden)

Die ersten beiden Stunden machte kid12 gerne mit, suchte aber keinen Kontakt zu anderen Kindern. In den folgenden Stunden suchte es die Konfrontation mit einem Betreuer und

versuchte die Stunden durch lautes Schreien zu stören („konflikt_provoizieren“). Das Kind kam ungerne zur Stunde, hatte Angst vor Unbekanntem und Heimweh. Es kam zwar schließlich immer mit in die Turnhalle, wollte in den ersten Stunden jedoch keine Sportkleidung anziehen. Es verkroch sich hinter den Weichbodenmatten, hinter der Sprossenwand oder unter der Bank und zeigte kaum Interesse an der Gruppe. Zwar blieb es in den folgenden Stunden noch passiv, wurde aber mehr und mehr zum Beobachter oder spielte mit den Stundenmaterialien für sich in einer Hallenecke. Die Bereitschaft, sich für die Stunde umzuziehen, wuchs von Woche zu Woche. Zunächst forderte kid12 Hilfe beim Umziehen und ließ sich sehr lange Zeit. Bald war es als eines der ersten umgezogen, um möglichst früh in der Halle zu spielen. Ab der dreizehnten Bewegungsstunde fing kid12 an, Kontakt mit anderen Kindern anzubahnen, indem es sie ärgerte. Kid12 zog sich zunächst immer wieder in seine „Höhle“ (hinter der Weichbodenmatte) zurück. Nach und nach wurde es offener, suchte den Kontakt zur Gruppe und beteiligte sich mehr an Spielen. Ab der 25sten Stunde hat es sich nicht mehr hinter die Matten zurückgezogen. Kid12 war in einigen Stunden sehr müde und brauchte dann immer wieder Zeit zum Ausruhen. Wenn es nicht mitspielte, blieb es immer häufiger in der Nähe der Gruppe und nahm Anteil an der Spielsituation („motivation_interessiertaberpassiv“ in Stunden 20, 21, 29, 33). In den letzten Stunden war kid12 immer aufmerksamer und aktiver in der Gruppe beteiligt.

In der Anfangsphase des Projektjahres waren manche Kinder noch teilweise sehr auf sich bezogen. Die sich fremden Kinder, auch unsichere und schüchterne Kinder, öffneten sich nach und nach anderen bislang unbekanntem Kindern ("sozHandlung_aufgeschlossen"). Aufgeschlossenheit anderen Kindern gegenüber und aktives Suchen von Kontakten ("sozHandlung_kontaktsuche") zu anderen Kindern wurde bei vielen Kindern vor allem in den Stunden 10 bis 30 beobachtet.

Kid1, kid2, kid5, kid10 und kid12 brauchten einige Zeit der Gewöhnung, um überhaupt bei den Aktivitäten mitzumachen. In den ersten sechs Bewegungseinheiten machte jeweils nur ein Teil der Kinder bei Spielen und Aufgaben mit, ab der siebten Stunde gab es kaum Stunden, in denen nicht wenigstens bei einem Spiel alle Kinder aktiv teilnahmen. Kid2 und kid12 waren zwar häufig interessiert, nahmen aber nur passiv am Geschehen teil.

Manchmal ließen sie sich durch persönliche Ansprache zum Mitmachen bewegen. Nach etwa der Hälfte des Schuljahres waren diese Kinder engagiert in den Stunden dabei oder zumindest mit Auszeiten, die sie sich nehmen durften, wenn sie die restliche Gruppe nicht störten. Kid1,

kid2, kid7, aber vor allem kid12 waren nach dem Mittagessen und einem anstrengenden Schultag manchmal müde und erschöpft.

Beim Bilden von Paaren oder Kleingruppen gab es manchmal Schwierigkeiten („partnerfindung_schwierig“) (in Stunden 4, 12, 15, 20), gerade in späteren Stunden wurden solche Probleme weniger und es fanden sich schnell Kinder zusammen, wenn dies gefordert wurde („partnerfindung_positiv“ in Stunden 11, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 36).

In Tabelle 38 sind neu entstandene Kontakte zwischen den Kindern untereinander aufgeführt, die in den Stundenprotokollen vermerkt wurden. Die Zahl in den Spalten zeigt die Nummer der Bewegungsstunde, in der der Protokollantin der Kontakt zwischen den jeweiligen Kindern positiv auffiel. Aus einer Gruppe von Kindern, die sich größtenteils unbekannt waren, entwickelte sich im Projektjahr eine Gemeinschaft, in der sich alle gegenseitig kannten (z.B. konnten die Kinder fehlende Kinder benennen). Die meisten Kinder fanden einen Platz in der Gruppe (ausgeschlossen werden muss hier kid10, der durch die vielen Konflikte und häufige Abwesenheit keinen festen Platz in der Gruppe fand) und waren gut integriert. Nicht jedes Kind hatte intensive Kontakte zu allen Kindern.

Tabelle 38: Neue Kontakte

	Kid1	Kid2	Kid3	Kid4	Kid5	Kid6	Kid7	Kid8	Kid9	Kid10	Kid11	Kid12
Kid1	-		12	10	15	11	29	36	10		0	15
Kid2		-	0		11	22	0		0			
Kid3	12	0*	-	4	9	30	10	17	15		14	12
Kid4	10		4	-	12	10	25	0	21		0	
Kid5	15	11	9	12	-	15	23	36	17	0		15
Kid6	11	22	30	10	15	-	2	36	12	12	10	26
Kid7	29	0	10	25	23	2	-	36			25	10
Kid8	36		17	0	36	36	36	-	36		0	30
Kid9	10	0	15	21	17	12		36	-	12	10	26
Kid10					0	12			12	-		19
Kid11	10		14	0		10	25	0	10		-	
Kid12	15		12		15	26	10	30	26	19		-

*0 steht für bereits vor dem Projekt bestehenden Kontakt

Es fällt auf, dass die älteren vergleichsmäßig fitten Kinder (kid4, kid8, kid11) weniger Kontakt zu sehr schwachen Schülern (kid2, kid10, kid12) hatten, die Kinder im mittleren „Leistungsbereich“¹⁹⁵ (kid1, kid3, kid5, kid6, kid7, kid9) viele neue Kontakte knüpften.

Die Aufgabenstellungen in den Bewegungsstunden waren häufig offen, so dass die Kinder eigene Lösungen finden konnten und sollten. Hier konnten alle Kinder, vor allem aber die drei manchmal unterforderten Kinder (kid4, kid8, kid11) phantasievoll Aufgaben lösen („handlung_kreativ“).

Kinder, denen gestellte Aufgaben als zu leicht oder zu schwer erschienen, konnten Aufgaben ändern, sich selbst adäquate Aufgaben suchen und andere Kinder zum Mitmachen bewegen. Die älteren Kinder (kid4 und kid11), deren kognitiver, kommunikativer und motorischer Entwicklungsstand im Vergleich zur Gesamtgruppe sehr hoch war, äußerten in einigen Stunden, dass sie sich langweilten. Diese Kinder waren dann weniger engagiert oder zeigten Eigeninitiative beim Finden neuer Aufgaben.

In nahezu allen Stunden war die Kooperation von mehreren Kindern, manchmal der ganzen Gruppe, durch die Aufgabenstellung gefordert („sozHandlung_kooperation“). Gerade in offenen Aufgabenstellungen, war es zu deren Lösung notwendig, sich auszutauschen, miteinander zu kommunizieren und sich gegenseitig zu verstehen. Ab der elften Bewegungsstunde wurde die größer werdende Bereitschaft notiert, auf schwächere oder langsamere Kinder Rücksicht zu nehmen („sozHandlung_rücksicht“). Überforderte oder ängstliche Kinder (z.B. kid1) baten zunehmend auch Kinder, nicht nur die Betreuer, um Hilfe. So hatte die Hälfte der Kinder im Laufe des Schuljahres die Funktion eines Helfers (kid5, kid7, kid8, kid9, kid11, kid12).

¹⁹⁵ „Leistungsbereich“ meint hier die Entwicklungsstände der einzelnen Kinder im Vergleich zur Gruppe.



Abbildung 48: Eine kleine Pyramide

Kleingeräte, wie Tücher, Seile, Teppichfliesen, Bälle etc., „verführten“ die Kinder zu neuen Bewegungsformen, selbständigem Erkunden der Materialien und Räume, Ausprobieren von Kunststücken und Einlassen auf andere Kinder. Begrenzt vorhandene Materialien (und sei es nur eine bestimmte Farbe) machten Absprachen nötig oder ließen Konflikte entstehen, die gelöst werden mussten. Kleinere Streitereien mussten zwischen einzelnen Kindern ausgetragen werden und konnten teilweise gelöst werden oder wurden vergessen.

Alle Kinder machten viele neue Bewegungserfahrungen, mit oder ohne Kleingeräte, und erweiterten teilweise enorm ihren Erfahrungsschatz. So lernten Kinder Seilspringen (kid7, kid3), verbesserten sich im Werfen und Fangen (kid1, kid2, kid3, kid4, kid6, kid8, kid9, kid12), Balancieren (kid6, kid1, kid10), Hüpfen (kid2), Springen (kid1, kid3, kid4, kid5, kid10, kid11, kid12), Klettern (kid1, kid5, kid6, kid11) und Aufbauen und Halten von Körperspannung (kid2, kid3, kid5, kid8, kid11) („lernen_motorisch“ und „lernen_material“). Besonders ängstliche Kinder (kid1, kid2, kid3, kid5, kid8, kid10) bewältigten zuerst mit eingeforderter Hilfe, dann alleine unbekannte Aufgaben.



Abbildung 49: Ungewohntes erkunden

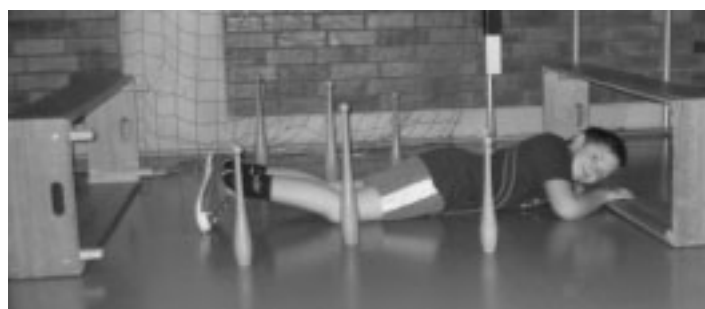


Abbildung 50: sich Herausforderungen stellen

Die Erfahrung, etwas zu bewirken und erfolgreich eine Aufgabe zu meistern, hatten wohl alle Kinder, auch wenn nicht für alle Kinder der Code „wirkung“ vergeben wurde. In der Liste fehlen kid3, kid6 und kid12 vollständig, für kid2, kid7 und kid9 wurde jeweils nur eine Markierung gesetzt. Die Markierungen liegen weniger in den Stunden zu Beginn des Schuljahres, sondern häufiger nach einiger Projektzeit.

Am Ende nahezu jeder Bewegungsstunde wurde eine Entspannungsphase angeleitet. Für einige Kinder war es sehr schwer, sich in diesen Minuten zu konzentrieren und sich ruhig zu verhalten. In den vielen Stunden waren einige Kinder bei den Entspannungsübungen, -spielen oder -geschichten und Körperwahrnehmungsübungen unruhig und störten die andern Kinder. Der Code „entspannung_mit_schwierigkeiten“ wurde in den Stunden 1, 3, 4, 5, 12, 13, 18, 20, 24 und 30 vergeben, wenn sich die Kinder nur bedingt, bzw. erst nach langer Anlaufphase auf die Entspannung einließen. Der Code „entspannung_aktiv“ wurde vergeben, wenn die Gruppe während der Entspannungssequenz zur Ruhe kam. Die erste Stunde, in der dieser Code vergeben wurde, war die sechste Stunde.

Die Kinder kid4, kid8 und kid11 verweigerten mitunter den letzten Teil der Stunde ("entspannung_kein_interesse"), zum Teil auch lautstark ohne Rücksicht auf die Kinder, die bei der Entspannung mitmachen wollten. In den letzten Stunden verhielten sie sich ruhig, wenn sie nicht aktiv bei der Entspannung teilnehmen wollten.

Sehr deutlich wird gegen Schuljahresende, dass sich die Kinder insgesamt schneller auf die Entspannung einließen bzw. sich ruhig verhielten, wenn sie an einer Übung nicht aktiv teilnehmen wollten.

Den Zusammenhang zwischen Pulsschlag, Bewegung und Entspannung haben sicher nicht alle Kinder verstanden, wenn auch gespürt. Die älteren Kinder erkannten selbstständig den Zusammenhang und waren interessiert in allen physiologischen Zusammenhängen, die in den Stunden erlebt und erklärt wurden (z.B. Wirbelsäulenwahrnehmung, Progressive Muskelrelaxation). Exemplarisch soll hier ein Beispiel aufgeführt werden:

Macht bei der Pulsmessung mit und erkennt den Zusammenhang zwischen Bewegungsniveau und Pulszahl. P4 (32:32)

Über das ganze Jahr hinweg gab es Stunden, an denen einzelne Kinder weniger motiviert waren („motivation_niedrig“).

Insgesamt wurden für alle Kinder der Code „motivation_hoch“ gesetzt: Kid1: 18 Nennungen, Kid2: 11 Nennungen, Kid3: 20 Nennungen, Kid4: 13 Nennungen, Kid5: 15 Nennungen, Kid6: 27 Nennungen, Kid7: 17 Nennungen, Kid8: 19 Nennungen, Kid9: 11 Nennungen, Kid10: 7 Nennungen, Kid11: 26 Nennungen, Kid12: 11 Nennungen. Einigen Kindern war die Freude am Bewegen häufig anzusehen (kid1, kid3, kid4, kid5, kid6, kid8, kid9, kid11) anderen weniger (kid2, kid7, kid10, kid12).

8.2.3 Beobachtete Prozesse bei den Projekttreffen

Für die Wirksamkeitsevaluation wurden Prozesse bei den Projekttreffen betrachtet. Hierfür wurden vor allem Informationen aus den Protokollen und Teile aus den Kurzfragebögen herangezogen.

An beiden Schulen war die Atmosphäre an allen Projekttreffen sehr angenehm. Während die Kinder bereits spielten, nutzten die Eltern der Schüler die Zeit vor dem offiziellen Beginn in der Turnhalle zum Unterhalten. Teilweise spielten die Eltern mit ihren Kindern mit den in der Halle bereitliegenden Materialien. Zurückhaltende und ängstlichere Kinder konnten sich dadurch langsam an die Größe der Gruppe gewöhnen.

Bei den angeleiteten Spielen (in der Turnhalle oder auf dem Hartplatz zu Beginn aller Treffen) machten die Teilnehmer mit Freude mit. Eltern und Kinder genossen sichtlich die gemeinsame Bewegung in der Gruppe und waren durchaus anstrengungsbereit. Sehr schüchterne Kinder, die sich nicht bei allen Spielen mitzumachen trauten, spielten mit ihren Eltern. Neue Aufgaben und Spiele wurden von den Gruppen ziemlich schnell bewältigt. Auch die Kinder mit geistiger Behinderung lernten z.B. recht zügig, das schwingende Seil zu durchqueren. Manche trauten sich sogar, über das Seil zu springen. Auch kid1, das sonst sehr ängstlich war, traute sich diese neue Aufgabe zu. Manche Spiele oder Aufgaben forderten die Gruppe als Ganzes (z.B. Jumping Jack Flash, Gruppenkegeln, Gordischer Knoten).

Bei den ersten Projekttreffen wurde in den Elternworkshops deutlich, dass bereits ein großer Teil der Eltern der Regelschüler über die besprochenen Themen Bescheid wusste. Die Eltern der Christophorus-Schüler wussten noch wenig über die besprochenen Themen (Was ist Gesundheit?, Gesunde Ernährung für die ganze Familie, Wo sich der Zucker versteckt) und folgten sehr aufmerksam und mit großem Interesse den Erläuterungen.

An beiden Schulen entstanden immer wieder Diskussionen zu den aktuellen Themen und die Eltern tauschten ihre Erfahrungen über Alltagsprobleme aus. Gerade in Familien mit mehreren Kindern sahen sich die Eltern oft als machtlos, ihre Ernährungsvorstellungen durchzusetzen. Sie überlegen, was man tun kann, um in den Familien im Alltag eine ausgewogene Ernährung umzusetzen.

Als eine gute Möglichkeit, die Essgewohnheiten der Familie zu beeinflussen, wurde an beiden Schulen der Wochenplan diskutiert. Die Eltern erarbeiteten Tricks und Tipps, wie sie die Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder positiv beeinflussen könnten. Die Ergebnisse waren:

- Fingerfood und Quark- Dips (Frischkäse)
- Rohkost hübsch anrichten
- Gemüseschnitzel (Sellerie, Rote Beete paniert)
- Pürierte Gemüsesuppe
- selbst „kochen“ lassen
- Gemüse-Apfelsaft
- keine Softdrinks zu Hause haben
- Gemüse- und Obstspieße
- Wunschessen wünschen lassen (bei mehreren Kindern jede Woche oder täglich ein anderer), Essensplan
- Vorbildfunktion der Eltern

Gemeinsam überlegten die Eltern hilfreiche Tipps für die ganze Familie

- viel trinken, immer eine Trinkflasche dabei haben
- frische Zutaten einkaufen
- Essensplan aufstellen (evtl. gemeinsam mit den Kindern)
- regelmäßig essen
- ausgewogen ernähren

Beim dritten Projekttreffen wurden die Eltern als Zuckerdetektive aktiv und erstellten eine Zuckerausstellung. Die Eltern arbeiteten konzentriert alleine oder im Team an der Analyse verschiedener Produkte und der Darstellung deren Zuckergehalts in Würfelzucker-Pyramiden. Die Eltern waren interessiert und betroffen von den Mengen an Zucker, die in Deutschland oft unbemerkt verzehrt werden. Die Eltern leisteten den Transfer, dass ähnlich dem Zucker, viel Fett in Lebensmitteln „versteckt“ sei. Es konnte kurz auf das Bedürfnis der Förderschülereltern eingegangen werden, mehr Informationen zu alternativen Süßungsmitteln, wie Süßstoffe, Honig, Ahornsirup etc., zu erfahren.

Die Eltern waren aufmerksam, als am vierten Projekttreffen auch anhand des Modells die Wirbelsäule erklärt wurde. Die Eltern zeigten an beiden Schulen großes Interesse bei den Körperwahrnehmungsübungen, den Rückenübungen und beim Kennenlernen der Entspannungstechnik. Einige Eltern äußerten, dass sie durch diesen Workshop darauf

aufmerksam geworden seien, in Zukunft das gesamte Muskelkorsett um die Wirbelsäule zu stärken. Bei der Entspannungsübung machten alle Eltern aktiv mit, was für manche eine neue Erfahrung, für andere bereits bekannt war.

An allen Elternworkshops und bei jeder besprochenen Thematik kam es ständig zum Erfahrungsaustausch und es entstanden Diskussionen über diese Thematiken im Alltag.

In den Kinderworkshops wurde deutlich, dass die Regelschüler bereits über einen großen theoretischen Wissensschatz verfügten. Die Teilnehmer an der Regelschule wussten bereits viel darüber, was ihnen gut tut bzw. nicht gut tut. Sie verstanden, dass sie aktiv auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen können. Sie kannten bereits viele Nahrungsmittel und wussten schon etwas über eine gesunde Ernährung. Die Kinder interessierten sich beim dritten Projekttreffen für den Zuckergehalt unterschiedlicher Produkte und lernten verschiedene Namen des Zuckers kennen. Sie wussten schon, warum (zu viel) Zucker ungesund ist. Die verschiedenen Zuckernamen, hinter denen sich Zucker auf Verpackungen verbirgt und der hohe Zuckeranteil in nicht süß schmeckenden Lebensmitteln, waren allerdings neu. Die Wirbelsäule war für sie sehr interessant und sie konnten ihr Wissen, das sie in den Bewegungsstunden erworben hatten, anbringen (z.B. die Begriffe „Wirbel“ und „Bandscheibe“).

Die Kinder mit geistiger Behinderung wussten wesentlich weniger über die besprochenen Thematiken. In den Kinderworkshops waren einige Aufgaben nicht für alle Kinder mit geistiger Behinderung zu verstehen. Handlungsorientierte Aufgabenstellungen mit einem geringeren Abstraktionsniveau, wie zum Beispiel das Erkennen von Stimmungslagen Anderer (auf einem Bild oder anderen Kindern), waren für sie leichter zu lösen.

Die Kinder mit geistiger Behinderung wirkten beim ersten Projekttreffen teilweise uninteressiert. Die Spiele mit den Bildkärtchen stießen hier auf die beste Resonanz. Beim zweiten Projekttreffen verstanden die Schüler mit Förderbedarf, welche Nahrungsmittel als gesünder und weniger gesund gelten. Welches Lebensmittel genau in welche Gruppe gehörte und die Gründe dafür waren ihnen gleichgültig. Im Kinderworkshop zum Thema „Versteckter Zucker“ an der Christophorus-Schule wurden die erarbeiteten Informationen wohl nicht von allen Kindern verstanden. Da die Kinder relativ unkonzentriert waren und nicht alle Interesse zeigten, konnte das Thema theoretisch nicht intensiv behandelt werden. Viele der Kinder konnten wegen mangelnder Lesefertigkeiten den Stellenwert des Zuckers in den Zutatenlisten nicht erkennen.

Das beim vierten Projekttreffen als Anschauungsmaterial dargebotene Wirbelsäulenmodell wurde von allen Kindern genau betrachtet. Sie waren vorsichtig im Umgang mit dem Modell und nutzten die Möglichkeit, die Wirbelsäule anzufassen und somit zu „begreifen“. Die Kinder arbeiteten bei der Besprechung der Wirbelsäule aktiv mit und konnten teilweise ihr Vorwissen aus den Bewegungsstunden einbringen.

An vier der Projekttreffen bereiteten die Kinder gemeinsam mit viel Freude Speisen zu. Die Hälfte der Schüler mit geistiger Behinderung gaben im Fragebogen nach dem dritten Projekttreffen an, *noch nie* selbst gekocht zu haben¹⁹⁶. Die Kinder ohne Behinderung waren schon kocherfahrener. Nur 14,3% hatten *noch nie* selbst gekocht, 28,6% *schon einmal*, 35,7% *ab und zu* und 21,4% *schon oft* (Tabelle 39).

Tabelle 39: Kinder PT3 "Hast du vorher schon einmal selbst gekocht?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
noch nie	2	14,3%	3	50,0%
ja ein mal	4	28,6%	3	50,0%
ab und zu	5	35,7%		
schon oft	3	21,4%		

Das Zubereiten schwierigerer Speisen wurde mit den Kindern gemeinsam geplant und koordiniert. Für wichtige Arbeitsschritte, wie das Zusammenrühren und Würzen des Quarks und des Salatdressings, versammelten sich alle Kinder um einen Tisch. Die Essenszubereitung verlief in den Kinderworkshops von Mal zu Mal besser und strukturierter. Jedes Kind suchte sich eine Aufgabe und es kam zu keinen Streitereien. Die Kinder beherrschten den Umgang mit den Küchengeräten sicher, so dass es zu keinen Verletzungen beim Schneiden des Gemüses und der Kräuter kam. Beim Essen waren sie sehr stolz auf ihre Arbeit und berichteten ihren Eltern, bei welchen Arbeitsschritten sie geholfen hatten. Auch die Eltern waren stolz auf ihre Kinder und lobten ihre Werke.

Die Kinder der beiden Schulen schätzten sehr unterschiedlich ein, ob sie in Zukunft öfter kochen würden. Während über 70% der Regelschüler *vielleicht* ankreuzten und jeweils 14,3% *ja, auf jeden Fall* und *nein*, mochte die Hälfte der Förderschüler *auf jeden Fall* öfter selbst kochen und ein Drittel immerhin *vielleicht* (Tabelle 40).

¹⁹⁶ An Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung haben die Schüler ab der fünften Klasse Hauswirtschaft als Unterrichtsfach.

Tabelle 40: Kinder PT3 "Glaubst du, dass du jetzt öfter selbst kochen wirst?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	2	14,3%	1	16,7%
vielleicht	10	71,4%	2	33,3%
ja, auf jeden Fall	2	14,3%	3	50,0%

Beim folgenden Projekttreffen gaben fast die Hälfte der Regelschulkinder und zwei Drittel der Förderschüler an, seit dem letzten Projekttreffen *öfter* selbst gekocht zu haben, zwei Förderschüler waren immerhin *einmal* als „Koch“ tätig, der Rest noch gar nicht (Tabelle 41).

Tabelle 41: Kinder PT4 „Hast Du seit dem letzten Projekttreffen schon selbst gekocht?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	6	54,5%	2	16,7%
ja einmal			2	16,7%
ja öfter	5	45,5%	8	66,7%

Auf die Frage, ob sie hier etwas über das Kochen dazu gelernt hätten (Tabelle 42), antworteten 10 Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule und 8 Christophorus-Schüler mit *ja, auf jeden Fall*, nur wenige (ein Kind der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule und vier Schüler der Christophorus-Schule), mit *vielleicht*.

Tabelle 42: Kinder PT4 „Hast Du hier etwas über das Kochen dazu gelernt?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	0	,0%	0	,0%
vielleicht	1	9,1%	4	33,3%
ja, auf jeden Fall	10	90,9%	8	66,7%

Beim fünften, integrativen Projekttreffen spielten die Kinder, der beiden Schulen zunächst zwar direkt nebeneinander, aber nicht miteinander. Bei den angeleiteten Spielen und den Workshops kamen die Kinder mit und ohne Behinderung und deren Eltern in Kontakt.



Abbildung 51: geselliges Miteinander beim integrativen Projekttreffen

Die drei Workshops, die von Eltern und Kindern aus beiden Schulen besucht wurden, ergaben nicht immer neue Erkenntnisse, manche Eltern waren sehr zurückhaltend. Einige Kleingruppen blieben eher bei der Thematik der Workshops, andere wechselten die Themen. Die Workshops verliefen sehr unterschiedlich, boten jedoch alle reichlich Anlass für Gespräche, auch zwischen Eltern behinderter und nichtbehinderter Kinder.

Im Workshop zu integrativen Sportvereinen diskutierten die Eltern Möglichkeiten und Grenzen einer Integration von Kindern mit geistiger Behinderung in Sportvereine. Eine Frage im Kurzfragebogen nach diesem Projekttreffen knüpfte daran an. Auf die Frage zu Grenzen und Möglichkeiten einer Integration von Kindern mit Behinderung in Sportvereine, antworteten die Eltern der beiden Schulen nahezu gegensätzlich (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: Eltern PT5 „Glauben Sie, dass Sport im Verein integrativ stattfinden kann?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	1	16,7%	5	55,6%
ich weiß nicht	2	33,3%	2	22,2%
ja	3	50,0%	2	22,2%

Während die Hälfte der Regelschuleltern eine Vereinsintegration für möglich hielt und sich die Übrigen für die Antwortmöglichkeiten *nein* und *ich weiß nicht* entschieden, hielten dies mehr als die Hälfte der Förderschuleltern nicht für möglich, ein knappes Viertel kreuzten jeweils *ja* und *ich weiß nicht* an.

Tabelle 44: Aussagen bei Antwort „nein“, weil...

	SBS	CS
... man zu spät heim kommt, lange Anfahrtswege*		2
... kein Interesse in Vereinen		1
... die meisten Vereine können Behinderte nicht integrieren	1	1
... Verständnis für Behinderte oft fehlt		1

* Die ungebundenen Antworten der Eltern wurden, auch wenn die einzelnen Formulierungen nicht identisch waren, zu Gruppen von gleichen Aussagen zusammengefasst.

Tabelle 45: Aussagen bei Antwort „ja“, ...

	SBS	CS
... wenn nicht die Leistung im Mittelpunkt steht	1	
... ja, aber nicht in jeder Sportart, schwierig bei Turniersport	1	
... aber schwierig	1	
... wenn jeder Rücksicht nähme		1
... jedoch nur in gewissem Maße		1

Die Hindernisse suchten die Eltern bei den Vereinen, aber auch bei den zeitlichen und räumlichen Bedingungen. Eine Integration wurde als schwierig realisierbar, aber für möglich befunden, wenn in der Gruppe und der gewählten Sportart der Leistungsgedanke im Hintergrund stünde und Rücksicht genommen würde.

Im Workshop zur aktiven Freizeitgestaltung waren Kinder und Eltern teilweise sehr aktiv beim Sammeln von Vorschlägen und bei der Besprechung derselben.

Es wurde später in den Kurzfragebögen zunächst gefragt, ob die Eltern selbst Probleme bei der eigenen Freizeitgestaltung hätten. Die elterlichen Antworten auf diese Frage unterschieden sich an den beiden Schularten. Während die Hälfte der Eltern von Regelschülern *nie* und nur wenige höchstens *manchmal* Schwierigkeiten damit hatten, kannten alle Eltern der Förderschüler diese Problematik. Einige von ihnen gaben sogar an, *häufig* Schwierigkeiten bei einer aktiven Freizeitgestaltung zu haben (siehe Tabelle 46).

Tabelle 46: Eltern PT5 „Haben Sie Schwierigkeiten Ihre eigene Freizeit aktiv zu gestalten?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	3	50,0%		
selten	2	33,3%	3	33,3%
manchmal	1	16,7%	4	44,4%
häufig			2	22,2%

Alle Eltern bekamen an dem Projekttreffen Anregungen für ihre Freizeitgestaltung (Tabelle 47); zwei Drittel der Eltern aus dem Steinbachtal *wenige*, ein Drittel *vielen* Anregungen. Fast achtzig Prozent der Eltern mit einem geistig behinderten Kind bekamen *vielen*, etwa zwanzig Prozent *wenige* neue Ideen.

Tabelle 47: Eltern PT5 „Haben Sie heute hilfreiche Anregungen für die Freizeitgestaltung Ihrer Familie bekommen?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	0	,0%	0	,0%
wenige	4	66,7%	2	22,2%
ja, viele	2	33,3%	7	77,8%

Auch die Kinder haben in diesem Workshop neue Anregungen für ihre Freizeitgestaltung bekommen. Über die Hälfte der Regelschüler und alle Förderschüler gaben an, dass dies der Fall war (Tabelle 48).

Tabelle 48: Kinder PT5 „Hast Du neue Ideen bekommen, was Du nach der Schule, am Wochenende oder in den Ferien gerne machen möchtest?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	4	44,4%		
ja	5	55,6%	10	100,0%

Welche Freizeitmöglichkeiten im Einzelnen neu entdeckt wurden, stellt die Abbildung 52 dar. Genannt wurden vor allem bewegungsaktive Freizeitmöglichkeiten (in der Abbildung in den Farben Grün, Blau und Gelb gehalten).

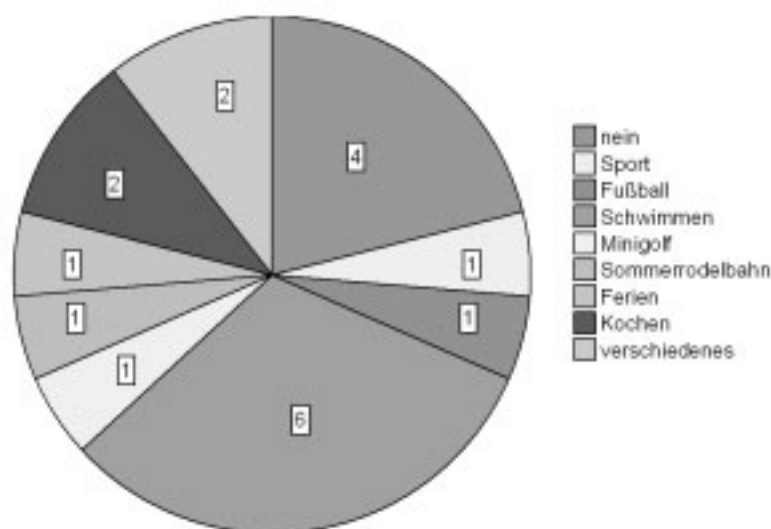


Abbildung 52: Kinder PT5 Anregungen für Freizeit

Tabelle 49 verdeutlicht den kommunikativen Aspekt des fünften Projekttreffens und zeigt, dass alle Eltern mit bisher unbekanntem Eltern zum wenigsten ein *wenig* ins Gespräch kamen.

Tabelle 49: Eltern PT5 „Kamen Sie heute mit anderen Eltern, die Sie vorher nicht kannten, ins Gespräch?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	0	,0%	0	,0%
wenig	3	50,0%	3	33,3%
ja	3	50,0%	6	66,7%

Während die Eltern noch lange an den Tischen saßen und sich unterhielten, spielten die Kinder nebenbei. Jetzt kamen auch Kontakte zwischen den Kindern der beiden Schulen zustande (siehe Tabelle 50). Zwei Kinder, die bereits den Kurzfragebogen ausgefüllt und angekreuzt hatten, dass sie nicht mit fremden Kindern gespielt hatten, holten den bereits ausgefüllten Fragebogen wieder zurück. Sie korrigierten ihre Antwort, nachdem sie schließlich doch mit anderen Kindern gespielt hatten. Insgesamt hat knapp die Hälfte aller Kinder mit vorher unbekanntem Kindern gespielt, davon ein Drittel *wenig*. Zehn Kinder traten nicht in bewussten Kontakt mit Kindern aus der anderen Projektschule.

Tabelle 50: Kinder PT5 „Hast Du heute auch mit Kindern, die Du vorher noch nicht kanntest, gespielt?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	5	55,6%	5	50,0%
wenig	1	11,1%	2	20,0%
ja, auf jeden Fall	3	33,3%	3	30,0%

Eltern und Kinder fanden an den Projekttreffen gemeinsame Themen, bewegten sich gemeinsam und tauschten sich aus. Die Zuckerausstellungen blieben in den Schulen einige Zeit für alle Kinder sichtbar aufgebaut.

8.2.4 Zusammenfassung der festgestellten Prozesse

In den Bewegungsstunden hatten die Kinder meist viel Freude am Bewegen und waren engagiert bei der Sache. Die ältesten Kinder der Projektgruppe an der Förderschule waren zuweilen unterfordert. Die schwächsten Kinder dieser Gruppe benötigten häufiger persönliche Ansprache und kleine Auszeiten in den Stunden. Offene Bewegungsaufgaben brachten die Kinder dazu, sich kreativ mit Geräten und Materialien zu beschäftigen. Bei diesen Aufgaben konnten sowohl schwächere als auch sehr fitte Kinder am gleichen Gegenstand neue Bewegungsmöglichkeiten (er-)finden und nachmachen. Die Forderung vieler

Aufgabenstellungen, mit verschiedenen Kindern zusammenzuarbeiten, führte bei den Kindern anfangs häufig zu Schwierigkeiten. Im Laufe des Schuljahres konnte in allen Projektgruppen beobachtet werden, dass die Kinder während der Bewegungsstunden zunehmend selbst versuchten, Konflikte zu lösen. Die Regelschüler, aber auch ein großer Teil der Förderschüler leisteten den Transfer von beobachteten Veränderungen der Herz- und Atemfrequenz bei körperlicher Belastung und Entspannung auf verallgemeinerbare physiologische Zusammenhänge.

Zu Beginn des Projekts hatten einige Kinder große Schwierigkeiten, sich an Regeln und Absprachen zu halten oder Niederlagen zu akzeptieren. Einem Großteil der Kinder gelang es immer besser, diese Probleme zu überwinden. Weniger beliebte Kinder wurden mit der Zeit besser in die Gruppen integriert. Anfängliche Probleme beim Zusammenfinden von Paaren wurden seltener. Die anfänglichen Schwierigkeiten der Gruppen, sich auf Entspannungsübungen einzulassen, wichen vor allem in der Regelschule großer Akzeptanz gegenüber der Ruhephase der Bewegungsstunden. Die Kinder ließen sich schneller auf Entspannungsübungen ein und teilten sich bei Partnerübungen häufiger gegenseitig ihre Empfindungen und Bedürfnisse mit.

An der Förderschule gab es in der Projektgruppe sehr ängstliche Kinder, die im Laufe des Schuljahres mutiger wurden und sich selbst mehr zutrauten. Die Problematik der Kinder kid5 und kid10 wurde in den Bewegungsstunden nur kurzzeitig nebensächlicher, führte aber letztlich dazu, dass kid10 nicht mehr an den Bewegungsstunden teilnahm.

In der Gruppe an der Förderschule gab es einige Kinder, die sich manchmal langweilten. Eine Ursache mag sein, dass diese „fitten“ Kinder wegen der ausgeprägten Leistungsunterschiede der Gruppe häufiger auf schwächere Schüler warten mussten. In einer diesbezüglich homogeneren Gruppe würde Langeweile vermutlich seltener aufkommen.

An beiden Schulen war die Atmosphäre an allen Projekttreffen sehr angenehm. Die Eltern der Schüler nutzten die Zeit vor dem offiziellen Beginn in der Turnhalle zum Unterhalten, während die Kinder bereits spielten.

Die anfänglichen gemeinsamen Bewegungsphasen an den Projekttreffen bereiteten Kindern und Eltern Freude und gaben Anlass, miteinander in Kontakt zu kommen. Eltern und Kinder lernten teilweise neue Spiele und Spielgeräte kennen.

Sehr bald wurde sichtbar, dass es einen deutlichen Wissensvorsprung auf Seiten der Eltern der Regelschüler gab. Die bearbeiteten Themen waren den Eltern der Regelschüler häufig bekannt, für die Eltern der Förderschüler eher teilweise oder völlig neu. Die Eltern

interessierten sich sehr für die Themen „ausgewogene Ernährung“ (insbesondere Kinderernährung), „versteckter Zucker“, für die Tipps und Übungen für einen rückenfreundlichen Alltag, die Einführung in eine Entspannungstechnik und eine aktive Freizeitgestaltung. An den sehr unterschiedlichen Elternworkshops kam es bei jeder besprochenen Thematik ständig zum Erfahrungsaustausch. Die Eltern beschäftigten sich produktiv mit diesen Thematiken und diskutierten Lösungen für den Alltag. Die gemeinschaftliche Aktion mit anderen, teilweise bisher unbekanntem teilnehmenden Familien, wurde von den Eltern gut angenommen und zum Austausch genutzt.

