

Gesundheitsbildung im Sachunterricht

Gesundheit ist nicht selbstverständlich und ein hohes Gut, was uns aber oft erst bewusst wird, wenn wir krank werden. Schopenhauer kleidet diesen Sachverhalt in die Worte: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Auch für Kinder ist Gesundheit nicht selbstverständlich vorzusetzen, wie Studien (etwa KiGGS 2006¹⁾, vgl. auch Hurrelmann u. a. 2003) immer wieder zeigen. Daher ist es Aufgabe der Schule, den Heranwachsenden zu helfen, ein angemessenes Verständnis von und einen verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Gesundheit zu entwickeln (vgl. auch KMK 1992, 2012). Es finden sich deshalb in nahezu allen einschlägigen Handbüchern Kapitel zur Gesundheitserziehung in der Grundschule (vgl. etwa Hörmann 2002) und im Sachunterricht (vgl. Kiper 2007), wenn auch nicht immer an exponierter Stellung. Dennoch ist eine flächendeckende wirksame Gesundheitserziehung in der Schulpraxis außerordentlich schwer zu finden (Paulus 2013). Daher werden reflexartig stets nach Bekanntwerden neuer Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Rufe nach der Einführung eines Schulfaches Gesundheit laut (vgl. etwa Focus Schule 2007). Nach ausgiebiger Präsentation der (stets gleichen) Argumente für Pro und Kontra bleibt aber alles beim Alten.

Fächerübergreifende Aufgabengebiete wie Medienerziehung, Berufsorientierung, Globales Lernen, Interkulturelle Erziehung, Sexualerziehung, Sozial- und Rechtserziehung, Umwelterziehung, Verkehrserziehung ... und eben auch Gesundheitserziehung liegen quer zu den Fächern und die damit verbundenen Inhalte/Themen können nicht streng disziplinär, sondern müssen, der Logik des Gegenstandes folgend, transdisziplinär angegangen werden. Daher ist dieser Bereich im Perspektivrahmen Sachunterricht (GDSU 2013) in den perspektivenübergreifenden Themenbereichen verortet worden.

Viel bedeutsamer als die Diskussion für oder gegen ein neues Fach erscheinen mir die Fragen: Muss das Konzept der *Gesundheitserziehung* nicht durch

1) Die KiGGS-Studie wurde in der Basiserhebung von 2003 – 2006 durchgeführt, gegenwärtig verläuft als Follow-up Untersuchung die KiGGS Welle 1 und wird gefolgt von der 2. Follow-up Studie (KiGGS Welle 2) ab Mitte 2013 – 2016 (vgl. Hölling u. a. 2012).

* Der Beitrag entstand unter Mitarbeit von Ksenia Hintze.

eine moderne *Gesundheitsbildung* ersetzt werden bzw. wie muss diese aussehen bzw. welchen Anteil hat daran im Besonderen der Sachunterricht?

Genau diese Fragen sollen im nachfolgenden Beitrag beantwortet werden. Dazu wird zunächst ein Überblick über die Gesundheitsproblematik im Grundschulalter gegeben, die Bedeutung der Gesundheitsbildung (auch in Bezug und Abgrenzung zur Gesundheitserziehung) thematisiert, um anschließend Anforderungen an sowie einen Ansatz für eine moderne Gesundheitsbildung im Sachunterricht abzuleiten. Abschließend wird anhand eines Beispiels illustriert, wie diese hier konkret gestaltet werden kann, und es werden Literaturhinweise gegeben.

