

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 definitorische 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 definitorischen 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 ($\text{BMI} = \text{Gewicht in Kilogramm} / \text{Größe in Meter}^2$) 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 Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung

Autor	Stichprobe	Adipositashäufigkeit Frauen	Adipositashäufigkeit 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.

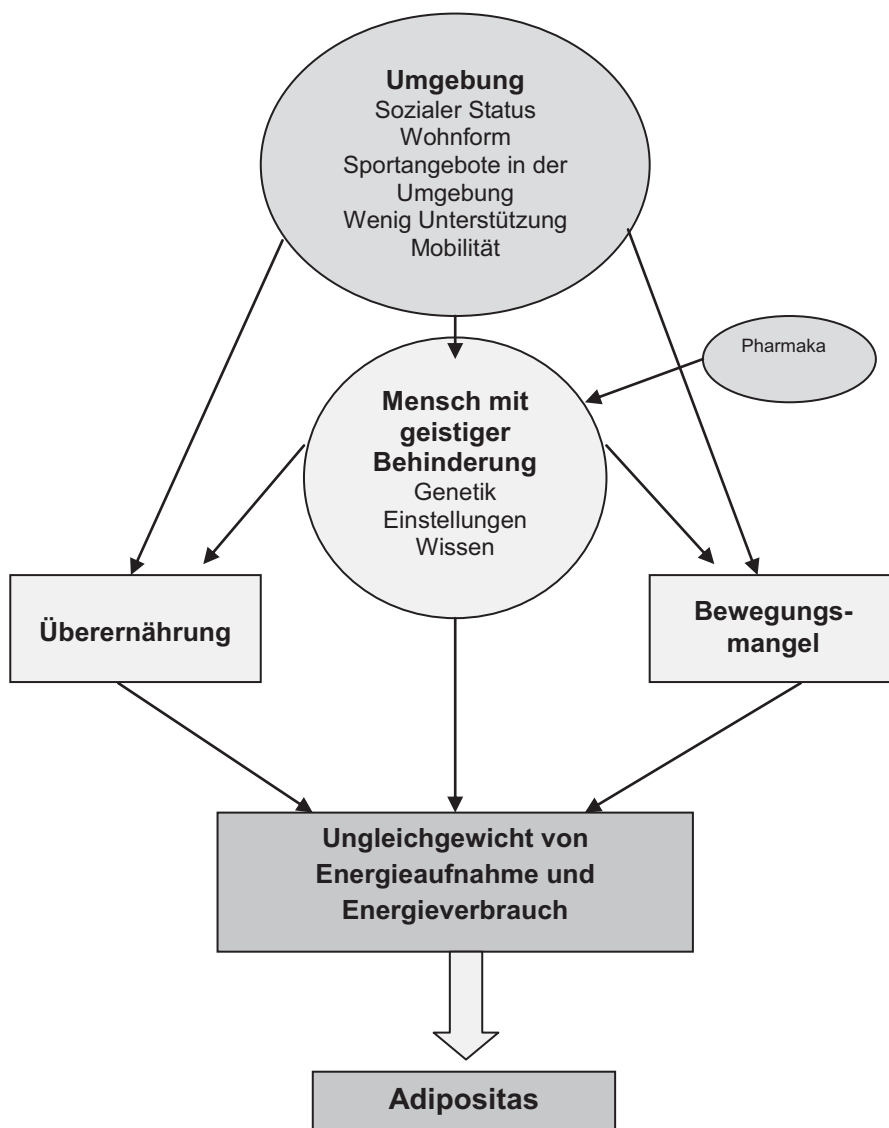


Abbildung 1: Angenommener Wirkungsmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung (siehe REUTER 2006)

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.