Die Kinder mit geistiger Behinderung wussten wesentlich weniger über die besprochenen Thematiken. Für die Regelschüler war die theoretische Behandlung der Themen angemessen. In den Kinderworkshops verstanden nicht alle Kinder mit geistiger Behinderung sämtliche Inhalte. Manche dieser Kinder wirkten bei den eher theoretischen Phasen desinteressiert. Die grundlegenden Botschaften des Besprochenen erreichten einen Großteil der Kinder mit geistiger Behinderung, auch wenn Einzelheiten nicht allen Kindern vermittelt werden konnten. Originale Lebensmittel und Spiele mit anschaulichem Material waren am besten für die Vermittlung von Lerninhalten geeignet.

Für viele Kinder mit geistiger Behinderung war das Mitwirken bei der Nahrungsmittelzubereitung an vier Projekttreffen eine neue Erfahrung. Auch hier hatten die Förderschüler einen erheblichen Wissens- und Erfahrungsrückstand im Vergleich zu den Regelschülern. Die Kinder beider Schulen erweiterten mit Freude ihren Erfahrungs- und Wissensschatz im Zubereiten von Speisen. Beim Essen waren sie sehr stolz auf ihre Arbeit und berichteten ihren Eltern, bei welchen Arbeitsschritten sie geholfen hatten. Auch die Eltern waren stolz auf ihre Kinder und lobten ihre Werke. Die meisten Kinder kochten nach den Projekttreffen auch zu Hause öfter.

Das selbstinitiierte gemeinsame Spiel einiger Kinder mit und ohne geistige Behinderung am letzten Projekttreffen lässt den integrativen Gedanken dieses Projekts in der Praxis zum Ausdruck kommen.

8.3 Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation - Effekte

Hier sollen die Ergebnisse der Eltern- und der Kinderbefragung zusammengeführt werden, um die Wirksamkeit des Projekts hinsichtlich erkennbarer Effekte zu hinterfragen. Zunächst soll überprüft werden, ob sich bei Eltern und/oder Kindern Einstellungen und Gewohnheiten bzgl. Ernährung und Bewegung geändert haben. Im Anschluss daran wird der Focus auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder gerichtet. Bei der Betrachtung der Daten werden die Antworten der Probanden in Bezug zu den verschiedenen Projektgruppen und bezüglich des Erhebungszeitpunktes, also vor und nach dem Projekt, verglichen. Ein Großteil der Erkenntnisse stammen aus der Diplomarbeit zum Thema Einstellungen von Eltern und ihren Kindern im Grundschulalter mit und ohne geistige Behinderung zur gesunden Lebensweise hinsichtlich Ernährung und Bewegung (LERCH 2008), in der viele Fragen aus den Fragebögen der Prä- und Postbefragung dieser Pilotstudie ausgewertet wurden¹⁹⁷. Als Ergänzung zu LERCHS Arbeit wurde in der vorliegenden Arbeit, wenn dies sinnvoll erschien, die Gruppe der Eltern der Regelschüler in zwei Untergruppen aufgeteilt: Eltern, die mindestens an einem Projekttreffen anwesend waren (Steinbachtal-Burkarder-Volksschule), und die, die nicht teilnahmen (keine Projektteilnahme). Aus der Gruppe der Eltern, die nicht am Projekt teilnahmen, sendeten nur sechs Anfangs- und Endfragebogen zurück, das bedeutet, dass die Antworten dieser Gruppe (vorher N=1 und nachher N=8) nicht im Vergleich vorher - nachher betrachtet werden können. Die Daten der teilnehmenden Eltern der Regelschulkinder werden durch diese differenziertere Betrachtung etwas aussagekräftiger. Die Regelmäßigkeit der Teilnahme an den Projekttreffen variierte hier jedoch sehr stark.

8.3.1 Einstellungen der Eltern bezüglich Ernährung und Bewegung

Auf die Frage, wie wichtig den Eltern eine gesunde Ernährung des Kindes ist (siehe Tabelle 51), antworten alle Eltern mit *wichtig* oder *sehr wichtig*. Interessant ist, dass die Eltern, die Interesse am Projekt hatten, schon vorher größeren Wert auf eine gesunde Ernährung ihrer Kinder legten, als die Eltern, die nicht am Projekt teilnahmen. Die Angaben vom

¹⁹⁷ Zwei Elternfragebögen konnten in LERCHS Arbeit nicht in die Analyse mit aufgenommen werden, da diese zu spät zurückgeschickt wurden. In den vorher-nachher-Vergleichen in diesem Kapitel werden diese Daten nicht ergänzt, da die Daten dieser Eltern bei den Anfangsbefragungen ebenso fehlten. Bei der geringen Teilnehmerzahl würden die Daten diese Untersuchung wahrscheinlich verzerren. Da an der Regelschule die Teilnehmerzahl größer war, spielen hier Unterschiede bei der Datenmenge der Prä- und Postbefragung eine geringere Rolle.

Endfragebogen unterstreichen diese Tatsache. Nach dem Projekt (Tabelle 52) veränderte sich die Einstellung zur Wichtigkeit gesunder Ernährung nur bei den Eltern der Christophorus-Schüler, von einer Gleichverteilung zwischen *wichtig* und *sehr wichtig* (Tabelle 51) zu einer deutlichen Mehrheit von *wichtig* (LERCH 2008, 48).

Tabelle 51: Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich ihr Kind gesund ernährt? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wichtig	7	63,6%	5	50,0%	6	37,5%
sehr wichtig	4	36,4%	5	50,0%	10	62,5%

Tabelle 52: Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich ihr Kind gesund ernährt? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wichtig	6	75,0%	8	88,9%	5	33,3%
sehr wichtig	2	25,0%	1	11,1%	10	66,7%

Die eigene Ernährung war den meisten Eltern *wichtig* bis *sehr wichtig* (LERCH 2008). *Wenig wichtig* war eine gesunde Ernährung nur Vätern von Regelschülern, den meisten war dies *wichtig*. Vätern mit einem behinderten Kind war die Ernährung *wichtig* oder *sehr wichtig*. Zwei Väter, die am Projekt teilnahmen, änderten in der post-Befragung ihre Antwort von *wichtig* (Tabelle 53) zu *sehr wichtig* (Tabelle 54).

Tabelle 53: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Vater)? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig wichtig	1	12,5%			2	15,4%
wichtig	6	75,0%	7	77,8%	7	53,8%
sehr wichtig	1	12,5%	2	22,2%	4	30,8%

Tabelle 54: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Vater)? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	2	28,6%			3	21,4%
wichtig	3	42,9%	7	87,5%	5	35,7%
sehr wichtig	2	28,6%	1	12,5%	6	42,9%

Tendenziell war Müttern die Ernährung wichtiger als Vätern. *Wenig wichtig* wurde nur von nicht teilnehmenden Müttern genannt, teilnehmende Mütter schätzten eine gesunde Ernährung *wichtig* oder *sehr wichtig* ein (Tabelle 55 und Tabelle 56). Gab es eine leichte negative Verschiebung bei den Müttern der Christophorus-Schule (von 60% zu 50% *sehr wichtig*), war

den am Projekt teilnehmenden Müttern der Steinbachtalschule eine gesunde Ernährung im Bezug auf ihre eigene Gesundheit nach dem Projekt noch wichtiger als zuvor.

Tabelle 55: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Mutter)? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig wichtig	2	18,2%				
wichtig	7	63,6%	5	50,0%	9	56,3%
sehr wichtig	2	18,2%	5	50,0%	7	43,8%

Tabelle 56: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Mutter)? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig wichtig	1	12,5%				
wichtig	6	75,0%	6	60%	5	33,3%
sehr wichtig	1	12,5%	4	40%	10	66,7%

Die Eltern wurden vor und nach dem Projekt dazu befragt, ob ihrer Meinung nach die Schule und Eltern¹⁹⁸ Einfluss auf die Ernährung bzw. die Bewegung der Kinder nehmen kann, und wie groß sie diesen schätzen¹⁹⁹. Während sich bei den Eltern, die nicht am Projekt teilnahmen, die Meinung nicht oder zu Ungunsten des schulischen Einflusses änderte, schrieben die Projektteilnehmer der Schule nach dem Projekt eine größere Einflussmöglichkeit zu²⁰⁰.

¹⁹⁸ Folgende Fragen wurden in den Fragebögen gestellt, von den Eltern vor und nach dem Projekt annähernd identisch beantwortet und erscheinen nicht als aussagekräftig für die hier erörterten Fragestellungen: Wie groß schätzen Sie den Einfluss des Vereins auf die Ernährung Ihres Kindes? Wie groß schätzen Sie den Einfluss der Freunde auf die Ernährung Ihres Kindes? Wie groß ist Ihrer Meinung nach der Einfluss vom Sportverein auf die Bewegung Ihres Kindes? Wie groß ist Ihrer Meinung nach der Einfluss von Freunden auf die Bewegung Ihres Kindes? Wie groß ist Ihrer Meinung nach der Einfluss der Werbung auf die Bewegung Ihres Kindes?

¹⁹⁹ Diese Frage tauchte etwas anders formuliert ein zweites Mal im Fragebogen auf („Kann Ihrer Meinung nach die Schule Einfluss auf die Ernährung Ihres Kindes nehmen?“). Die Antworten auf diese Frage sind nahezu identisch mit denen aus der in Tabelle 57 und Tabelle 58 abgebildeten Frage.

²⁰⁰ Werden die Antwortmöglichkeiten *gering* und *etwas* aus dem ersten Fragebogen zu *gering* zusammengefasst, können die Angaben mit dem Postfragebogen verglichen werden.

Tabelle 57: Geschätzter Einfluss der Schule auf die Ernährung des Kindes (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering	2	18,2%			4	25,0%
etwas	7	63,6%	3	37,5%	7	43,8%
groß	2	18,2%	4	50,0%	5	31,3%
sehr groß			1	12,5%		

Tabelle 58: Geschätzter Einfluss der Schule auf die Ernährung des Kindes (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering	5	62,5%	1	10,0%	5	33,3%
groß	1	12,5%	5	50,0%	7	46,7%
sehr groß	2	25,0%	4	40,0%	3	20,0%

Tabelle 59: Geschätzter Einfluss der Werbung auf die Ernährung des Kindes (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht			1	12,5%	1	6,3%
gering	2	18,2%	3	37,5%	3	18,8%
etwas	5	45,5%	1	12,5%	5	31,3%
groß	3	27,3%	1	12,5%	4	25,0%
sehr groß	1	9,1%	2	25,0%	3	18,8%

Tabelle 60: Geschätzter Einfluss der Werbung auf die Ernährung des Kindes (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht			1	10%	1	6,7%
gering	3	42,9%	3	30%	7	46,7%
groß	2	28,6%	2	20%	6	40,0%
sehr groß	2	28,6%	4	40%	1	6,7%

Eltern der Förderschüler und die nicht teilnehmenden Eltern schätzten den Einfluss der Werbung auf die Ernährung der Kinder höher ein (siehe Fußnote 200), teilnehmende Steinbachtal-Eltern veränderten ihre Meinung nicht.

Tabelle 61: Geschätzter Einfluss der Eltern auf die Ernährung des Kindes (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
etwas	1	9,1%	2	25,0%		
groß	1	9,1%	5	62,5%	5	31,3%
sehr groß	9	81,8%	1	12,5%	11	68,8%

Tabelle 62: Geschätzter Einfluss der Eltern auf die Ernährung des Kindes (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
groß	3	37,5%	5	50%		
sehr groß	5	62,5%	5	50%	15	100,0%

Die Eltern sollten den elterlichen Einfluss auf die Ernährung und das Bewegungsverhalten der Kinder einschätzen (siehe Fußnote 200). Die am Projekt teilnehmenden Eltern schätzten den elterlichen Einfluss nach dem Projekt sowohl auf die Ernährung (Tabelle 61 und Tabelle 62) als auch auf das Bewegungsverhalten (siehe Tabelle 63 und Tabelle 64) höher ein als davor.

Tabelle 63: Geschätzter Einfluss der Eltern auf das kindliche Bewegungsverhalten (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering			1	12,5%		
etwas	2	18,2%			2	12,5%
groß	1	9,1%	4	50,0%	4	25,0%
sehr groß	8	72,7%	3	37,5%	10	62,5%

Tabelle 64: Geschätzter Einfluss der Eltern auf das kindliche Bewegungsverhalten (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering			1	10%		
groß	3	37,5%	4	40,0%	3	20,0%
sehr groß	5	62,5%	5	50%	12	80,0%

Auch der Einfluss der Schule und der Eltern auf das kindliche Bewegungsverhalten wurde von den Eltern nach dem Projekt höher eingeschätzt als vor dem Projekt (Tabelle 65, Tabelle 66 und Tabelle 64, siehe Fußnote 200).

Tabelle 65: Geschätzter Einfluss der Schule auf das kindliche Bewegungsverhalten (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering			1	12,5%	1	6,3%
etwas	5	45,5%	1	12,5%	6	37,5%
groß	4	36,4%	2	25,0%	8	50,0%
sehr groß	2	18,2%	4	50,0%	1	6,3%

Tabelle 66: Geschätzter Einfluss der Schule auf das kindliche Bewegungsverhalten (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering	2	25,0%	1	10%	2	13,3%
groß	4	50,0%	5	50%	7	46,7%
sehr groß	2	25,0%	4	40%	6	40,0%

Während sich die Einstellung der Eltern der Kinder ohne Behinderung eher zum positiven veränderte (weniger Eltern hielten die Bewegung für *wenig wichtig*), gab es einen negativen Trend bei den Eltern der Förderschüler. Sowohl vor als auch nach dem Projekt finden zwar die meisten dieser Eltern die Bewegung *wichtig*, jedoch nannten nach dem Projekt weniger Personen die Möglichkeit *sehr wichtig*, mehr dagegen jedoch *wenig wichtig*. Die tatsächlich

ausgeführten sportlichen Aktivitäten der Eltern waren vor wie nach dem Projekt annähernd gleich (LERCH 2008).

Allen Eltern war es *wichtig* oder *sehr wichtig*, dass sich ihre Kinder in ihrer Freizeit bewegen. Eine negative Entwicklung gab es bei den Eltern der Förderschüler auf diese Frage. Der Modus lag vor dem Projekt in dieser Gruppe bei *sehr wichtig*, danach bei *wichtig* (vgl. LERCH 2008). Eine leichte positive Tendenz ist für die Eltern der Regelschüler zu erkennen.

Tabelle 67: Würden Sie gerne selber mehr Sport treiben (Vater)? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	3	33,3%	2	22,2%	3	25,0%
ja	6	66,7%	7	77,8%	9	75,0%

Tabelle 68: Würden Sie gerne selber mehr Sport treiben (Vater)? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	3	37,5%	1	11,1%		
ja	5	62,5%	8	88,9%	14	100,0%

Bei den beiden Projektgruppen äußerten nach dem Projekt mehr Väter den Wunsch, mehr Sport zu treiben (Tabelle 67 und Tabelle 68).

An dem Wunsch der Mütter, selbst mehr Sport zu treiben, änderte sich kaum etwas. Neunzig Prozent der Mütter eines behinderten Kindes und über achtzig Prozent der teilnehmenden Mütter der Regelschüler würden gerne mehr Sport treiben (LERCH 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Eltern der Förderschüler Interesse am Projekt zeigten, für die Bewegung und Ernährung hinsichtlich der eigenen und der Gesundheit ihres Kindes bereits *wichtig* oder *sehr wichtig* waren. Einigen beobachtbaren positiven Tendenzen standen an anderer Stelle negative Entwicklungen gegenüber. Die Wichtigkeit von Ernährung und Bewegung wurde für die Eltern der Förderschüler nach dem Projekt etwas moderater, aber immer noch als wichtig eingeschätzt. Die teilnehmenden Eltern der Regelschüler tendierten nach dem Projekt eher zur Einschätzung, dass diese Faktoren *sehr wichtig* für sie selbst und ihre Kinder seien. Das Projekt hatte auf die Einstellung der Eltern bezüglich Bewegung als auch Ernährung keinen merklich positiven Einfluss (LERCH 2008, 76).

Eine Veränderung gibt es bei allen teilnehmenden Eltern zu vermerken. Sie messen sich selbst und der Schule nach dem Projekt einen größeren Einfluss auf das Bewegungsverhalten und die Ernährung ihrer Kinder bei als vor dem Projekt.

Den Trend einer positiven Beeinflussung der elterlichen Einstellung auf Grund von den an den Projekttreffen behandelten Themen lässt sich in den Antworten auf Fragen aus den

Kurzfragebögen erkennen. An den letzten drei Projekttreffen wurde durch diese Fragebögen abgefragt, ob die Eltern auf Grund der besprochenen Thematiken etwas im Familienalltag ändern wollten.

Alle Eltern, die den Fragebogen ausfüllten, wollten nach dem vierten Projekttreffen in Zukunft ihre Kinder für ihre Körperhaltung sensibilisieren (Tabelle 69).

Tabelle 69: Eltern PT4 "Werden Sie in Zukunft versuchen, Ihr Kind dafür zu sensibilisieren?"

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	16	88,9
	nein	0	,0
Fehlend		2	11,1
Gesamt		18	100,0

Bis zu diesem Zeitpunkt wurde von Eltern bereits bei mehr als der Hälfte der Kindern *manchmal* auf die Körperhaltung geachtet, bei einem Kind bisher noch nicht und bei einigen *schon immer*. Ein deutlicher Unterschied bezüglich der Schulen lag bei der bisherigen elterlichen Aufmerksamkeit bzgl. der Körperhaltung ihrer Kinder (Tabelle 70).

Tabelle 70: Eltern PT4 "Haben Sie bereits bei Ihrem Kind auf seine Körperhaltung geachtet?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	0	,0%	1	9,1%
manchmal	4	57,1%	9	81,8%
ja, schon immer	3	42,9%	1	9,1%

Alle Eltern der Regelschüler gaben an, bereits auf die Körperhaltung ihrer Kinder geachtet zu haben (Tabelle 70). Bei den meisten behinderten Kindern (81,9%) wurde von den Eltern *manchmal*, einmal *nie* und einmal *schon immer* auf die Körperhaltung geachtet.

An beiden Schulen nahmen sich etwa 60% der Eltern vor, die am Projekttreffen gelernten Rückenübungen zu Hause durchzuführen (Tabelle 71).

Tabelle 71: Eltern PT4 "Haben Sie vor, die Rückenübungen selbst zu Hause durchzuführen?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl ²⁰¹	%
nein	0	,0%	0	,0%
vielleicht	3	42,9%	4	40,0%
ja	4	57,1%	6	60,0%

²⁰¹ N=10, da diese Frage nicht von allen Teilnehmern beantwortet wurde.

Nach der Teilnahme am dritten Projekttreffen nahmen sich etwa die Hälfte der Eltern vor, ihre Einkaufsgewohnheiten in Zukunft zu ändern und genauer auf die Inhaltsstoffe zu achten (Tabelle 72).

Tabelle 72: Eltern PT3 geplante Änderung des Einkaufsverhaltens

	SBS	CS
	Anzahl (N=10)	Anzahl (N=9)
nein	5	5
ja	5	4

Die Eltern wurden gebeten, Vorhaben explizit zu benennen bzw. Gründe zu nennen, wieso sie ihr Einkaufsverhalten nicht ändern wollten.

Bei der Antwort „ja“, gaben die Eltern an:

- ... noch genauer auf Inhaltsstoffe achten
- ... einige Produkte nicht mehr kaufen; auf Inhaltsstoffe achten
- ... bewusster und ausgesuchter
- ... bezüglich versteckter Zucker und Fette
- ... wegen der Ernährung (Zuckerzusatz)
- ... aber beim Einkauf nicht nur Fett auch Zucker
- ... Getränke (Säfte) und mehr Apfelschorle

Die Eltern, die ihr Verhalten nicht ändern wollten, begründeten dies damit, dass

- ... sie schon vorher darauf geachtet haben. (7 Nennungen)
- ... alles in Maßen in Ordnung ist.

Ein Großteil der Eltern äußerte das Vorhaben, konsequenter darauf zu achten, dass ihr Kind weniger Zucker isst (Tabelle 73).

Tabelle 73: Eltern PT3 Vorhaben, mehr auf Zuckerkonsum des Kindes zu achten

	SBS	CS
	Anzahl (N=10)	Anzahl (N=8) ²⁰²
nein, nicht ändern	2	2
ja, ändern	8	6

²⁰² Bei einer Familie kam die Mitarbeiterin der Familienentlastenden Dienste als Vertretung der Eltern mit den Kindern und beantwortete diese Frage nicht.

Als Grund für eine Verneinung der Frage nannten die Eltern, dass ihr Kind „eh kein Zuckermaul“ sei oder „in der Familie bereits Süßigkeiten eingeschränkt sind“.

8.3.2 Ernährungsgewohnheiten der Kinder

Die Ernährungsgewohnheiten der Kinder wurden sowohl in den Eltern- als auch in den Kinderfragebögen erfragt. Hier werden Items aus beiden Fragebögen nebeneinander dargestellt und miteinander in Verbindung gebracht.

Aus der Elternbefragung geht hervor, dass bei ca. der Hälfte der Familien gemeinsam gefrühstückt wurde, das Mittagessen in allen Familien dagegen am seltensten gemeinsam eingenommen wurde. Hierbei muss bedacht werden, dass während der Schulzeit die Mittagspause bei fast allen Kindern mit geistiger Behinderung in der Tagesstätte lag, also keine gemeinsame Mahlzeit in der Familie stattfinden konnte. Das Abendessen ist die Mahlzeit, die unter der Woche am häufigsten gemeinsam eingenommen wurde. Die Angaben blieben vor und nach dem Projekt nahezu identisch.

Um zu erfahren, was gegessen wurde, wurden die Eltern gefragt, wie häufig ihr Kind durchschnittlich in der Woche (incl. des Essens in der Schule) Fleisch oder Fisch aße. Alle Kinder der Christophorus-Schule, die vor dem Projekt *täglich* Fleisch oder Fisch aßen, nahmen nach dem Projekt nur noch *3-4mal* pro Woche Fleisch oder Fisch zu sich. An der Steinbachtalschule war nach dem Projekt ein Trend zu *3-4mal* pro Woche (von 50% zu 66,7%) sichtbar (Tabelle 74 und Tabelle 75).

Tabelle 74: Durchschnittlicher Fleisch-/Fischkonsum in der Woche (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nie					1	6,3%
1-2mal	4	36,4%	1	10,0%	5	31,3%
3-4mal	5	45,5%	6	60,0%	8	50,0%
täglich	2	18,2%	3	30,0%	2	12,5%

Tabelle 75: Durchschnittlicher Fleisch-/Fischkonsum in der Woche (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nie					2	13,3%
1-2mal	3	37,5%	1	10%	2	13,3%
3-4mal	3	37,5%	9	90%	10	66,7%
täglich	2	25,0%			1	6,7%

Bei der Frage nach dem Verzehr von Gemüse, Salat oder Obst zu Hause gab es bei der zweiten Befragung im Vergleich zur ersten leichte negative Tendenzen in den

Projektgruppen. Am häufigsten wurde immer noch *täglich* genannt, jedoch etwas seltener *mehrmals täglich* Obst oder Gemüse. Die Negativentwicklung, die LERCH (2008) beschreibt, egalisiert sich nahezu, wenn die Gruppe der Steinbachtalern in Projektteilnehmer und Nicht-Teilnehmer unterschieden werden (siehe Tabelle 76 und Tabelle 77). Dann wird der Negativtrend nur für die Kinder, deren Eltern an keinem Projekttreffen teilnahmen, deutlich.

Tabelle 76 Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Obst? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selten			1	10,0%		
3-4mal/Woche	1	9,1%			2	12,5%
täglich	9	81,8%	8	80,0%	7	43,8%
3mal täglich	1	9,1%	1	10,0%	6	37,5%
öfter					1	6,3%

Tabelle 77: Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Obst? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selten	2	25,0%	1	10%		
3-4x/Woche	1	12,5%	1	10%	2	13,3%
täglich	3	37,5%	8	80%	8	53,3%
3mal täglich	2	25,0%			4	26,7%
öfter					1	6,7%

Die Kinder selbst wurden auch nach ihren Essgewohnheiten und Vorlieben befragt. Die Kinder wurden zunächst nach ihrem Lieblingsessen gefragt. Zur Vereinfachung der Auswertung wurden die verschiedenen Gerichte umcodiert zu „sehr gesund“ (z.B. Gemüse und Obst), „normal gesund“ (z.B. Nudeln oder Pizza) und „ungesund“ (z.B. Süßigkeiten, Pommes). Keines der Kinder nannte vor dem Projekt eine Lieblingsspeise, die der Kategorie „sehr gesund“ zuzuordnen war. Nach dem Projekt sind es an beiden Schulen jeweils 9,1% der Kinder. An der Regelschule stieg der Anteil derer, die etwas „normal gesundes“ nannten, weniger als vorher gaben „ungesunde“ Speisen an. Für die Christophorus-Schüler trifft diese Veränderung nicht zu. Hier stieg der Prozentsatz der „ungesunden Speisen“, der für „normal gesunde“ Speisen sank (LERCH 2008, 69).

Die retrospektiven Fragen zu den Speisen eines gewöhnlichen (im Anfangsfragebogen) bzw. des vergangenen (im Endfragebogen) Tagesverlaufs lässt keine Schlüsse hinsichtlich eines geänderten Ernährungsverhaltens der Kinder zu. Beide Projektgruppen ernährten sich vorwiegend „normal gesund“, nachmittags aßen Kinder mit geistiger Behinderung insgesamt eher „ungesund“, die Kinder ohne Behinderung vorwiegend „normal gesund“ (LERCH 2008, 70f).

Die Häufigkeit, mit der die Kinder der Projektgruppen naschten, hat sich nach Angaben der Eltern nicht verändert. Die meisten Eltern gaben an, dass ihre Kinder *mehrmals pro Woche* oder *einmal am Tag* naschen (LERCH 2008, 48). Die Kinder selbst machten jedoch vor und nach dem Projekt unterschiedliche Angaben zu ihrem eigenen Süßigkeitenkonsum. Bei den Förderschülern stieg die absolute Zahl der Kinder, die nur *ab und zu* naschen. Die Antworten *einmal am Tag* und *mehrmals täglich* nannten zu den Erhebungszeitpunkten gleich viele Kinder. An der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule ist deutlicher eine Entwicklung zu weniger Naschen erkennbar. Hier stiegen die absoluten Werte jeweils bei *gar nicht*, *ab und zu* und *einmal am Tag*, während *mehrmals täglich* wenige Schüler nannten (LERCH 2008, 70). Die Kinder wurden vor und nach dem Projekt gefragt, ob sie in ihrer Freizeit beim Kochen helfen. Hier ist es sinnvoll zwischen den Kindern zu unterscheiden, die mindestens an einem Projekttreffen anwesend waren, an dem die Kinder gemeinsam kochten (Projekttreffen 2-5).

Tabelle 78: In meiner Freizeit helfe ich beim Kochen (prä)

Anwesenheit an mindestens einem Projekttreffen, an dem gekocht wurde	CS		SBS			
	nicht anwesend	anwesend	nicht anwesend		anwesend	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	1		3	18,8%	1	6,3%
selten			2	12,5%	7	43,8%
manchmal		1	6	37,5%	5	31,3%
oft		2	5	31,3%	3	18,8%
immer		1				
		3				

Tabelle 79: In meiner Freizeit helfe ich beim Kochen (post)

Anwesenheit an mindestens einem Projekttreffen, an dem gekocht wurde	CS		SBS			
	nicht anwesend	anwesend	nicht anwesend		anwesend	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%
nie		2	2	13,3%		
selten			7	46,7%	3	18,8%
manchmal		3	4	26,7%	6	37,5%
oft		1			6	37,5%
immer	1	1	2	13,3%	1	6,3%

An der Christophorus-Schule gaben nach dem Projekt zwei Kinder an, *nie* zu kochen, die vorher mindestens *selten* beim Kochen geholfen haben. Hier kann also eher eine negative Entwicklung betrachtet werden. Bei der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule helfen die Kinder, die an mindestens einem Projekttreffen gekocht haben, nach dem Projekt häufiger beim Kochen als davor (Tabelle 78 und Tabelle 79).

8.3.3 Freizeitgewohnheiten der Kinder

Um Einblicke in das Freizeitverhalten der Kinder zu bekommen, wurden sowohl Eltern als auch die Kinder selbst zu diesen befragt. Insgesamt verbrachten die Christophorus-Schüler sowohl an schulfreien als auch an Schultagen mehr Zeit mit Medien als die Regelschüler. Vor dem Projekt wurde angegeben, dass die Kinder mit geistiger Behinderung an schulfreien Tagen mindestens *eine Stunde*, einige sogar *über drei Stunden* vor Medien sitzen. An Schultagen verbrachten alle Kinder weniger Zeit mit Medien, trotzdem gab es Kinder mit Behinderung, die dann noch *2-3 Stunden* Medien konsumierten. Kleine Verschiebungen der Angaben nach dem Projekt ergaben aber keine großen Veränderungen zu den Angaben vor dem Projekt. An schulfreien Tagen änderte sich nach dem Projekt die Medienzeit bei drei Kindern mit geistiger Behinderung, an schulfreien Tagen bei einem von *ein bis zwei Stunden* auf eine Medienzeit zwischen einer *halben bis einer Stunde*. Auch bei den Schülern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule gab es eine leichte Verschiebung, hier jedoch nach dem Projekt eher zu mehr Medienkonsum bei einzelnen Schülern.

Tabelle 80: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an schulfreien Tagen (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
-1/2h	3	27,3%			1	6,3%
1/2-1h	1	9,1%			5	31,3%
1-2h	5	45,5%	5	50,0%	6	37,5%
2-3h	2	18,2%	2	20,0%	4	25,0%
>3h			3	30,0%		

Tabelle 81: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an schulfreien Tagen (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
-1/2h	1	12,5%			2	13,3%
1/2-1h	1	12,5%	3	30,0%	5	33,3%
1-2h	5	62,5%	2	20,0%	5	33,3%
2-3h	1	12,5%	2	20,0%	2	13,3%
>3h			3	30,0%	1	6,7%

Tabelle 82: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an Schultagen (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
-1/2h	3	27,3%	2	20,0%	6	37,5%
1/2-1h	3	27,3%	2	20,0%	6	37,5%
1-2h	5	45,5%	4	40,0%	4	25,0%
2-3h			2	20,0%		

Tabelle 83: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an Schultagen (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
-1/2h	1	12,5%	2	20%	7	46,7%
1/2-1h	5	62,5%	3	30%	5	33,3%
1-2h	2	25,0%	3	30%	2	13,3%
2-3h			2	20%	1	6,7%

Die Kinder wurden ebenfalls zu ihrem eigenen Medienkonsum befragt. Die Zeit, in denen die Kinder Computer spielen, scheint nach ihren Angaben leicht rückläufig zu sein. Die meisten Regelschüler spielten *selten*, gleichviele entschieden sich vor und nach dem Projekt für *nie*. Die dritthäufigste Antwort verschob sich von *oft* zu *manchmal*. Bei den Förderschülern waren die Antworten für den zweiten Fragebogen im Vergleich zum ersten besser verteilt, es gab weniger extreme Antworten. Kein Kind gab im Endfragebogen an, *nie* oder *immer* Computer zu spielen. Die Antworten aller Kinder verlagerten sich in die mittleren Antwortbereiche zwischen *selten* und *oft*.

Der Fernsehkonsum war nach Angaben der Kinder an beiden Schulen nach dem Projekt im Vergleich zu den Angaben vor dem Projekt etwas rückgängig (LERCH 2008,72).

Die Angaben der Eltern zur durchschnittlichen in Bewegung und im Sitzen verbrachten Zeit der Kinder bestätigten, dass die Kinder mit Behinderung in ihrer Freizeit weniger aktiv waren. Lag der Median für die Bewegungszeit am Wochenende der Steinbachtalschüler bei *über sechs Stunden*, war dieser bei Kindern mit Behinderung zwischen *drei und sechs Stunden* (Tabelle 84 und Tabelle 85). Auch unter der Woche bewegten sich Regelschüler deutlich mehr als die Schüler mit Förderbedarf.

Tabelle 84: Durchschnittliche Zeit in Bewegung am Wochenende/ in den Ferien (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1-3h			2	33,3%		
>3-6h	4	40,0%	3	50,0%	5	38,5%
>6h	6	60,0%	1	16,7%	8	61,5%

Tabelle 85: Durchschnittliche Zeit in Bewegung am Wochenende/in den Ferien (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1-3h			2	25,0%		
>3-6h	2	40,0%	5	62,5%	4	28,6%
>6h	3	60,0%	1	12,5%	10	71,4%

Tabelle 86: Durchschnittliche Zeit in Bewegung Montag bis Freitag nach der Schule (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<1h			1	11,1%		
1-3h	2	20,0%	8	88,9%	5	33,3%
>3-6h	8	80,0%			10	66,7%

Tabelle 87: Durchschnittliche Zeit in Bewegung Montag bis Freitag nach der Schule (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<1h			2	22,2%		
1-3h	2	33,3%	6	66,7%	5	33,3%
>3-6h	3	50,0%	1	11,1%	10	66,7%
>6h	1	16,7%				

Ein leichter Trend zu mehr Bewegung am Wochenende konnte bei beiden Projektgruppen beobachtet werden. Unter der Woche verschoben sich die Angaben für die Christophorus-Schüler leicht (

Tabelle 86 und Tabelle 87), können jedoch nicht als Trend zu mehr oder weniger Bewegung gedeutet werden.

Tabelle 88: Durchschnittliche Zeit sitzend am Wochenende/in den Ferien (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1-3h	6	60,0%	1	16,7%	3	23,1%
>3-6h	2	20,0%	5	83,3%	9	69,2%
>6h	2	20,0%			1	7,7%

Tabelle 89: Durchschnittliche Zeit sitzend am Wochenende/in den Ferien (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1-3h	2	40,0%	1	11,1%	5	35,7%
>3-6h	3	60,0%	6	66,7%	9	64,3%
>6h			2	22,2%		

Am Wochenende verbrachten die Kinder mit Behinderung mehr Zeit sitzend als die Kinder ohne Behinderung. Nach der Projektdurchführung gaben die teilnehmenden Eltern der Regelschüler für Schultage und schulfreie Tage etwas kürzere Sitzzeiten ihrer Kinder an. Nach dem Projekt lag der am häufigsten genannte Wert für die Sitzzeiten der Kinder der Christophorus-Schule an Wochenenden zwar immer noch bei drei bis sechs Stunden, es kamen aber Schüler hinzu, die täglich über sechs Stunden sitzend verbringen.

Tabelle 90: Durchschnittliche Zeit sitzend Montag bis Freitag nach der Schule (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<1h			1	10,0%		
1-3h	9	90,0%	7	70,0%	10	66,7%
>3-6h	1	10,0%	1	10,0%	4	26,7%
>6h			1	10,0%	1	6,7%

Tabelle 91: Durchschnittliche Zeit sitzend Montag bis Freitag nach der Schule (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1-3h	4	66,7%	7	70%	10	66,7%
>3-6h	2	33,3%	3	30%	5	33,3%

Nur wenige Kinder mit geistiger Behinderung sind in einem (Sport- oder Musik-) Verein als Mitglieder gemeldet. Bei ihnen ist die Mitgliedschaftszahl nach dem Projekt noch gesunken. Bei den Gruppen der Regelschule stiegen die Mitgliederzahlen im Laufe des Projekts.

Die Kinder wurden gefragt, ob sie Mitglied in einem Sportverein seien. Bei den Schülern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule ist die Mitgliederzahl im Laufe des Jahres von 22 auf 28 gestiegen. Zudem haben zwei Kinder weniger als vor dem Projekt die Möglichkeit *nein, möchte ich auch nicht*, aber auch *nein, möchte ich aber gern* gewählt.

Einige Kinder mit geistiger Behinderung wussten mit diesem Begriff nichts anzufangen. Bei Kindern, die wussten, was ein Sportverein ist, änderte sich der Wunsch nach einer Vereinsmitgliedschaft nicht.

Tabelle 92: Mitgliedschaft in einem (Sport-, Musik-)verein (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	9	81,8%	5	50,0%	4	25,0%
als Familienmitglied	1	9,1%			1	6,3%
als Einzelperson	1	9,1%	5	50,0%	8	50,0%
als Familienmitglied + Einzelperson					3	18,8%

Tabelle 93: Mitgliedschaft in einem (Sport-, Musik-)verein (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	3	37,5%	7	70%	1	6,7%
als Familienmitglied	1	12,5%				
als Einzelperson	4	50,0%	3	30%	14	93,3%

Der Rückgang der Vereinsmitgliedschaften der Förderschüler zeigte sich auch in den Angaben der Eltern zur Regelmäßigkeit des kindlichen Sporttreibens. Trieben zum ersten Befragungstermin noch sechs von zehn Kindern mit Behinderung regelmäßig Sport, waren dies zum zweiten Befragungszeitpunkt nur noch vier. Bei den Angaben für die Regelschüler änderte sich kaum etwas.

Tabelle 94: Treibt ihr Kind regelmäßig Sport? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	3	27,3%	4	40,0%	1	6,3%
ja	8	72,7%	6	60,0%	15	93,8%

Tabelle 95: Treibt ihr Kind regelmäßig Sport? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	1	12,5%	6	60,0%	1	6,7%
ja	7	87,5%	4	40,0%	14	93,3%

Bei der Befragung der Kinder selbst meinten wesentlich mehr Kinder der Regelschule nach dem Projekt, dass sie *4-5mal pro Woche* und *jeden Tag* Sport treiben. Bei den Angaben der Förderschüler bestätigte sich die Tendenz zu weniger Sport aus der Elternbefragung (LERCH 2008, 72).