Aktuelle Aufgabenbereiche, Probleme und Anforderungen an die Gesundheitsbildung im Sachunterricht

Aufgabenbereiche

Aktuelle Aufgabenbereiche der Gesundheitserziehung und -bildung im Sachunterricht leiten sich vor allem aus den Gesundheitsproblemen der Kinder ab. Die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen ist in Deutschland nicht unproblematisch. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass unsere Kinder im Vergleich zu denen in vielen Teilen der Welt und zu früher relativ gesund sind. Beispielsweise hat die Anzahl der Infektionskrankheiten im Vergleich zur Mitte des vorigen Jahrhunderts und davor wesentlich abgenommen, und generell kann, trotz gewisser immer wieder in der Öffentlichkeit wahrzunehmender Probleme, von einer (relativ) guten medizinischen und Versorgung mit Lebensmitteln und Kleidung für alle, sicher auch für Kinder und Jugendliche, ausgegangen werden. Auch die Belastungen aus der Umwelt (z. B. Industrie- und Autoabgase) sind zurückgegangen (vgl. Settertobule/Richter 2007). Dennoch wachsen gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. die Betroffenheit von sogenannten Zivilisationskrankheiten (Übergewicht, Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, psychische Erkrankungen usw.) deutlich an. Besondere Problembereiche sind Ernährung, Bewegung, deren Folgen für Stoffwechselerkrankungen, körperliche, aber auch geistige Leistungsfähigkeit, atopische und psychische Erkrankungen (vgl. Kiggs 2006 und für einen Überblick Giest 2007, 2010). Das führt Gesundheitssoziologen dazu, Kinder in Deutschland als die einzige Gruppe in der Gesellschaft zu benennen, die vergleichsweise immer kränker wird (vgl. auch HBSC-Studien 2002, 2006, 2009).

Insgesamt machen die Studien darauf aufmerksam, dass die Stärkung der gesundheitsbezogenen personalen und familiären Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu einem Kardinalziel der Prävention und Intervention werden muss, worin der Auftrag von Gesundheitserziehung und -bildung im Wesentlichen besteht.

Probleme

Der Hauptweg der unterrichtlichen Intervention an deutschen Schulen und besonders im Sachunterricht besteht nach wie vor überwiegend in der Vermittlung krankheitspezifischer Informationen (der sogenannten »Medikopädagogik« – vgl. auch Rathel u. a. 2009). Schwerpunkte sind dabei Aufklärung über Krankheiten und deren Verhinderung (z. B. durch gesunde Ernährung, Bewegung, Hygiene ...) bzw. die Abschreckung vor gesundheitsgefährdendem Verhalten durch mehr oder weniger drastische Hinweise auf deren Folgen (vgl. die aktuelle Diskussion um Abschreckungsbilder auf Zigarettenschachteln). Hinzu kommt das Einüben und Trainieren gesundheitsrelevanten Verhaltens (Gewohnheitsbildung). Ein Problem dieses Konzepts der Gesundheitserziehung besteht darin, dass die realen Lebensfaktoren (z. B. die konkreten Lebensbedingungen in den Elternhäusern und in der häuslichen Umwelt der Kinder) sowie die Gesamtpersönlichkeit des Kindes größtenteils nicht mit eingeschlossen werden. Daher zeigt, trotz gewisser Erfolge (z. B. bei der Zahngesundheit – vgl. Reihlen 2007), dieses Konzept der Aufklärung und Abschreckung noch wenig Wirkung (Hurrelmann u. a. 2003; Kiggs 2006; Giest 2007; Giest/Hintze 2011; Paulus 2013). Ein weiteres Problem besteht darin, dass auf diese Art vermitteltes Wissen trägt bleibt. Zwar wissen Kinder und Jugendliche um die Gefahren einer ungesunden Lebensweise (z. B. zu wenig Bewegung und ungesunde Ernährung), dennoch sind viele kaum in der Lage, dies in aktives gesundheitsförderndes Verhalten umzusetzen.