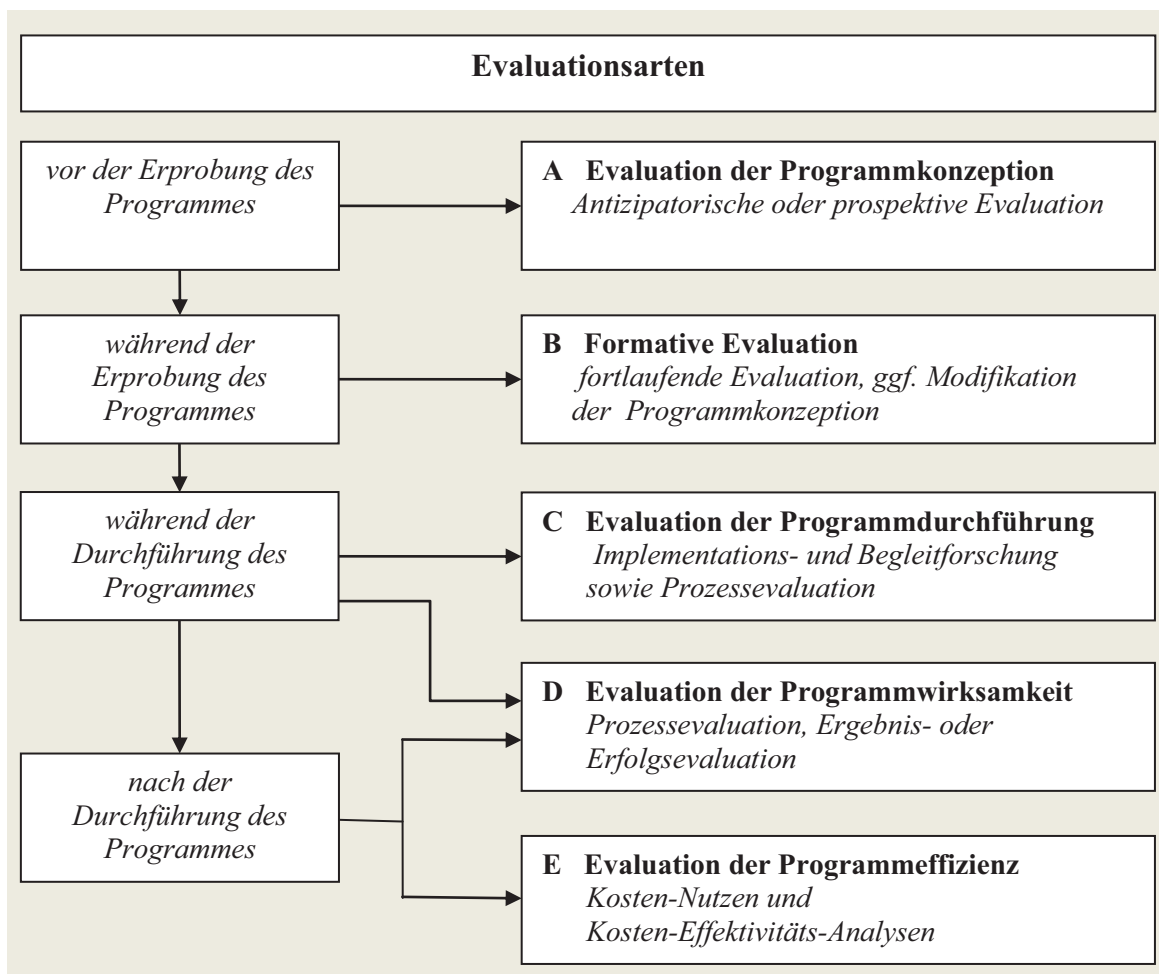


Abbildung 2: Ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsprogrammen (MITTAG & HAGER 2000, 108)

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.