Die Kinder wurden vor und nach dem Projekt gefragt, ob sie gerne mehr Sport treiben würden. Die Hälfte der Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule²⁰³ gab vor dem Projekt an, nicht mehr Sport treiben zu wollen. Nach dem Projekt wünschten sich 87,1% der Regelschüler, mehr Sport zu treiben, die Gründe, warum sie noch nicht mehr Sport treiben, sind Tabelle 96 zu entnehmen. An der Christophorus-Schule äußerten vor und nach dem Projekt etwa zwei Drittel der Kinder den Wunsch nach mehr Sport. Die Gründe, die sie vom Sporttreiben abhielten, änderten sich jedoch von der Aussage, dass die *Eltern das nicht wollten* hin zur *fehlenden Zeit*.

²⁰³ Im Bezug auf Bewegung wird bei den Kindern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule nicht zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Kindern unterschieden, da alle Kinder an den Bewegungsstunden teilnahmen.

Tabelle 96: Wunsch nach mehr Sport (Zahl der Nennungen)

	CS		SBS	
	prä	post	prä	post
nein	3	3	13	4
keine Zeit		3	2	8
weiß nicht was	1	1	6	10
Eltern wollen das nicht	3	1	2	6
anderer Grund	1		3	3

Um das gemeinsame Sporttreiben von Eltern und Kinder zu erfragen, wurden die Kinder befragt. Bei ihren Antworten gab es nach dem Projekt eine leichte positive Veränderung zum gemeinsamen Sporttreiben (siehe Tabelle 97). Bei beiden Befragungen antworteten die meisten Christophorus-Schüler mit *nie*, jedoch wurde nach dem Projekt die Antwort *manchmal* häufiger genannt. An der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule war vor dem Projekt noch *selten* die meistgenannte Antwort. Nach dem Projekt wurde *manchmal* am häufigsten genannt, auch für *oft* ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, die Antworten *nie* und *selten* wurden weniger häufig genannt.

Tabelle 97: gemeinsames Sporttreiben von Eltern und Kindern

	CS		SBS	
	prä	post	prä	post
nie	4	4	5	3
selten	2	1	11	8
manchmal	1	2	10	12
oft	1	1	6	11
immer			1	1

In ihrer Freizeit spielte ein Großteil aller Kinder *oft* bis *immer* im Freien (Tabelle 98). Nach dem Projekt war dies immer noch der Fall, bei den Kindern mit Behinderung war der Trend eher in Richtung weniger Zeit im Freien spielen. Die Kinder ohne Behinderung spielten nach dem Projekt eher häufiger draußen als vor dem Projekt. Die Zeit, die die Kinder im Haus spielten, nahm in der Christophorus-Schule im Laufe des Projekts ab, an der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule kann eine leichte Tendenz zu mehr Spielzeit im Haus vermerkt werden (Tabelle 99).

Tabelle 98: draußen spielen in der Freizeit

	CS		SBS	
	prä	post	prä	post
nie				
selten			1	
manchmal	1	3	10	4
oft	4	4	9	19
immer	3	1	12	12

Tabelle 99: zuhause spielen in der Freizeit

	CS (Anzahl)		SBS(prä)		SBS(post)	
	(prä)	(post)	Anzahl	%	Anzahl	%
nie			2	6,7%	2	6,3%
selten		2	11	36,7%	9	28,1%
manchmal	3	2	10	33,3%	12	37,5%
oft	2	2	6	20,0%	6	18,8%
immer	3	2	1	3,3%	3	9,4%

Die Eltern wurden gefragt, ob sie meinten, dass ihre Kinder ihre Freizeit aktiver verbringen sollten (Tabelle 100 und Tabelle 101). Achtzig Prozent der nicht teilnehmenden Eltern meinen nicht, dass ihr Kind sich in seiner Freizeit mehr bewegen sollte, unter zwanzig Prozent meinen, es sollte etwas aktiver sein. Vor dem Projekt meinten etwa zwei Drittel der teilnehmenden Eltern der Steinbachtal-Schüler, dass sich ihre Kinder zumindest etwas mehr in ihrer Freizeit bewegen sollten, nach dem Projekt ist der Anteil der Eltern, die das meinten auf 46,7% zurückgegangen. Alle Eltern der Christophorus-Schüler waren vor und nach dem Projekt der Meinung, dass sich ihre Kinder in ihrer Freizeit mehr bewegen sollten.

Tabelle 100: Sollte Ihr Kind seine Freizeit aktiver verbringen? (prä)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	9	81,8%			6	37,5%
etwas aktiver	2	18,2%	5	50,0%	9	56,3%
ja, viel aktiver			5	50,0%	1	6,3%

Tabelle 101: Sollte Ihr Kind seine Freizeit aktiver verbringen? (post)

	keine Projektteilnahme		CS		SBS	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	7	87,5%			8	53,3%
etwas aktiver	1	12,5%	4	44,4%	7	46,7%
ja, viel aktiver			5	55,6%		

8.3.4 Gesundheitswissen und -verhalten der Kinder

Um zu erfragen, ob das Programm einen Einfluss auf das Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten der Kinder hat, wurden die Kinder vor und nach dem Projekt dazu befragt. Die Kinder konnten auf die Frage, was sie tun könnten, damit sie gesund blieben, frei antworten. Die häufigsten Antworten waren „gesund essen“ und „Sport treiben“, aber auch „Hausschuhe anziehen“. Solche Antworten wurden gewertet als „Kind weiß etwas, was man tun kann“. Wenn Schüler angaben, nichts zu wissen oder „man kann nichts tun“, wurde das als „Kind weiß nicht, was man tun kann“ gewertet.

Tabelle 102: Was kannst du tun, damit du gesund bleibst? (CS)

	vor dem Projekt	nach dem Projekt
	Anzahl	Anzahl
weiß, was man tun kann (Sport, gesund essen, trinken...)	2	6
weiß nicht, was man tun kann	6	2

Tabelle 103: Was kannst du tun, damit du gesund bleibst? (SBS)

	Keine Teilnahme an PT		Teilnahme an PT	
	vor dem Projekt	nach dem Projekt	vor dem Projekt	nach dem Projekt
weiß, was man tun kann (Sport, gesund essen, trinken...)	12	11	17	18
weiß nicht, was man tun kann	1	2	2	1

Aus der Anfangsbefragung wurde der unterschiedliche Wissenstand an den beiden Projektschulen deutlich. Während über neunzig Prozent der Regelschüler wussten (siehe Tabelle 103), was sie für ihre Gesundheit tun könnten, lag der Anteil der Christophorus-Schüler bei einem Viertel (siehe Tabelle 102). Nach dem Projekt wusste auch die deutliche Mehrheit dieser Schüler, was der eigenen Gesundheit förderlich ist. An der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule kam bei den Kindern, die mindestens an einem Projekttreffen anwesend waren (in Tabelle 103 grau hinterlegt), ein Kind dazu, das wusste, was es für seine Gesundheit tun kann.

Tabelle 104: tatsächliches Gesundheitsverhalten (CS)

	vor dem Projekt	nach dem Projekt
	Anzahl	Anzahl
tut etwas für die Gesundheit	2	3
tut nichts für die Gesundheit	6	5

Tabelle 105: tatsächliches Gesundheitsverhalten (SBS)

	Keine Teilnahme an PT		Teilnahme an PT	
	vor dem Projekt	nach dem Projekt	vor dem Projekt	nach dem Projekt
tut etwas für die Gesundheit	7	8	10	14
tut nichts für die Gesundheit	6	5	9	5

Die Kinder sollten im Fragebogen die Verhaltensweisen, die sie auf die Frage nach dem Gesundheitswissen als Antwort gegeben hatten, unterstreichen, die sie bereits selbst beachten. Während nur ein Kind aus der Christophorus-Schule zu Beginn etwas für seine Gesundheit machte, tat dies in der Steinbachtal-Birkarder-Volksschule schon vor dem Projekt über die Hälfte der Kinder (siehe Tabelle 105). Nach dem Projekt gaben an der Regelschule mehr Kinder als davor an, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Unter den Kindern, die an einem Projekttreffen teilgenommen hatten (in Tabelle 105 grau hinterlegt), vergrößerte sich die Anzahl derer, die aktiv etwas für die Gesundheit taten. Das tatsächliche Gesundheitsverhalten der Förderschüler änderte sich nur für ein Kind zum Positiven (basierend auf den Informationen aus den Fragebögen).

Um zu sehen, ob die Teilnahme an den Projekttreffen für einen Wissenszuwachs und Verhaltensänderung der Kinder von großer Bedeutung ist, sollen nun nur die Antworten der Kinder betrachtet werden, die vor dem Projekt nicht wussten, was sie für ihre Gesundheit tun könnten. Von ihnen nahmen 17 an mindestens einem Projekttreffen teil. Nur bei neun von ihnen hat sich das Wissen oder Verhalten bezüglich der Gesundheit verbessert. Bei acht Kindern war keine Verbesserung sichtbar oder es gab sogar eine Verschlechterung. Obwohl drei Schüler nicht teilgenommen haben, hat sich ihr Gesundheitswissen oder auch das Verhalten zum Positiven geändert. Bei zwei Schülerinnen, die an keinem Projekttreffen teilnahmen, fand keine Veränderung statt (LERCH 2008). Zu dieser Datenlage lässt sich anmerken, dass gesundheitsrelevantes Verhalten mit den Kindern in den Bewegungsstunden thematisiert wurde (an denen alle Kinder teilnahmen).

Aus den Kurzfragebögen an den Projekttreffen kann zumindest ein Trend zur Einstellungsänderung der Kinder gelesen werden:

Tabelle 106: Kinder PT2 "Glaubst du, Du wirst in Zukunft mehr Obst und Gemüse essen?"

	Geschwister SBS	SBS	CS
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
ja	6	9	4
nein		1	1

Nahezu alle Kinder glaubten nach dem zweiten Projekttreffen, in Zukunft mehr Obst und Gemüse zu essen (Tabelle 106). Nur ein Kind (aus der Christophorus-Schule) glaubte, dass es zu viel Süßigkeiten aße, der Rest der Kinder nicht (Tabelle 107).

Tabelle 107: Kinder PT2 „Glaubst Du, dass Du zu viel Süßigkeiten isst?“

	Geschwister SBS	SBS	CS
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
ja			1
nein	6	10	4

Fünf von sechs Förderschülern und gut die Hälfte der Regelschüler wollen in Zukunft versuchen, mehr darauf zu achten, was sie essen. Erst ein Kind aus der Förderschule, aber fast die Hälfte der Regelschüler achtet bereits auf die Ernährung (Tabelle 108). Diese Antworten bestätigen, dass in den Familien der Steinbachtal-Burkarder-Schüler bereits vor dem Projekt bewusster mit Ernährung umgegangen wurde und die Kinder für diese Thematik sensibilisiert waren.

Tabelle 108: Kinder PT3 "Glaubst du, dass du jetzt mehr darauf achtest, was du isst?"

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	0		0	
das mache ich eh schon	6	42,9%	1	16,7%
ja, ich versuche es	8	57,1%	5	83,3%

Nach dem vierten Projekttreffen wurde wieder gefragt, ob die Kinder vorhätten, von nun an mehr auf die Ernährung zu achten (Tabelle 109). Die Antworten der Schüler aus den beiden Projektschulen fielen fast identisch aus. Über die Hälfte der Kinder wollte es *versuchen*, ein Drittel *machte dies bereits* und nur jeweils ein Kind wollte dies *nicht* tun.

Tabelle 109: Kinder PT4 „Glaubst Du, dass Du jetzt mehr darauf achtest, was Du isst?“

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	1	9,1%	1	8,3%
das mache ich eh schon	4	36,4%	4	33,3%
ja, ich versuche es	6	54,5%	7	58,3%

Ein Vergleich dieser beiden Erhebungen ist nicht möglich, da die Regelschüler zum Ersten an den beiden Projekttreffen nicht unbedingt die gleichen waren. Zum Zweiten beantworteten an der Förderschule im Vergleich zum ersten Zeitpunkt mehr Kinder diese Frage.

8.3.5 Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder

Die Messung des gesundheitsbezogenen Wohlbefindens mittels der Items des KID-KINDL[®] Fragebogens erfolgte nach dem im Manual vorgegebenen Weg. Verarbeitet wurden die Daten der Kinder, die beide Fragebögen ausfüllten, ohne Berücksichtigung der Fragebögen, die als kaum aussagekräftig eingeschätzt wurden (von kid1, kid2 und kid9 aus der Christophorus-Schule und von einem Kind der Regelschule reichten die Angaben nicht aus).

Vereinzelt fehlende Daten wurden, wie im Manual des Kindl-Fragebogen angegeben, ersetzt und dann die Summenscores der abgefragten Teilbereiche ermittelt und auf die 100-Scala umgerechnet. Da der Wert für den Bereich „Schule“ fehlt, enthält der Wert „Total Quality of life 100“ nur die vorher berechneten Teilbereiche (Familie, körperliches Wohlbefinden, Selbstwert, psychisches Wohlbefinden, Freunde).

Die Analyse der Werte zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden der Kinder vor und nach dem Projekt lässt keine einheitlichen Aussagen zu.

Bei den Schülern der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule haben sich die Ergebnisse (Mittelwert und Median) der Endbefragung, bis auf den Teilbereich „Körperliches Wohlbefinden“ im Vergleich zur Anfangsbefragung verschlechtert (siehe Tabelle 110). Der Gesamtwert aller fünf Unterbereiche sank insgesamt um 3 Punkte.

Tabelle 110: Mittelwertsvergleich gesundheitsbezogenes Wohlbefinden SBS (KINDL[®])

Messzeitpunkt		KINDL [®] - Familie-100	KINDL [®] - Körperliches Wohlbefinden-100	KINDL [®] - Selbstwert-100	KINDL [®] - psychisches Wohlbefinden-100	KINDL [®] - Freunde-100	KINDL [®] - Total Quality of life-100*
vorher	Mittelwert	86,4919	75,2016	63,7097	83,2661	77,8226	77,4208
	N	31	31	31	31	31	31
	Standardabweichung	9,14250	19,33018	23,35301	17,55847	21,03065	11,88444
	Median	87,5000	75,0000	62,5000	87,5000	81,2500	76,2500
	Minimum	56,25	37,50	18,75	25,00	25,00	58,33
	Maximum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
nachher	Mittelwert	78,8306	83,2661	59,6774	78,6290	70,7661	74,2339
	N	31	31	31	31	31	31
	Standardabweichung	15,53536	15,42683	18,45876	18,80369	19,05222	12,21627
	Median	81,2500	81,2500	56,2500	81,2500	75,0000	75,0000
	Minimum	37,50	37,50	25,00	25,00	18,75	48,75
	Maximum	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,75

*ohne den Score KINDL[®] - Schule

Darstellung der Ergebnisse – Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder

Betrachtet man die beiden Projektklassen getrennt voneinander (Abbildung 53), so fällt auf, dass sich die Werte vor dem Projekt erheblich unterschieden. Die Kinder der Klasse 2a hatten bei der ersten Befragung für alle Subskalen außer „Familie“ deutlich höhere Werte als die Parallelklasse.

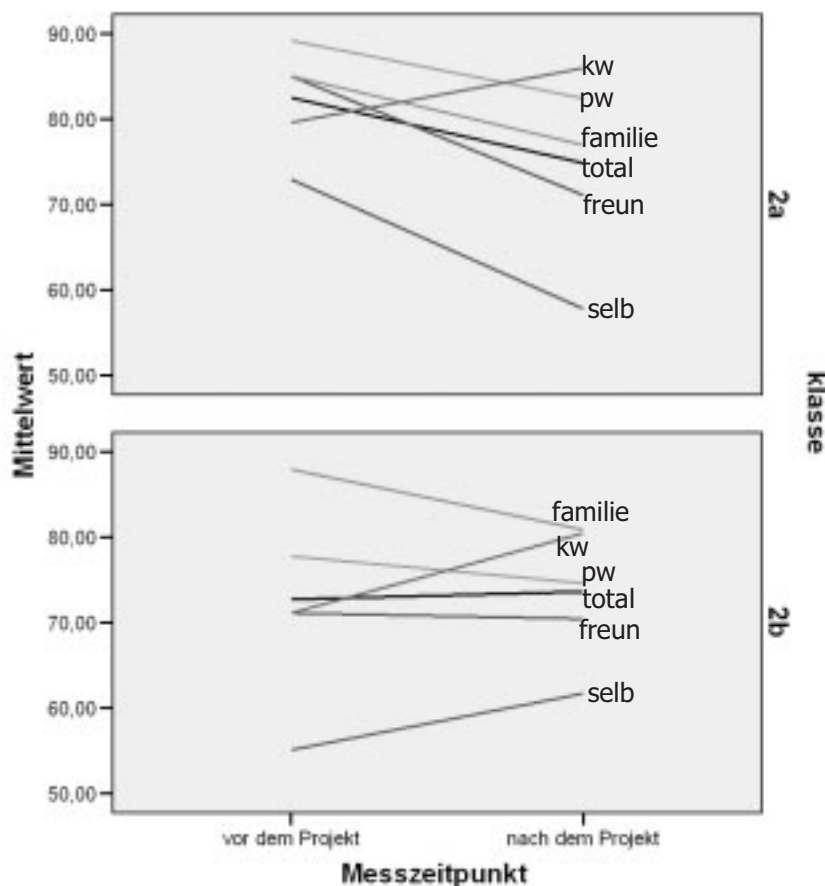


Abbildung 53: Mittelwerte gesundheitsbezogenes Wohlbefinden SBS nach Klasse (vor und nach dem Projekt)

Bei der zweiten Befragung näherten sich die Werte beider Klassen an. Nur das „Körperliche Wohlbefinden“ steigt für beide Klassen deutlich. Selbstwert, körperliches Wohlbefinden und der Totalscore scheinen sich bei den Kindern der Klasse 2b etwas erhöht zu haben. Die Werte für psychisches Wohlbefinden, Familie und Freunde liegen für sie nach dem Projekt etwas unter den Ausgangswerten.

Darstellung der Ergebnisse – Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder

An der Förderschule zeigt sich ein leichter Trend zu höheren Werten nach dem Projekt für drei Teilbereiche (siehe Tabelle 111 und Abbildung 54). Der Mittelwert für KINDL®-Familie-100 steigt leicht (um 2,3), der Median liegt beim zweiten Messzeitpunkt sechs Punkte über dem Median des ersten Messzeitpunkts.

Tabelle 111: Mittelwertsvergleich gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS (KINDL®)

Messzeitpunkt		KINDL® - Familie-100	KINDL® - Körperliches Wohl- befinden- 100	KINDL® - Selbstwert- 100	KINDL® - psychisches Wohlbe- finden-100	KINDL® - Freunde- 100	KINDL® - Total Quality of life sum- 100*
vorher	Mittelwert	77,3438	75,7813	82,0313	76,1719	78,9063	78,0469
	N	8	8	8	8	8	8
	Standardabweichung	12,47207	13,12606	12,24631	17,19257	18,27906	7,91583
	Median	75,0000	75,0000	75,0000	82,8125	78,1250	79,0625
	Minimum	62,50	56,25	68,75	50,00	50,00	62,50
	Maximum	100,00	93,75	100,00	93,75	100,00	87,50
nachher	Mittelwert	79,6875	78,1250	81,2500	80,4688	71,8750	78,2813
	N	8	8	8	8	8	8
	Standardabweichung	19,69352	17,35913	11,57275	21,24409	16,36634	9,28078
	Median	81,2500	81,2500	84,3750	87,5000	71,8750	78,7500
	Minimum	43,75	50,00	62,50	31,25	50,00	63,75
	Maximum	100,00	100,00	93,75	100,00	100,00	90,00

*ohne den Score KINDL®-Schule

Die meisten Kinder fühlen sich also nach dem Projekt zu Hause wohler. Die Entwicklung bei den Ergebnissen für das körperliche und psychische Wohlbefinden verhält sich analog dazu. Die Werte für den Selbstwert sinken bei der Befragung nach dem Projekt leicht, die für den Teilbereich Freunde etwas stärker. Bei der Berechnung des „KINDL®-Total quality of life sum-100“ egalisieren sich die leichten Schwankungen in den Teilbereichen.

Darstellung der Ergebnisse – Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder

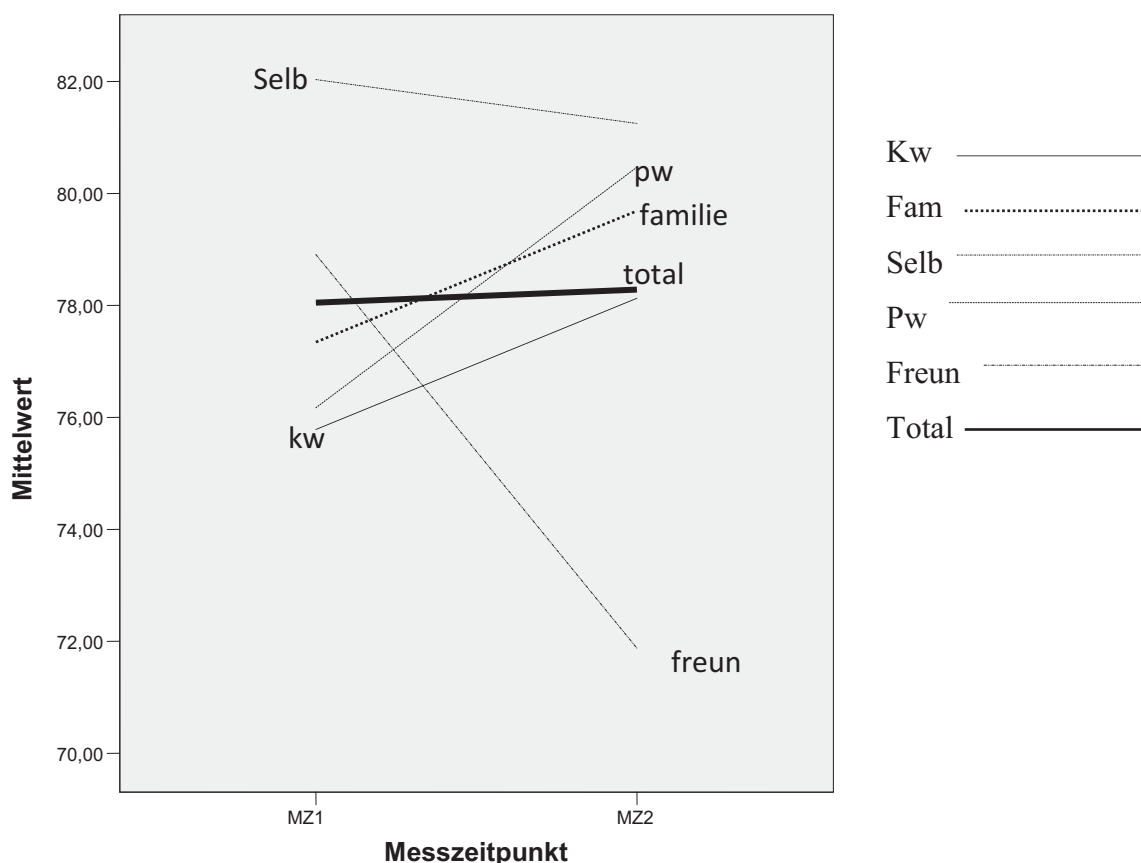


Abbildung 54: Mittelwerte gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS (vor und nach dem Projekt)

Die Ergebnisse der Schüler an den beiden Projektschulen im Vergleich untereinander und zu Referenzwerten (eine große Stichprobe Hamburger Schulkinder) zeigen eine Auffälligkeit. Der Selbstwert liegt bei den Kindern mit geistiger Behinderung extrem über dem Wert der Steinbachtal-Burkarder-Schüler und den Referenzwerten (siehe Tabelle 112).

Tabelle 112: Referenzwerte des KINDL® für gesunde Kinder (Quelle: RAVENS-SIEBERER & BULLINGER 2000, 24)

	Kinder (8 - 12 Jahre) n = 918				Jugendliche (13 - 16 Jahre) n=583			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KINDL® - Total Quality of life sum-100	76,83	8,63	76,67	8,66	70,78	10,01	73,54	8,83
KINDL® - Körperliches Wohlbefinden-100	74,43	14,19	76,68	13,03	68,24	17,38	77,18	13,07
KINDL® - Psychisches Wohlbefinden-100	83,11	11,33	82,89	10,67	79,41	12,89	79,49	11,80
KINDL® - Selbstwert-100	66,68	17,83	66,52	18,95	58,14	19,06	63,27	19,34
KINDL® - Familie-100	84,40	12,85	83,58	13,14	75,51	17,68	79,56	17,05
KINDL® - Freunde-100	78,10	13,78	78,21	12,78	78,06	13,47	78,43	11,96
KINDL® - Schule-100	74,10	12,29	72,35	12,88	65,19	13,21	63,58	14,04
KINDL® - Erkrankung-100	60,56	15,25	64,17	13,75	60,10	14,80	64,91	12,90

Darstellung der Ergebnisse – Auswirkungen auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder

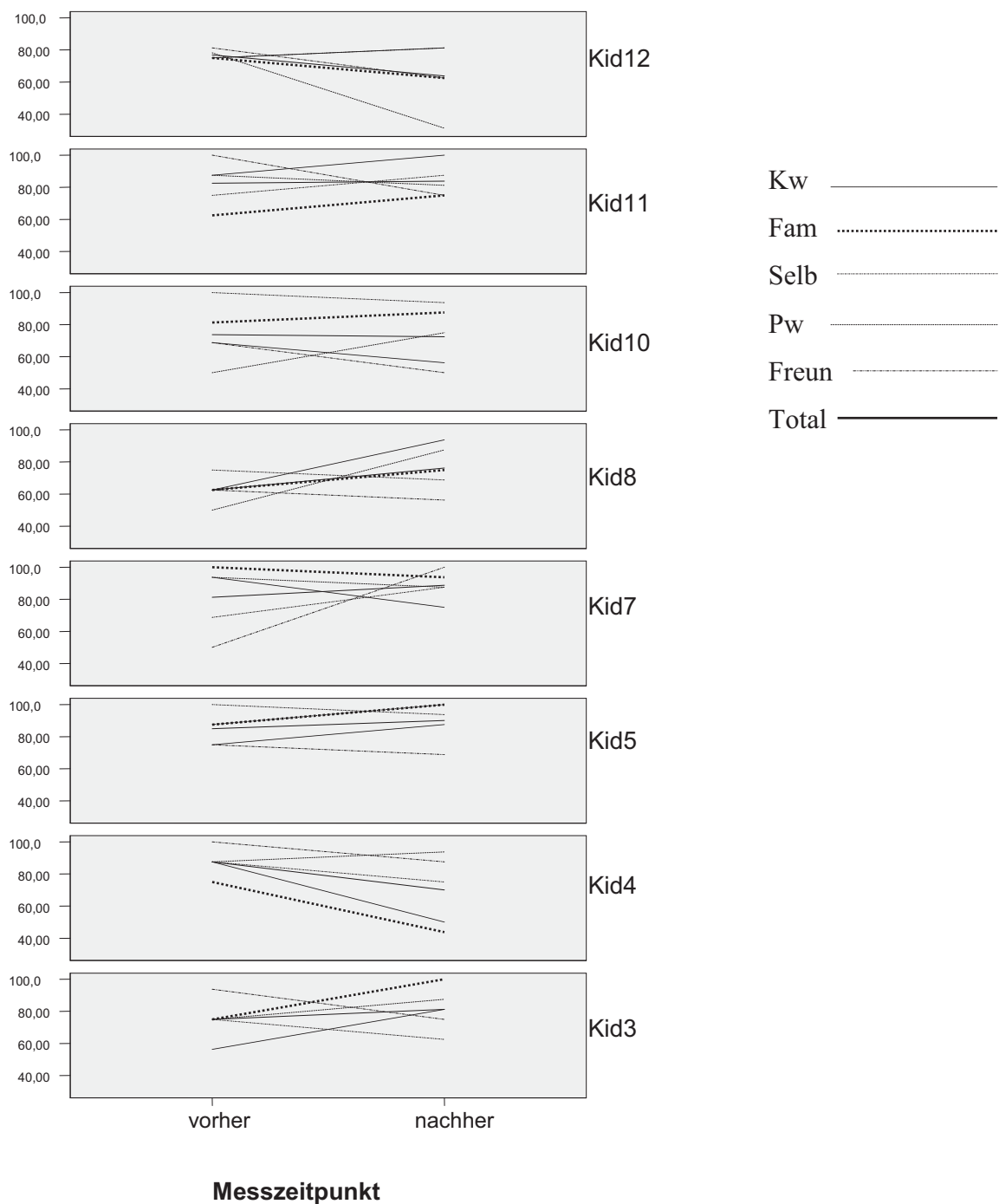


Abbildung 55: gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS nach einzelnen Kindern aufgeschlüsselt

Bei den Kindern sind unterschiedliche leichte Veränderungen der einzelnen Subskalen zu sehen (Abbildung 55). Bei keinem Kind sind Werterhöhungen oder -senkungen in allen Bereichen erkennbar. Daher können keine allgemeingültigen Aussagen über die Auswirkungen des Projekts auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder formuliert werden.

8.3.6 Zusammenfassung der festgestellten Effekte

Durch die nicht standardisierten Elternfragebögen konnten kaum Effekte der Intervention auf die elterlichen Einstellungen und die kindlichen Freizeit- und Ernährungsgewohnheiten festgestellt werden. Eine Veränderung gibt es jedoch bei allen teilnehmenden Eltern zu vermerken: sie sprachen sich selbst und der Schule nach dem Projekt einen größeren Einfluss auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten ihrer Kinder zu, als vor dem Projekt.

Aus den Kurzfragebögen direkt nach den Projekttreffen lassen sich Trends einer positiven Beeinflussung der elterlichen Einstellung zu behandelten Themen erkennen. Die Eltern gaben an, auf Grund der besprochenen Thematiken etwas im Familienalltag ändern zu wollen. Diese Vorhaben bezogen sich auf eine konsequentere Umsetzung einer ausgewogenen Ernährung der Familienmitglieder, insbesondere der Einschränkung des Zuckerkonsums, einer Änderung des Einkaufsverhaltens, der Sensibilisierung ihrer Kinder für ihre Körperhaltung und der Fortführung der gelernten Rückenübungen.

Die Freizeitgewohnheiten der Kinder scheinen durch das Projekt kaum beeinflusst worden zu sein. Die Kinder bewegten sich in ihrer Freizeit nach dem Projekt nicht häufiger als davor. An schulfreien Tagen verringerte sich die Medienzeit bei drei Kindern mit geistiger Behinderung nach dem Projekt von ein bis zwei Stunden auf eine Medienzeit zwischen einer halben bis einer Stunde. Der Fernsehkonsum ist nach Angaben der Kinder nach dem Projekt im Vergleich zu den Angaben vor dem Projekt etwas rückgängig. Die Zeit, in denen die Kinder Computer spielten, änderte sich kaum. Der Wunsch, mehr Sport zu treiben, war nur bei den Kindern ohne Behinderung nach dem Projekt deutlich ausgeprägter, bei den Kindern mit geistiger Behinderung änderte sich daran nichts.

Die einzige positive Veränderung bestand im gemeinsamen Sporttreiben von Eltern und Kindern.

Im Ernährungsverhalten der Kinder lassen sich kleine Veränderungen erkennen. Die Mahlzeiten der Kinder über den Tag blieben annähernd gleich. Jedoch naschten die Kinder weniger und ihre angegebenen Lieblingspeisen waren insgesamt gesünder. Die Antworten der Kinder in den Endfragebögen deuten an, dass sich ihre Mithilfe beim Kochen zu Hause eher verringerte. Die Aussagen der Kinder an den Projekttreffen stehen dazu gegensätzlich.

Die größten positiven Effekte des Projekts sind beim Wissenszuwachs zu verzeichnen. Im Endfragebogen konnten deutlich mehr Kinder mit geistiger Behinderung richtige Aussagen dazu treffen, was sie selbst für ihre Gesundheit tun könnten. LERCH interpretiert dieses

Ergebnis als eine Einstellungsänderung bezüglich dieser Themen. „Die Kinder scheinen sich jetzt eher für gesundheitsrelevante Themen zu interessieren“ (LERCH 2008, 76). Ihr Verhalten wurde wenig beeinflusst. Die meisten Regelschüler wussten bereits vor dem Projekt, was sie für ihre Gesundheit tun können. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass nach dem Projekt nur wenige Kinder mehr wussten, was sie für ihre Gesundheit tun könnten. Deutlich mehr Kinder setzten die genannten Verhaltensweisen auch um. Auch für diese Kinder schließt LERCH auf eine Einstellungsänderung (2008, 77).

Die mittels des standardisierten Fragebogens ermittelten Werte zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden der Kinder veränderten sich für die Kinder mit geistiger Behinderung unwesentlich. Zwar war der Gesamtscore-Mittelwert aller Kinder nach dem Projekt leicht erhöht, die Subskalen variierten bei den einzelnen Kindern jedoch stark. Kein Kind erzielte einen durchweg höheren oder niedrigeren Wert. Es gab auch keine Unterskala, für die sich bei allen Kindern gleichermaßen die Werte erhöhten oder verminderten.

Die Ergebnisse für die beiden Klassen der Regelschule divergieren stark. Die für fast alle Subskalen deutlich höheren Ausgangswerte der Schüler der 2a regulierten sich nach dem Projekt nach unten. Damit ähneln die Werte nach dem Projekt denen der Schüler aus der Parallelklasse. Diese hatten zum ersten Messzeitpunkt niedrigere Werte. Bei der zweiten Messung stiegen bei ihnen drei Messwerte an, die übrigen sanken schwach.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Tendenzen einer elterlichen Einstellungsänderung nicht über die Anfangs- und Endfragebögen festgestellt werden konnte, sich aber in den Kurzfragebögen andeuteten. Für die Kinder mit geistiger Behinderung konnten mittels der verwendeten Instrumente kaum Effekte (vor allem keine einheitlichen Effekte) dieser Intervention gemessen werden.

8.4 Bewertung des Projekts durch die Projektteilnehmer

In den Endfragebögen wurden Eltern und Kinder um eine Bewertung des Projekts gebeten. Die Kinder wurden zu den Bewegungsstunden und den Projekttreffen befragt. Analog zu vielen Fragen aus dem Anfangs- und Endfragebogen sollten die Kinder Aussagen zu den Bewegungsstunden und Projekttreffen einer Antwortmöglichkeit der Skala von „nie“ bis „immer“ zuordnen. Bei der Betrachtung der Ergebnisse muss bedacht werden, dass in den Ergebnisdarstellungen die beiden Kinder mit geistiger Behinderung, mit denen das Ausfüllen der Endfragebögen nicht möglich war, nicht berücksichtigt sind. Jedoch wurden bei diesen Fragen im Gegensatz zu den bisherigen Ergebnisdarstellungen alle Christophorus-Schüler, die den Endfragebogen beantworteten (also auch von kid1 und kid9), berücksichtigt²⁰⁴.

Die Eltern wurden gefragt, an welchen Projekttreffen sie teilnahmen, welches Projekttreffen am nachhaltigsten wirkte und warum das genannte Projekttreffen positiv in Erinnerung geblieben ist. Diese Frage konnten also nur Eltern beantworten, die tatsächlich an mindestens einem Projekttreffen teilgenommen hatten. Abschließend sollten sie einschätzen, was das Projekt als Ganzes für sie selbst und für ihre Kinder gebracht hat.

8.4.1 Bewertung der Bewegungsstunden durch die Kinder

Bei der Post-Befragung wurden die Kinder in der Frage 9 mit acht Subitems zu den Bewegungsstunden befragt. In den Auswertungstabellen sind die Prozentzahlen mit angegeben, um leichter einen Überblick über die Ergebnisse der unterschiedlich großen Gruppen zu erhalten.

Ein wesentliches Ziel des gesamten Projekts war es, dass die Kinder Freude an der Bewegung erleben. Die meisten Regelschüler hatten in den Bewegungsstunden immer Spaß, sechs Kinder oft und drei Kinder nur manchmal (siehe Tabelle 113). Nur vier Förderschüler geben an, in den Bewegungsstunden immer, weitere vier oft und zwei Kinder manchmal Spaß gehabt zu haben. Die Antwortmöglichkeiten „nie“ und „selten“ wurden von keinem Kind gewählt.

²⁰⁴ Die Entscheidung dafür wurde getroffen, da diese Fragen sehr leicht verständlich waren.

Tabelle 113: In den Bewegungsstunden hatte ich Spaß

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
manchmal	3	8,6%	2	20,0%
oft	6	17,1%	4	40,0%
immer	26	74,3%	4	40,0%

Langeweile kam bei drei Viertel der Regelschüler nie auf, 20% langweilten sich *selten*, ein Kind *manchmal* (Tabelle 114). Von den Kindern mit Förderbedarf langweilten sich nur zwei *nie*, jeweils vier *selten* und *manchmal*.

Tabelle 114: In den Bewegungsstunden war mir langweilig

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	27	77,1%	2	20,0%
selten	7	20,0%	4	40,0%
manchmal	1	2,9%	4	40,0%

Die Einschätzungen über den Lernzuwachs im Bereich physiologischer Zusammenhänge sind in beiden Schulen ähnlich (siehe Tabelle 115). In beiden Gruppen wird am häufigsten angegeben, in den Bewegungsstunden *oft* etwas über den eigenen Körper gelernt zu haben. Jeweils ein knappes Drittel hat *immer* etwas über den Körper gelernt. An dritter Stelle der genannten Antworten liegt *selten*, an vierter Stelle *manchmal*, nur ein Kind kreuzte *nie* an.