Anforderungen

Gesundheit ist als notwendige Grundbedingung einer Lern- und entwicklungsfördernden Gestaltung der Grundschule anzusehen. Gesundheit gilt es zu erhalten und zu fördern, und insofern sie beeinträchtigt ist, soll sie nicht weiter belastet werden. Dies ist die Aufgabe der Gesundheitsförderung (health promotion), als deren wichtiger Bestandteil Gesundheitserziehung angesehen wird. Alle pädagogischen Bemühungen um die Förderung von Gesundheit haben nur Aussicht auf Erfolg, wenn sie in ein System der Gesundheitsförderung eingebunden sind. Damit sind zugleich ihre Möglichkeiten, aber auch Grenzen – nicht nur, aber besonders – im Sachunterricht benannt: Schule ist nur ein Lebensort der Kinder unter anderen, ohne die Einbeziehung des gesamten Lebensumfeldes bzw. ohne Unterstützung durch öffentliche Maßnahmen (z. B. Werbung in den Medien, Verkaufstrategien im Handel und in der Gastwirtschaft u. a.) und insbesondere die Familie bleiben alle Bemühungen der Schule und insbesondere des Sachunterrichts nur von geringer Wirkung.

Die sich gegenwärtig schnell verändernde gesellschaftliche (und teilweise natürliche) Umwelt (die neue Krankheitsbilder bzw. veränderte Tenden-

zen in der Gesundheitsentwicklung hervorbringend) erfordert mehr Eigenverantwortung und Selbstorganisation. Denn einerseits sind die Freiheitsgrade im Handeln auch bei Kindern prinzipiell erhöht – Freizügigkeit in den Familien, Konsummöglichkeiten, Medien, gewachsene Finanzkraft der Kinder und Jugendlichen – und gleichzeitig verlieren tradierte Werte und Normen (im Zusammenleben der Menschen auch mit Bezug auf Gesundheit) an Bedeutung bzw. sind einer dramatischen Wandlung unterzogen. Einerseits ist Gesundheit in unserer modernen Gesellschaft in hohem Maße möglich (u. a. bedingt durch wissenschaftliche Erkenntnisse, medizinischen Fortschritt, individuell gesundheitsfördernd gestaltbare Lebensbedingungen – vgl. Settertobulte/Richter a. a. O.), aber zugleich andererseits auch gefährdet, wenn z. B. mit der Freiheit bei der Lebensgestaltung nicht Verantwortungsvoll umgegangen wird oder diese durch gesundheitsgefährdende Lebens- und Arbeitsbedingungen beschnitten wird (vgl. Zunahme durch beruflichen Stress bedingter psychischer Belastungen und Erkrankungen – übrigens auch bei Kindern und Jugendlichen; hier z. B. Schulstress, Mobbingverfahrungen). Dies begründet die Notwendigkeit, pädagogisch so im Unterricht zu wirken, dass Eigenregulation und bewusstes Verhalten bzw. die Einheit von Gesundheitsmotivation, Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten hergestellt wird.

Die Kinder müssen Einsichten in die Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheit erlangen sowie methodische Entscheidungshilfen für widersprüchliche und belastende Lebenssituationen angeboten bekommen und anwenden können (Johaus 2001). Ein bedeutsamer Aspekt dieser Einsichten ist der Begriff, den jeder Mensch und wohl auch jedes Kind von Gesundheit hat (Gläser 2005). Hierbei ist von besonderer Bedeutung, dass Gesundheit nicht als Schicksal, sondern als aktiv durch Handeln beeinflussbar aufgefasst wird. Ein aktiver Gesundheitsbegriff muss sich oft als Gegenspieler zum Gewohnten entwickeln, gegen die hier anzutreffenden Gewohnheiten Alternativen aufzeigen und Orientierungsgrundlage bewussten gesundheitsförderlichen Verhaltens sein, da der gewöhnliche Alltag diese nicht parat hält. Sicher kann dieser Prozess durch Anleitung zum praktischen Gesundheitsverhalten und die Gewohnheitsbildung im Rahmen eines gesundheitsfördernden schulischen Lebens unterstützt werden, dennoch ist eine Orientierung auf Gewohnheiten aus dieser anthropologischen Sicht nicht ausreichend, um das angestrebte und notwendige bewusste Gesundheitsverhalten auszubilden. Deshalb wird seit einiger Zeit in der Literatur darüber debattiert, den Fokus schulischer Bemühungen um die Gesundheitsförderung nicht mehr auf die Gesundheitserziehung, sondern auf die Gesundheitsbildung zu richten (vgl. Hurrelmann 2006; Hurrelmann/Wulforth 2009; Rathel u. a. 2009; Sabo 2003; Waller 2006; Wulforth 2002).

Gesundheitsbildung als Aufgabe des Sachunterrichts

Erziehung ist – etwas vereinfachend gesagt – darauf gerichtet, dass der Zögling es lernt, sich in bestimmten Situationen richtig zu verhalten. Auf die Gesundheitserziehung gewendet bedeutet das, dass gesundheitlich erzeugte SchülerInnen in der Lage sind, sich in bestimmten Situationen (etwa in der Schule, zu Hause in der Familie oder in der Öffentlichkeit) richtig zu ernähren, Hygiene zu praktizieren, d. h. hygienische Verhaltensweisen anzuwenden, sich die Hände zu waschen, das Pausenbrot zu verzehren, keine Drogen zu nehmen usw. Bildung bedeutet indessen, dass der Gebildete in der Lage ist, in bestimmten, vor allem konfliktbeladenen, widersprüchlichen Situationen die der jeweiligen Situation angemessenen Entscheidungen zu treffen. Während im ersten Fall bestimmte, anerzogene Verhaltensweisen richtig angewendet werden müssen, so muss im zweiten Fall die »richtige« Verhaltensweise erst gefunden werden. Dazu bedarf es Verhaltensorientierungen, die es erleichtern bzw. ermöglichen, Verhaltensentscheidungen bewusst und sachgerecht zu treffen. Wenn beispielsweise im Ausland, auf Reisen ein bestimmtes Nahrungsangebot oder bestimmte Hygienestandards (z. B. bezogen auf Trinkwasser) nicht vorhanden sind, können die anerzogenen Verhaltensweisen nicht praktiziert werden. Es muss daher sachkundig das Verhalten an die neuen Bedingungen angepasst werden, d. h. es wird auf bestimmtes Nahrungsverhalten verzichtet und neue hygienische Verhaltensweisen werden generiert. Diese beruhen auf flexibel anwendbarem Orientierungswissen (konzeptuelles Wissen über Bedingungen von Gesundheit und Krankheit) sowie auf einer intrinsischen Gesundheitsmotivation sowie dem Willen, das Wissen auch bei Hindernissen anzuwenden. Was hier über Reisen gesagt wird, ist aber auch Normalsituation in einer sich dynamisch verändernden Gesellschaft mit immer neuen Herausforderungen, sicher aber auch Handlungsmöglichkeiten für gesundheitsförderndes oder -schädigendes Verhalten. (In diesem Zusammenhang sei auch auf sich widersprechende Meldungen hinsichtlich der gesundheitlichen Bewertung z. B. von Präventions- bzw. Gesundheitsmaßnahmen – Diäten, Ernährungsverhalten, Fitnessprogramme u. a. bzw. von Nahrungs- und Genussmitteln – aus den Medien, der Wissenschaft, aber vor allem aus der Werbeindustrie hingewiesen.)

Wie sieht eine moderne Gesundheitsbildung im Sachunterricht aus?

Der Ansatz der Salutogenese

In der Fachwelt herrscht Einigkeit darüber, dass im Zentrum der Gesundheitsbildung der auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923 – 1994) zurückgehende Ansatz der Salutogenese stehen sollte (vgl. Antonovsky

1997; vgl. auch Paulus 2013). Dieser ist allerdings außer in Schulen, die eine gesundheitsbetonte Konzeption verfolgen (z. B. Gesunde bzw. Bewegte Schule – Thiel/Teubert 2002; Dordel/Breithecker 2003; Paulus a. a. O.), wenig bekannt und der diesem zugrunde liegende Gesundheitsbegriff ebenso wenig. Dieser, dynamische, aktive, auf das Wesen der Gesundheit orientierte Gesundheitsbegriff stellt neben der Gesundheitsmotivation und dem Gesundheitshandeln allerdings nur einen Aspekt einer modernen Gesundheitsbildung dar, dieser ist jedoch von zentraler Bedeutung (Moldenings/Eissing 2006).