Tabelle 115: In den Bewegungsstunden habe ich etwas über meinen Körper gelernt

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	1	2,9%		
selten	4	11,4%	2	20,0%
manchmal	3	8,6%	1	10,0%
oft	16	45,7%	4	40,0%
immer	11	31,4%	3	30,0%

Die Hälfte der Kinder mit geistiger Behinderung haben in den Bewegungsstunden *immer*, vier Kinder *oft* und ein Kind *nie* neue Bewegungen gelernt (siehe Tabelle 116). Ein Drittel der Regelschüler haben *immer*, ein gutes weiteres Drittel *oft* neue Bewegungen gelernt. Wenige Kinder lernten *nie* oder *selten*, sieben Kinder *manchmal* neue Bewegungen in den Stunden. Nahezu identisch ist die Verteilung der Angaben der Regelschüler über das Lernen neuer Spiele in den Bewegungsstunden (siehe Tabelle 117). Die Kinder aus dem Förderzentrum lernten häufiger neue Spiele dazu. Fünf Kinder gaben an *immer*, vier Kinder *oft* und ein Kind *manchmal* neue Spiele gelernt zu haben.

Tabelle 116: In den Bewegungsstunden habe ich neue Bewegungen gelernt

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	1	2,9%	1	10,0%
selten	2	5,7%		
manchmal	7	20,0%		
oft	13	37,1%	4	40,0%
immer	12	34,3%	5	50,0%

Tabelle 117: In den Bewegungsstunden habe ich neue Spiele gelernt

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	1	2,9%		
selten	2	5,7%		
manchmal	7	20,0%	1	10,0%
oft	12	34,3%	5	50,0%
immer	13	37,1%	4	40,0%

Die Entspannungsübungen am Ende fast jeder Stunde sollten den Kindern Möglichkeiten zeigen, wie sie auch im Alltag zur Ruhe kommen können. Die Tabelle 118 zeigt, inwieweit die Kinder diesen Transfer leisten konnten. Eine deutliche Mehrheit aller Kinder entschied sich für die Antwortmöglichkeiten *oft* oder *immer*. Nur gut 20% der Regelschüler und 10% der Förderschüler kreuzten *nie*, *selten* oder *manchmal* an.

Tabelle 118: In den Bewegungsstunden habe ich gelernt, wie ich zur Ruhe kommen kann

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	2	5,7%		
selten	2	5,7%	1	10,0%
manchmal	4	11,4%		
oft	12	34,3%	3	30,0%
immer	15	42,9%	6	60,0%

Wie häufig es in der Gruppe in den Bewegungsstunden zu Streit kam, erlebten die Kinder sehr unterschiedlich (siehe Tabelle 119). Alle Antwortmöglichkeiten wurden von Schülern beider Schulen gewählt. Nur insgesamt drei Kinder gaben an, dass es *immer* Streit gab, ein mittlerer Anteil der Kinder bemerkte keine Streitereien, die meisten Kinder kreuzten *selten*, *manchmal* oder *oft* an.

Darstellung der Ergebnisse – Bewertung der Teilnehmer

Tabelle 119: In den Bewegungsstunden gab es Streit in der Gruppe

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	7	20,0%	3	30,0%
selten	15	42,9%	2	20,0%
manchmal	7	20,0%	2	20,0%
oft	4	11,4%	2	20,0%
immer	2	5,7%	1	10,0%

Auf diese Frage folgte die Einschätzung, ob Streit gelöst werden konnte (Tabelle 120). Hier fiel die Verteilung der Antworten an beiden Schulen ähnlich aus. Obwohl manche Kinder die Frage zur Häufigkeit von Streit mit *nie* beantworteten, berichteten zwei Drittel der Schüler an beiden Schulen, dass *oft* oder *immer* in den Bewegungsstunden Streitereien gelöst werden konnten. Weniger als ein Viertel beider Schülerschaften war der Meinung, dass *nie* oder *selten* Streit gelöst werden konnte. Etwas mehr als zehn Prozent der Schüler gab *manchmal* als Antwort an.

Tabelle 120: In den Bewegungsstunden konnten wir Streitereien lösen

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	2	5,9%	1	11,1%
selten	6	17,6%	1	11,1%
manchmal	4	11,8%	1	11,1%
oft	11	32,4%	4	44,4%
immer	11	32,4%	2	22,2%

Die Bewertungen der Bewegungsstunden durch die Kinder fielen sehr positiv aus. Ihre Angaben decken sich mit den Ergebnissen aus der Analyse der Protokolle (siehe Kapitel 8.2.1 und 8.2.2). Tabelle 121 zeigt die zusammengefassten Bewertungen der Bewegungsstunden aus der Sicht der Förderschüler.

Tabelle 121: Bewertung der Bewegungsstunden CS (Innensicht)

Anzahl der Nennungen	Spaß	Ruhe finden	neue Spiele	Bewegungen gelernt	über Körper gelernt	langweilig	es gab Streit	Streit lösen
nie				1		2	3	1
selten		1				2	2	1
manchmal	2		1			1	4	2
oft	4	3	5	4	4		2	4
immer	4	6	4	5	3		1	2

8.4.2 Gesamtbewertung der Projekttreffen

Die Regelmäßigkeit der Projekttreffen-Teilnahme divergierte an den beiden Schulen (Tabelle 122). An der Förderschule waren die Eltern bemüht, an möglichst vielen Projekttreffen anwesend zu sein. Fast alle Eltern besuchten mehrere Projekttreffen, die Teilnahme war sehr regelmäßig. Über die Hälfte der Eltern nahm an mindestens vier Projekttreffen teil. Zwei Familien der Regelschüler nahmen an allen angebotenen Projekttreffen teil. Es gab hier mehr Familien, die nur ein oder zwei Treffen nutzten.

Tabelle 122: Projekttreffen Teilnahme der Eltern

Zahl der Projekttreffen	SBS	CS
	Nennungen	Nennungen
1	3	1
2	4	
3	3	3
4	3	6
5	2	2

In den Endfragebögen wurden die Eltern gefragt, welches der besuchten Projekttreffen ihnen am nachhaltigsten in Erinnerung geblieben sei. An beiden Schulen wurde das dritte Projekttreffen „Wo sich der Zucker versteckt“ am häufigsten genannt (Tabelle 123).

Tabelle 123: Welches Projekttreffen ist Ihnen am nachhaltigsten in Erinnerung geblieben?

Projekttreffen	SBS	CS
	Nennungen*	Nennungen*
Was ist Gesundheit?		
Gesunde Ernährung für die ganze Familie	5	3
Wo sich der Zucker versteckt	6	7
Rückengerecht und entspannt im Alltag	3	5
Freizeit, Urlaub und Verein	3	
* Mehrfachnennungen möglich		

Die Eltern wurden gefragt, warum ihnen diese Projekttreffen positiv in Erinnerung geblieben seien. Die Aussagen lassen sich, um sie besser fassen zu können, den Kategorien „Lernzuwachs der Kinder“, „Erfahrungsaustausch“, „Gemeinsames Lernen von Eltern und Kindern“ und „Themenwahl und didaktische Aufbereitung“ zuordnen. Die Tabelle 124 zeigt die wörtlichen Antworten der Eltern, wobei in einer Zeile jeweils die Antwort aus einem Fragebogen steht.

Tabelle 124: Warum sind Ihnen diese Projekttreffen positiv in Erinnerung?

Kategorie	wörtliche Antworten der Eltern
„Lernzuwachs der Kinder“	Kind isst gesünder durch gemeinsames Kochen Kinder haben selber Obstsalat gemacht Kinder lernten mit Spaß und wurden ernst genommen
„Erfahrungsaustausch“	Austausch, Miteinander, Infos, Spiele... Kooperation mit Christophorus-Schule Gespräche mit anderen, Punkte umsetzen
„Gemeinsames Lernen von Eltern und Kindern“	Spaß mit Kids + gleichzeitig lernen Eltern+ Kinder gemeinsam Eltern+ Kinder gemeinsam Gemeinsam mit Kindern, interessante Themen
„Themenwahl und didaktische Aufbereitung“	interessante Themen, anschaulich Augenmerk auf Themen Rückenübungen, überraschender Zuckergehalt plastische Darstellung Zucker, Miteinander versteckte Zucker zu vermeiden Anschaulichkeit, gutes Essen, lernen aktive Einbindung Zuckergehalt, Entspannung+ Rückenübungen praktische Übungen Entspannungs-und Rückenübungen

Alle Kinder wurden in den Endfragebögen zu den Projekttreffen befragt. Die Antwortmöglichkeiten waren bei diesen Fragen *nie*, *selten*, *manchmal*, *oft*, *immer*. Die Kinder, die an keinem der Projekttreffen anwesend waren, konnten nur die Frage beantworten, ob sie bei den Projekttreffen dabei sein wollten (Tabelle 125), die wirklich partizipierenden Kinder beantworteten alle Fragen zu den Projekttreffen. Die 19 Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule, die tatsächlich bei mindestens einem Samstagvormittag anwesend waren, wollten oft oder immer bei den Projekttreffen dabei sein. Neun Kinder der Christophorus-Schule, die an mindestens einem Projekttreffen anwesend waren, beantworteten diese Frage. Ihre Antworten reichen von *selten* bis *immer* (im Mittel zwischen *manchmal* und *oft*).

Tabelle 125: Bei den Projekttreffen wollte ich gerne dabei sein

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	5	19,2%		
selten	2	7,7%	1	11,1%
manchmal			3	33,3%
oft	5	19,2%	3	33,3%
immer	14	53,8%	2	22,2%

Die Kinder der Regelschule, die an den Projekttreffen tatsächlich teilnahmen, hatten zu achtzig Prozent *immer*, zu zwanzig Prozent *oft* Spaß (Tabelle 126). Gut die Hälfte der Kinder

aus der Christophorus-Schule hatte *immer*, jeweils ein knappes Viertel *manchmal* und *oft* Spaß an den Projekttreffen.

Tabelle 126: An den Projekttreffen hatte ich Spaß

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
manchmal			2	22,2%
oft	4	21,1%	2	22,2%
immer	15	78,9%	5	55,6%

Tabelle 127: An den Projekttreffen lernte ich etwas über das Kochen dazu

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
selten	1	5,3%		
manchmal	2	10,5%	1	11,1%
oft	8	42,1%	4	44,4%
immer	8	42,1%	4	44,4%

Alle befragten Kinder lernten an den Projekttreffen etwas über das Kochen dazu, über achtzig Prozent gaben an, *oft* oder *immer* etwas in diesem Gebiet gelernt zu haben. Einen etwas größeren Lernzuwachs scheinen die Kinder der Förderschule zu bemerken.

Tabelle 128: An den Projekttreffen lernte ich neues über meinen Körper

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	1	5,3%		
manchmal	2	10,5%	1	11,1%
oft	10	52,6%	4	44,4%
immer	6	31,6%	4	44,4%

Wie auch beim Kochen lernten viele Kinder an den Samstagvormittagen ihren Körper besser kennen (Tabelle 128), nur ein Kind der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule verneinte dies. Auch in diesem Bereich äußerten die Kinder mit geistiger Behinderung etwas deutlicher als die Regelschüler, dass sie nun mehr über ihren Körper wüssten.

Tabelle 129: An den Projekttreffen habe ich mich gelangweilt

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	12	63,2%	4	44,4%
selten	4	21,1%	2	22,2%
manchmal	3	15,8%	2	22,2%
oft			1	11,1%

Langeweile kam bei den Regelschülern seltener auf, als bei den Förderschülern. Die meisten Regelschüler langweilten sich *nie*, manche *selten*, noch weniger *manchmal*. Ein Kind aus der Christophorus-Schule gibt an, sich an den Projekttreffen *oft* gelangweilt zu haben, zwei geben *manchmal* und *selten* an; knapp die Hälfte langweilte sich *nie*.

Die Bewertungen der Schüler zeigen, dass die Kinder, die an den Projekttreffen teilnahmen, viel Freude daran hatten. Es wird ersichtlich, dass die Förderschüler (die die Fragen in den Fragebögen beantworteten) im Vergleich zu den Regelschülern mehr Neues lernten. Obwohl einige Kinder manchmal über- oder unterfordert waren (sich gelangweilt haben), haben sie anscheinend von den Inhalten profitieren können.

8.4.3 Gesamtbewertung des Projekts durch Eltern

In den Endfragebögen wurden die Eltern gebeten, auf einer Ranking-Skala anzugeben, was das Projekt im Gesamten für sie und ihre Kinder gebracht hat. Die Antwortmöglichkeiten reichten von *nein* über *wenig* und *viel* zu *sehr viel*. Diese Fragen zum Gewinn für sie selbst konnten nur diejenigen Eltern beantworten, die auch an mindestens einem Projekttreffen anwesend waren. Den Wert des Gesamtprojektes für ihre Kinder konnten mehr Eltern beurteilen.

Tabelle 130: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Informationen

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	8	53,3%	1	10,0%
viel	4	26,7%	6	60,0%
sehr viel	3	20,0%	3	30,0%

Der Informationsgewinn der Eltern durch das Projekt war an den beiden Projektschulen sehr unterschiedlich. Zwar erhielten alle Eltern mindestens *wenige* Informationen, den meisten Eltern eines behinderten Kindes brachte das Projekt *vieler* Informationen, am zweithäufigsten wurde *sehr viel* und nur einmal *wenig* genannt. Die Mehrheit der Eltern der Steinbachtal-Schüler wählte *wenig*, gefolgt von *viel* und *sehr viel*.

Tabelle 131: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Zeitaufwand

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	1	6,7%	1	10,0%
wenig	8	53,3%	5	50,0%
viel	5	33,3%	4	40,0%
sehr viel	1	6,7%		

Der Zeitaufwand, den die Eltern durch das Projekt hatten, wurde von den Eltern beider Schulen ähnlich hoch erlebt (Tabelle 131). An beiden Schulen empfand die Hälfte der Eltern den Zeitaufwand als *wenig*, vierzig Prozent als *viel* oder *sehr viel*. Jeweils nur eine Angabe gab es bei *nein*.

Tabelle 132: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Freude im Miteinander

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	2	13,3%		
viel	7	46,7%	7	63,6%
sehr viel	6	40,0%	4	36,4%

Alle Eltern erlebten im Projekt Freude im Miteinander, die Eltern der Christophorus-Schüler tendenziell mehr. Sie kreuzten nur die Antwortmöglichkeiten *viel* und *sehr viel* an, während zwei Eltern der Steinbachtal-Schüler mehr *sehr viel*, dafür aber auch zwei *wenig* nannten.

Tabelle 133: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Erfahrungsaustausch

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	1	6,7%		
wenig	3	20,0%	2	18,2%
viel	8	53,3%	7	63,6%
sehr viel	3	20,0%	2	18,2%

In Punkto Erfahrungsaustausch entsprechen sich die Aussagen der Eltern der beiden Schulen bis auf die Tatsache, dass einmal an der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule angegeben wurde, dass kein Erfahrungsaustausch stattfand (Tabelle 133). Sonst gaben die meisten Eltern *viel*, die anderen verteilten sich gleichmäßig auf die Antworten *wenig* und *sehr viel*.

Tabelle 134: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Lust auf Bewegung

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	2	13,3%		
wenig	3	20,0%	3	27,3%
viel	7	46,7%	5	45,5%
sehr viel	3	20,0%	3	27,3%

Prozentual ähnlich viele Eltern beider Projektschulen gaben an, *viel* Lust auf Bewegung durch das Projekt bekommen zu haben (46,7% und 45,5%, siehe Tabelle 134). An der Christophorus-Schule empfanden die restlichen beiden Viertel der Eltern *wenig* und *sehr viel* Lust auf Bewegung. Zwei Eltern der Regelschüler erlebten keinen Lustgewinn auf Bewegung durch das Projekt.

Tabelle 135: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Bestätigung unserer Lebensweise

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	2	13,3%	3	25,0%
viel	9	60,0%	6	50,0%
sehr viel	4	26,7%	3	25,0%

Durch das Projekt wurde die Lebensweise der meisten Eltern bestätigt (Tabelle 135). An der Christophorus-Schule gab jedoch ein Viertel der Eltern an, dass ihre Lebensweise nicht bestätigt wurde, an der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule war der Anteil derer, die scheinbar keine gesunde Lebensweise praktizierten geringer (13,3%).

Einige der Fragen wurden den Eltern auch im Hinblick auf den Wert des Projekts für ihre Kinder gestellt (Tabelle 136). Zwei Eltern gaben an, dass ihre Kinder mit geistiger Behinderung keine neuen Informationen durch das Projekt erhielten, sonst wurden für diese Gruppe meist die Antworten „viel“, aber auch „sehr viel“ gegeben. Für alle Regelschüler wurde mindestens ein geringer Informationsgewinn bestätigt, die meisten Antworten fielen auf „viel“, gefolgt von „sehr viel“ und „wenig“.

Tabelle 136: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Informationen

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein			2	18,2%
wenig	4	23,5%		
viel	8	47,1%	7	63,6%
sehr viel	5	29,4%	2	18,2%

Die Eltern geben für alle Kinder an, Lust auf Bewegung bekommen zu haben (Tabelle 137). Der Modus liegt für beide Schulen bei *viel*, die zweitstärkste Antwort ist *sehr viel*, nur ca. zehn Prozent geben *wenig* an. Für deutlich mehr Regelschüler (absolut und prozentual) wird die Aussage getroffen, dass diese *sehr viel* Lust auf Bewegung bekommen haben.

Tabelle 137: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Lust auf Bewegung

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	2	11,8%	1	8,3%
viel	8	47,1%	9	75,0%
sehr viel	7	41,2%	2	16,7%

Tabelle 138: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Freude im Miteinander

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
viel	9	56,3%	6	54,5%
sehr viel	7	43,8%	5	45,5%

Die Eltern aller Kinder geben an, dass die Kinder durch das Projekt *viel* oder *sehr viel* Freude im Miteinander erlebten (Tabelle 138).

Tabelle 139: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Zeitaufwand

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	4	26,7%	5	50,0%
wenig	5	33,3%	2	20,0%
viel	6	40,0%	3	30,0%

Der Zeitaufwand wurde für die Kinder der Christophorus-Schule niedriger eingestuft, als für die Regelschüler Tabelle 139. Bei beiden Schulen wurde nie die Antwort *sehr viel* gegeben. Die Hälfte der Eltern gab für ihre Kinder mit Behinderung an, keinen Zeitaufwand gehabt zu haben. Dies meinen nur etwa ein Viertel der Eltern der Regelschüler, der Modus liegt hier bei *viel*, der zweithäufigste Wert bei *wenig*.

Tabelle 140: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Körpererfahrungen

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
wenig	5	29,4%		
viel	9	52,9%	8	80,0%
sehr viel	3	17,6%	2	20,0%

Auf die Frage, ob das Projekt ihrem Kind Körpererfahrungen gebracht habe (Tabelle 140), antworteten die Eltern der Kinder mit geistiger Behinderung deutlich positiver als die der Regelschüler. Achtzig Prozent meinten, dass ihre behinderten Kinder *viel*, der Rest *sehr viel*, Körpererfahrungen durch das Projekt gemacht hätten. An der Steinbachtalschule entschieden sich die meisten Eltern für die Antwort *viel*, einige für *wenig* und nur wenige für *sehr viel*.

Tabelle 141: Übertragungsempfehlung an andere Schulen

	SBS		CS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	14	82,4%	10	83,3%
bedingt	3	17,6%	2	16,7%

Kein Elternteil verneinte die Frage „Können Sie eine Übertragung dieses Projekts auf andere Schulen empfehlen?“ Über achtzig Prozent empfahlen eine Übertragung des Projekts auf andere Schulen, die restlichen Eltern empfahlen dies bedingt. Als Hinweise gaben Eltern der Regelschule an, dass eine Durchführung dieses Projekts eher an Schulen in sozialen Brennpunkten sinnvoll wäre (vgl. LERCH 2008, 87).

8.5 Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Nun sollen die wichtigsten Erkenntnisse dieser Untersuchung gesammelt dargestellt, interpretiert und die zugrundeliegende Fragestellung (siehe Kapitel 7.1) beantwortet werden. Zunächst sollen Ergebnisse der Durchführungsevaluation, darauf folgend die der Wirksamkeitsevaluation behandelt und diskutiert werden. Eine Vernetzung der Ergebnisse aus qualitativen und quantitativen Methoden soll den Abschluss dieses Kapitels bilden.

Wie das Pilotprojekt an der Regelschule gezeigt hat, ist die Konzeption auch für diese Zielgruppe einsetzbar. Es bestätigte sich die Annahme, dass die Kinder der Steinbachtal-Burkarder-Volksschule eher aus sozial starken Familien kamen und gerade diese an den Projekttreffen teilnahmen. Die Eltern der Regelschüler, die Interesse am Projekt hatten, legten schon vorher größeren Wert auf eine gesunde Ernährung ihrer Kinder, als die Eltern, die nicht am Projekt teilnahmen. Familien aus oberen Bildungsschichten können wahrscheinlich mehr Sport- und Bildungsangebote nutzen und leben bereits in einem ausdifferenzierten sozialen Netzwerk. Sie wissen zum Großteil, wie sie eine gesunde Entwicklung ihres Kindes fördern können oder sie kennen geeignete Informationsquellen. Wie die Eltern der Regelschüler unterstrichen, sollten Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Besonderen gesundheitlich benachteiligte Gruppen erreichen.

Die erste Frage dieser Arbeit bezog sich auf die Durchführbarkeit der erarbeiteten Konzeption mit der angestrebten Zielgruppe „Kinder mit geistiger Behinderung“ in der Praxis. Das Pilotprojekt hat in der praktischen Umsetzung gezeigt, dass eine Gesundheitsförderung nach diesem Konzept mit der angedachten Zielgruppe im Setting Tagesstätte erfolgreich durchgeführt werden kann. Die Relevanz der Thematik für diese Zielgruppe war hoch. Gerade für Familien mit einem geistig behinderten Kind sind bislang wenige Angebote gezielt geschaffen worden.

Doch auch mit diesem speziell für diese Zielgruppe entwickelten Konzept konnte durch das Pilotprojekt nur ein Teil der Adressaten erreicht werden. Nur zwanzig Prozent der über die Förderschule angeschriebenen Familien folgten der Einladung zu dem Pilotprojekt. Das zuerst geringe Interesse vieler Familien könnte dadurch erklärt werden, dass zum einen die Initiative für dieses Projekt von außen (Universität und Schulleitung, nicht durch die Eltern) herangetragen wurde. Zum anderen wurde dieses Projekt zum ersten Mal durchgeführt und war Eltern, Lehrern und Betreuern unbekannt.

Die teilnehmenden Familien äußerten einen besonderen Bedarf an alltagstauglichen Tipps, Anregungen und Erfahrungsaustausch. Die Teilnahme an den Projekttreffen (\bar{X} 3,58 von 5) und den Bewegungsstunden (\bar{X} 32,42 von 36) der Kinder, die zum Projekt angemeldet wurden, war regelmäßig. 83,3% der Eltern empfahlen eine Übertragung des Projekts auf andere Schulen, 16,7% empfahlen dies bedingt. Die Eltern und Kinder, aber auch Kinder, die von dem Projekt durch Klassenkameraden während des Schuljahres erfuhren, äußerten den Wunsch einer Weiterführung des Projekts. Auch für die Schüler, die nicht am Projekt teilnahmen, war die Zuckerausstellung sehr interessant. Die Schulleiterin der Regelschule und Lehrkräfte der Förderschule berichteten über großes Interesse anderer Kinder und Eltern an der Ausstellung, die noch weiter zu besichtigen war.

Die Projektdurchführung an der Christophorus-Schule wurde von Schule, Tagesstätte und Schulpsychologin, an der Regelschule durch die Schulleitung und Lehrkräfte unterstützt. Im Gegensatz zum Pilotprojekt an der Regelschule war für die Kinder an der Förderschule die Teilnahme an den Bewegungsstunden nicht verpflichtend. Würde dieses Projekt von den Klassenlehrern oder Gruppenleitern initiiert, könnten mehr Kinder erreicht werden. Auch im Sinne einer „guten gesunden Schule“ könnte sich dieses Projekt etablieren. Im Rahmen des regulären Sportunterrichts oder einer zusätzlichen verpflichtenden Sportstunde könnten somit mehr Kinder erreicht werden. Die Durchführung des Pilotprojekts in der Tagesstätte brachte Vorteile in der räumlichen und zeitlichen Koordination von Kindern unterschiedlicher Klassen. Da die meisten Kinder mit geistiger Behinderung auch nachmittags in der Tagesstätte betreut werden, wäre auch für weitere Projekte eine Verortung der Bewegungsstunden in diesem Rahmen denkbar. Die Projektleitung könnte sowohl von der Schule als auch der Tagesstätte übernommen werden.

Um mehr Eltern für die Projekttreffen zu begeistern, würde es mehr Mundpropaganda benötigen. Eine regelmäßige Durchführung des Projekts an einer Schule könnte dazu führen, dass im Laufe der Zeit mehr Eltern über andere Eltern oder ihre Kinder angesprochen würden.

Bezüglich der Wirksamkeit dieser Maßnahme können nur Aussagen über die erreichten Teilnehmer getroffen werden. Nicht alle Eltern und Kinder nahmen im gleichen Umfang an der Maßnahme teil.

An beiden Schularten gab es während der Bewegungsstunden und Projekttreffen positive Prozesse zu verzeichnen. Die teilnehmenden Beobachtungen (Außensicht) wurden von den Angaben der Kinder und der Eltern aus den Befragungen (Innensicht) bestätigt. An den Bewegungsstunden hatten die Kinder viel Freude am Bewegen, lernten neue Spiele und

Bewegungen kennen und erfahren wesentliche physiologische Zusammenhänge. In manchen Stunden gab es Konflikte, für deren Lösung sich die Kinder auch immer öfter selbst einsetzten. Sie forderten zunehmend weniger die Hilfe erwachsener Betreuer. Es zeigte sich eine leichte Tendenz, mehr Rücksicht auf andere Gruppenmitglieder zu nehmen. Dies kann als zunehmende soziale Handlungsfähigkeit interpretiert werden. Die Homogenität der Gruppen an der Regelschule forderte weniger Rücksichtnahme und Hilfestellungen der Gruppenmitglieder. Andererseits waren die Kinder dadurch wenig über- oder unterfordert. In diesen Gruppen äußerte kaum ein Kind, dass es sich langweilte.

Durch die sehr gemischte Gruppenzusammensetzung an der Förderschule entstanden hier häufiger Situationen, in denen stärkere Kinder auf schwächere, langsamere und ängstlichere Kinder Rücksicht nehmen oder ihnen helfen mussten. Besonders „fitte“ Kinder mussten dann mitunter länger warten und konnten nicht direkt ihre Leistung mit anderen messen. Sie äußerten häufiger, dass sie sich langweilten. Aus dieser Langeweile heraus entstand manchmal provozierendes Verhalten, diese Kinder entwickelten aber auch selbstständig anspruchsvollere Handlungsalternativen.

An den Projekttreffen nahmen nicht alle Projektkinder mit deren Familien teil. Nicht alle Kinder wollten an den Treffen dabei sein. Sieben Regelschüler gaben an, wenig Interesse an den Projekttreffen gehabt zu haben. Sie nahmen dementsprechend auch nicht an den Projekttreffen teil. Warum sie nicht an den Treffen teilnehmen wollten, wurde nicht erfragt. Der Grund für die Teilnahme einiger Kinder mit geistiger Behinderung, die angaben, dass sie nicht gerne an den Projekttreffen teilnehmen wollten, aber trotzdem häufig anwesend waren, kann vielleicht darin gesucht werden, dass sie durch ihre Eltern fremdbestimmt wurden.

Die Projekttreffen boten den Eltern Raum für den Austausch von Erfahrungen, für Wissenstransfer und Gemeinschaftserlebnisse. Der gemeinsame Bewegungsteil zu Beginn der Projekttreffen sprach Eltern und Kinder an. Ein hoher Praxisanteil war für die Kinder mit geistiger Behinderung nötig, da sie Schwierigkeiten hatten, sich lange auf ein Thema zu konzentrieren. Die Anteile praktischer Handlungsmöglichkeiten und Lernen mit allen Sinnen begeisterten die Kinder eher und wirkten nachhaltig.

Die Bewertungen der Projekttreffen durch die Kinder und Eltern spiegelten die Ergebnisse der Beobachtungen wider. Die Kinder, die an den Projekttreffen anwesend waren, nahmen meistens mit Freude daran teil. Das gemeinsame Bewegen zu Beginn der Projekttreffen bereitete Kindern und Eltern Freude und eröffnete neue Erfahrungen im gemeinsamen Spiel. Bei den Theoriesequenzen beschäftigten sich die Eltern interessiert mit den ausgewählten

Themen und nutzten die Gelegenheit, sich auszutauschen. Für die Kinder mit geistiger Behinderung mussten diese Phasen gekürzt werden, da deren Aufmerksamkeitsspanne sehr kurz war und nicht alle Informationen für sie verständlich waren. Die Regelschüler konnten bei den theoretischen Sequenzen mehr Vorwissen einbringen und die Inhalte besser verstehen. Neben den gemeinsamen Spielen mit ihren Eltern war wohl das gemeinsame Zubereiten der Speisen für alle Kinder der Höhepunkt der Treffen. Hier lernten sie im handelnden Umgang mit den Lebensmitteln die Grundlagen einer ausgewogenen Ernährung, verschiedene frische Zutaten und deren Verarbeitung kennen.

Die Eltern der Regelschüler schätzten den Zeitaufwand, den das Projekt ihnen selbst und ihren Kindern bereitete, höher ein, als die Eltern der Förderschüler. Den Informationsgewinn schätzten sie für sich etwas geringer ein. Die Eltern aus dem Steinbachtal fühlten sich etwas mehr in ihrer Lebensweise bestätigt. Dies unterstreicht, dass die Eltern der Steinbachtal-Schüler bereits viel über die besprochenen Themen wussten und sich dementsprechend verhielten. Die Eltern beider Schülergruppen profitierten insofern vom Projekt, als dass es ihnen Freude im Miteinander, Erfahrungsaustausch und Lust auf Bewegung brachte. Hierzu waren jeweils die Bewertungen der Eltern mit geistig behinderten Kindern etwas positiver.

Die Eltern sahen die größten Auswirkungen des Projekts im Hinblick auf ihre Kinder in einem Zugewinn an Körpererfahrungen und an der Lust am Bewegen. Bis auf zwei Kinder mit geistiger Behinderung scheinen nach Angaben der Eltern alle Kinder recht viele neue Informationen durch das Projekt erhalten zu haben. Die Eltern zweier Kinder (das eine Kind konnte selbst nicht befragt werden) meinten, dass die Kinder keinen Informationsgewinn aus dem Projekt gezogen hätten.

Aus den Daten über das Freizeit- und Ernährungsverhalten wurden keine positiven Wirkungen der Intervention ersichtlich. Der Wunsch nach einer Teilnahme an einer Sportgruppe und mehr Sport zu treiben, änderte sich für die Gruppe an der Förderschule nicht. Bei der Gruppe an der Regelschule äußerten nach dem Projekt deutlich mehr Kinder den Wunsch, mehr Sport zu treiben. Ob dieser Wunsch durch die Bewegungsstunden hervorgerufen wurde, kann daraus jedoch nicht direkt abgeleitet werden.

Die mittels Teilen des standardisierten KINDL[®]-Fragebogens vor und nach der Implementierung erhobenen Daten zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden zeigten keine signifikanten Veränderungen. Die Ergebnisse (positive und negative Tendenzen) variierten bei den unterschiedlichen Projektgruppen stark.

Die größte Wirkung der Maßnahme war bei dem Gesundheitswissen der Kinder mit geistiger Behinderung zu verzeichnen. Ein Vergleich der Angaben der Förderschüler vor und nach dem

Projekt zeigte, dass nach dem Projekt ein größerer Teil der Zielgruppe wusste, was man für seine Gesundheit tun kann. Ein Kind mehr als vor dem Projekt gab an, sich tatsächlich so zu verhalten. Von den Regelschülern - die vorher bereits über sehr viel Wissen verfügten - wussten nach dem Projekt noch etwas mehr Kinder, was sie für ihre Gesundheit tun könnten. Deutlich mehr Kinder, die an mindestens einem Projekttreffen anwesend waren, verhielten sich auch dementsprechend.

Es kann zusammengefasst werden, dass Wirkungen des Projekts im Sinne von positiven Prozessen und Effekten bei allen Projektgruppen nachgewiesen werden konnten.

Es kann jedoch durch diese Studie nicht ausgemacht werden, welche Komponenten des Treatments bestimmte Wirkungen bedingen. Über genaue Wirkungszusammenhänge können keine Aussagen getroffen werden.

Folgende Vermutungen über die Wirkung der Maßnahme werden angestellt:

- An den Projekttreffen können Eltern und Kindern für gesundheitsrelevante Themen sensibilisiert werden.
- Gesundheitswissen kann an den Projekttreffen durch geeignete handlungsorientierte Methoden vermittelt werden.
- Durch die gemeinsamen Bewegungsphasen an den Projekttreffen wird die Freude am gemeinsamen Bewegen von Eltern und Kinder nachhaltig gesteigert. Auch in der Freizeit machen die Kinder mehr Sport mit ihren Eltern.
- Durch die Bewegungsstunden wird Freude an der Bewegung geweckt und gefördert.
- Die Bewegungsstunden bieten Raum für Diskussionen und Streitereien (wenn sich die Lehrkraft zurückhält!).
- Durch die Inhalte der Bewegungsstunden lernen die Kinder ihren Körper besser kennen.
- In den Bewegungsstunden kann spielerisch theoretisches Wissen vermittelt und mit praktischen Erfahrungen verknüpft werden.
- Die Eltern erfahren, dass ihre Kinder bei Nahrungszubereitung helfen bzw. alleine tätig sein können.
- Die Kinder kochen eher zu Hause, wenn sie bei den Projekttreffen Erfahrungen in diesem Bereich sammeln konnten.
- Während des Projekts entstehen Situationen, in denen sich die Kinder als wirksam und erfolgreich erleben.

Die letzte Forschungsfrage, nämlich welche Folgerungen aus den Ergebnissen für zukünftige Projekte und deren Evaluation gezogen werden können, soll im Folgenden beantwortet werden. Zunächst sollen einige Empfehlungen für weitere Projekte im Sinne dieses Konzepts gegeben werden.

Das Konzept kann in Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung eingesetzt werden. Hier können insbesondere die zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten der Tagesstätte ausgeschöpft werden. Es ist erstrebenswert, auch die Verpflegungssituation und den Schulunterricht vor Ort im Sinne einer „guten gesunden Schule“ (siehe die „Bewegte Schule“ und „Anschub.de“ in den Kapiteln 4.1.3 und 4.1.4 der vorliegenden Arbeit) und Tagesstätte zu gestalten.

Durch Klassenlehrer oder Gruppenleiter in der Tagesstätte könnten mehr Familien direkt von bereits bekannten Personen angesprochen und erreicht werden.

Die Projektleitung können Klassenlehrer, Fachkräfte für Sport oder Leiter von Tagesstättengruppen (auch Nachmittagsbetreuung) übernehmen. Durchführende Personen müssen einige Qualifikationen mitbringen, wie Fähigkeit zur Gruppenführung, Managementkompetenzen, Teamfähigkeit und die Bereitschaft zu Innovationen und Vorbildfunktion. Die Bewegungsstunde kann entweder während der Schulzeit am Vormittag oder der Tagesstättenzeit am Nachmittag stattfinden.

Ein leichter Projektstart kann durch eine Zusammenarbeit mindestens zweier (Parallel-)Klassen und deren Lehrer oder Gruppenleiter erreicht werden. Die Arbeit mit einem Kollegen/einer Kollegin ermöglicht zum einen Austausch und Arbeitsteilung, aber auch eine Differenzierung von Eltern und Kindern bei den Projekttreffen. Eine Kooperation zweier Schulen, z.B. einer Förderschule und einer Regelschule, ist im Sinne des Integrationsgedankens durchaus wünschenswert. Vor Ort können eventuell Möglichkeiten einer Kooperation mit Vereinen gefunden werden. Eine Öffnung der Schule oder Tagesstätte kann sich langfristig auch über die Eltern hinaus bis hin zu Vereinen und Übungsleitern erstrecken²⁰⁵.

Die Auswahl der an den Projekttreffen zu besprechenden Themen sollte im Hinblick auf das Interesse der Teilnehmer erfolgen. Die Überlegungen bezüglich der Themenschwerpunkte

²⁰⁵ Aus ersten Kontakten können sich weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit ergeben, wie z.B. Schnupperangebote, Ferienprogramme, gemeinsame Wettbewerbe und Sportveranstaltungen von Schule und Verein, Unterrichtsprojekte unter Einbezug der Sportvereine im Umfeld der Schule, Einrichtung von Sport-AGs oder Fort- und Weiterbildungsangebote für Lehrkräfte der Schulen (KAPUSTIN 1993, 16).

und Ausgestaltung der Projekttreffen kann der Projektleiter mit Hilfe von Fragebögen steuern. Die Meinungen und Wünsche der Teilnehmer können so leicht erfasst und im weiteren Projektverlauf berücksichtigt werden.

Die Bewegungsstunden und Projekttreffen wurden im Rahmen des Pilotprojekts in einer sehr heterogenen Gruppe, jedoch nur mit „Läufern“ (also keine Kinder im Rollstuhl), durchgeführt. Es ist denkbar, dieses Projekt auch mit Gruppen anderer Förderschwerpunkte (Gehörlose, Förderschwerpunkt Sprache, emotionale Entwicklung, Lernen) durchzuführen. Bei Kindern, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, und schwer mehrfach behinderten Kindern können sicherlich nicht alle Spiele und Übungen zur Anwendung kommen. Hierfür bedarf es einer Adaption an die neue Zielgruppe durch die Experten (Lehrer oder Betreuer)²⁰⁶.