Antonovsky richtet den Blick auf die Gesundheitsressourcen, auf die Kraftquellen der Gesundheit oder auf die salutogenen, im Unterschied zu den pathogenen Faktoren. Gesundheit ist hier die Möglichkeit, ein Gleichgewicht zwischen den vorhandenen Ressourcen, also den Abwehrmechanismen und Potenzialen des Organismus und der Psyche auf der einen Seite und den »krankmachenden« Einflüssen auf der anderen Seite herzustellen. Gesundheit bezeichnet damit die Fähigkeit eines Menschen, dieses Gleichgewicht zu erhalten bzw. immer wieder herstellen zu können. Dieses aktive Moment bezieht sich vor allem auf die Persönlichkeit des Menschen.

Die grundlegende Position Antonovskys, die auch der Gesundheitsbildung im Sachunterricht zugrunde gelegt werden sollte, ist, dass die Antwort auf die Frage »Wie entsteht Gesundheit?« u. a. in einer Grundhaltung zu suchen ist, die darin besteht, alle zur Verfügung stehenden Ressourcen bewusst zu nutzen, um den Anforderungen, die die Umwelt an uns stellt, zu begegnen, und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. Mit Blick auf Grundschule und Sachunterricht ist daher eine Gesundheitsbildung erforderlich, die auf die Stärkung der Persönlichkeit gerichtet ist und Kindern aktives gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Handeln ermöglicht. Dieses integriert Gesundheitswissen (als Kernkonzept den oben erläuterten Gesundheitsbegriff), Gesundheitsmotivation und Gesundheitsverhalten im Sinne der bewussten und z. T. auch gewohnheitsmäßigen Anwendung des Wissens im Handeln.

Wesentliche Ziele der Gesundheitsbildung im Sachunterricht bestehen darin, dass Kinder in die Lage versetzt werden,

- im Sinne des oben beschriebenen Gesundheitsbegriffes zentrale (biotische, psychische und soziale) Aspekte von Gesundheit wahrzunehmen, zu erfassen und zu beschreiben, wie Faktoren der Disposition, Exposition und Konstitution sich auf die Gesundheit auswirken und wie diese durch gesundheitsförderliches Handeln und Verhalten gefördert werden kann;
- aus dem Gesundheitswissen Orientierungen für gesundheitsförderndes Verhalten zu gewinnen und entsprechende Einstellungen und Motivationen (Gesundheitsmotivation) aufzubauen und insbesondere

- Maßnahmen gesundheitsförderlichen Verhaltens (Erste Hilfe, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Sport, Hygiene und Infektionsschutz, ausgewogenes Verhältnis von Anspannung und Entspannung, angemessener Umgang mit Emotionen, sozialen Beziehungen, Sexualität, sexueller Selbstbestimmung und Rollenorientierungen u. a.) mit Blick auf das eigene und das Leben der Mitmenschen beschreiben, bewerten und im Sinne des Gesundheitsverhaltens entsprechend anwenden zu können (vgl. GDSU 2013).

Dies soll am Beispiel des Themas Bewegung gezeigt werden (vgl. auch Giest/Hintze 2007).