Die Stundenbilder im Lehrermanual²⁰⁷ dienen als konkrete Vorlagen, die entweder genauso wie vorgegeben oder nur partiell übernommen werden können. Ebenso verhält es sich mit den Beispielen für Projekttreffen. Um eine Implementierung sicherzustellen, sollten neben dem Manual Ansprechpartner für die durchführenden Personen zur Verfügung stehen (NEULS 2003). Einführende Fortbildungen für Schul- bzw. Tagesstättenleiter und/oder Pädagogen können sicherstellen, dass die Konzeption verbreitet und wie vorgesehen umgesetzt wird.

8.6 Bewertung der Untersuchung

In diesem Kapitel soll nun die Untersuchung bewertet und Konsequenzen für weitere Forschungen²⁰⁸ gezogen werden. Dazu soll zunächst auf der Grundlage von bestimmten von SCHIFFLER und HÜBNER (2000) vorgeschlagenen Standards für die Evaluation von Interventionsmaßnahmen die Untersuchung reflektiert werden. Danach soll die Datenerhebung und -analyse in Bezug auf die Zielgruppe Kinder mit geistiger Behinderung kritisch betrachtet werden. Ein Ausblick auf weiterführende Forschungen soll dieses Kapitel abschließen.

Das JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION (JCSEE, 1994) hat Standards gesammelt und entwickelt, die Richtlinien bei der Evaluation von Programmen des

²⁰⁶ Hierfür können Tipps von z.B. RHEKER (2005³) oder FEDIUK (2008) hilfreich sein.

²⁰⁷ Das Lehrermanual soll noch 2009 durch die Gmünder ErsatzKasse (GEK) im Asgar-Verlag herausgegeben werden.

²⁰⁸ Damit wird auch die letzte Fragestellung dieser Arbeit vollständig beantwortet sein.

Sozial- und Gesundheitswesens vorgeben. Einerseits sollen sie die Qualität von empirischen Evaluationen, andererseits die Fairness oder Offenheit gegenüber allen beteiligten Personen, Gruppen, Institutionen sicherstellen. Die von diesem Komitee vorgeschlagenen Standards sind in vier Gruppen unterteilt (vgl. SCHIFFLER & HÜBNER 2000, 142):

1. Nutzen-Standards („Utility“)
2. Machbarkeits- oder Durchführbarkeits-Standards („Feasibility“)
3. Standards für Anstand und ethisches Vorgehen („Propriety“)
4. Genauigkeits-Standards („Accuracy“)

Diese Standards wurden vor allem für größere flächendeckende Programme entwickelt und müssen bei der Anwendung auf kleinere Förderprogramme eine andere Gewichtung erhalten. ANGELINA SCHIFFLER und SIGRID HÜBNER haben 2000 aus den Standards des JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION (JCSEE, 1994) „Allgemeine Standards für die Evaluationspraxis“ speziell für die Evaluation solcher Interventionsmaßnahmen entwickelt, die im engen Rahmen einer einzigen lokalen Institution als Förderungsprogramm oder als Präventionsprogramm für einzelne oder überschaubare Gruppen eingesetzt werden können. Da die Evaluation derartiger Programme üblicherweise - wie auch hier – im Rahmen von kleineren Projekten stattfindet, wurden die Standards des JCSEE hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf lokale Projekte adaptiert. Sie beziehen sich auf die „Tätigkeit des Evaluieren selbst und ihre potentiellen Konsequenzen für die weitere Verwendung von Evaluationsergebnissen“ (SCHIFFLER & HÜBNER 2000, 141).

Die Autorinnen dieser allgemeinen Standards für die Evaluationspraxis besprechen ihre adaptierten Standards in Anlehnung an den Ablauf einer Evaluation mit den Phasen: Festlegung der Evaluationsziele, Planung der Evaluation, Durchführung, Auswertung und Publikation der Evaluationsergebnisse (vgl. SCHIFFLER & HÜBNER 2000). Diese Reihenfolge soll für die nun folgende Bewertung der Untersuchung übernommen werden.

Festlegung der Evaluationsziele

Die Ziele der Evaluation wurden bereits im einleitenden Kapitel dieser Arbeit dargestellt. Sie beziehen sich neben der Frage der Wirksamkeit auf die Durchführbarkeit des Projekts mit der Zielgruppe in der Praxis. Der Forderung nach der Identifikation betroffener Personen („Stakeholder“) wurde nachgegangen, indem von Anfang an die Bedürfnisse der betroffenen Personen bei der Planung und Durchführung der Evaluation berücksichtigt wurden.

Im Vorfeld wurden Anforderungen an das Programm in Bezug auf die potenziellen Durchführenden des Konzepts (Lehrerinnen und Erzieherinnen) sowie die Zielgruppe

bedacht. Es wurde versucht, Interessenskonflikte bzgl. unterschiedlicher Ziele der Programmausführung und -evaluation gering zu halten. Durch den Aspekt der Handlungsforschung wurde versucht, beiden gerecht zu werden, so dass sich pädagogische Ziele und wissenschaftliche Interessen nicht gegenseitig behinderten oder gar ausschlossen. Die Ziele dieser Arbeit wurden in jedem Stadium der Evaluation verfolgt.

Planung der Evaluation

In der Planungsphase von lokalen Programmen sind vor allem Standards der Durchführbarkeit entscheidend (SCHIFFLER & HÜBNER 2000, 144). Bei der Planung der Evaluation wurden Vorabsprachen mit den Projektschulen getroffen, um die Voraussetzungen für eine angemessene Durchführung zu schaffen. Kritisch angemerkt werden muss, dass das Treatment nicht bei allen Teilnehmern in vollem Umfang wirken konnte. Denn die Projekttreffen wurden nicht von allen Kindern und Eltern regelmäßig besucht.

Die Planung der Intervention war realistisch, die formalen Absprachen und Einigungen fanden über die Eltern der Kinder und die Ansprechpartner der Schulen statt. Auf das Wohl der Teilnehmer wurde stets geachtet und die Würde aller Personen, die mit der Evaluation assoziiert waren, wurde gewahrt. Kid10 nahm am Ende des Schuljahres, als die Konflikte mit kid5 zu schwerwiegend wurden und es zu sehr belasteten, nicht mehr an den Bewegungsstunden teil. Damit wurde auch gewährleistet, dass das Interesse der beteiligten Institution an einer Förderung der ihr anvertrauten Personen gewahrt blieb.

Durchführung

Die Phase der Durchführung beinhaltet die Implementation des Programms bzw. Programmausführung und die Durchführung der Untersuchung. Eine Bewertung der Programmimplementation in dem Sinne, dass das Programm wie vorgesehen in der Praxis umgesetzt wurde, ist hinfällig, da die Pilotphase die Ausformung des Konzepts beinhaltete. Der Standard „Service Orientierung“ wurde erfüllt, da sich die Evaluation auf den Teil des Programms konzentrierte, der am ehesten die Teilnehmer betrifft und die angestrebten Ziele förderte.

Auswertung

Informationsquellen, die während der Evaluation benutzt wurden, wurden begründet und beschrieben. Die Validität und Reliabilität der Informationsquellen und der Daten wurden

kritisch diskutiert²⁰⁹. Qualitative sowie unsystematische Daten konnten für alle Teilnehmer über den gesamten Projektzeitraum erhoben werden. Unsystematische Informationsquellen, wie mündliche Rückmeldungen von Teilnehmern, Schulleitung, Erzieherinnen und Erfahrungen der Projektleiterin sind nur begrenzt gültig, jedoch von hohem Wert für weitere Untersuchungen des Programms (SCHIFFLER & HÜBNER 2000, 146).

Evaluationsbericht und Publikation der Evaluationsergebnisse

Mit der vorliegenden Arbeit wurde der Forderung nach einer genauen Beschreibung und Dokumentation des Programms und seiner Durchführung nachgegangen. In Vorträgen bei wissenschaftlichen Kongressen und einem Beitrag in einer Fachzeitschrift wurden Erfahrungen aus dem Pilotprojekt und erste Ergebnisse der Untersuchung publiziert.

Weitere Standards

Die von SCHIFFLER und HÜBNER (2000) als weniger bedeutsam eingestuften Standards der „politischen Durchführbarkeit“, „Kosten in Relation zum Nutzen“ und „finanzielle Verantwortung“ wurden eingehalten.

Es kann festgestellt werden, dass die vorliegende Untersuchung die aufgeführten Standards im Rahmen der Möglichkeiten erfüllt. Im Weiteren sollen Schwierigkeiten bei der Datenerhebung insbesondere bei Kindern mit geistiger Behinderung kritisch betrachtet und Überlegungen angestellt werden, diesen zu begegnen.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen auf Grund der geringen Probandenzahl und Heterogenität der Pilotprojektgruppe keine allgemeinen Schlüsse zu. Nicht alle Eltern füllten die Fragebögen aus und sandten diese zurück. Fraglich bleibt, inwieweit die elterlichen Aussagen über Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten der Realität entsprechen²¹⁰.

Bei den Kindern mit geistiger Behinderung erwies sich die Datenerhebung durch die eingeschränkten kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten der Befragten als erschwert bis unmöglich. Nur kognitiv relativ weit entwickelte Kinder mit geistiger Behinderung verstanden alle Fragen der Fragebögen. Wie viele Informationen von den Kindern verstanden wurden, ist fraglich, auch wenn die Fragebögen eine zukünftige Verhaltensänderung

²⁰⁹ und werden noch weiter hinten in diesem Kapitel diskutiert.

²¹⁰ MACKAY (2007) stellt geringe Korrelationen zwischen Selbstaussagen von Personen und Messungen über das tatsächliche Bewegungsverhalten fest.

versprechen. Zwei Drittel der Kinder konnten die gestellten Fragen beantworten. Für diese Kinder konnten qualitative als auch quantitative Daten erhoben werden. Von diesen acht Kindern liegen Daten zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden vor. Auch wenn das dafür eingesetzte Messinstrument als reliabel und valide gilt, muss die Validität und Reliabilität der kindlichen Aussagen jedoch kritisch betrachtet werden. Aussagen von Kindern können auf Grund von mangelndem Verständnis seitens der Kinder und/oder Forscherin oder durch das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ beim Beantworten der Fragen verfälscht sein (HONIG ET AL. 1999)²¹¹. Die Angaben der Kinder, die gerade in einer kritischen Entwicklungsphase (Pubertät) steckten, könnten auch durch absichtliches Fehlantworten als provozierendes Verhalten verfälscht sein. Bei manchen Kindern mit geistiger Behinderung ($\frac{1}{3}$ dieser Personengruppe) traten bei der Befragung unüberwindbare Verständnis- und Verständigungsprobleme auf. Über diese vier Kinder konnten keine validen Daten durch die Befragung erhoben werden. Aufgrund der bereits vor der Untersuchung diskutierten Schwierigkeit, Fremdaussagen über Kinder mit geistiger Behinderung zu treffen, wurde diese nur durch wenige Fragen im Rahmen der vorgesehenen schriftlichen Elternbefragung gesammelt.

Die Kurzfragebögen zu den Projekttreffen scheinen am aussagekräftigsten zu sein, da hier die Kinder nicht verallgemeinerte Aussagen treffen mussten, sondern zu einem gerade erst stattgefundenen Geschehen befragt wurden.

Sollen Daten direkt über die Kinder mit geistiger Behinderung erhoben werden, erscheinen weiche Methoden geeigneter und aussagekräftiger als harte. Die Ansprüche standardisierter Instrumente können kaum erfüllt werden. In Übereinstimmung mit HAGEN (2002) kann gesagt werden, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht von vornherein als unfähige Gesprächspartner gesehen werden dürfen. Manche Kinder mit geistiger Behinderung konnten den Fragebogen mit Hilfe teilweise selbst ausfüllen. Ausgesprochen wichtig ist es, die Gesprächspartner bereits vor der Befragung zu kennen, ihr Vertrauen zu gewinnen und ihre kommunikativen Fähigkeiten einschätzen zu können. Kommunikation bedeutet in diesem Kontext alle Möglichkeiten der Informationsübertragung im Dialog. Hierbei können auch nonverbale Kommunikationsformen zum Einsatz kommen (KELLY 2007). Deshalb ist es bei Befragungen von Kindern mit geringen kommunikativen Fähigkeiten vorteilhaft, Kenntnis über Kommunikations-Codes und alternative Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. Gebärden)

²¹¹ Hier soll noch einmal auf die Diskussion zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung (HAGEN 2002) verwiesen werden.

zu haben. Es darf nicht darauf geschlossen werden, dass Kinder mit geringen Fähigkeiten im aktiven Sprachgebrauch automatisch eine niedrige Verstehenskompetenz besäßen. Bei der hier befragten Gruppe konnte diese vorschnelle Annahme widerlegt werden.

Bei einer akuten Überforderung des Befragten, muss die Befragung abgebrochen oder unterbrochen werden.

Aber nicht nur die Aussagen der Kinder mit geistiger Behinderung sind kritisch zu betrachten. Die Befragung der Regelschüler liefert ebenso keine eindeutigen Ergebnisse. Es ist zu überlegen, inwiefern die Antworten auf die Fragen, die eher auf das habituelle Wohlbefinden abzielten, durch die momentane Situation der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung verfälscht sind. Wenn die Kinder in der Befragungssituation z.B. Angst haben, falsche Antworten zu geben, könnte sich diese Angst auf deren Antworten auswirken²¹².

Ergebnisse aus der Prozessevaluation wurden zur Verbesserung des Programms genutzt.

Die Verbesserung des Programms erfolgte bei der Planung und Umsetzung der folgenden Projekttreffen bis hin zur allgemeinen Zufriedenheit. Die Verbesserungen der Konzeption konnten zwar im Verlauf des Pilotprojekts vorgenommen werden und bei den jeweils folgenden Projekttreffen berücksichtigt werden, eine erneute Durchführung des Projekts mit verbessertem Manual ist bislang auf Grund von Mittelknappheit nicht geplant²¹³. Dies kann nicht zu einer vollständigen Befriedigung im Sinne einer Handlungsforschung führen. Bei der Veröffentlichung des Lehrermanuals werden Änderungen ohne erneute Erprobung auf Grundlage der Erfahrungen aus den übrigen Projekttreffen vollzogen.

Auf längere Sicht sollte eine Programmevaluation alle fünf von MITTAG und HAGER (2000) vorgeschlagenen Evaluationsarten (siehe Abbildung 2) umfassen (ebd., 108). Somit ist eine umfassende Evaluation erst abgeschlossen, wenn die Programmwirksamkeit und Programmeffizienz des Programms im alltagspraktischen Einsatz geprüft wurde. Hierfür

²¹² Bei der ersten Befragung der Regelschüler waren die jeweiligen Klassenlehrerinnen anwesend. Allein diese Tatsache (hinzukommend verselbständigter Verhaltensweisen und teilweise auch unbewusster Kommunikation zwischen Lehrerin und Schülern) könnte die Schüler in irgendeiner Weise beeinflusst haben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Kinder in dieser Situation sogar Angst davor hatten, Fehler zu machen, obwohl öfter betont wurde, dass es sich um keinen Test handle.

²¹³ WHITEHEAD, TAKET & SMITH (2003) schlagen vor, der Schwierigkeit, dass eine Handlungsforschungsstudie häufig länger dauert als geplant, im Rahmen einer kritischen Reflexion zu begegnen (ebd., 11f).

sollte eine externe Evaluation sowohl Prozess- als auch Erfolgsevaluation beinhalten²¹⁴. Für die prozessorientierte Implementationsforschung ist die Frage entscheidend, inwieweit die Maßnahme getreu den Vorstellungen des Programmautors durch die Vermittler realisiert und von den Gruppen akzeptiert wurde. Die Wirkungsforschung sollte den Erfolg einer Maßnahme fokussieren, im Hinblick auf Wirkzusammenhänge, Effektgrößen und Nebeneffekte (ROST 2000).

MAIER ET AL. (2007) fordern, dass erst nach der Evaluation einer kleinangelegten Intervention die Implementation in großem Ausmaß geschehen sollte. Eine Evaluation komplexer Interventionen sollte nicht nur die Messung einzelner Outcome-Variablen beinhalten. Umfangreiche Studien sollten, so MAIER ET AL (2007), sowohl Daten über Wissen, Einstellungen und Verhalten der Kinder als auch Aspekte der Schulgemeinschaft, Familien und Gesellschaft erheben. Es muss versucht werden, möglichst verlässlich Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu beschreiben. Der Schwierigkeit, empirische Belege für persönlichkeitsbildende Wirkungen des Sports bzw. des Sich-Bewegens in der Gruppe zu erbringen, muss zu begegnen versucht werden.

In einer echten Längsschnittstudie könnten auch langfristige Effekte (wie zum Beispiel spezifische Dimensionen des Selbstkonzepts)²¹⁵ der Intervention untersucht werden. Hierfür wäre eine umfassende Studie mit mehreren Interventions- und Kontrollgruppen und Projektleitern nötig²¹⁶. Daten über Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten, Einstellungen, aber auch psychologische und physiologische Daten sollten dann über die Kinder und deren Eltern erhoben werden. Motorische Tests und einen Test zur sozialen Kompetenz der Kinder sollten in die Testbatterie mit aufgenommen werden. Daten zum gesundheitsbezogenen Wohlbefinden der Kinder sollten zusätzlich über die Eltern erfragt werden. Um Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten zu untersuchen, sollten Daten über die Kinder selbst erhoben, aber

²¹⁴ Aus einer Analyse bestehender Literatur über Adipositas-Präventions-Programme fassen KROPSKI, KECKLEY & JENSEN (2006, 1017) zusammen: „Future studies should include a well-designed evaluation protocol that assesses short- and long-term efficacy for weight outcomes, valid analysis of diet and physical activity outcomes, and cost-effectiveness analysis.“

²¹⁵ Einen Einblick über bestehende Probleme bei der empirischen Untersuchung der Thematik „Sport und Persönlichkeitsentwicklung“ und Desiderate für künftige Forschung führt CONZELMANN (2008) an.

²¹⁶ Die Möglichkeit und Unmöglichkeit einer Randomisierung bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist viel diskutiert. In welchem Maße den Forderungen einer Evidenzbasierung von Gesundheitsförderung tatsächlich nachgegangen werden kann, ist fraglich (siehe zum Beispiel BÖDEKER 2007).

auch durch die Befragung von Eltern und Betreuer ergänzt werden. Eine Erweiterung der Erhebungsinstrumente um Instrumente, die die kindlichen Schutzfaktoren (im Sinne des Salutogenese-Modells) erheben, ist anzudenken²¹⁷. Gewohnheiten sollten besser mittels Ernährungs- und Freizeitprotokollen als über die Befragung nach Gewohnheiten ermittelt werden. Außerdem sollten Daten über den Lebensraum Schule und die Implementation und Annahme der Maßnahme durch dieses System und seine Akteure gesammelt werden. Grundsätzlich stellt sich in der schulischen Praxis (bzw. der Tagesstätte) die Frage, wie konzepttreu ein Programm umgesetzt wird. Als Bezugspunkt kann vielleicht die Evaluation des Konzepts der Klasse2000 fungieren. Geklärt werden muss ebenso, ob die Zielgruppe durch diese Intervention auch tatsächlich erreicht werden kann. Erst eine Kosten-Nutzen-Analyse kann darüber entscheiden, ob das Konzept in der Praxis mit einem akzeptablen finanziellen und zeitlichen Aufwand durchgeführt und ausgeweitet werden kann.

²¹⁷ BETTGE & RAVENS-SIEBERER (2003) entwickelten ein mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung von Schutzfaktoren psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

9 Ausblick

Auf Grund von Veränderungen in der modernen Gesellschaft ergeben sich stetig neue Anforderungen an Kinder und Familien. Die Gesundheit der heranwachsenden Generation wird durch neue Risiken, wie Bewegungsmangel, Stress und Fehlernährung, bedroht. Daher wird seit einigen Jahrzehnten Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen realisiert und weiterentwickelt. Neuere Konzepte sind dem salutogenetischen Paradigma verpflichtet. Sie verfolgen den Setting- und Empowerment-Ansatz. Gesundheitsförderung will daher individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Kinder und Familien zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen. Zudem zielt sie auf ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren ab, die gesundheitsrelevante Faktoren begünstigen.

Die Bemühungen von Politik, Medien, Wissenschaft und zahlreicher Praktiker, Gesundheitsförderung flächendeckend auch gesundheitlich benachteiligten Personengruppen zukommen zu lassen, drang bislang kaum bis zur Personengruppe „Kinder mit geistiger Behinderung“ durch. Die besonderen individuellen Voraussetzungen von Kindern mit geistiger Behinderung und die nicht immer ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten optimal entsprechenden Umweltaforderungen erschweren eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Betroffene Kinder und Familien mit einem behinderten Kind haben bei der Bewältigung ihres Alltags besondere Hürden zu bewältigen.

In dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, ein nachhaltiges Gesundheitsförderungskonzept für diese Personengruppe zu entwickeln und zu erproben. Gesundheitsförderung muss, so GROSSMANN & SCALA (1994, 42), bestrebt sein, in bestehenden Organisationen Fuß zu fassen. Gesundheitsförderung hat auf Ebene der Bildungseinrichtungen vor allem dann Erfolg, „wenn sie sich am Bildungsauftrag der Einrichtungen orientiert und Fragen der Gesundheit aller Beteiligten vor dem Hintergrund von Bildungsqualität und Qualitätsentwicklung angegangen werden“ (DIETERICH 2007, 130).

Etablierte Berufsrollen, wie Lehrer, Erzieher und Pflegekräfte, müssen dafür mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet werden. „In der Praxis bedeutet die Umsetzung von Gesundheitsförderung eine einschneidende Veränderung der Strukturen, der Arbeitsabläufe, der Finanzierung und der Qualifizierung des Personals“ (GROSSMANN & SCALA 1994, 28). Gesundheitserziehung, -bildung, -aufklärung oder -förderung ist im deutschen Bildungssystem vom Kindergarten an bis zur beruflichen Weiterbildung Gegenstand aller Bildungsbereiche und Bildungsstufen (WULFHORST 2002). Schulen und Tagesstätten können als Multiplikatoren für Gesundheitsförderungsmaßnahmen genutzt werden. Die IAGJ fordert,

dass „Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (...) zu einem wesentlichen Inhalt der Arbeit von Kindertagesstätten gemacht werden“ (IAGJ 2004, 9). Die ministeriale Forderung nach Schulentwicklung und Schulqualitätsentwicklung (FEND 2008) bietet eine Möglichkeit zur Etablierung der Gesundheitsförderung im und um Unterricht. Gesundheit und Gesundheitsförderung sollten im Leitbild von Schulen eine entscheidende Rolle spielen. „Organisationsentwicklung beinhaltet immer die Kombination von Lernprozessen der involvierten Personen und die Veränderung von Strukturen“ (GROSSMANN & SCALA 1994, 54).

Entscheidend für die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung sind Maßnahmen auf politischer Ebene. Dazu gehören die Unterstützung der Schulen bei der Erarbeitung und Etablierung guter Schulkonzepte sowie die Verbesserung der Ausbildung von Fachkräften von Tagesstätte und Schule. Eine Förderung solcher Bemühungen einzelner Schulen und die Einbindung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in kultusministerielle Empfehlungen sind wünschenswert. In der Lehrerbildung für Sonderpädagogen gibt es noch große Lücken im Bereich des Sportunterrichts (ANNEKEN & SCHÜLE 2004). Die Ausbildung von Erziehern, Heilerziehungspflegerinnen und Kinderpflegern, die als Fachkräfte in Schulen und Tagesstätten arbeiten, lässt im Bereich der Bewegungserziehung ebenfalls Wünsche offen. Wenn in der Ausbildung von Fachkräften vermehrt Schwerpunkte der Gesundheitsförderung vermittelt werden, könnten die Systeme (in denen diese ausgebildeten Personen dann arbeiten) selbst Veränderungen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt hervorbringen.

Forschungen zum Projekt Klasse2000 haben ergeben, dass es für die langfristige Implementierung eines Präventionsprogrammes in den Schulalltag notwendig ist, „dauerhaft Impulse zur Aufrechterhaltung einer konzepttreuen Umsetzung zu setzen sowie Akzeptanz und Praktikabilität zu überprüfen“ (STORCK, DUPRÉE, DOKTER & BÖLCSKEI 2007, 21). Diese Impulse müssen jedoch nach Meinung der Autorin aus dem System (Schule oder Tagesstätte) selbst kommen und nicht von außen initiiert werden.

Interventionen können nur Anstöße zu einer Selbstentwicklung sein, abhängig von den Möglichkeiten eines Systems, sie zu verarbeiten (GROSSMANN & SCALA 1994, 30). Dies gilt auf der Ebene des angesprochenen Individuums gleichwohl wie für das System Schule. Für die Implementierung der Programmatik müssen sich Schulleiter und Lehrkräfte finden, die von der Notwendigkeit und Möglichkeit einer schulischen Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe überzeugt sind.

Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich, wenn ein Programm eine gut ausgearbeitete Vorgabe für konkrete Unterrichtsplanungen beinhaltet (Klasse2000). Um eine nachhaltige und umfassende Gesundheitsförderung zu erreichen, müssen sowohl ein organisatorischer Rahmen zur langfristigen Umsetzung dieser Maßnahmen gesichert werden, aber auch Konzepte inhaltlicher und methodischer Art (wie dieses hier) bereitstehen. Eine „Gesunde Schule“ oder „Gesunde Tagesstätte“ kann dann für die Bereiche „Öffnung der Schule“ und „Bewegungserziehung“ auf konkrete Unterrichtsmaterialien als Hilfestellung für Lehrkräfte zurückgreifen. Das hier erarbeitete, in der Praxis erprobte und evaluierte Konzept korreliert mit den Richtlinien des Lehrplans für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung und ist leicht ins Schulkonzept integrierbar. Auch im Hinblick auf die immer flächendeckendere Ausweitung der Ganztageschulen und die oftmals ganztägige Betreuung an Förderschulen können zeitliche und örtliche Kapazitäten gefunden werden.

Ein Manual mit sämtlichen Unterrichtsmaterialien soll auch sportlich weniger qualifizierte Lehrer und Gruppenleiter zur Durchführung dieses Projekts anregen und anleiten. Mit den Ergebnissen dieser Evaluation wurde der Grundstein für eine Weiterführung des Konzepts in der Praxis gelegt. Mit der Veröffentlichung des Manuals durch die Gmünder Ersatzkasse (GEK) sind die Voraussetzungen für einen Ausbau der Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung geschaffen. Damit wird es möglich sein, mehr Kinder und Familien zu erreichen und in die Maßnahme zu integrieren.

Nach Erscheinen des Manuals 2009 wäre eine Langzeitstudie über die Effektivität, aber auch die Akzeptanz und Praktikabilität (STORCK ET AL. 2007) dieses Konzeptes mit einer größeren Stichprobe an mehreren Förderzentren und Kindertagesstätten wünschenswert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Angenommener Wirkungsmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung (siehe REUTER 2006)	15
Abbildung 2: Ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsprogrammen (MITTAG & HAGER 2000, 108)	21
Abbildung 3: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte zur Evaluation der Programmkonzeption (nach MITTAG & HAGER 2000, 110)	22
Abbildung 4: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der formativen Evaluation (MITTAG & HAGER 2000, 112)	23
Abbildung 5: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie	24
Abbildung 6: Epidemiologisch nachgewiesene Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen und oder bösartige Neubildungen (entnommen aus FRANZKOWIAK 2003, 196)	29
Abbildung 7: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese von ANTONOVSKY (aus BENDEL ET AL. 2001, 36)	33
Abbildung 8: Internet-Tätigkeit von Kindern im Alter von 6 bis 13 Jahren - mindestens einmal pro Woche. Quelle: KIM-Studie 2005 (in: MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBUND SÜDWEST 2006, 42)	71
Abbildung 9: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (2005, 23)	83
Abbildung 10: Anteil alleinerziehender Mütter von behinderten und nicht behinderten Kindern in Deutschland. Quelle: HIRCHERT (2004)	85
Abbildung 11: Erwerbsarbeit der Mütter in Familien mit behinderten bzw. nicht behinderten Kindern - Vergleich der Quoten in Ost- und Westdeutschland (Verteilung in %). Quelle: HIRCHERT (2004)	86
Abbildung 12: Aktivitätslevel (% inaktiv) für Frauen und Männer mit und ohne geistige Behinderung (gB). Quelle: EMERSON (2005)	96
Abbildung 13: Angenommener Wirkungskreis bei geringer Bewegungserfahrung. Quelle: REUTER 2004	100
Abbildung 14: Beliebtheitsrangfolge Nahrungsmittel bei SchülerInnen mit einer geistigen Behinderung (N=52) (entnommen aus EISSING ET AL. 2005, 297)	107
Abbildung 15: Begründungsmuster einer "bewegten Schule" (nach THIEL ET AL. 2006)	122
Abbildung 16: Kategorisierung der Strukturmerkmale einer „Bewegten Schule“ (nach THIEL ET AL. 2006, 47)	123
Abbildung 17: Ressourcen produktiver Problembewältigung (aus FEND 2005, 214)	128
Abbildung 18: Ansatzpunkte des Konzepts „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“	131

Abbildung 19: Wirkungsgefüge sportlicher Aktivität als gesundheitsfördernde Maßnahme (aus KNOLL 1997, 49)	154
Abbildung 20: Komponenten von „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ .	156
Abbildung 21: Komponenten der Bewegungsstunden	160
Abbildung 22: Multidimensionales Erziehungsmodell einer integrativen Entwicklungsförderung über Bewegung (nach HAHMANN 2002, 202)	165
Abbildung 23: Untersuchungsdesign der Pilotstudie (MZ = Messzeitpunkt, PT = Projekttreffen).....	184
Abbildung 24: Gemeinsam mit Teppichfliesen fortbewegen	211
Abbildung 25: Eltern PT1: „Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?“	220
Abbildung 26: Kinder PT1, „Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?“	221
Abbildung 27: Obstsalat.....	223
Abbildung 28: Eltern PT2 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	224
Abbildung 29: Kinder PT2 "Wie hat dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	225
Abbildung 30: Eltern und Kinder beim Spielen mit dem schwingenden Seil	226
Abbildung 31: „Zuckerausstellung“	227
Abbildung 32: Kräuterbrote belegen.....	228
Abbildung 33: Gemüse schneiden.....	228
Abbildung 34: Eltern PT3 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	228
Abbildung 35: Kinder PT3 "Wie hat dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	230
Abbildung 36: Eltern PT4 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	232
Abbildung 37: Kinder PT4 "Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	233
Abbildung 38: Gordischer Knoten	235
Abbildung 39: Workshop im schattigen Innenhof	235
Abbildung 40: Ideensammlung aus einem Workshop „Freizeit mit der Familie aktiv nutzen“	235
Abbildung 41: buntes Finger-Food I.....	236
Abbildung 42: buntes Finger-Food II.....	236
Abbildung 43: buntes Finger-Food III	236
Abbildung 44: Eltern PT5 "Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	236
Abbildung 45: Kinder PT5 "Wie hat Dir das Projekttreffen im Ganzen gefallen?"	238
Abbildung 46: Gemeinsames Bewältigen der Bewegungslandschaft.....	244
Abbildung 47: beim Balancieren auf einer instabil gelagerten Langbank	248
Abbildung 48: Eine kleine Pyramide	256
Abbildung 49: Ungewohntes erkunden.....	256
Abbildung 50: sich Herausforderungen stellen	256
Abbildung 51: geselliges Miteinander beim integrativen Projekttreffen	264
Abbildung 52: Kinder PT5 Anregungen für Freizeit	266

Abbildung 53: Mittelwerte gesundheitsbezogenes Wohlbefinden SBS nach Klasse (vor und nach dem Projekt)	292
Abbildung 54: Mittelwerte gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS (vor und nach dem Projekt)	294
Abbildung 55: gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS nach einzelnen Kindern aufgeschlüsselt	295

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Adiposits bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	13
Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der körperlichen Belastung während der Schul- und Freizeit, getrennt nach Wenig- und Vielsehern sowie nach Altersstufen (Quelle: MYRTEK & SCHARFF 2000, 92).	99
Tabelle 3: Verteilung von Adipositas von Jungen und Mädchen bezogen auf Sozialstatus (KIGGS-Studie; KURTH & SCHAFFRATH ROSARIO 2007, 740).....	103
Tabelle 4: Im Haushalt lebende Elternteile	201
Tabelle 5: Großeltern im Haushalt	201
Tabelle 6: Zahl der im Haushalt lebenden Kinder	201
Tabelle 7: Erwerbstätigkeit der Eltern	202
Tabelle 8: Durchschnittliche Anwesenheit bei Bewegungsstunden nach Gruppen.....	213
Tabelle 9: Anzahl der besuchten Projekttreffen nach Schulen (Eltern und Kinder).....	214
Tabelle 10: Eltern PT1 Gründe für Wohlbefinden.....	216
Tabelle 11: Gründe für Wohlbefinden unterteilt nach Schule	217
Tabelle 12: Eltern PT1 „Glauben Sie, dass Sie auf Ihre Stimmungslage aktiv Einfluss nehmen können?“	217
Tabelle 13: Eltern PT1 „Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für sich selbst?“	218
Tabelle 14: Eltern PT1 „Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für Ihr Kind?“	218
Tabelle 15: Mittelwerte Eltern 1. Projekttreffen gefallen	220
Tabelle 16: Eltern PT1 „Was hat Ihnen besonders gefallen?“	220
Tabelle 17: Eltern PT1 „Was könnte man besser machen?“	221
Tabelle 18: Kinder PT1 "Was hat dir besonders gefallen?"	222
Tabelle 19: Kinder PT1 "Was möchtest du noch wissen?"	222
Tabelle 20: Eltern PT2 "Was hat Ihnen besonders gefallen?"	224
Tabelle 21: Eltern PT2 "Was könnte man besser machen?"	225
Tabelle 22: Kinder PT2 "Was hat dir besonders gefallen?"	226
Tabelle 23: Eltern PT3 "Wie oft gibt es in Ihrer Familie Diskussionen über Süßigkeiten?"	227
Tabelle 24: Eltern PT3 „Was hat Ihnen besonders gefallen?“	229
Tabelle 25: Eltern PT3 "Was könnte man besser machen?"	229
Tabelle 26: Eltern PT3 "Waren die Informationen für Sie neu?"	229
Tabelle 27: Kinder PT3 "Was war besonders gut?"	230
Tabelle 28: Eltern PT4 "Glauben Sie, dass Ihr Kind unter Stress leidet?"	231
Tabelle 29: Eltern PT4 "Was fanden Sie besonders gut?"	232
Tabelle 30: Eltern PT4 "Was könnte man besser machen?"	232

Tabelle 31: Eltern PT4 "Welches Thema würde Sie im Rahmen dieses Projekts noch interessieren?"	233
Tabelle 32: Kinder PT4 „Was war besonders gut?“	233
Tabelle 33: Eltern PT4 "Waren die Informationen für Sie neu?"	234
Tabelle 34: Eltern PT5 „Was fanden Sie besonders gut?“	237
Tabelle 35: ElternPT5 „Was könnte man besser machen?“	237
Tabelle 36: Eltern PT5 „Welcher Workshop war für Sie am interessantesten?“	238
Tabelle 37: Kinder PT5 „Was war besonders gut?“	238
Tabelle 38: Neue Kontakte	254
Tabelle 39: Kinder PT3 "Hast du vorher schon einmal selbst gekocht?"	262
Tabelle 40: Kinder PT3 "Glaubst du, dass du jetzt öfter selbst kochen wirst?"	263
Tabelle 41: Kinder PT4 „Hast Du seit dem letzten Projekttreffen schon selbst gekocht?“	263
Tabelle 42: Kinder PT4 „Hast Du hier etwas über das Kochen dazu gelernt?“	263
Tabelle 43: Eltern PT5 „Glauben Sie, dass Sport im Verein integrativ stattfinden kann?“	264
Tabelle 44: Aussagen bei Antwort „nein“, weil	265
Tabelle 45: Aussagen bei Antwort „ja“,	265
Tabelle 46: Eltern PT5 „Haben Sie Schwierigkeiten Ihre eigene Freizeit aktiv zu gestalten?“	265
Tabelle 47: Eltern PT5 „Haben Sie heute hilfreiche Anregungen für die Freizeitgestaltung Ihrer Familie bekommen?“	266
Tabelle 48: Kinder PT5 „Hast Du neue Ideen bekommen, was Du nach der Schule, am Wochenende oder in den Ferien gerne machen möchtest?“	266
Tabelle 49: Eltern PT5 „Kamen Sie heute mit anderen Eltern, die Sie vorher nicht kannten, ins Gespräch?“	267
Tabelle 50: Kinder PT5 „Hast Du heute auch mit Kindern, die Du vorher noch nicht kanntest, gespielt?“	267
Tabelle 51: Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich ihr Kind gesund ernährt? (prä)	271
Tabelle 52: Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich ihr Kind gesund ernährt? (post)	271
Tabelle 53: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Vater)? (prä)	271
Tabelle 54: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Vater)? (post)	271
Tabelle 55: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Mutter)? (prä)	272
Tabelle 56: Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit (Mutter)? (post)	272
Tabelle 57: Geschätzter Einfluss der Schule auf die Ernährung des Kindes (prä)	273
Tabelle 58: Geschätzter Einfluss der Schule auf die Ernährung des Kindes (post)	273