Beispiel Bewegung

Bewegung ist eigentlich ein uns angeborenes natürliches Bedürfnis. Unser Stütz- und Muskelsystem ist perfekt für das Laufen angepasst. Unsere frühen Vorfahren liefen oder lagen vor allem, erst die Zivilisation zwingt uns zum vermehrten Sitzen und Stehen. In den ersten Jahren der kindlichen Entwicklung ist das Kind, sobald es nicht schläft, laufend in Bewegung. Auch kindliches Spielen ist eng mit Bewegung verbunden. Vor allem im Zusammenhang mit dem Lernen in der Schule, aber auch durch vermehrten Medienkonsum (Fernsehen, Computer, elektronische Spielangebote) wird die Bewegungszeit reduziert. Kinder müssen daher Bewegung als Bedingung der Gesundheit kennen- und verstehen lernen und bewusst Bewegung in den Tagesablauf einplanen. Selbstverständlich müssen Schule und Elternhaus dies durch Schaffen der entsprechenden Rahmenbedingungen unterstützen und begleiten, aber die Impulse sollten auch schon von den Kindern kommen, denn sie sind für das gesamte Leben bedeutsam.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass solches Wissen über unser Stütz- und Muskel- bzw. Herz-Kreislauf-System angeeignet wird, das als Konkretisierung des salutogenen Gesundheitsbegriffes anzusehen, motivierend und handlungsrelevant ist. Dabei ist es weniger wichtig, morphologische Einzelheiten der Organe und deren genaue Bezeichnungen zu kennen (z. B. den detaillierten Aufbau des Herzens), sondern eher die Funktion der Organe, ihre Bedeutung für die Gesundheit und wie man darauf bezogen gesundheitsfördernd handeln kann.

Kinder sind mit der Grundfunktion des Herzens vertraut: Sie kennen Herzklopfen bei Aufregung und Anstrengung, sie wissen, dass der Puls gemessen wird, wenn man krank ist, evtl. haben sie auch von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Großeltern oder anderer Familienangehöriger gehört. Evtl. ist ihnen auch der Begriff »Pumpe« bereits begegnet. Die Funktion des Herzens wird in der Regel eng mit dem Leben verbunden: Wer tot ist, bei dem schlägt das Herz nicht mehr. Im Unterricht kommt es darauf an, dass die Kinder erfahren, dass das Herz Blut durch unseren Körper pumpt und dadurch für die Versor-

gung der Organe mit Nährstoffen und Sauerstoff sorgt, und sie sollen erkennen, dass es sich um einen Muskel handelt, der trainiert werden kann. Um das zu erkennen, können die Kinder den Puls (pro Minute) messen und dies bei unterschiedlicher körperlicher Beanspruchung: Liegen/Sitzen/Stehen/nach 1 Minute Hüpfen/nach 15 Kniebeugen/nach 5 Minuten Laufen. Das Gleiche kann dann für die Atmung erfolgen. In entsprechenden Tabellen (vgl. Abb. 1) werden die Angaben festgehalten. Deutlich wird die Abhängigkeit der Puls- und Atemfrequenz von der Belastung. (Je höher die Belastung, umso mehr Sauerstoff und Nährstoffe müssen zu den Organen transportiert werden.)

Pulschläge pro Minute		Atemzüge pro Minute	
Liegen	Liegen	Liegen	
Sitzen	Sitzen	Sitzen	
Stehen	Stehen	Stehen	
nach 1 Minute Hüpfen	nach 1 Minute Hüpfen	nach 1 Minute Hüpfen	
nach 15 Kniebeugen	nach 15 Kniebeugen	nach 15 Kniebeugen	
nach 5 Minuten Laufen	nach 5 Minuten Laufen	nach 5 Minuten Laufen	

Abb. 1: Pulschläge und Atemzüge pro Minute bei unterschiedlichen Tätigkeiten

Nun können die Daten in der Klasse verglichen werden. Auf diese Weise wird den Kindern sichtbar, dass der Trainingszustand unterschiedlich ist. Hieraus können Hinweise auf die körperliche Leistungsfähigkeit gewonnen und Motive zum Training gestiftet werden. Schließlich kann ausgewertet werden:

- Bei welcher Anstrengung war die Anzahl der Pulschläge am niedrigsten?
 - Bei welcher Anstrengung war die Anzahl der Pulschläge am höchsten?
 - Bei welcher Anstrengung war die Anzahl der Atemzüge am niedrigsten?
 - Bei welcher Anstrengung war die Anzahl der Atemzüge am höchsten?
- Daraus können Hinweise für gut geeignetes Training (z. B. Laufen) abgeleitet werden.

Um die persönliche Betroffenheit und damit Sinnhaftigkeit des Themas zu erhöhen, können die Kinder ein Bewegungsprotokoll führen, in dem neben der Uhrzeit die Tätigkeiten eingetragen werden, die im Tagesablauf verrichtet wurden. Anschließend können die Kinder diese hinsichtlich der Merkmale Liegen/Sitzen/Stehen/Gehen/Laufen/Springen/Schwimmen ... bewerten und die Zeitanteile aufsummieren (vgl. Abb. 2 auf S. 112). Die Summenangaben können in der Klasse verglichen werden – Unterschiede werden unter Garantie sichtbar. Anschließend wäre bewusst danach zu suchen, wie der Bewegungsanteil zielgerichtet erhöht werden kann (eine

Bahnstation früher aussteigen, statt Lift die Treppe nehmen, sich zu Sportspielen verabreden, Computer- und Fernsehzeiten reduzieren u. a.). Gemeinsam mit den Kindern kann auch diesbezüglich der Tagesablauf in der Schule analysiert und ggf. können Veränderungsvorschläge unterbreitet werden, die gezielt nach Bewegungsmöglichkeiten (z. B. nach dem Konzept gesunde Schule – www.bag-haltungundbewegung.de) suchen. Bedeutsam ist, dass dem Grundcharakter eines aktiven, salutogenen Gesundheitsbegriffes folgend, aus dem Gelernten praktikable Handlungsanregungen erwachsen.

	Stunden	Minuten
Liegen		
Sitzen		
Stehen		
Gehen		
Laufen		
Springen		
Schwimmen		

Abb. 2: Auswertung des Bewegungsprotokolls nach Tätigkeiten

Fazit

Obwohl in der Literatur inzwischen Einigkeit darüber herrscht, dass Bezugnehmend auf die von Antonovsky (1997; vgl. BZgA 1998) erarbeitete Konzeption der Salutogenese der Hauptansatz der Intervention auf Individual-ebene bei der Persönlichkeitsentwicklung liegt, sind in Schulbüchern und der Unterrichtspraxis (auch in anderen europäischen Ländern, wie eine Reihe von unveröffentlichten studentischen Arbeiten unseres Arbeitsbereiches zeigt) nach wie vor Aufklärung und Abschreckung dominant. In diesen geht es um die Vermeidung von vor allem somatischen Krankheiten, die auf individuelles Fehlverhalten (z. B. Ernährung und Bewegung) zurückgeführt werden. Der Hauptweg einer modernen unterrichtlichen Intervention im Sachunterricht sollte auf Gesundheitsbildung orientiert und dem Ansatz der Salutogenese verpflichtet sein. Gesundheitsbildung rückt damit in das zentrale Anliegen von Schule und findet im Konzept der guten Schule seinen Ausdruck: »Die gute, gesunde Schule ist eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule« (Paulus 2003, zitiert in 2013, S. 7).