Tabellenverzeichnis

Tabelle 59: Geschätzter Einfluss der Werbung auf die Ernährung des Kindes (prä)	273
Tabelle 60: Geschätzter Einfluss der Werbung auf die Ernährung des Kindes (post).....	273
Tabelle 61: Geschätzter Einfluss der Eltern auf die Ernährung des Kindes (prä).....	273
Tabelle 62: Geschätzter Einfluss der Eltern auf die Ernährung des Kindes (post).....	273
Tabelle 63: Geschätzter Einfluss der Eltern auf das kindliche Bewegungsverhalten (prä) ...	274
Tabelle 64: Geschätzter Einfluss der Eltern auf das kindliche Bewegungsverhalten (post)..	274
Tabelle 65: Geschätzter Einfluss der Schule auf das kindliche Bewegungsverhalten (prä) ..	274
Tabelle 66: Geschätzter Einfluss der Schule auf das kindliche Bewegungsverhalten (post).	274
Tabelle 67: Würden Sie gerne selber mehr Sport treiben (Vater)? (prä)	275
Tabelle 68: Würden Sie gerne selber mehr Sport treiben (Vater)? (post).....	275
Tabelle 69: Eltern PT4 "Werden Sie in Zukunft versuchen, Ihr Kind dafür zu sensibilisieren?"	276
Tabelle 70: Eltern PT4 "Haben Sie bereits bei Ihrem Kind auf seine Körperhaltung geachtet?"	276
Tabelle 71: Eltern PT4 "Haben Sie vor, die Rückenübungen selbst zu Hause durchzuführen?"	276
Tabelle 72: Eltern PT3 geplante Änderung des Einkaufsverhaltens	277
Tabelle 73: Eltern PT3 Vorhaben, mehr auf Zuckerkonsum des Kindes zu achten	277
Tabelle 74: Durchschnittlicher Fleisch-/Fischkonsum in der Woche (prä)	278
Tabelle 75: Durchschnittlicher Fleisch-/Fischkonsum in der Woche (post).....	278
Tabelle 76: Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Obst? (prä).....	279
Tabelle 77: Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Obst? (post)	279
Tabelle 78: In meiner Freizeit helfe ich beim Kochen (prä)	280
Tabelle 79: In meiner Freizeit helfe ich beim Kochen (post)	280
Tabelle 80: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an schulfreien Tagen (prä)	281
Tabelle 81: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an schulfreien Tagen (post).....	281
Tabelle 82: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an Schultagen (prä).....	281
Tabelle 83: Angaben zum täglichen Medienkonsum des Kindes an Schultagen (post)	282
Tabelle 84: Durchschnittliche Zeit in Bewegung am Wochenende/ in den Ferien (prä).....	282
Tabelle 85: Durchschnittliche Zeit in Bewegung am Wochenende/in den Ferien (post)	282
Tabelle 86: Durchschnittliche Zeit in Bewegung Montag bis Freitag nach der Schule (prä)	283
Tabelle 87: Durchschnittliche Zeit in Bewegung Montag bis Freitag nach der Schule (post).....	283
Tabelle 88: Durchschnittliche Zeit sitzend am Wochenende/in den Ferien (prä).....	283
Tabelle 89: Durchschnittliche Zeit sitzend am Wochenende/in den Ferien (post)	283
Tabelle 90: Durchschnittliche Zeit sitzend Montag bis Freitag nach der Schule (prä).....	284
Tabelle 91: Durchschnittliche Zeit sitzend Montag bis Freitag nach der Schule (post)	284

Tabelle 92: Mitgliedschaft in einem (Sport-, Musik-)verein (prä).....	284
Tabelle 93: Mitgliedschaft in einem (Sport-, Musik-)verein (post).....	284
Tabelle 94: Treibt ihr Kind regelmäßig Sport? (prä)	285
Tabelle 95: Treibt ihr Kind regelmäßig Sport? (post).....	285
Tabelle 96: Wunsch nach mehr Sport (Zahl der Nennungen).....	286
Tabelle 97: gemeinsames Sporttreiben von Eltern und Kindern.....	286
Tabelle 98: draußen spielen in der Freizeit	286
Tabelle 99: zuhause spielen in der Freizeit	287
Tabelle 100: Sollte Ihr Kind seine Freizeit aktiver verbringen? (prä)	287
Tabelle 101: Sollte Ihr Kind seine Freizeit aktiver verbringen? (post).....	287
Tabelle 102: Was kannst du tun, damit du gesund bleibst? (CS).....	288
Tabelle 103: Was kannst du tun, damit du gesund bleibst? (SBS)	288
Tabelle 104: tatsächliches Gesundheitsverhalten (CS)	288
Tabelle 105: tatsächliches Gesundheitsverhalten (SBS).....	289
Tabelle 106: Kinder PT2 "Glaubst du, Du wirst in Zukunft mehr Obst und Gemüse essen?	289
Tabelle 107: Kinder PT2 „Glaubst Du, dass Du zu viel Süßigkeiten isst?“	290
Tabelle 108: Kinder PT3 "Glaubst du, dass du jetzt mehr darauf achtest, was du isst?"	290
Tabelle 109: Kinder PT4 „Glaubst Du, dass Du jetzt mehr darauf achtest, was Du isst?“	290
Tabelle 110: Mittelwertsvergleich gesundheitsbezogenes Wohlbefinden SBS (KINDL®)...	291
Tabelle 111: Mittelwertsvergleich gesundheitsbezogenes Wohlbefinden CS (KINDL®).....	293
Tabelle 112: Referenzwerte des KINDL® für gesunde Kinder (Quelle: RAVENS-SIEBERER & BULLINGER 2000, 24)	294
Tabelle 113: In den Bewegungsstunden hatte ich Spaß.....	299
Tabelle 114: In den Bewegungsstunden war mir langweilig	299
Tabelle 115: In den Bewegungsstunden habe ich etwas über meinen Körper gelernt.....	299
Tabelle 116: In den Bewegungsstunden habe ich neue Bewegungen gelernt.....	300
Tabelle 117: In den Bewegungsstunden habe ich neue Spiele gelernt	300
Tabelle 118: In den Bewegungsstunden habe ich gelernt, wie ich zur Ruhe kommen kann.	300
Tabelle 119: In den Bewegungsstunden gab es Streit in der Gruppe.....	301
Tabelle 120: In den Bewegungsstunden konnten wir Streitereien lösen	301
Tabelle 121: Bewertung der Bewegungsstunden CS (Innensicht).....	301
Tabelle 122: Projekttreffen Teilnahme der Eltern.....	302
Tabelle 123: Welches Projekttreffen ist Ihnen am nachhaltigsten in Erinnerung geblieben?	302
Tabelle 124: Warum sind Ihnen diese Projekttreffen positiv in Erinnerung?	303
Tabelle 125: Bei den Projekttreffen wollte ich gerne dabei sein	303
Tabelle 126: An den Projekttreffen hatte ich Spaß	304
Tabelle 127: An den Projekttreffen lernte ich etwas über das Kochen dazu	304
Tabelle 128: An den Projekttreffen lernte ich neues über meinen Körper	304

Tabellenverzeichnis

Tabelle 129: An den Projekttreffen habe ich mich gelangweilt.....	304
Tabelle 130: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Informationen.....	305
Tabelle 131: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Zeitaufwand	305
Tabelle 132: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Freude im Miteinander.....	306
Tabelle 133: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Erfahrungsaustausch	306
Tabelle 134: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Lust auf Bewegung	306
Tabelle 135: Was hat das Projekt für Sie gebracht? Bestätigung unserer Lebensweise	307
Tabelle 136: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Informationen	307
Tabelle 137: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Lust auf Bewegung.....	307
Tabelle 138: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Freude im Miteinander	307
Tabelle 139: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Zeitaufwand.....	308
Tabelle 140: Was hat das Projekt für Ihr Kind gebracht? Körpererfahrungen	308
Tabelle 141: Übertragungsempfehlung an andere Schulen.....	308

Literaturverzeichnis

- Adam, H. (1989). Geistigbehindertenpädagogik international – Beobachtungen anlässlich des 9. Weltkongresses der International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency in Dublin/Irland. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 40, 381-393 (zitiert nach Ebert 2000).
- Aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V. (Hrsg.). (2007). *Die aid-Ernährungspyramide für Grund-, Sonder- und Förderschulen. Spiele, Übungen, Kopiervorlagen.*
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2005). *Sportpsychologie. Ein Lehrbuch in 12 Lektionen. Sportwissenschaft studieren. Band 4.* Aachen: Meyer & Meyer.
- Allison, D., Packer-Munter, W., Pietrobelli, A., Alfonso, V. & Faith, M. (1998). Obesity and Developmental Disabilities: Pathogenesis and Treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 (3), 215–255.
- Altgeld, T. (2005). Gesund aufwachsen?! - Wie lassen sich die Gesundheitschancen nachwachsender Generationen fördern? In Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) (Hrsg.), „Was uns schmeckt, bewegt uns“. *Förderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den Settings Stadtteil, Schule und KiTa.* Hamburg.
- Anneken, V. & Schüle, K. (2004). Zur Situation von Bewegung und Sport an Sonderschulen in Deutschland. Untersuchungen zur Lehrerqualifikation. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1, 24–27.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2006). *Leitlinien – verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 6.10.2006.* Zugriff am 23. Januar 2009 unter <http://www.a-g-a.de/leitlinie.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft bayerischer Lehrerverbände (2006). *Schulisches Gesundheitsprojekt "Anschub.de" flächendeckend ausbauen und fest verankern.* Pressemitteilung der AbL. Zugriff am 20. Januar 2009 unter <http://www.bpv.de/service/presse/2006/qab1111006.pdf>

- Aregger, K. & Lattmann, U.P. (Hrsg.). (2003). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie?*. Oberentfelden: Sauerländer.
- Balz, E. & Kuhlmann, D. (Hrsg.). (2004). *Sportengagements von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Möglichkeiten informellen Sporttreibens*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Balz, E. (1995). *Gesundheitserziehung im Schulsport. Grundlagen und Möglichkeiten einer diätetischen Praxis*. Schorndorf: Hofmann.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-214.
- Bandura, A. (Hrsg.). (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge: University Press.
- Barthelmes, J. & Sander, E. (2001). *Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz*. Opladen: Leske + Budrich.
- Barthelmes, J. (1999). *Fernsehen und Computern in der Familie. Für einen kreativen Umgang mit Medien*. München: Kösel.
- Bauer, U. (2004). Keine Gesinnungsfrage. Der Subjektbegriff in der Sozialisationsforschung. In Geulen, D. & Veith, H. (Hrsg.), *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven*. (S. 61-91) Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Baumann, C. (2004). *Menschen mit geistiger Behinderung im organisierten Sport. Eine organisationssoziologische Untersuchung zu Partizipationsbestrebungen im Deutschen Behindertensportverband*. Dissertation, Universität Bielefeld.
- Baur, J., Bös, K. & Singer, R. (Hrsg.). (1994). *Motorische Entwicklung. Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann.
- Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung (Hrsg.). (1995²). *Spiele zur Bewegungsförderung im Grundschulalter*. München: Verlag gruppenpädagogischer Literatur.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2000). *Lehrplan für die bayerische Grundschule*. Zugriff am 18. August 2008 unter <http://alp.dillingen.de/ref/sp/material/lehrplane/Grundschule%20Lehrplan.pdf>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2003). *Lehrplan für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*. Zugriff am 16. Februar 2009 unter <http://www.isb.bayern.de/isb>

- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2008). *Voll in Form. Leitfaden für die Grundschule*. Zugriff am 03. November 2008 unter http://www.stmuk.bayern.de/imperia/md/content/sport/vif_leitfaden.pdf
- Beange, H., McElduff, A. & Baker, W. (1995). Medical Disorders of Adults With Mental Retardation: A Population Study. *American Journal on Mental Retardation*, 99 (6), 595-604.
- Behnken, I. & Zinnecker, J. (Hrsg.). (2001). *Kinder. Kindheit. Lebensgeschichte. Ein Handbuch*. Seelze-Velber: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung.
- Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise* (Erw. Neuaufl.). (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Bd. 6). Herausgegeben durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.
- Bente, G. & Backes, M. (2000). Vielsehen – ein neuer Weg in die Isolation? Eine Studie über die Auswirkungen des Fernsehkonsums auf soziale Interaktionskompetenz und Aggressionsbereitschaft von Kindern und Jugendlichen. Hgg. v. Psychologischen Institut der Universität Köln. Köln: Ohne Verlag. Zitiert nach Schmidtbauer, M. & Löhr, P. (2000). *Kinder und Fernsehen in Deutschland. Eine Dokumentation empirischer Forschungsprojekte 1989 – 1999*. München: KoPäd Verlag.
- Berghaus, M. (1984). Von der Tischgemeinschaft zur Konsumgesellschaft. Gemeinschaftsbildung durch Essen und Wandlungen in der sozialen Bedeutung des Essens. In *Matreier Gespräche. Otto Koenig 70 Jahre. Kulturwissenschaftliche Beiträge zur Verhaltensforschung* (S. 243-259). Wien: Überreuter.
- Berghaus, M. (2003). *Luhmann leicht gemacht*. Köln: Böhlau.
- Bertelsmann-Stiftung (2008). *Anschub.de. Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland*. Zugriff am 20. Januar 2009 unter <http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-...>
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Gesundheitswesen*, 65, 167-172.
- Bödeker, W. (2007). Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention extra. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 3, 1-7.

- Bölskei, P. L., Hörmann, A., Holleederer, A., Jordan, S. & Fenzel, H. (1997). Suchtprävention an Schulen – Besondere Aspekte des Nikotinabusus. Effekte einer vierjährigen Intervention durch das Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramm Klasse 2000. *Prävention und Rehabilitation*, 9, 82-88.
- Bormann, B. & Häußler, M. (1997). Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Bundesländern. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, 87. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Brandel-Bredenbeck, H.P. (Hrsg.). (2008). *Bewegung, Spiel und Sport in Kindheit und Jugend. Eine europäische Perspektive*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Bräutigam, M. (1994). Spaß als Leitidee jugendlichen Sportengagements. Konsequenzen für die Sportdidaktik? *Sportunterricht*, 43, (6), 236-244.
- Brinkhoff, K.-P. & Sack, H.-G. (1999). *Sport und Gesundheit im Kindesalter: der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder. Kindheiten, Bd. 15*. Weinheim, München: Juventa.
- Brinkhoff, K.-P. (1998). Soziale Ungleichheit und Sportengagement im Kindes- und Jugendalter. In Cachay, K. & Hartmann-Tews, I. (Hrsg.), *Sport und soziale Ungleichheit: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde*. (S. 63-81). Stuttgart: Verlag Stephanie Naglschmid.
- Büchner, P. & Fuhs, B. (1994). Kinderkulturelle Praxis: Kindliche Handlungskontexte und Aktivitätsprofile im außerschulischen Lebensalltag. In du Bois-Reymond, M., Büchner, P., Krüger, H.-H., Ecarius, J. & Fuhs, B. (Hrsg.), *Kinderleben. Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich*. (S.63-136). Opladen: Leske + Budrich.
- Büchner, P. (2001). Kindersportkultur und biographische Bildung am Nachmittag. In Behnken, I. & Zinnecker, J. (Hrsg.), *Kinder. Kindheit. Lebensgeschichte. Ein Handbuch* (S. 894–908). Seelze-Velber: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung.
- Bühler-Niederberger, D. (2005). Generationale Ordnung und „moralische Unternehmen“. In Hengst, H. & Zeiher, H. (Hrsg.), *Kindheit soziologisch* (S. 111-133). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien*. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). (2005). *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn: Grafischer Bereich des BMGS.

- Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) (1987). *Hilfen für geistig Behinderte – Handreichungen für die Praxis II*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (4. erw. und überarb. Aufl.). Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2001). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 6)*. Köln: BZgA.
- Burmann, U. & Baur, J. (2004). Sportengagierte, aber vereinsmüde Jugendliche? Eine Schlussfolgerung aus Zeitreihenanalysen. In Balz, E. & Kuhlmann, D. (Hrsg.), *Sportengagements von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Möglichkeiten informellen Sporttreibens* (S. 59-74). Aachen: Meyer & Meyer.
- Cachay, K. & Hartmann-Tews, I. (Hrsg.). (1998). *Sport und soziale Ungleichheit: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde*. Stuttgart: Verlag Stephanie Naglschmid.
- Cachay, K. & Thiel, A. (1998). Kommerzialisierung und soziale Selektion im Kindersport. Ein Beitrag zur Erklärung des Phänomens sozialer Ungleichheit im Sport. In Cachay, K. & Hartmann-Tews, I. (Hrsg.), *Sport und soziale Ungleichheit: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde* (S. 83-106). Stuttgart: Verlag Stephanie Naglschmid.
- Campbell, K., Waters, E., Meara, O. & Summerbell, C. (2001). Interventions for preventing obesity in childhoods. A Systematic review. *obesity reviews*, 2, 149–157.
- Cea, C. & Fisher, C. (2003). Health Care Decision-Making by Adults With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 2, 78–87.
- Charlton, M., Neumann-Braun, K., Aufenanger, S., Hoffmann-Riem, W. et al. (1995). *Fernsehwerbung und Kinder. Das Werbeangebot in der Bundesrepublik Deutschland und seine Verarbeitung durch Kinder. Band 1: Das Werbeangebot für Kinder im Fernsehen*. Hrsg. von der Landesanstalt für Rundfunk Nordrhein-Westfalen. Opladen: Leske + Budrich.
- Chogahara, M. & Yamaguchi, Y. (1998). Resocialization and Continuity of Involvement in Physical Activity among elderly Japanese. *International Review for the Sociology of Sport*, 33, 277-289.
- Clausen, K. & Kersting, M. (2001). Tiefkühlmittagessen in Kindertagesstätten im Rahmen der Optimierten Mischkost: Lebensmittel und Nährstoffe im Baukastensystem der Tagesmahlzeiten. *Ernährungsumschau*, 48, 284-290.

- Clausen, K., Sichert-Hellert, W. & Kersting, M. (2000). Ernährungssituation in Kindertagesstätten: Die Kindertagesstätten-Ernährungs-Situation-Studie (KESS). In Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.): *Ernährungsbericht 2000*. (S. 97-114). Frankfurt: Heinrich GmbH.
- Cleland, V., Dwyer, T. & Venn, A. (2008). Physical Activity and healthy Weight Maintenance From childhood to Adulthood. *Obesity*, 215, 1-7. Zugriff am 14. Mai 2008 unter <http://www.nature.com/oby/journal/vaop/ncurrent/pdf/oby2008215a>
- Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung* (2. Neubearb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Universitätsverlag.
- Contento, I. R. & Michela, J. L. (1998). Nutrition and food choice behavior among children and adolescents. In Goreczny, A.J., & Hersen, M. (Hrsg.), *Handbook of Pediatric and Adolescent Health Psychology* (pp. 249-273). Boston: Allyn and Bacon.
- Conzelmann, A. (2008). Persönlichkeitsentwicklung durch Schulsport – pädagogisches Postulat ohne empirische Evidenz? In Brandel-Bredenbeck, H.P. (Hrsg.). *Bewegung, Spiel und Sport in Kindheit und Jugend. Eine europäische Perspektive*, 161-173. Aachen: Meyer & Meyer.
- Czerwinski-Mast, M, Danielzik, S., Asbeck, I. Längnäse, K., Spethmann, C. & Müller, M.J. (2003). Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46, 727-731.
- Danuser-Zogg, E. (1995). *Die Welt be-greifen: Bewegungsarbeit und Rhythmik mit geistig behinderten Kindern*. Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Decker, R. (1995). Entwicklung und heutiger Stand des Sports für Geistigbehinderte. In Schaller, H. & Pache, D. (Hrsg.), *Sport als Bildungschance und Lebensform* (S. 148–156). Schorndorf: Hofmann.
- Dekker, M., Koot, H. van der Ende, J. & Verhulst, F. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 1087-1098.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.). (2005). *Zu viel, zu fett, zu träge? Ergebnisse des Ernährungsberichts 2004 der DGE*. Zugriff am 19. Januar 2009 unter <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=467>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.). (2000). *Ernährungsbericht 2000*. Frankfurt: Heinrich GmbH.

- Deutscher Behindertenrat (2007). *Schulische Integration behinderter Kinder muss Standard werden*. Zugriff am 16. Oktober 2008 unter <http://www.deutscher-behindertenrat.de/ID57217>
- Deutscher Behinderten-Sportverband e.V. (2008). *Mitgliederbestandserhebung 2007*. Zugriff am 1. April 2009 unter <http://www.dbs-npc.de/ourfiles/datein/woelk/Statistik/2.%20Mitgliederbestandserhebung%20-%20DBS%20gesamt.pdf>
- Deutscher Bundestag (2004). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Deutsches Jugendinstitut (2005). *Gender-DatenReport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. (2. Fassung). In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Herausgegeben von Internetredaktion des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. München. Zugriff am 1. April 2009 unter <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html>
- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). (1992). *Was tun Kinder am Nachmittag? Ergebnisse einer empirischen Studie zur mittleren Kindheit*. Weinheim, München: Juventa.
- Diehl, J.M. (1982). Dimensionen der Nahrungspräferenz – Die Beliebtheit von 178 Speisen und Getränken in Abhängigkeit von Geschlecht und Schulbildung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 7, 75-104. Zitiert nach: Eissing, Kötting, & Stöppler (2005).
- Dieterich, S. (2007). Bewegte Bildungsarbeit im Kindesalter – Individuelle und institutionelle Perspektiven für Bildungsqualität und Gesundheitsförderung. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.), *Bewegung. Bildung. Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 128-130). Schorndorf: Hofmann.
- Doll-Tepper, G., Schmidt-Gotz, E., Lienert, C., Döen, U. & Hecker, R. (1994). *Einstellungen von Sportlehrkräften zur Integration von Menschen mit Behinderungen in Schule und Verein*. Köln: Sport und Buch Strauss.
- Dordel, S. & Breithecker, D. (2003). Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. *Haltung und Bewegung*, 23, 5-15.
- Dordel, S. (2007). Haltungs- und Bewegungsapparat. In Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T. (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas*, (S. 39-61). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Draheim, C., Williams, D. & McCubbin, J. (2002). Prevalence of Physical Inactivity and Recommended Physical Activity in Community-Based Adults With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 6, 436-444.
- Du Bois-Reymond, M., Büchner, P., Krüger, H.-H., Ecarius, J. & Fuhs, B. (Hrsg.). (1994). *Kinderleben. Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Dubuis, J.M. (2002). Adipositas im Kindesalter: Tägliches Brot des Pädiaters? *Paediatrica*, 13, 9-13.
- Düren, M. & Kersting, M. (2003). Das Angebot an Kinderlebensmitteln in Deutschland. *Ernährungs-Umschau*, 50 (1), 16-21.
- Dyer, A., Blomeyer, D., Laucht, M. & Schmidt, M. (2007). Psychische Folgen des Übergewichts im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16 (3), 190-197.
- Ebert, H. & Villinger, S. (1999). Freizeit von WfB-Mitarbeiter(inne)n. Ergebnisse einer Befragung. *Geistige Behinderung*, 38, 258-273.
- Ebert, H. (2000). *Menschen mit geistiger Behinderung in der Freizeit*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Eberwein, H. & Knauer, S. (Hrsg.). (2002). *Integrationspädagogik*. (6. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Eichberg, S. (2003). *Sportaktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf. Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Sportwissenschaft*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Eichhorn, C. (2006). Prävention bei Kindern und Jugendlichen: Wie können Erfolg versprechende schulische Ansätze für eine gesunde Ernährung aussehen? In Michna, H. Oberender, P., Schultze, J. & Wolf, J. (Hrsg.), *Prävention auf dem Prüfstand: Wieviel organisierte Gesundheit – wieviel Eigenverantwortung?* (S. 105-114). Köln: Verlag Hans Martin-Schleyer-Stiftung.
- Eissing, G. Kötting, F. & Stöppler, R. (2005). Pizza, Pommes oder Pfirsiche?...Lebensmittelpräferenzen bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 8, 290-299.
- Ellebracht, N. (2002). Bewegung am Arbeitsplatz mit mehrfachbehinderten Menschen? Beschreibung eines Modellprojektes. In Kapustin, P., Kuckuck, R. & Scheid, V. (Hrsg.), *Bewegung bei schwer- und mehrfachbehinderten Menschen*. Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW. Behinderte machen Sport, Bd. 9, (S.85-103). Aachen: Meyer & Meyer.

- Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (2), 134-143.
- ERS Standard Committee (1982). *Evaluation research society standards for program evaluation. New directions for program evaluation. Standards for evaluation practice*, 15, 7-19. (zitiert nach Rost 2002; Koch & Wittmann 1990).
- Fasthoff, C., Petermann, F. & Hampel, P. (2003). Eine Reise mit Kapitän Nemo. Zur Bedeutung von Entspannungsverfahren als Modul in Stressbewältigungstrainings von Kindern. *Reportpsychologie*, 28 (2), 86-95.
- Faulstich, P. & Zeuner, C. (1999). *Erwachsenenbildung. Eine handlungsorientierte Einführung in die Theorie, Didaktik und Adressaten*. Weinheim, München: Juventa.
- Faulstich-Wieland, H. (1995). *Geschlecht und Erziehung. Grundlagen des pädagogischen Umgangs mit Mädchen und Jungen*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Faulstich-Wieland, H. (2000). *Individuum und Gesellschaft. Sozialisationstheorien und Sozialisationsforschung*. München, Wien: Oldenbourg.
- Faulstich-Wieland, H. (2003). *Einführung in die Genderstudien*. Opladen: Leske + Budrich.
- Fediuk, F. (2008). *Sport in heterogenen Gruppen. Integrative Prozesse in Sportgruppen mit behinderten und benachteiligten Menschen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Fend, H. (2005). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. (3. durchgesehene Aufl.). Wiesbaden: VS (Verlag für Sozialwissenschaften).
- Fend, H. (2008). *Schule gestalten. Systemsteuerung, Schulentwicklung und Unterrichtsqualität*. Wiesbaden: VS (Verlag für Sozialwissenschaften).
- Fiedler, D. (2007). *Soziale Kompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Kempten: Klinkhardt.
- Fischer, E. (2008). *Bildung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Fischer, E. (2003³). *Wahrnehmungsförderung. Handeln und Sinnliche Erkenntnis bei Kindern und Jugendlichen*. Dortmund: Borgmann.
- Fletcher, P.C. & Hirdes, J.P. (1996). A longitudinal study of physical activity and self-related health in Canadians over 55 years of age. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4, 136-150. Zitiert nach: Eichberg, S. (2003).
- Flitner, A. (1982). *Konrad, sprach die Frau Mama...* Berlin: Severin und Siedler.

- Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (Hrsg.). (2005). *Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen*. Dortmund.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (Hrsg.). (2006). *Empfehlungen für das Mittagessen in Kindertagesstätten und Ganztagschulen*. Dortmund.
- Franzkowiak, P. (2003). Riskofaktoren. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (4. erw. und überarb. Aufl.). Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Friebel, V., Erkert, A. & Friedrich, S. (1998). *Kreative Entspannung im Kindergarten* (3. überarb. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Friedlander, R., Lazar, S. & Klancnik, J. (2001). Atypical antipsychotic use in treating adolescents and young adults with developmental disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 741-745.
- Fröhlich, A. (1998). *Basale Stimulation, das Konzept*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Frühauf, T. (2006). Geistig behinderte Schüler(innen) in Sonderschulen und allgemeinen Schulen 1999 bis 2003. *Geistige Behinderung* 45 (3), 257-261.
- Geulen, D. & Veith, H. (Hrsg.). (2004). *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Geulen, D. (1977). *Das vergesellschaftete Subjekt. Zur Grundlegung der Sozialisationstheorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Geulen, D. (2004). Ungelöste Probleme im sozialisationstheoretischen Diskurs. In Geulen, D. & Veith, H. (Hrsg.), *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Giesecke, H. (2004). *Einführung in die Pädagogik*. Weinheim, München: Juventa.
- Giles-Corti, B. & Donovan, R.J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*; 54, 1793-1812.
- Göppel, R. (2007). *Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goreczny, A.J., & Hersen, M. (Hrsg.). (1998). *Handbook of Pediatric and Adolescent Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

- Götz, B. (1978). *Sozialisation oder Erziehung? Eine Einführung in die Aufgaben interdisziplinärer Sozialisationsforschung*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Graf, C. (2007). Prävention von Übergewicht und Adipositas durch Bewegung und Ernährung. In Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T. (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas* (Kapitel II, S. 111-144) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T. (Hrsg.). (2007). *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Graf, C., Koch, B., Dordel, S., Coburger, S., Christ, H., Lehrmacher, W. et. al. (2003). Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (47), 3110-3114.
- Gravestock, S. (2000). Review: eating disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44 (6), 625-637.
- Gröbert, D., Kleine, W. & Podlich, C. (2002). Zufriedener durch „Bewegte Schule“? *Sportpädagogik*, 26 (3), 38-42.
- Grossmann, R. & Scala, K. (1994). *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. Weinheim: Juventa.
- Grundmann, M. (Hrsg.). (1999). *Konstruktivistische Sozialisationsforschung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grunow, D. (1994). Die Bedeutung der Familie für das Gesundheitsverhalten ihrer Mitglieder. In Grunow, D., Hurrelmann, K. & Engelbert, A. (Hrsg.), *Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext* (Materialien zum 5. Familienbericht. Band 3) (S. 9-66). Weinheim, München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Grunow, D., Hurrelmann, K. & Engelbert, A. (1994). *Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext*. Weinheim, München: Juventa.
- Grunow, D., Hurrelmann, K. & Engelbert, A. (Hrsg.). (1994). *Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext* (Materialien zum 5. Familienbericht. Band 3). Weinheim, München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Gudjons, H. (2006). *Pädagogisches Grundwissen. Überblick – Kompendium – Studienbuch* (9., neu bearbeitete Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Gunay-Aygun, M., Cassidy, S.B. & Nicholls, R.D. (1997). Prader-Willi and other syndromes associates with obesity and mental retardation. *Behavior Genetics*, 27 (4), 307-324.
- Haag, F., Krüger, H., Schwärzel, J. & Wildt, J. (1975). *Aktionsforschung. Forschungsstrategien, Forschungsfelder und Forschungspläne*. München: Juventa.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns* (2 Bde). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hagen, J. (2002). Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. *Geistige Behinderung* 41 (4), 293-306.
- Hager, W. & Hasselhorn, M. (1995). Konzeption und Evaluation von Programmen zur kognitiven Förderung: theoretische Überlegungen. In Hager, W. (Hrsg.), *Programme zur Förderung des Denkens bei Kindern. Konstruktion, Evaluation und Metaevaluation* (S. 40-85). Göttingen: Hogrefe.
- Hager, W. & Hasselhorn, M. (2000). Psychologische Interventionsmaßnahmen: Was sollen sie bewirken können? In Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 41- 85). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Hager, W. (Hrsg.). (1995). *Programme zur Förderung des Denkens bei Kindern. Konstruktion, Evaluation und Metaevaluation*. Göttingen: Hogrefe.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.). (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Hahmann, H. (2002). Sport ohne Barrieren für Menschen mit geistiger Behinderung- aufgezeigt an ausgewählten Beispielen. In: Ohlert, H. & Beckmann, J. (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S.198-213). Schondorf: Hofmann.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) (Hrsg.). (2005). „Was uns schmeckt, bewegt uns“. *Förderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den Settings Stadtteil, Schule und KiTa*. Hamburg.
- Haney, E. (2005). Was leistet Anshub.de (Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland) zum Thema Schulentwicklung? *Schulverwaltung. Ausgabe Brandenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin*, 12, 418-420.
- Havighurst, J.R. (1972³). *Developmental Task and Education*. New York: Longman.

- Hebebrand, J. & Hinney, A. (2000). Zur Erblichkeit der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 78–83.
- Heinzel, F. (Hrsg.). (2000). *Methoden der Kindheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Hengst, H. & Zeiher, H. (Hrsg.). (2005). *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Hennies, I. & Kuhn, E.J. (2004). Ablösung von den Eltern. In Wüllenweber, E. (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung* (S. 131-146). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Hentig, H. von (1985). (2. Aufl.). *Das allmähliche Verschwinden der Wirklichkeit. Ein Pädagoge ermutigt zum Nachdenken über die neuen Medien*. München: Hanser.
- Herzberg, I. (1992). Kinderfreundschaften und Spielkontakte. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Was tun Kinder am Nachmittag? Ergebnisse einer empirischen Studie zur mittleren Kindheit* (S. 75-126). Weinheim, München: Juventa.
- Heseker, H. & Beer, S. (2002). Evaluation of the nutrition education in German schools. [Supplement] *European Journal of Public Health*, 12 (4), 19.
- Hirchert, A. (2004). *Frauen zwischen Kind und Beruf: Mütterliche Erwerbsarbeit in Familien mit einem behinderten Kind – Realität und Selbstverständnis. Familie und Gesellschaft, Bd. 14*. Würzburg: Ergon Verlag.
- Hirchert, A. (2005). Zur familialen und beruflichen Situation von Müttern behinderter Kinder. Konflikt zwischen Individualisierung und Normalisierung? *Geistige Behinderung*, 4, 321-336.
- Hoffmann, A., Brand, R. & Schlicht, W. (2006). Körperliche Bewegung. In Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 201-220). Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, B. (2008). Von Betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verhältnisprävention. *Presseservice Gesundheit Thema*, 7, 17-19. Zugriff am 5. April 2009 unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/psg/thema/psg_thema_0708_web.pdf
- Hoffmann, J. & Ohlert, H. (2002). Bewegungsadaptives Training im Behindertensport. In Ohlert, H. & Beckmann, J. (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S. 97-132). Schorndorf: Hofmann.

- Hofmann, C., Maurer, P. & Rivera, B. (1993). Versuch, mit geistig behinderten Frauen ins Gespräch zu kommen. Aus einer Studie zu Kontakten und Freizeitverhalten. *Geistige Behinderung*, 32, 99-115.
- Honig, M., Lange, A. & Leu, H. (Hrsg.). (1999). *Aus der Perspektive von Kindern? Zur Methodologie der Kindheitsforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (1996). Kindheit als Sozialisationsphase und als kulturelles Muster. In Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (Hrsg.), *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – sozialisationstheoretische Perspektiven* (S. 9 -29). Weinheim, München: Juventa.
- Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (Hrsg.). (1996). *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – sozialisationstheoretische Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa.
- Hopman, W., Berger, C., Joseph, L. Barr, S., Gao, Y., Prior, J., Poliquin, S. Towheed, T., Anastassiades & CaMos Research Group (2007). The association between body mass index and health-related quality of life: data from CaMos, a stratified population study. *Quality Life Research*, 16, 1595-1603.
- Hove, O. (2004a). Prevalence of Eating Disorders in Adults With Mental Retardation Living in the Community. *American Journal on Mental Retardation*, 109 (6), 501-506.
- Hülst, D. (2000). Ist das wissenschaftlich kontrollierte Verstehen von Kindern möglich? In Heinzel, F. (Hrsg.), *Methoden der Kindheitsforschung* (S. 37-55). Weinheim: Juventa.
- Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.). (2007). *Bewegung. Bildung. Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an*. Schorndorf: Hofmann.
- Hurrelmann, B. (1989). *Fernsehen in der Familie. Auswirkungen der Programmerweiterung auf den Mediengebrauch*. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, B., Hammer, M. & Stelberg, K. (1996). *Familienmitglied Fernsehen. Fernsehgebrauch und Probleme der Fernseherziehung in verschiedenen Familienformen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (2003). *Einführung in die Kindheitsforschung*. (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2003). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. (4. erw. und überarb. Aufl.) (S. 52-55). Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.

- Hurrelmann, K. (1994). Die Rolle der Familie für die Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. In Grunow, D., Hurrelmann, K. & Engelbert, A. (Hrsg.), *Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext* (Materialien zum 5. Familienbericht. Band 3) (S. 67-136). Weinheim, München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45, 866-872. Zitiert nach: Hoffmann, Brand & Schlicht (2006).
- ICF (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln.
- Illi, U. (1995). Bewegte Schule. Die Bedeutung und Funktion der Bewegung als Beitrag zu einer ganzheitlichen Gesundheitsbildung im Lebensraum Schule. *Sportunterricht*, 44 (10), 404-415.
- Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (2004). *Neue Gesundheitsrisiken bei Kindern als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe. Das Beispiel Übergewicht. Abschlusserklärung der 14. Arbeitstagung der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (IAGJ)*. Berlin.
- Janssen, E. & von Lüpke, H. (Hrsg.). (1996). *Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit*, S. 113-130. Zugriff am 01. Juli 2008 unter http://bidok.uibk.ac.at/library/klaes-milani_tuebingen.html
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) (1994). *The program evaluation standards. How to assess evaluations of educational programs* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Joosten, B. (2000) *Der Lebensmittelkreis*. Zugriff am 03. September 2007 unter <http://www.sym.net/referenzen/ernaehrung/pdf/lebensmittelkreis.pdf>
- Kapustin, P. & Kapustin-Lauffer, T. (2009). *Integration im und durch Sport. Ich will auch... wie du!* Wiebelsheim: Limpert.
- Kapustin, P. & Scheid, V. (Hrsg.). (1993). *Schule und Sportverein. Partner in der Erziehung*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Kapustin, P. (1991). *Familie und Sport*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Kapustin, P. (1993). Zielsetzungen und Möglichkeiten einer Kooperation. Eltern, Schule und Verein in einer Verantwortungsgemeinschaft. In Kapustin, P. & Scheid, V. (Hrsg.), *Schule und Sportverein. Partner in der Erziehung* (S. 11-16). Aachen: Meyer & Meyer.