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Herausgegeben von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (1998): Was hält Menschen gesund? Köln: BzgA.
- Dordel, S./Breithecker, D. (2003): Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. In: Haltung und Bewegung, 2. Jg., H. 23, S. 5–15.
- FOCUS-SCHULE, Nr. 6 (2007): www.focus.de/schule/heft/aktuell-schulgesundheitsaid_220707.html [letzter Zugriff: 22. 01. 2013].
- GDSU (Gesellschaft für Didaktik des Sachunterrichts) (2013): Perspektivrahmen Sachunterricht. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Giest, H./Hintze, K. (2007): Für einen aktiven Gesundheitsbegriff. In: Grundschulunterricht, 54. Jg., H. 6, S. 10–18.
- Giest, H./Hintze, K. (2011): Gesundheit auf den richtigen Gesundheitsbegriff gebracht. In: MNU PRIMAR, 3. Jg., H. 1, S. 31–36.
- Giest, H. (2007): Gesundheitssituation und Gesundheitserziehung im Grundschulalter. In: Grundschulunterricht, 54. Jg., H. 6, S. 2–6.
- Giest, H. (2010): Kindheit und Gesundheit. In: Heinzel, F. (Hg.): Kinder in Gesellschaft. Was wissen wir über aktuelle Kindheiten? Frankfurt: Grundschulverband, S. 67–78.
- Gläser, E. (2005): Bin ich gesund? Bin ich krank? Subjektive Vorstellungen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung. In: Sache Wort Zahl, 33. Jg., H. 68, S. 7–11.
- HBSC-Studien (Health Behaviour in School-Aged Children) (2002, 2006, 2009): www.hbsc-germany.de [letzter Zugriff: 18. 02. 2013].
- Hölling, H./Schlack, R./Kamstüris, P./Butschalowsky, H./Schlaud, M./Kurth, B. M. (2012): Die KiGGS-Studie. In: Bundesgesundheitsblatt. Berlin: Springer-Verlag. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/KiGGS/Bgbl_2012_55_836-842.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff: 28. 07. 2013].
- Hörmann, G. (2002): Gesundheitserziehung. In: Einsiedler, W. u. a. (Hg.): Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 616–622.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Auflage. Weinheim/München: Juventa.
- Hurrelmann, K./Kloake, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa.
- Hurrelmann, K./Wulfforst, B. (2009): Handbuch Gesundheitserziehung. Bonn: Huber.
- KiGGS (2006): www.kiiggs.de [letzter Zugriff: 12. 01. 2013].
- Kiper, H. (2007): Gesundheitserziehung. In: Kahler, J. u. a. (Hg.): Handbuch Didaktik des Sachunterrichts. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 196–200.
- KMK (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15. 11. 2012). www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf [letzter Zugriff: 15. 06. 2013].
- KMK (Hg.) (1992): Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bonn: Lohaus, A. (2001): Gesundheitsverhalten und Gesundheitserziehung. In: Rost, D. (Hg.): Handwörterbuch der Pädagogischen Psychologie. Weinheim: Beltz, S. 219–224.

- Molderings, M./Eissing, G. (2006): Schritt für Schritt mach ich mich fit! Praxisorientierter Leitfaden zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens von Kindern in Grundschulen und Kindertageseinrichtungen. Neuied: CARE-LINE Verlag.
- Paulus, P. (2013): Mit Gesundheit gute Schule entwickeln. In: Pädagogik, H. 6, S. 6–9.
- Rathel, J./Dollinger, B./Hörmann, G. (2009): Lehrbuch Einführung Pädagogik: Begriffe – Strömungen – Klassiker – Fachrichtungen. 3. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Reihlen, E. (2007): Gesund beginnt im Mund. Zur Förderung der Mundgesundheit in der Schule. In: Grundschulunterricht, 54. Jg, H. 6, S. 19–23.
- Sabo, P. (2003): Gesundheitsbildung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S. 69–71.
- Settrobulte, W./Richter, M. (2007): Gesundheitliche Versorgung für Kinder und Jugendliche. In: Janssen, C. u. a. (Hg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Weinheim/München: Juventa, S. 163–176.
- Thiel, A./Tenbert, H./Kleindienst-Cachay, C. (2002): Die »Bewegte Schule« auf dem Weg in die Praxis. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wulfforst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Weinheim/München: Juventa.

Ausgewählte Materialien und weitere Informationen
 Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de/;
 siehe auch www.kindergesundheit-info.de/
 ausgewählte Projekte und Initiativen: OPUS Netzwerk Bildung und Gesundheit
 (siehe auf den Bildungsservern der einzelnen Bundesländer);
<http://anschub.de>; www.klasse2000.de

IN: Gläser, E., Schönknecht, G. (Hrsg.):
 Sachunterricht in der Grundschule: entwickeln
 – gestalten – reflektieren. Beiträge zur Reform
 der Grundschule, Band 136, S. 104 - 114