- Kapustin, P. (2002). "Ich will auch!" – Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung im Hindernislauf auf dem Weg in die Sportgemeinschaft. In Scheid, V. (Hrsg.), *Facetten des Sports behinderter Menschen* (S. 155-174). Aachen: Meyer & Meyer.
- Kapustin, P. (2004). Vorlesungsmanuskript. Seminar Sportpädagogik im Rahmen des Diplomstudiengangs. Universität Würzburg.
- Kapustin, P. Kuckuck, R. & Scheid, V. (Hrsg.). (2002). *Bewegung bei schwer- und mehrfachbehinderten Menschen. Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW Behinderte machen Sport, Bd. 9*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Kapustin, P., Ebert, N. & Scheid, V. (1992). *Sport für Erwachsene mit geistiger Behinderung. Situationsanalyse und Praxiskonzepte in Bayern*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Kapustin-Laufer, T. (2006). *Lebenswelten der Grundschul Kinder und ihre Vernetzung als pädagogische Chance. Modellprojekt „Miteinander 2000 – Familien stärken“ und Evaluationsstudie mit Grundschulklassen, Eltern, Lehrkräften und Kinderbetreuern in Sportvereinen*. München: Utz.
- Kelly, B. (2007). Methodological Issues for Qualitative Research with Learning Disabled Children. *International journal of social research methodology*, 10, 21-35.
- Kerr, J., Weitkunant, R. & Moretti, M. (Hrsg.). (2007). *ABC der Verhaltensänderung: Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung*. München: Urban & Fischer.
- Kersting, M. & Clausen, K. (2007). Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? *Ernährungs-Umschau*, 9, 508-513.
- Kersting, M. (2007). Einfluss der Ernährung. In Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T. (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas* (S. 21-38). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kersting, M., Alexy, U. & Rothmann, N. (2003). *Fakten zur Kinderernährung*. München: Hans Marseille Verlag.
- Kersting, M., Kaiser, B., Sichert-Hellert, W. & Schöch, G. (1996). Kosten des Nahrungsverzehrs von Säuglingen und Kleinkindern. *Ernährungs-Umschau*, 43 (7), 252-255.
- Keupp, H. (2000). *Eine Gesellschaft der Ichlinge? Zum bürgerschaftlichen Engagement von Heranwachsenden*. München: Eigenverlag des Sozialpädagogischen Instituts im SOS-Kinderdorf.

- Key, E. (1905¹³). *Das Jahrhundert des Kindes*. Studien. Berlin: Fischer
- Kiess, W., Wabisch, M., Zwiauer, K. & Hebebrand, J. (Hrsg.). (2005). *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik*. Berlin: Springer.
- KiGGS (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Kind, T. (1997). Kinder im Netz. In Mattusch, U. (Hrsg.), *Kinder und Bildschirmwelten. Ästhetik, Pragmatik und Geschichte der Bildschirmmedien*. Siegen: DFG-Sonderforschungsbereich.
- Kirschner, W., Radoschewski, M. & Kirschner, R. (1995). *§20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*. Sankt Augustin: Agard-Verlag Dr. Werner Hippe KG.
- Klaes, R. & Walthes, R. (1996, 24. März 2005). *Bewegungsorientierte Frühförderung mit Familien – das Tübinger Konzept*. (Entnommen aus der Dokumentation: Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit - Konzept einer am Kind orientierten Gesundheitsförderung von Prof. Milani Comparetti. Herausgegeben von Edda Janssen und Hans von Lüpke im Auftrag des Paritätischen Bildungswerks Bundesverband e. V., Frankfurt; Dez 1996.) Zugriff am 01. Juli 2008 unter http://bidok.uibk.ac.at/library/klaes-milani_tuebingen.html
- Klauß, T. (1999). *Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Klauß, T. (2007). Bedeutung des Themas Bewegung für Menschen mit geistiger Behinderung und in der Geistigbehindertenpädagogik. Zugriff am 25. Juli 2007 unter <http://homepages.compuserve.de/KlaussTheo/bewegung.htm>
- Kleinert, J., Golenia, M. & Lobinger, B. (2007). Positionspapier. Emotionale Prozesse im Bereich der Planung und Realisierung von Gesundheitshandlungen. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14 (1), 44-50.
- Klein-Heßling, J. (2006). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 13-30). Göttingen: Hogrefe.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A., Eichler, A. & Hinzmann, S. (1999). Entspannung für Kinder: Eine empirische Studie zur Wirkung unterschiedlicher Trainingsbedingungen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 46, 201-211.

- Klüver, J. & Krüger, H. (1975). Aktionsforschung und soziologische Theorien. In Haag, F., Krüger, H., Schwärzel, J. & Wildt, J., *Aktionsforschung. Forschungsstrategien, Forschungsfelder und Forschungspläne* (S. 76-99). München: Juventa.
- Knoll, M. (1997). Sport und Gesundheit – Zur empirischen Befundlage. In Schmidtbleicher, D., Bös, K. & Müller, A.F. (Hrsg.), *Sport im Lebenslauf. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft* (S. 41-57). Hamburg: Czwalina.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Reinhardt.
- Koch, U. & Wittmann, W.W. (Hrsg.). (1990). *Evaluationsforschung*. Berlin: Springer.
- Köckenberger, H. & Gaiser, G. (2004). „Sei doch endlich still!“ *Entspannungsspiele und -geschichten für Kinder* (6., unveränd. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Krampen, G. (1995). Systematische Entspannungsmethoden für Kindergarten- und Primarschulkinder. *Report Psychologie*, 7, 47-65.
- Krampen, G. (2000). Interventionsspezifische Diagnostik und Evaluation beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen. *Report Psychologie*, 25, 182-190 und 203-205.
- Kränzl-Nagl, R. & Wilk, L. (2000). Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Befragungen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren soziale und personale Wünschbarkeit. In Heinzl, F. (Hrsg.). *Methoden der Kindheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Krappmann, L. (1996). Streit, Aushandlungen und Freundschaften unter Kindern. In Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (Hrsg.), *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – sozialisationstheoretische Perspektiven* (S. 99-116). Weinheim, München: Juventa.
- Kropski, J., Keckley, P. & Jensen, G. (2008). School-based Obesity Prevention Programs: An Evidence-based Review. *Obesity*, 16 (5), 1009-1018.
- Kunz, G., Cockerham, W. & Lüschen, G. (1989). Gesundheitsförderung – Gesundheitserziehung in asymmetrischen Dienstleistungsgesellschaften. In Lüschen, G., Cockerham, W.C. & Kunz, G. (Hrsg.), *Health and Illness in America and Germany. Gesundheit und Krankheit in der BRD und den USA* (S. 205-226). München: Oldenbourg.
- Kurth, B.-M., & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 736-743.

- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (1993). *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In Laaser, U. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 176-203). Weinheim: Beltz.
- Lange, A. (1996). Kinderalltag in einer modernisierten Landgemeinde. In Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (Hrsg.), *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – sozialisationstheoretische Perspektiven* (S. 77-97). Weinheim, München: Juventa.
- Ledig, M. (1992). Vielfalt oder Einfalt – das Aktivitätenspektrum von Kindern. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Was tun Kinder am Nachmittag? Ergebnisse einer empirischen Studie zur mittleren Kindheit* (S. 31-74). Weinheim, München: Juventa.
- LeFevre, D. (2002). *Best of New Games. Faire Spiele für viele*. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- Lerch, H. (2008). *Zur Einstellung von Eltern und ihren Kindern im Grundschulalter mit und ohne geistige Behinderung zur gesunden Lebensweise hinsichtlich Ernährung und Bewegung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Würzburg.
- Liegle, L. (1987). *Welten der Kindheit und Familie. Beiträge zu einer pädagogischen und kulturvergleichenden Sozialisationsforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (1993). *Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Luhmann, N. (1990). *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Luhmann, N. (2002). *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lüschen, G., Cockerham, W.C. & Kunz, G. (Hrsg.). (1989). *Health and Illness in America and Germany. Gesundheit und Krankheit in der BRD und den USA*. München: Oldenbourg.
- Mackay, L. (2007). Measurement and Evaluation - Validation of Self-Report Measures of Physical Activity: A Case Study Using the New Zealand Physical Activity Questionnaire. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 78, (3), 189-196.

- Maier, B., Bau, A.-M., James, J., Görgen, R., Graf, C., Hanewinkel, R. et. al. (2007). Methods for evaluation of health promotion programmes. Smoking prevention and obesity prevention for children and adolescents. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 7, 980-986.
- Malina, R. (1996). Tracking of Physical Activity and Physical Fitness Across the Lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 48-57.
- Mall, W. (1987). Basale Kommunikation - ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Hilfen für geistig Behinderte – Handreichungen für die Praxis II*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Mann, J., Zhou, H., McDermott, S. & Poston, M.B. (2006). Healthy behavior change of adults with mental retardation: Attendance in a health promotion program. *American Journal on Mental Retardation*, 111 (1), 62-73.
- Markowetz, R. & Cloerkes, G. (Hrsg.). (2000). *Freizeit im Leben behinderter Menschen. Theoretische Grundlagen und sozialintegrative Praxis*. Heidelberg: Winter.
- Markowetz, R. (1998a). Praxis: Kinder und Jugendliche mit Behinderungen auf ihrem Weg in einen ganz „normalen“ Verein. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 3, 1-12.
- Markowetz, R. (1998b). Praxis: Kinder und Jugendliche mit Behinderungen auf ihrem Weg in einen ganz „normalen“ Verein. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 4/5, 1-16.
- Markowetz, R. (1998c, 30. März 2006). *Zur Wirksamkeit der Integration von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen im Lebensbereich Freizeit. Modell – Konzepte – Fallbeispiele – Praktische Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt PFiFF*. Zugriff am 10.03.2009 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/markowetz-freizeit.html>
- Markowetz, R. (2005). *Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Buch für Pädagogen und Lehrer*. (2., aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Winter.
- Martin, K.A. & Sinden, A.R. (2001). Who will stay and who will go? A review of older adults' adherence to randomized controlled trials of exercise. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 91-114. Zitiert nach Eichberg, S. (2003).
- Mast, M., Asbeck, I., Langnäse, K., Grund, A. & Müller, M. (2000). Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) – Ein Erfahrungsbericht. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 108-115.

- Matreier Gespräche. (1984). *Otto Koenig 70 Jahre. Kulturwissenschaftliche Beiträge zur Verhaltensforschung*. Wien: Überreuter.
- Mattusch,U. (Hrsg.). (1997). *Kinder und Bildschirmwelten. Ästhetik, Pragmatik und Geschichte der Bildschirmmedien*. Siegen: DFG-Sonderforschungsbereich.
- Mayall, B. (2005). Der moralische Status der Kindheit. In Hengst, H. & Zeiher, H. (Hrsg.), *Kindheit soziologisch*. (S. 135-159). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Mayring, P. (2002⁵). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Mayville, S.B., Matson, J.L., Laud, R.B., Cooper, C. & Kuhn, D.E. (2005). The relationship between depression and feeding disorder symptoms among persons with severe and profound mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17 (3), 213-224.
- McKee, J., Bodfish, J., Mahorney, S., Heeth, W. & Ball, M. (2005). Metabolic effects associates with atypical antipsychotic treatment in the developmentally disabled. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1161-1168.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.). (2006). *KIM-Studie 2005. Kinder + Medien, Computer + Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.
- Mensink, G.B.M., Kleiser, C. & Richter, A. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, 609-623.
- Messent, P., Cooke, C. & Long, J. (1998). Daily physical activity in adults with mild and moderate learning disabilities: is there enough? *Disability and Rehabilitation*, 11 (20), 424-427.
- Messent, P., Cooke, C. & Long, J. (1999). Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 9, 409-419.
- Meyer-Nürnbergger, M. (2002). Gesundheit von Kindern – Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 859-865. Zitiert nach: Hoffmann, Brand & Schlicht (2006).

- Michna, H. Oberender, P., Schultze, J. & Wolf, J. (Hrsg.). (2006). *Prävention auf dem Prüfstand: Wieviel organisierte Gesundheit – wieviel Eigenverantwortung?* Köln: Verlag Hans Martin-Schleyer-Stiftung.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. (S. 102-128). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (2. Aufl.) (S. 595-611). Göttingen: Hogrefe.
- Molderings, M. (2005). *Elterneinbeziehung – empirische Untersuchung eines schulischen Interventionsansatzes zur Gesundheitsförderung bei Grundschulkindern*. Dortmund: Universität Fach Hauswirtschaftswissenschaft.
- Montada, L. (2007): Fragen, Konzepte, Perspektiven. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. völlig überarb. Ausg.). (1. Kapitel, S. 353). Weinheim: Beltz.
- Moran, R., Drane, W. McDermott, Dasari, S, Scurry & Platt, T. (2005). Obesity among People with and without Mental Retardation across Adulthood. *Obesity research*, 13, 342-349.
- Müller, C. & Richter, F. (2007). Bewegte Schule – Modifizierungen für Schulen zur Lernförderung (Förderschulen L). In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.), *Bewegung. Bildung. Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 245-249). Schorndorf: Hofmann.
- Myrtek, M. & Scharff, C. (2000). *Fernsehen, Schule und Verhalten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003) *Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nave-Herz, R. (2000). Wandel der Familie: eine familiensoziologische Perspektive. In Schneewind, K. (Hrsg), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 19-31). Göttingen: Hogrefe.
- Neuber, N. (2007). *Entwicklungsförderung im Jugendalter. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde aus sportpädagogischer Perspektive*. Schorndorf: Hofmann.

- Neuloh, O. & Teuteberg, H.J. (1997). *Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand. Ergebnisse einer empirisch-soziologischen Untersuchung in heutigen Familienhaushalten*. Paderborn.
- Neuls, T. (2003). Participating in Action Research on a Health Promotion Project: a reflection. *Education Action Research*, 11 (3), 415-428.
- Neumann, P. (2004). *Erziehender Sportunterricht. Grundlagen und Perspektiven*. Hohengehren, Baltmannsweiler: Schneider.
- Neumann-Braun, K., Charlton, M. & Rösler, C. (1993). Kindliche Mediensozialisation, elterliche „gate keeper“-Funktion und familiäre Umgangsstile mit Medienangeboten. Ergebnisse einer Elternbefragung. *Rundfunk und Fernsehen*, 41, 4, 497-511. Zitiert nach Schmidbauer & Löhr (2000).
- Nissen, U. (1992): Raum und Zeit in der Nachmittagsgestaltung von Kindern. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Was tun Kinder am Nachmittag? Ergebnisse einer empirischen Studie zur mittleren Kindheit*. (S. 127-170). Weinheim, München: Juventa.
- Nissen, U. (1998). *Kindheit, Geschlecht und Raum. Sozialisationstheoretische Zusammenhänge geschlechtsspezifischer Raumeignung. Kindheiten Bd. 11*. Weinheim, München: Juventa.
- O'Brien, G. & Whitehouse, A.M. (1990). A psychiatric study of deviant eating behavior among mentally handicapped adults. *British Journal of Psychiatry*; 157, 281-284.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2002). *Entwicklungspsychologie*. (5. völlig überarb. Ausgabe). Weinheim: Beltz.
- Oerter, R. (2002). Kindheit. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. (5. völlig überarb. Ausgabe) (S. 209-257). Weinheim: Beltz.
- Ohlert, H. & Beckmann J. (Hrsg.). (2002). *Sport ohne Barrieren*. Schorndorf: Hofmann.
- Osbahr, S. (2000). *Selbstbestimmtes Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung: Beitrag zu einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Sonderpädagogik*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge. Zitiert nach: Geulen (1977).
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der gesundheitsfördernden Schule zur guten gesundheitsfördernden Schule. In Aregger, K. & Lattmann, U.P. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie?* (S. 93-114). Oberentfelden: Sauerländer.

- Paulus, P. (2007). Mit Gesundheit gute Schule machen. Die gute gesunde Schule als neues Rahmenkonzept für die schulische Gesundheitsförderung und Bildung. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.), *Bewegung. Bildung. Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 82-90). Schorndorf: Hofmann.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen*. In Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1: Grundlagen und Methoden*. (2. überarb. Aufl.) (S. 392-415). Weinheim: Beltz PVU.
- Petzold, M. (2000). *Die Multimedia-Familie. Mediennutzung. Computerspiele, Telearbeit, Persönlichkeitsprobleme und Kindermitwirkung in Medien*. Opladen: Leske + Budrich.
- Piaget, J. (1975). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett.
- Podlich, C. & Kleine, W. (2000). *Medien- und Bewegungsverhalten von Kindern im Widerstreit. Eine Zeitbudgetstudie an Grundschulkindern*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Polender, A. (1982). Entspannungs-Übungen. Eine Modifikation des Autogenen Trainings für geistig behinderte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 31, 50-56.
- Portmann, A. (1978). *Biologie und Geist*. Frankfurt: Suhrkamp. Zitiert nach Speck (2005).
- Postman, N. (1987). *Das Verschwinden der Kindheit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Prout, A. (1996). *Families, cultural bias and health promotion*. London: Health Education Authority. Zitiert nach: Vögele & Ellrott (2006).
- Pudel, V. & Müller, M. J. (1998). (Hrsg.), *Leitfaden der Ernährungsmedizin* (S. 1-4) (Schriftenreihe der Dr. Rainer Wild-Stiftung). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Qvortrup, J. (2005). Kinder und Kindheit in der Sozialstruktur. In Hengst, H. & Zeiher, H. (Hrsg.), *Kindheit soziologisch*. (S. 27-47). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Ravens-Sieberer & Bullinger (1999). *Kid-KINDL®. Fragebogen für Kinder*.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL®. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Revidierte Form. Manual.
- Reinehr, T. (2007). Medizinische Hintergründe. In Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T. (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas* (S. 3-20). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Remschmidt, H. (Hrsg.). (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. (3., neu bearb. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.
- Renfordt, H. (1985). *Behinderungen der psychischen Entwicklung in frühester Kindheit als Folge mangelnder Befriedigung der produktiven Bedürfnisse*. Freie Universität Berlin, Diss. Zitiert nach: Schobert (1993).
- Reuter, C. (2006). *Ursachen von Adipositas bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Eine Analyse der Bedingungsfaktoren, Kennzeichen angenommener Wirkungsmechanismen und Aufzeigen von Interventionsansätzen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Würzburg.
- Rheker, U. (1996). *Integrationssport – Sport ohne Aussonderung: Darstellung eines praxisorientierten Ansatzes einer differenzierten Integrationspädagogik für den Sport mit Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen*. Hamburg: Czwalina.
- Rheker, U. (2005³). *Spiel und Sport für alle*. Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW. Aachen: Meyer & Meyer.
- Rimmer, J., Braddock, D. & Fujiura, G. (1993). Prevalence of Obesity in Adults With Mental Retardation: Implications for Health Promotion and Disease Prevention. *American Association on Mental Retardation*, 31, (2), 105-110.
- Rimmer, J., Braddock, D. & Fujiura, G. (1994). Cardiovascular Risk Factor Levels in Adults With Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98, (4), 510-518.
- Rimmer, J., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A. & Jurkowski, J. (2004). Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities. Barriers and factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (5), 419-425.
- Rimmer, J.H., Braddock, D. & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (6), 489-499.
- Ritter, R. (1993). *Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichte Hausarbeit. Würzburg. (zitiert nach Ebert 2000).
- Robert-Bosch-Stiftung (2006). *Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ – Ergebnisse und Empfehlungen*. Stuttgart.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C. Turner, S. Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469-486.

- Rock, K. (2001). *Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Rolff, H.-G. & Zimmermann, P. (2001). *Kindheit im Wandel. Eine Einführung in die Sozialisation im Kindesalter* (vollst. überarb. Neuaufl. der 5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Rolfen, M., Johnsen, A. & Knutstad, G. (2007). Action Engagement: Improving Researchers' Involvement in Action Research Projects. *Syst Pract Act Res*, 20, 53-63.
- Rössert, B. & Steiger, P. (2003). Es geht doch ohne Psychopharmaka. Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten. *Geistige Behinderung*, 42 (4), 317-328.
- Rost, J. (2000). Allgemeine Standards für die Evaluationsforschung. In Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. (S. 129-140). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Sabo, P. (2003a). Gesundheitsbildung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (4. erw. und überarb. Aufl.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. (S. 69-71). Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Sabo, P. (2003b). Gesundheitsbildung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (4. erw. und überarb. Aufl.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. (S. 71-78). Schwabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Sahler, O. & Carr, J. (Hrsg.). (2003). *The Behavioral Sciences and Health Care*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Sander-Beuermann, C. (1985). *Sportbezogene Freizeitaktivitäten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung*. Berlin: Marhold.
- Sarimski, K. (2001). *Klinische Kinderpsychologie. Band 4. Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaller, H. & Pache, D. (Hrsg.). (1995). *Sport als Bildungschance und Lebensform*. Schorndorf: Hofmann.
- Schatz, G., Genenger, M. & Stotz, E. (1982). Geistig Behinderte und Freizeit. Zwischenbericht über eine empirische Untersuchung. *Behindertenpädagogik*, 21, 135-142. Zitiert nach: Ebert (2000).

- Scheid, V. (Hrsg.). (2002). *Facetten des Sports behinderter Menschen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Schiffler, A. & Hübner, S. (2000). Allgemeine Standards für die Evaluationspraxis. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ und ihre Anwendung auf praktische Aspekte bei der Evaluation von psychologischen Interventionsmaßnahmen. In Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 141-152). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Schlesselmann, E. (2007). Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese. *Heilpädagogik online 01/07*, 25-34.
- Schlüter, B. (2003). Spielend streiten lernen. In Stickelmann, B. & Frühauf, H.-P. (Hrsg.), *Kindheit und sozialpädagogisches Handeln. Auswirkungen der Kindheitsforschung*. (S. 231-247). Weinheim, München: Juventa.
- Schmid, A., Huber, G., Marschner, J. & Zimmer, M. (2004). Medizinische Aspekte im Behindertensport. *Deutsches Ärzteblatt; 101* (31-32), A2177-A2182.
- Schmidbauer, M. & Löhr, P. (2000). *Kinder und Fernsehen in Deutschland. Eine Dokumentation empirischer Forschungsprojekte 1989 – 1999*. München: KoPäd Verlag.
- Schmidt, W. & Süßenbach, J. (2004). Informelles Sportengagement gestern und heute. In Balz, E. & Kuhlmann, D. (Hrsg.), *Sportengagements von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Möglichkeiten informellen Sporttreibens* (S. 139-151). Aachen: Meyer & Meyer.
- Schmidt, W. (2003). *Kindheit und Sport im Ruhrgebiet. Eine repräsentative Untersuchung an sog. Lücke-Kindern*. (Unveröff. Manuskript). Essen. Universität Essen. Zitiert nach: Schmidt & Süßenbach (2004).
- Schmidtbleicher, D., Bös, K. & Müller, A.F. (1997). (Hrsg.), *Sport im Lebenslauf. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft*. Hamburg: Czwalina.
- Schmidtchen, G. (1997). *Wie weit ist der Weg nach Deutschland? Sozialpsychologie der Jugend in der postsozialistischen Welt*. Opladen: Leske & Budrich. Zitiert nach: Keupp (2000).
- Schmidt-Denter, U. (2000). Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. In Schneewind, K. (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S.19-31). Göttingen: Hogrefe.

- Schmidt-Thiemme, D. (1971). Freizeitgestaltung und Freizeiterziehung. *Lebenshilfe*; 10 (4), 193-201. Zitiert nach: Ebert (2000).
- Schneewind, K. (Hrsg.). (2000). *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schobert, E. (1993). *Probleme der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter: Eßsucht und Hilflosigkeit. Überlegungen zur Genese und Therapie der Adipositas*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In Bandura, A. (Hrsg.), *Self-efficacy in Changing Societies* (S. 259-288). Cambridge: University Press.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (2007²). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social Competence in Children*. New York: Springer.
- Sichert-Hellert, W., Kersting, M., Chahda, C. & Schöch, G. (1994). Kosten des Nahrungsverzehrs von Kindern und Jugendlichen bei üblicher Kost und bei „Optimierter Mischkost“. *Ernährungs-Umschau*, 41 (7), 256-259.
- Silbereisen, R.K., Vaskovics, L.A. & Zinnecker, J. (Hrsg.). (1997). *Jung sein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996*. Opladen: Leske & Budrich. Zitiert nach Keupp (2000).
- Singer, R. & Bös, K. (1994). Motorische Entwicklung: Gegenstandsbereich und Entwicklungseinflüsse. In Baur, J., Bös, K. & Singer, R. (Hrsg.), *Motorische Entwicklung. Ein Handbuch*. (S. 15-26). Schorndorf: Hofmann.
- Singh, A., Matson, J. Cooper, C., Dixon, d. & Sturmey, P. (2005). The use of risperidon among individuals with mental retardation: Clinically supported or not? *Research in Developmental Disabilities*, 26, 203-218.
- Smith. B. & Bauman, A. (2007). Physikalische Umwelten. In Kerr, J., Weitkunant, R. & Moretti, M. (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung: Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung*. München: Urban & Fischer.
- Sommer, R. (2000). *Die Rolle sozialer Unterstützung bei der Aufnahme und Fortführung gesundheitsbezogenen Verhaltens* (Psychologie, Band 28). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

- Sowa, M. (1994). *Sport ist mehr. Eine Untersuchung zur Selbstständigkeitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung in heterogenen Sportgruppen*. St. Ingbert: Röhrig.
- Sowa, M. (1995). Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in den allgemeinen Sport. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 18 (1), 39-50.
- Sowa, M. (2000). Sport ist mehr. Sport – Spiel – Spannung – Spaß in der Schule für Geistigbehinderte. *Praxis der Psychomotorik*, 25 (2), 77-87.
- Speck, O. (2005¹⁰). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2005). *“Leben und Arbeiten in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2004“*. Pressemitteilung vom 22. März 2005. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2006). *Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA)*. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 3*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stewart, L., Beange, H. & Mackerras, D. (1994). *A Survey of Dietary Problems of Adults with Learning Disabilities in the Community*. 1, 41-50.
- Stickelmann, B. & Frühauf, H.-P. (2003). (Hrsg.). *Kindheit und sozialpädagogisches Handeln. Auswirkungen der Kindheitsforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Storck, C., Duprée, T., Dokter, A. & Bölsker, P. (2007). Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse 2000. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 19-25.
- Strauss, R. & Knight, J. (1999). Influence of the Home Environment on the Development of Obesity in Children. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 6, 1-8.
- Sturm, R. (2002). The effects of obesity, smoking and drinking on medical problems and costs. Obesity outranks both smoking and drinking in its deleterious effect on health and health costs. *Health Affairs March/April 2002*, 245-263.

- Sutter, T. (2004). Sozialisation als Konstruktion subjektiver und sozialer Strukturen. Aktualität und künftige Perspektiven strukturalistischer Sozialisationsforschungen. In Geulen, D. & Veith, H. (Hrsg.), *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Talebizadeh, Z. & Butler, M.G. (2004). Insulin resistance and obesity – related factors in Prader-Willi syndrome: Comparison with obese subjects. *Clinic Genetics*, 67, 230-239.
- Thalhammer, M. & Speck, O. (Hrsg.). (1974). *Die Rehabilitation der Geistigbehinderten*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Thannhäuser, A. (1976). *Zur Situation geistigbehinderter Erwachsener aus Sicht ihrer Mütter*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.
- The American Dietetic Association (2004). Position of the American Dietetic Providing nutrition services for infants, children, and adults with developmental disabilities and Special health care needs. *Journal of The American Dietetic Association*, 104 (1), 97-107.
- Theunissen, G. (2007). *Empowerment behindeter Menschen. Inklusion – Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, G., Dieter, M., Neubauer, G. & Niehoff, U. (2000). Zur Situation geistig behinderter Menschen in ihrer Freizeit. Eine Umfrage bei der Lebenshilfe in Deutschland. *Geistige Behinderung*, 4, 360-372.
- Thiel, A., Teubert, H. & Kleindienst-Cachay, C. (2002). Was soll eine „Bewegte Schule“ leisten? Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zu Erwartungen von Grundschullehrerinnen und –lehrern. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 8, 329-334.
- Thiel, A., Teubert, H. & Kleindienst-Cachay, C. (2006). *Die „Bewegte Schule“ auf dem Weg in die Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Thiele, J. (1999). „Un-Bewegte Kindheit?“ Anmerkungen zur Defizithypothese in aktuellen Körperdiskursen. *Sportunterricht*, 4, 141-149.
- Thimm, W. & Wachtel, G. (2002). *Familien mit behinderten Kindern. Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme*. Weinheim, München: Juventa.
- Thomas, C., Hyppönen, E. & Power, C. (2008). Obesity and Type 2 Diabetes Risk in Midadult Life: The Role of childhood Adversity. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 5, 1240-1249.

- Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.). (2000). *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1: Grundlagen und Methoden* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Vaitl, D. (2000). Psychologie der Entspannung. In Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1: Grundlagen und Methoden* (2. überarb. Aufl.) (S. 29-76). Weinheim: Beltz PVU.
- Van Mil, E., Westerterp, K., Gerver, W.-J., van Marken Lichtenbelt, W., Kester, A. & Saris, W. (2001). Body composition in Prader-Willi syndrome compared with nonsyndromal obesity: Relationship to physical activity and growth hormone function. *The Journal of Pediatrics*, 139 (5), 708-714.
- Van Naarden Braun, K., Yeargin-Allsopp, M. & Lollar, D. (2005). Factors associated with leisure activity among young adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* (Artikel im Druck).
- Van Schrojenstein Lantmann-De Valk, H. (2005). Health in people with intellectual disabilities: Current knowledge and gaps in knowledge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*; 18, 325-333.
- Verein Programm Klasse 2000 e.V. (2009). *Bericht über das Schuljahr 2007/08*. Zugegriffen am 04. März 2009 unter http://www.klasse2000.de/uploads/pdf/jahresbericht_07_08_web.pdf
- Vögele, C. & Ellrott, T. (2006). Ernährung, Über- und Untergewicht. In Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 176-200). Göttingen: Hogrefe.
- Wabitsch, M. (2000). Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *European Journal Pediatric*, 159, (Suppl 1), 8-13.
- Wagner, M. (1995). *Menschen mit geistiger Behinderung – Gestalter ihrer Welt*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Walper, S. (2004). Wandel von Familien als Sozialisationsansatz. In Geulen, D. & Veith, H. (Hrsg.), *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven*. (S. 217-252). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Walter, U. & Schmidt, T. (1998). Aufgaben und Chancen der Ernährungsmedizin aus sozialmedizinischer Perspektive. In Pudiel, V. & Müller, M. J. (Hrsg.), *Leitfaden der Ernährungsmedizin* (S. 1-4) (Schriftenreihe der Dr. Rainer Wild-Stiftung). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Wangberg, S., Andreassen, H., Prokosch, H.-U., Santana, S., Sørensen, T. & Chronak, C. (2007). Relations between Internet use, socio-economic status (SES), social support and subjective health. *Health Promotion International*, 23, 1, 70-77.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am 05. Februar 2008 unter http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFr...
- Wersich, D. (2005). „Was uns schmeckt, bewegt uns“. Förderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den Settings Stadtteil, Schule und KiTa. Hamburg. Grußwort. *Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)* (Hrsg.).
- Whitehead, D., Taket, A. & Smith, P. (2003). Action research in health promotion. *Health Education Journal*, 62, 5-22.
- Wilk, L. & Bacher, J. (Hrsg.). (1994). *Kindliche Lebenswelten. Eine sozialwissenschaftliche Annäherung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Willand, H. & Schwedes, R. (1979). Problempunkte in der Freizeitgestaltung Geistigbehinderter. *Lebenshilfe*; 18, 213-215. (zitiert nach Ebert 2000).
- Wintersberger, G. (2005). Generationale Arbeits- und Ressourcenteilung. Die Evolution der Kindheit aus ökonomischer Perspektive. In Hengst, H. & Zeiher, H. (Hrsg.), *Kindheit soziologisch*. (S. 181-200). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Wirth, A. (2000). *Adipositas. Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie* .(2. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) (2000). *WIAD-Studie: Bewegungsstatus von Kinder und Jugendlichen in Deutschland*. Bonn.
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) (2003). *WIAD-AOK-DSB-Studie II. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Zugriff am 25. November 2008 unter <http://www.richtigfit.de/rf/downloads>
- Wittmeier, K., Mollard, R. & Kriellaars, D. (2008). Physical Activity Intensity and Risk of Overweight and Adiposity in Children. *Obesity*, 2, 415-420.
- Wollny, R. (2002). *Motorische Entwicklung in der Lebensspanne. Warum lernen und optimieren manche Menschen Bewegungen besser als andere?* Schorndorf: Hofmann.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung*. Weinheim, München: Juventa.

- Wüllenweber, E. (Hrsg.). (2004). *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Yamaki, K. (2005). Body Weight Status Among Adults With Intellectual Disability in the Community. *Mental Retardation*, 43 (1), 1-10.
- Zeiber, H. (1996). Von Natur aus Außenseiter oder gesellschaftlich marginalisiert? In Zeiber, H., Bücher, P. & Zinnecker, J. (Hrsg.), *Kinder als Außenseiter? Umbrüche in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Kindern und Kindheit* (S. 7-27). Weinheim, München: Juventa.
- Zeiber, H. (2005). Der Machtgewinn der Arbeitswelt über die Zeit der Kinder. In Hengst, H. & Zeiber, H. (Hrsg.), *Kindheit soziologisch*. (S. 201-226). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Zeiber, H., Bücher, P. & Zinnecker, J. (1996). (Hrsg.), *Kinder als Außenseiter? Umbrüche in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Kindern und Kindheit* (S. 7-27). Weinheim, München: Juventa.
- Zielniok, W. (1971). Wege zur körperlichen Ertüchtigung. Die Internationalen Special Olympics in Chicago und das Special Fitness Programm für geistig Behinderte. *Lebenshilfe*; 10 (4), 205-212. Zitiert nach: Ebert (2000).
- Zillig, W. (2004). *Gutes Benehmen. Anstandsbücher von Knigge bis heute*. Berlin: Digitale Bibliothek. Directmedia Publishing Berlin.
- Zimmer, R. (1999). *Handbuch der Psychomotorik: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*. (6. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Zinnecker, J. (1996). Soziologie der Kindheit oder Sozialisation des Kindes? – Überlegungen zu einem aktuellen Paradigmenstreit. In Honig, M.-S., Leu, H.R. & Nissen, U. (Hrsg.), *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – sozialisationstheoretische Perspektiven* (S. 21-54). Weinheim, München: Juventa.

Anhang

A 1 Anfangsfragebogen Kinder

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
Wichtig ist Deine Meinung.

Ein Beispiel:

Ich trage an meinen Füßen...	Nie	Selten	Manch - mal	Oft	immer
1. ...weiße Socken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...zwei verschiedene Socken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schülerfragebogen

1. Ich heiße _____

2. Meine Lieblingsbeschäftigung ist

3. Wie kommst Du in die Schule?

Ich komme...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...mit dem Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...mit dem Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...mit dem Roller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie

In der letzten Woche...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...haben mir meine Eltern Sachen verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jetzt geht es um Deinen Körper.

In der letzten Woche...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...habe ich mich krank gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...war ich müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Als nächstes geht es noch um Deine Freunde

In der letzten Woche...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...habe ich mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...mochten mich die anderen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jetzt geht es darum, wie Du Dich fühlst.

In der letzten Woche	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...habe ich viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...war mir langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich Angst gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. In den nächsten Fragen geht es um die Zeit, in der Du nicht in der Schule bist.

In meiner Freizeit...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...mache ich mit meinen Eltern Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...spiele ich draußen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...spiele ich im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...spiele ich Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...schaue ich fern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...lese ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...mache ich Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich helfe beim Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wenn Du Sport mit Deinen Eltern machst, welchen Sport macht Ihr dann?

Meine Eltern (Vater oder Mutter) und ich...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...fahren Ski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...fahren Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...klettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Jetzt geht es darum, was Du selbst von Dir hältst.

In der letzten Woche	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer
1. ...war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...fand ich mich gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Gehst Du regelmäßig zum Sport?

- Nein*
 1mal in der Woche
 2-3mal in der Woche
 4-5mal in der Woche
 jeden Tag

12. Welchen Sport machst Du?

(Du darfst auch mehrere Kreuze machen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Fußball</i> | <input type="checkbox"/> <i>Tennis</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Handball</i> | <input type="checkbox"/> <i>Leichtathletik</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Schwimmen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Klettern</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Turnen</i> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Reiten</i> | <input type="checkbox"/> _____ |

13. Bist Du Mitglied in einem Sportverein?

- ich weiß nicht, was das ist*
 ja, in diesem Sportverein: _____
 nein,
 möchte ich aber
 mag ich auch nicht

14. Würde es Dir in einer Sportgruppe im Verein gefallen?

Nein, bestimmt nicht

vielleicht

ja, bestimmt

15. Warum machst Du Sport?

(du darfst mehrere Kreuze machen)

Weil meine Eltern mir das vorgeschlagen haben

Weil mein(e) Freund(in) auch diesen Sport macht

Weil ich Spaß daran habe

Weil ich meine(n) Trainer(in) mag

Anderer Grund: _____

16. Würdest du gerne mehr Sport machen?

nein

ja, aber *ich habe keine Zeit*

ich weiß nicht welchen Sport

meine Eltern wollen das nicht

anderer Grund: _____

17. Was ist Dein Lieblingsessen?

18. Was trinkst Du am liebsten?

19. Was magst Du gar nicht?

20. Wie oft naschst Du?

Gar nicht

ab und zu

einmal
am Tag

mehrmals
am Tag

21. Was hast Du zum Essen und Trinken für die Pause dabei?

22. Wer hat Dein Pausenbrot gemacht?

23. Verboten Dir Deine Eltern Süßigkeiten zu essen?

immer

oft

selten

nie

24. Hast Du schon einmal Vollkornnudeln (dunkle Nudeln) gegessen?

nein, → *mag ich auch nicht probieren*

würde ich aber gerne probieren

ja , und → *es hat mir geschmeckt*

→ *es hat mir nicht geschmeckt*

25. Sitzt Du beim Essen gerne gemeinsam am Tisch?

Ja

Nein

26. Was isst Du normalerweise zu den einzelnen Mahlzeiten?

Frühstück _____

Pause _____

Mittagessen _____

nachmittags _____

Abendessen _____

27. Was kannst Du dazu tun, um gesund zu bleiben?

Unterstreiche das, was Du wirklich schon tust.

Das war´s. Ganz schön fleißig!

Dankeschön!!!

A 2 Endfragebogen Kinder

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
Wichtig ist Deine Meinung.

Ein Beispiel:

Ich spiele draußen am liebsten ...	Nie	Selten	Manch - mal	Oft	immer
1. ... auf dem Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... im Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schülerfragebogen

1. Ich heiße _____

2. Meine Lieblingsbeschäftigung ist _____

3. Gehst Du regelmäßig zum Sport außerhalb der Schule?

nein

1mal in
der Woche

2-3mal in
der Woche

4-5mal in
der Woche

jeden
Tag

4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie

In der letzten Woche...	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	immer
1. ...habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich zu Hause wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...hatten wir schlimmen Streit zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...haben mir meine Eltern Sachen verboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jetzt geht es um Deinen Körper.

In der letzten Woche...	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	immer
1. ...habe ich mich krank gefühlt..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...war ich müde und schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Als nächstes geht es noch um Deine Freunde

In der letzten Woche...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ...habe ich mit Freunden gespielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...mochten mich die anderen Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jetzt geht es darum, wie Du Dich fühlst.

In der letzten Woche...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ...habe ich viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...war mir langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich Angst gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Jetzt geht es darum, was Du selbst von Dir hältst.

In der letzten Woche...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ...war ich stolz auf mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...fand ich mich gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...mochte ich mich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hatte ich viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Jetzt geht es um die Bewegungsstunden am Mittwoch in der Schule.

In den Bewegungsstunden...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ...hatte ich Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich neue Bewegungen gelernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich neue Spiele gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...gab es Streit in der Gruppe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...konnten wir Streitereien lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...habe ich mich gelangweilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...habe ich etwas über meinen Körper gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...habe ich gelernt, wie ich zur Ruhe kommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. In den nächsten Fragen geht es um die Zeit, in der Du nicht in der Schule bist.

In meiner Freizeit...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ...mache ich mit meinen Eltern Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...spiele ich draußen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...spiele ich im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...spiele ich Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...schaue ich fern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...lese ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...mache ich Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich helfe beim Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wenn Du Sport mit Deinen Eltern machst, welchen Sport macht Ihr dann?

Meine Eltern (Vater oder Mutter) und ich...	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ...wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...fahren Ski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...fahren Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...klettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Weißt Du noch, bei welchem Projekttreffen Du dabei warst?

- Was kann ich tun, damit ich gesund bleibe...
- Was sollte ich essen, damit mir nichts fehlt? (Nahrungspyramide)
- Wo sich der Zucker versteckt...
- Die Wirbelsäule und ein Frühlingsessen
- Was ich in Freizeit und Ferien machen kann

13. Diese Fragen kannst Du nur beantworten, wenn Du bei einem Projekttreffen dabei warst.

An den Projekttreffen ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
1. ...wollte ich gerne dabei sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...hatte ich Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...lernte ich etwas über das Kochen dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... habe ich neues über meinen Körper erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...habe ich mich gelangweilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Was trinkst Du meistens?

20. Würdest du gerne mehr Sport machen?

nein

ja, aber *ich habe keine Zeit*

ich weiß nicht welchen Sport

meine Eltern wollen das nicht

anderer Grund: _____

21. Was magst Du gar nicht essen?

22. Wie oft naschst Du?

Gar nicht

ab und zu

einmal
am Tag

mehrmals
am Tag

23. Was hast Du zum Essen und Trinken für die Pause dabei?

24. Hast Du schon einmal Vollkornnudeln (dunkle Nudeln) gegessen?

nein, → *mag ich auch nicht probieren*

würde ich aber gerne probieren

ja, und → *es hat mir geschmeckt*

→ *es hat mir nicht geschmeckt*

25. Sitzt Du beim Essen gerne gemeinsam mit Deiner Familie am Tisch?

Ja

Nein

26. Verbieten Dir Deine Eltern Süßigkeiten zu essen?

immer

oft

selten

nie

27. Was hast Du gestern zu den einzelnen Mahlzeiten gegessen?

Frühstück _____

Pause _____

Mittagessen _____

nachmittags _____

Abendessen _____

28. Was kannst Du dazu tun, um gesund zu bleiben?

Unterstreiche das, was Du wirklich schon tust.

29. Was hat Dir an den Bewegungsstunden am besten gefallen?

Dankeschön für Deine Hilfe !!!

A 3 Anfangsfragebogen Eltern

Elternfragebogen			
1. Name des Kindes:	_____		
2. Wer lebt alles in Ihrem Haushalt ?			
Mutter/ weibliche Erziehungsberechtigte	<input type="checkbox"/>		
Vater/ männlicher Erziehungsberechtigter	<input type="checkbox"/>		
Großeltern	<input type="radio"/>		
Kinder	<input type="radio"/>		
3. Sind Sie erwerbstätig? Bitte kreuzen Sie an:			
<input type="checkbox"/>	Beide Partner einer Erziehungsgemeinschaft (z.B. Eheleute, Eltern, Lebenspartner) sind vollzeitbeschäftigt.		
<input type="checkbox"/>	Ein Erziehungsberechtigter ist vollzeitbeschäftigt.		
<input type="checkbox"/>	Beide Erziehungspartner sind zu Hause / arbeitsuchend		
<input type="checkbox"/>	Ich bin Single/ alleinerziehend und →		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> zu Hause		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		
4. Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?			
<input type="checkbox"/>	Nein		
<input type="checkbox"/>	Ja, es betreibt folgende Sportart(en) _____		

5. Wie wichtig ist Ihnen Bewegung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar nicht	wenig	wichtig	sehr wichtig

6. Ist Ihr Kind in einem (Sport-, Musik-) Verein angemeldet ?

- Nein*
- Ja, als Familienmitglied*
- Ja, als Einzelperson*

Bitte Verein angeben: _____

7. Treiben Sie selbst Sport?

Vater / männlicher Erziehungsberechtigter:

- nein*
- ja* → Sportart: _____

Mutter / weibliche Erziehungsberechtigte:

- nein*
- ja* → Sportart: _____

8. Würden Sie gerne mehr Sport treiben?

a) Vater / männlicher Erziehungsberechtigter:

- nein*
- ja, aber* →
 - es fehlt die Zeit*
 - es fehlt das passende Sportangebot*
 - mir fehlt die Motivation*
 - Sonstiges:* _____

b) Mutter / weibliche Erziehungsberechtigte:

- nein*
- ja, aber* →
 - es fehlt die Zeit*
 - es fehlt das passende Sportangebot*
 - mir fehlt die Motivation*
 - Sonstiges:* _____

9. Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich Ihr Kind in seiner Freizeit bewegt ?

gar nicht wenig wichtig wichtig sehr wichtig

10. Schätzen Sie bitte, wie viel Zeit am Tag Ihr Kind durchschnittlich sitzend und in Bewegung verbringt.

a) Montag-Freitag nach der Schule

sitzend → Zeitangabe: _____

in Bewegung → Zeitangabe: _____

b) am Wochenende/ In den Ferien:

sitzend → Zeitangabe: _____

in Bewegung → Zeitangabe: _____

11. Machen Sie bitte Angaben zum täglichen Medienkonsum Ihres Kindes (Fernsehen, Computer, Gameboy und Ähnliches):

an Schultagen

- bis ½ Stunde
- ½ - 1 Stunde
- 1 - 2 Stunden
- 2 - 3 Stunden
- mehr als 3 Stunden

an schulfreien Tagen

- bis ½ Stunde
- ½ - 1 Stunde
- 1 - 2 Stunden
- 2 - 3 Stunden
- mehr als 3 Stunden

12. Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind seine Freizeit aktiver verbringen sollte?

nein ja, etwas aktiver ja, viel aktiver

13. Kann Ihrer Meinung nach die Schule Einfluss auf das Freizeitverhalten der Schüler nehmen?

nein wenig etwas viel sehr viel

14. Wie wichtig ist Ihnen die Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit?

a) Mutter/ weibliche Erziehungsperson

gar nicht wenig wichtig wichtig sehr wichtig

b) Vater/ männliche Erziehungsperson

gar nicht wenig wichtig wichtig sehr wichtig

15. Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich Ihr Kind gesund ernährt?

gar nicht wenig wichtig wichtig sehr wichtig

16. Gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Essenszeiten?

Frühstück: täglich am Wochenende/Ferien selten

Mittagessen: täglich am Wochenende/Ferien selten

Abendessen: täglich am Wochenende/Ferien selten

17. Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Ost?

selten 3-4mal pro Woche täglich 3mal täglich öfter

18. Wie oft nascht Ihr Kind Süßigkeiten (Schokolade, Gummibärchen, Eis, Kuchen, und Ähnliches)?

nie

mehrmals pro Woche

einmal am Tag

mal am Tag

so oft es mag

19. Wie oft isst Ihr Kind durchschnittlich (incl. des Essens in der Schule) Fleisch/Fisch in der Woche?

nie 1-2 mal 3 - 4 mal täglich

20. Kann Ihrer Meinung nach die Schule Einfluss auf die Ernährung des Kindes nehmen?

- nein wenig etwas viel sehr viel

21. Was trinkt Ihr Kind zu Hause? _____

22. Wie stark ist Ihrer Meinung nach der Einfluss von folgenden Institutionen auf die Ernährung der Kinder?

	<i>gar nicht</i>	<i>gering</i>	<i>etwas</i>	<i>groß</i>	<i>sehr groß</i>
Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wie stark ist Ihrer Meinung nach der Einfluss von folgenden Institutionen auf das Bewegungsverhalten der Kinder?

	<i>gar nicht</i>	<i>gering</i>	<i>etwas</i>	<i>groß</i>	<i>sehr groß</i>
Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

A 4 Endfragebogen Eltern

An das
Institut für Sportwissenschaft
der Universität Würzburg
Judenbühlweg 11
97082 Würzburg

Elternfragebogen

1. Vor- und Familienname des Kindes: _____

2. An welchen Projekttreffen war Ihre Familie anwesend?

1. Was ist Gesundheit
2. Gesunde und ausgewogene Ernährung für die ganze Familie
3. Wo sich der Zucker versteckt...
4. Rückenfreundlich und entspannt im Alltag
5. Aktiv in Freizeit und Urlaub

3a. Welche der besuchten Projekttreffen haben auf Sie am nachhaltigsten gewirkt?

Kreisen Sie bitte die Nummer der gewählten Projekttreffen in Frage 2 ein.

3b. Warum sind diese Projekttreffen positiv in Ihrer Erinnerung?

4. Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?

- Nein
- Ja, es betreibt folgende Sportart(en) _____

5. Wie wichtig ist Ihnen Bewegung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit?

- gar nicht wenig wichtig sehr wichtig

6. Treiben Sie selbst Sport?

Vater / männlicher Erziehungsberechtigter:

nein ja → Sportliche Aktivität: _____

Mutter / weibliche Erziehungsberechtigte:

nein ja → Sportliche Aktivität: _____

7. Würden Sie gerne mehr Sport treiben?

a) Vater / männlicher Erziehungsberechtigter:

- nein
- ja, aber → es fehlt die Zeit
 es fehlt das passende Sportangebot
 mir fehlt die Motivation
 Sonstiges: _____

b) Mutter / weibliche Erziehungsberechtigte:

- nein
- ja, aber → es fehlt die Zeit
 es fehlt das passende Sportangebot
 mir fehlt die Motivation
 Sonstiges: _____

8. Ist Ihr Kind in einem (Sport-, Musik-) Verein angemeldet?

- nein
- ja, als Familienmitglied
- ja, als Einzelperson
- bitte Verein angeben: _____

9. Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich Ihr Kind in seiner Freizeit bewegt?

- gar nicht wenig wichtig wichtig sehr wichtig

10. Kann Ihrer Meinung nach die Schule Einfluss auf das Freizeitverhalten der Schüler nehmen?

nein

wenig

erheblich

sehr stark

11. Wie wichtig ist es Ihnen, dass sich Ihr Kind gesund ernährt?

gar nicht

wenig wichtig

wichtig

sehr wichtig

12. Schätzen Sie bitte, wie viel Zeit am Tag Ihr Kind durchschnittlich sitzend und in Bewegung verbringt.

a) Montag-Freitag nach der Schule

sitzend → Zeitangabe: _____

in Bewegung → Zeitangabe: _____

b) am Wochenende/ in den Ferien:

sitzend → Zeitangabe: _____

in Bewegung → Zeitangabe: _____

13. Machen Sie bitte Angaben zum täglichen Medienkonsum Ihres Kindes (Fernsehen, Computer, Gameboy und Ähnliches):

an Schultagen:

bis ½ Stunde

½ - 1 Stunde

1 – 2 Stunden

2 - 3 Stunden

mehr als 3 Stunden

an schulfreien Tagen:

bis ½ Stunde

½ - 1 Stunde

1 –2 Stunden

2 – 3 Stunden

mehr als 3 Stunden

14. Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind seine Freizeit bewegungsaktiver verbringen sollte?

nein

ja, etwas aktiver

ja, viel aktiver

15. Wie wichtig ist Ihnen die Ernährung im Bezug auf Ihre eigene Gesundheit?

a) Mutter/ weibliche Erziehungsperson:

gar nicht

wenig wichtig

wichtig

sehr wichtig

b) Vater/ männliche Erziehungsperson:

gar nicht

wenig wichtig

wichtig

sehr wichtig

16. Gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Essenszeiten?

Frühstück: täglich am Wochenende/Ferien selten

Mittagessen: täglich am Wochenende/Ferien selten

Abendessen: täglich am Wochenende/Ferien selten

17. Wie häufig isst Ihr Kind zu Hause Gemüse, Salat oder Obst?

selten

3-4mal pro Woche

täglich

3mal täglich

öfter

18. Wie oft nascht Ihr Kind Süßigkeiten (Schokolade, Gummibärchen, Eis, Kuchen, und Ähnliches)?

nie

mehrmals pro Woche

einmal am Tag

mehrmals am Tag

so oft es mag

19. Wie oft isst Ihr Kind durchschnittlich (incl. des Essens in der Schule) Fleisch/Fisch in der Woche?

nie

1-2 mal

3 - 4 mal

täglich

20. Wie stark ist Ihrer Meinung nach der Einfluss von folgenden Institutionen auf die Ernährung der Kinder?

	<i>gar nicht</i>	<i>gering</i>	<i>groß</i>	<i>sehr groß</i>
<i>Schule</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Werbung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Verein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welche Getränke bevorzugt, bzw. bekommt Ihr Kind zu Hause?

22. Wie stark ist Ihrer Meinung nach der Einfluss von folgenden Institutionen auf das Bewegungsverhalten der Kinder?

	<i>gar nicht</i>	<i>gering</i>	<i>groß</i>	<i>sehr groß</i>
<i>Schule</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Werbung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Verein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Kann Ihrer Meinung nach die Schule Einfluss auf die Ernährung des Kindes nehmen?

nein

 wenig

 stark

 sehr stark

24. Was hat das Projekt für Sie gebracht?

	<i>nein</i>	<i>wenig</i>	<i>viel</i>	<i>sehr viel</i>
<i>Information</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Erfahrungsaustausch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freude im Miteinander</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zeitaufwand</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Körpererfahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lust auf Bewegung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bestätigung unserer Lebensweise</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Was hat das Projekt Ihrem Kind gebracht?

	<i>nein</i>	<i>wenig</i>	<i>viel</i>	<i>sehr viel</i>
<i>Information</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lust auf Bewegung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freude im Miteinander</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zeitaufwand</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Körpererfahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Können Sie die Übertragung des Projektes auf andere Schulen empfehlen?

Ja *bedingt* *nein*

Wenn **nein**, bitte eine Begründung:

27. Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

A 5 Kurzfragebögen zu den Projekttreffen

Fragebogen zu Beginn des ersten Projekttreffens

Beantworten Sie bitte folgende Fragen (in Stichpunkten):

1. Es gibt Tage, an denen Sie sich besonders schlecht, und andere, an denen Sie sich besonders gut fühlen. Welche Gründe gibt es Ihrer Ansicht nach dafür?

2. Glauben Sie, dass Sie auf Ihre Stimmungslage aktiv Einfluss nehmen können?

Nein, → warum nicht? _____

Ja →, wie? _____

3. Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für Sie selbst?

4. Was erhoffen Sie sich von diesem Projekt für Ihr Kind?

Fragebogen

zum ersten Projekttreffen
(Thema Gesundheit)

1. Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?

- gar nicht kaum mäßig gut sehr gut

2. Was fanden Sie besonders gut?

3. Was könnte man besser machen?

4. Was wäre Ihnen für die nächsten Treffen wichtig, anzusprechen
bzw. zu erarbeiten (z.B.: gesunde Kinderernährung, Zubereitung der
Nahrung, Einfluss der Medien und Werbung, Fast Food, Süßigkeiten,
kostengünstiges Essen, eigene Vorschläge)?

Kinderfragebogen

zum ersten Projekttreffen

Ich bin ein Junge
Ich bin ein Mädchen

Ich bin in der 2a
 2b
Schwester/Bruder

1. Wie hat Dir das Projekttreffen gefallen?



gar nicht



kaum



mäßig



gut



sehr gut

2. Was war besonders gut?

3. Wir haben zusammen überlegt, was Du tun kannst, damit Du gesund bleibst.

Über was würdest Du gerne mehr erfahren?

Fragebogen

zum zweiten Projekttreffen (Thema Ernährung)

- Mutter
 Vater

mein Kind ist in der

- 2a
 2b

1. Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?

- gar nicht kaum mäßig gut sehr gut

2. Was fanden Sie besonders gut?

3. Was könnte man besser machen?

Kinderfragebogen

zum zweiten Projekttreffen

Ich bin ein Junge
Ich bin ein Mädchen

Ich bin in der 2a
 2b
Schwester/Bruder

1. Wie hat Dir das Projekttreffen gefallen?

    
gar nicht kaum mäßig gut sehr gut

2. Was war besonders gut?

3. Glaubst Du, Du wirst in Zukunft mehr Obst und Gemüse essen?

ja
 nein

4. Glaubst Du, dass Du zu viel Süßigkeiten isst?

ja
 nein

Fragebogen

zum dritten Projekttreffen
(Thema versteckter Zucker)

Mutter

mein Kind ist in der 2a

Vater

2b

1. Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?

gar nicht

kaum

mäßig

gut

sehr gut

2. Was fanden Sie besonders gut?

3. Was könnte man besser machen?

4. Waren für Sie die Informationen neu?

nein, gar nicht

zum Teil

ja, vieles

5. Wie oft gibt es in Ihrer Familie Diskussionen über Süßigkeiten?

nie

ab und zu

täglich

6. Haben Sie vor, Ihr Einkaufsverhalten wegen der heute angesprochenen Thematik zu ändern?

ja, und zwar

nein, weil

7. Haben Sie vor, konsequenter darauf zu achten, dass Ihr Kind wenig Zucker isst?

ja

nein, weil

Kinderfragebogen

zum dritten Projekttreffen

Ich bin ein Junge
Ich bin ein Mädchen

Ich bin in der 2a
 2b
Schwester/Bruder

1. Wie hat Dir das Projekttreffen gefallen?



gar nicht



kaum



mäßig



gut



sehr gut

2. Was war besonders gut?

3. Hast Du schon einmal selbst gekocht?

nein, noch nie

ja, ein mal

ab und zu

ja, schon oft

4. Wirst Du öfter selbst kochen?

nein

vielleicht

ja, auf jeden Fall

5. Glaubst Du, dass Du jetzt mehr darauf achtest, was Du isst?

nein

das mache ich eh schon

ja, ich versuche es

Fragebogen

zum vierten Projekttreffen

(Rückenfreundlich und entspannt im Alltag)

Mutter

Vater

mein Kind ist in der 2a

2b

1. Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?

gar nicht

kaum

mäßig

gut

sehr gut

2. Was fanden Sie besonders gut?

3. Was könnte man besser machen?

4. Waren für Sie die Informationen neu?

nein, gar nicht

zum Teil

ja, vieles

5. Haben Sie vor, die Rückenübungen selbst zu Hause durchzuführen?

nein

vielleicht

ja

6. Glauben Sie, dass Ihr Kind unter Stress leidet?

nein

ich weiß nicht

ja, selten

ja, öfter

7. Haben Sie bereits bei Ihrem Kind auf seine Körperhaltung geachtet?

ja, schon immer

manchmal

nein

8. Werden Sie in Zukunft versuchen, Ihr Kind dafür zu sensibilisieren?

Ja

nein, weil _____

9. Welches Thema würde Sie noch im Rahmen dieses Projekts interessieren?

Fragebogen

zum fünften Projekttreffen
(aktiv in Freizeit und Urlaub)

Ich bin Mutter
 Vater

mein Kind besucht die Christophorus-Schule
Steinbachtal-Schule

1. Wie hat Ihnen das Projekttreffen im Ganzen gefallen?

gar nicht kaum mäßig gut sehr gut

2. Was fanden Sie besonders gut?

3. Was könnte man besser machen?

4. Welcher Workshop war für Sie am interessantesten?

Integrative Sportvereine Freizeit mit der Familie aktiv nutzen Ferien aktiv gestalten

5. Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre eigene Freizeit aktiv zu gestalten?

nie

selten

manchmal

häufig

6. Glauben Sie, dass Sport in Vereinen integrativ stattfinden kann?

nein, weil _____

ich weiß nicht

ja, wenn _____

7. Haben Sie heute hilfreiche Anregungen für die Freizeitgestaltung Ihrer Familie bekommen?

nein, gar keine

wenige

ja, viele

8. Kamen Sie heute mit anderen Eltern, die Sie vorher nicht kannten, ins Gespräch?

nein

wenig

ja



Vielen Dank!

Kinderfragebogen
zum fünften Projekttreffen

Ich bin ein Junge
Ich bin ein Mädchen

Ich bin in der 2a
 2b
Schwester/Bruder

1. Wie hat Dir das Projekttreffen gefallen?



gar nicht



kaum



mäßig



gut



sehr gut

2. Was war besonders gut?

3. Hast Du heute neue Ideen bekommen, was Du nach der Schule, am Wochenende oder in den Ferien gerne machen möchtest?

nein

ja, _____

4. Hast Du heute auch mit Kindern, die Du vorher noch nicht kanntest, gespielt?

nein

wenig

ja, auf jeden Fall

Vielen Dank für Deine Hilfe!



A 6 Alle Codes (Ausgabe Atlas.ti)

Code: 2a

"alle Textstellen, die auf die Klasse 2a bezogen sind."

Code: 2b

"Alle Textstellen, die auf die Klasse 2b bezogen sind."

Code: entspannung_aktiv

"Das Kind/die Gruppe macht aktiv bei der Entspannung mit."

Code: entspannung_kein interesse

"Das Kind/die Gruppe zeigt kein Interesse für die Entspannung und macht nicht mit"

Code: entspannung_mitschwierigkeit

"das Kind/die Gruppe macht teilweise aktiv bei der Entspannung mit, es kann zu leichten Störungen kommen."

Code: gefühl_abgelehnt werden

"das Kind erfährt Ablehnung durch andere"

Code: gefühl_angst

"das Kind äußert (oder zeigt Anzeichen von) Angst"

Code: gefühl_freude

"aus der Textstelle geht hervor, dass das Kind/die Gruppe sich freut (Spaß, Freude, freudig)"

Code: gefühl_mut

"aus der Textstelle geht hervor, dass ein Kind/ die Gruppe für seine Verhältnisse mutig ist und ein subjektives Wagnis eingeht"

Code: gefühl_traurig

"das Kind zeigt, dass es traurig ist"

Code: gefühl_unsicherheit

"es geht hervor, dass das Kind unsicher ist"

Code: gefühl_überforderung

"es geht hervor, dass das Kind/ die gruppe von der Aufgabe/Situation überfordert ist."

Code: handlung_aufräumen

"das Kind/die Gruppe hilft beim aufräumen"

Code: handlung_eigeninitiative

"das Kind/die Gruppe handelt selbstständig, eigeninitiiert, setzt eigenen Willen durch"

Code: handlung_kreativ

"kreative, schöpferische Handlung"

Code: handlung_ÜL

"sucht den Kontakt zum ÜL"

Code: handlungI_aufmerksamkeitssuchend

"auffallende Suche nach Anerkennung, Aufmerksamkeit durch andere"

Code: konflikt_geärgert werden

"das Kind ärgert sich, weil es provoziert, geärgert wird"

Code: konflikt_neid

"Kind/Gruppe ist neidisch auf andere"

Code: konflikt_nicht an Regeln halten

Anhang –Alle Codes (Ausgabe ATLAS.ti)

"das Kind/ die Kinder halten sich nicht an vorher abgemachte (Spiel-)regeln"

Code: Konflikt_provozieren
"das Kind/ die Gruppe provoziert andere"

Code: konflikt_verletzen_aktiv
"Das Kind wird gegen ein anderes Kind handgreiflich"

Code: konflikt_verletzt_werden
"Das Kind wird in irgendeiner Weise tätlich attackiert"

Code: konfliktbewältigung_lösung
"Ein Konflikt kann gelöst werden"

Code: konfliktbewältigung_ungelöst
"Ein Konflikt kann nicht gelöst werden"

Code: konfliktlösung_vergessen
"Konflikt wird einfach ausgeblendet und vergessen"

Code: körper_müde
"Kind/Gruppe ist müde und schlapp"

Code: körper_schmerzen
"Äußerung von Schmerzen"

Code: lernen_kognitiv
"das Kind/die Gruppe löst kognitiv anspruchsvolle Übung oder Aufgabe"

Code: lernen_kommunikativ
"Gruppe löst Aufgabe durch erfolgreiche Kommunikation"

Code: lernen_material
"Materialerfahrung"

Code: lernen_motorisch
"Kind/Gruppe wird motorisch durch neue Aufgaben gefordert"

Code: lernen_Regelnbefolgen
"Kind/Gruppe hält sich an Absprachen und Regeln"

Code: motiation_mittel
"die Motivation des Kindes/der Gruppe ist mittelmäßig hoch"

Code: motivation_hoch
"das Kind/die Gruppe ist hochmotiviert"

Code: motivation_interessiert aber passiv
"das Kind ist interessiert, nimmt nur passiv am Geschehen teil, beobachtet"

Code: langeweile
"das Kind ist gelangweilt, unterfordert"

Code: motivation_niedrig
"Kind /Gruppe ist unmotiviert, mag nicht an der Aufgabe/Übung teilnehmen."

Code: motivation_schwankend_mitauszeit
"das Kind/die Gruppe ist teilweise motiviert, nimmt sich zwischendurch Auszeiten."

Code: partnerfindung_positiv
"ohne Probleme finden Partner zusammen"

Code: partnerfindung_schwierig
"es gibt Probleme bei der Partnerfindung"

Code: sozHandlung_ablehnung
"verhält sich anderen gegenüber ablehnend"

Code: sozHandlung_aufgeschlossen
"das Kind ist außergewöhnlich aufgeschlossen anderen Kindern gegenüber"

Code: sozHandlung_hilfeempfangen
"das Kind empfängt Hilfe"

Code: sozHandlung_hilfegeben
"das Kind gibt Hilfe"

Code: sozHandlung_kontaktsuche
"das Kind sucht aktiv den Kontakt zu anderen Kindern"

Code: sozHandlung_kooperation
"mindestens zwei Kinder kooperieren miteinander, um eine Aufgabe zu bewältigen."

Code: sozHandlung_neuerkontakt
"erstmalig beiderseitige Akzeptanz zweier Kinder"

Code: sozHandlung_rücksicht
"ein Kind /die Gruppe ist besonders rücksichtsvoll schwächeren Gruppenmitgliedern gegenüber"

Code: sozHandlung_selbstbezogenheit
"das Kind ist auf sich bezogen, geht Kontakten aus dem Weg, isoliert sich."

Code: sozHanlung_klammern
"das Kind ist sehr auf eine Person fixiert und sucht penetrant deren Nähe, obwohl diese Person ihm verständlich gemacht hat, dass sie keine Nähe möchte."

Code: sozialeakzeptanz_negativ
"Wird von anderen Kindern abgelehnt"

Code: sozialeakzeptanz_positiv
"wird von anderen Kindern gemocht"

Code: tn_nicht
"keine Teilnahme"

Code: verlieren können_gut
"Akzeptanz einer Niederlage"

Code: verlieren können_nicht
"Niederlage wird nicht akzeptiert"

Code: Wirkung
"Kind erfährt eigene Wirksamkeit, Erfolg"

Code: zeitmangel
"auf Grund von Zeitmangel wird ein Spiel abgebrochen oder kann nicht gespielt werden"

Anhang –Alle Codes (Ausgabe ATLAS.ti)

	2a	2b	entspannung_aktiv	entspannung_kein interesse	entspannung_mitschwierigkeit	gefühl_abgelehnt werden	gefühl_angst	gefühl_freude	gefühl_mut	gefühl_traurig	gefühl_unsicherheit	gefühl_überforderung	zeitmangel
P 1: kid1 w.rtf	0	0	3	0	1	0	1	12	7	0	0	0	0
P 2: kid2 w.rtf	0	0	2	2	1	0	2	3	2	0	2	2	0
P 3: kid3 w.rtf	0	0	2	0	0	0	1	21	4	0	1	0	0
P 4: kid4 w.rtf	0	0	5	1	1	0	0	9	0	0	0	0	0
P 5: kid5 w.rtf	0	0	4	0	0	0	3	11	2	0	2	0	0
P 6: kid6 w.rtf	0	0	3	0	0	1	0	13	3	0	0	1	0
P 7: kid7 w.rtf	0	0	3	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
P 8: kid8 m.rtf	0	0	1	3	2	0	1	14	0	0	6	0	0
P 9: kid9 m.rtf	0	0	3	1	0	1	0	7	0	2	0	0	0
P10: kid10 m.rtf	0	0	1	0	1	3	2	6	0	4	2	0	0
P11: kid11 m.rtf	0	0	6	3	1	0	0	11	0	0	2	0	0
P12: kid12 m.rtf	0	0	2	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0
P13: CS alle.rtf	0	0	19	7	9	0	0	13	9	0	1	1	1
P15: StS alle.rtf	122	118	28	1	9	0	0	20	0	0	0	2	12
TOTALS:	122	118	82	18	25	5	10	149	27	8	16	6	13

Anhang –Alle Codes (Ausgabe ATLAS.ti)

	handlung_aufräumen	handlung_eigeninitiative	handlung_kreativ	handlung_ÜL	handlung_aufmerksamkeitssuchend	konflikt_geärgert werden	konflikt_neid	konflikt_nicht an Regeln halten	Konflikt_provokieren	konflikt_verletzen_aktiv	konflikt_verletzt_werden	konfliktbewältigung_lösung	konfliktbewältigung_ungeiöst	konfliktlösung_vergessen
P 1: kid1 w.rtf	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
P 2: kid2 w.rtf	0	2	0	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0
P 3: kid3 w.rtf	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0
P 4: kid4 w.rtf	0	3	1	0	7	0	0	2	1	1	0	0	0	1
P 5: kid5 w.rtf	0	1	0	0	5	3	0	0	0	0	3	1	1	1
P 6: kid6 w.rtf	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P 7: kid7 w.rtf	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
P 8: kid8 m.rtf	2	4	3	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
P 9: kid9 m.rtf	1	0	1	0	0	1	0	8	0	0	0	1	0	2
P10: kid10 m.rtf	1	0	0	0	0	0	0	2	5	3	1	3	4	1
P11: kid11 m.rtf	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P12: kid12 m.rtf	1	0	2	2	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1
P13: CS alle.rtf	1	8	8	0	0	0	0	1	5	0	0	2	2	0
P15: StS alle.rtf	0	5	14	4	4	3	2	12	7	1	1	11	0	0
TOTALS:	7	24	32	9	20	11	3	28	23	6	7	19	7	6

Anhang –Alle Codes (Ausgabe ATLAS.ti)

	körper_müde	körper_schmerzen	lernen_kognitiv	lernen_kommunikativ	lernen_material	lernen_motorisch	lernen_Regelbefolgen	motiation_mittel	motivation_hoch	motivation_intressiertberpassiv	langeweile	motivation_niedrig	motivation_schwankend_mitauszeit
P 1: kid1 w.rtf	5	1	0	0	5	2	0	4	18	0	0	1	5
P 2: kid2 w.rtf	0	0	0	0	3	1	0	2	11	4	0	3	8
P 3: kid3 w.rtf	0	1	0	0	4	4	0	0	20	0	0	0	1
P 4: kid4 w.rtf	0	0	1	0	0	0	0	5	13	0	7	0	10
P 5: kid5 w.rtf	0	0	0	0	1	1	0	1	15	0	0	2	0
P 6: kid6 w.rtf	1	0	0	0	8	1	0	0	27	1	0	0	4
P 7: kid7 w.rtf	1	0	0	0	1	0	0	1	17	1	0	0	5
P 8: kid8 m.rtf	0	0	0	0	2	1	3	2	19	0	0	0	10
P 9: kid9 m.rtf	1	0	0	0	2	1	8	4	11	0	0	0	11
P10: kid10 m.rtf	1	0	0	0	1	2	3	3	7	0	0	4	3
P11: kid11 m.rtf	0	0	0	0	4	6	0	3	26	0	3	1	2
P12: kid12 m.rtf	4	1	0	0	4	0	2	2	11	4	0	4	9
P13: CS alle.rtf	5	1	5	2	7	10	1	5	28	2	4	1	7
P15: StS alle.rtf	0	0	9	10	14	12	2	16	51	0	1	2	2
TOTALS:	18	4	15	12	56	41	19	48	274	12	15	18	77

Anhang –Alle Codes (Ausgabe ATLAS.ti)

	partnerfindung_positiv	partnerfindung_schwierig	sozHandlung_ablehnung	sozHandlung_aufgeschlossen	sozHandlung_hilfeemfangen	sozHandlung_hilfegeben	sozHandlung_kontaktsuche	sozHandlung_kooperation	sozHandlung_neuerkontakt	sozHandlung_ruecksicht	sozHandlung_selbstbezogenheit	sozHanlung_klammern	sozialeakzeptanz_negativ	sozialeakzeptanz_positiv	tn_nicht	verlieren_können_gut	verlieren_können_nicht	Wirkung
P 1: kid1 w.rtf	0	0	0	0	2	0	0	1	5	0	0	0	3	4	4	0	0	3
P 2: kid2 w.rtf	2	2	0	1	1	0	0	5	2	0	3	0	0	0	5	0	0	1
P 3: kid3 w.rtf	7	2	0	2	1	0	1	3	5	1	0	0	0	3	6	0	0	0
P 4: kid4 w.rtf	5	0	1	1	0	0	0	4	5	1	3	0	0	1	1	1	1	2
P 5: kid5 w.rtf	4	0	9	2	0	1	3	6	7	1	3	0	0	1	6	0	0	4
P 6: kid6 w.rtf	4	0	0	4	0	0	3	4	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0
P 7: kid7 w.rtf	3	0	0	1	0	2	1	7	6	0	2	0	0	1	8	0	0	1
P 8: kid8 m.rtf	1	0	0	0	1	2	0	5	2	2	2	0	0	0	0	0	1	3
P 9: kid9 m.rtf	3	0	0	1	0	1	1	7	5	0	4	0	0	2	3	0	0	1
P10: kid10 m.rtf	1	0	0	4	0	0	2	5	3	0	2	13	0	0	9	0	0	0
P11: kid11 m.rtf	0	0	0	2	0	2	0	3	3	2	0	0	0	1	1	1	0	3
P12: kid12 m.rtf	0	0	0	4	0	1	0	0	4	0	8	0	0	3	0	0	0	0
P13: CS alle.rtf	4	3	0	2	3	5	2	12	5	3	10	2	0	0	0	0	0	5
P15: StS alle.rtf	7	4	0	0	0	1	0	21	0	5	1	0	2	1	0	3	6	7
TOTALS:	41	11	10	24	8	15	13	83	58	15	39	15	6	17	44	5	8	30

A 7 Tabellen

T-Test Teilnahme an Projekttreffen Christophorus-Schule und Steinbachtal-Burkarder-Volksschule

Gruppenstatistiken

	Schule	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
gesamt_Kind	SBS	20	2,65	1,348	,302
	CS	12	3,58	1,443	,417
gesamt_Eltern	SBS	20	2,60	1,353	,303
	CS	12	3,50	1,243	,359

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				95% Konfidenzintervall der Differenz		
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Obere	Untere
gesamt_Kind	,041	,840	-1,847	30	,075	-,933	,505	-1,965	,099
			-1,815	22,039	,083	-,933	,514	-2,000	,133
gesamt_Eltern	,220	,642	-1,876	30	,070	-,900	,480	-1,880	,080
			-1,917	24,913	,067	-,900	,469	-1,867	,067

Danksagung

Vorab möchte ich diese Gelegenheit nutzen, um mich bei Personen zu bedanken, die mich beim Schaffensprozess dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Sehr dankbar bin ich für die Arbeitsbedingungen, die ich am Sportinstitut Würzburg nutzen konnte. Mit Doris Lechner an meiner Seite fand ich hier optimale Arbeitsbedingungen. Die Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin sorgte für die finanzielle Absicherung. Durch die großzügige Unterstützung der Gmünder Ersatzkasse war es möglich, dieses Projekt Wirklichkeit werden zu lassen.

Ruth Weineck gebührt mein Dank, da sie mich nach meiner Diplomarbeit zum Weitermachen ermutigte. Ohne ihre Frage, ob ich nicht die Idee zur Gesundheitsförderung bei Kindern mit geistiger Behinderung bald umsetzen wollte, hätte ich nicht so schnell versucht, dies zu verwirklichen.

Ich möchte mich bei den Personen aus dem Umfeld der Projektschulen bedanken, die eine reibungslose Durchführung des Projekts ermöglichten: Dank geht an Brigitte Debes, der Schulleiterin der Burkarder-Steinbachtal-Volksschule, und an Martin Wimmer, dem Schulleiter der Christophorus-Schule, den Lehrerinnen der Projektklassen und Gruppenleiterinnen der Projektkinder, Conni Hansen, der Ansprechpartnerin an der Christophorus-Schule und Gabriele Dalhoff für ihr Interesse und die Gespräche mit ihr. Danke auch an Hannah Lerch und Sebastian Oursin, die mir an den Projekttreffen und den Bewegungsstunden zur Seite standen.

Für die fachliche, persönliche Unterstützung und Betreuung danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Peter Kapustin, Prof. Dr. Erhard Fischer, Prof. Dr. Reinhard Markowetz, Prof. Dr. Stephan Ellinger und Dr. Ingrid Bähr.