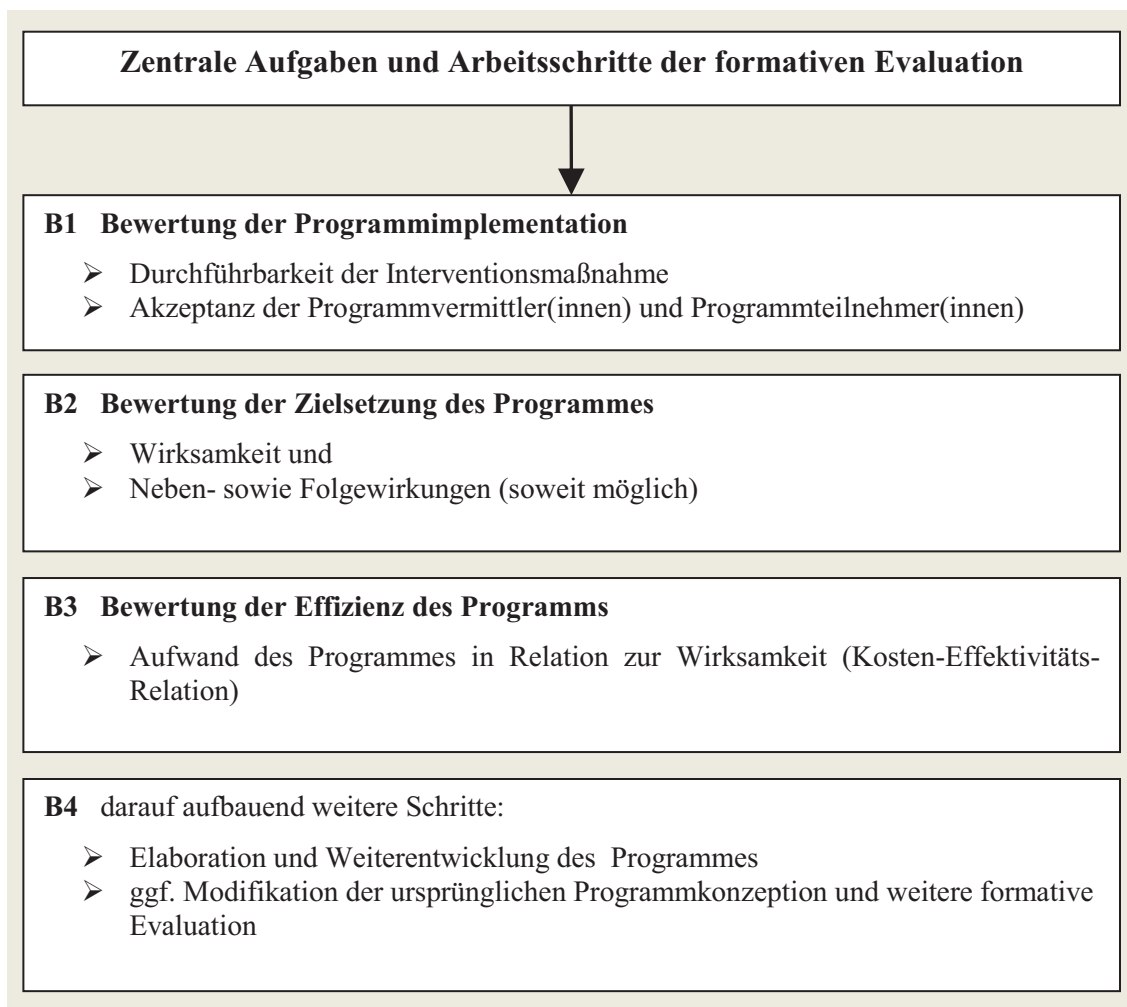


Abbildung 4: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der formativen Evaluation (MITTAG & HAGER 2000, 112)

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.

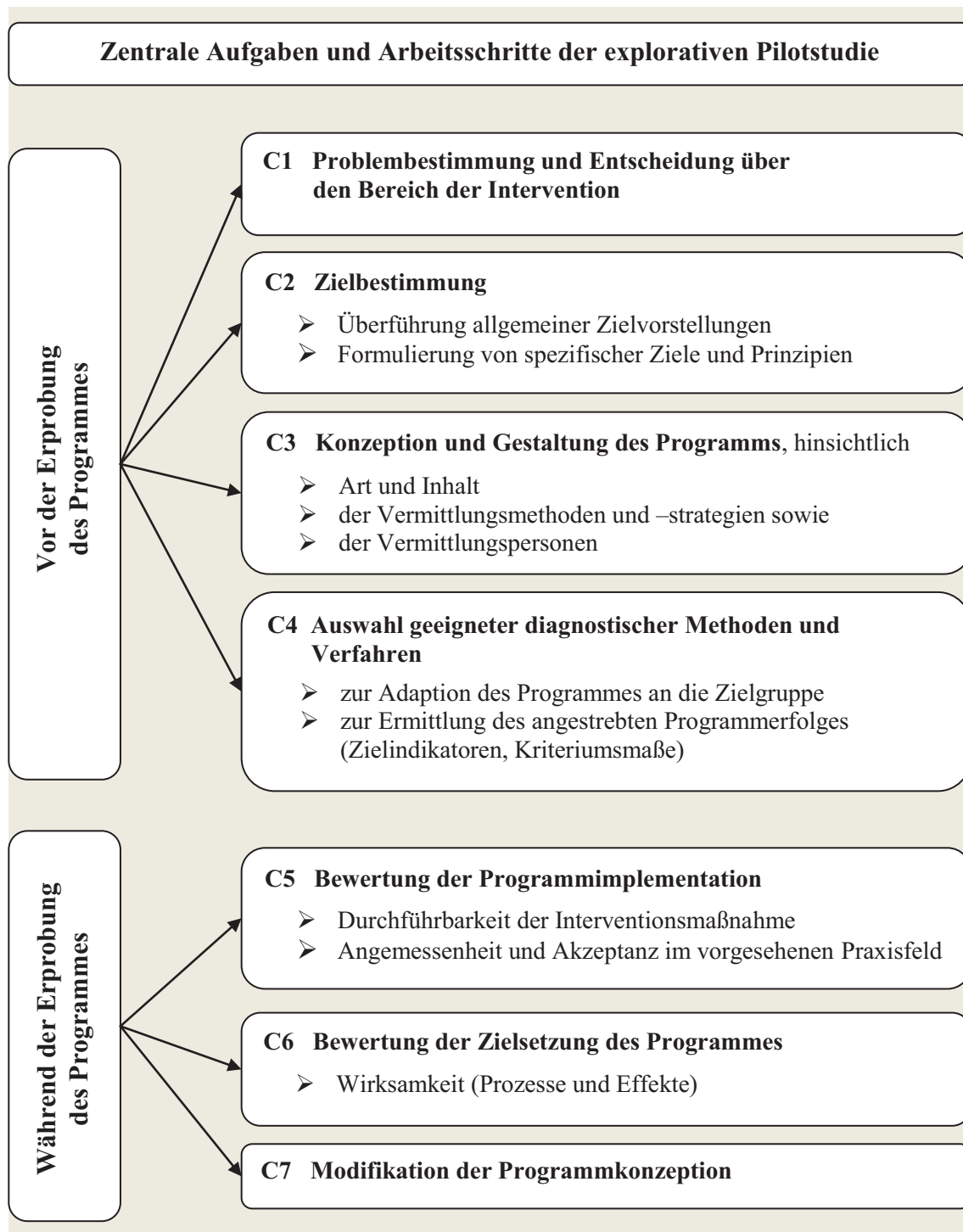


Abbildung 5: Zentrale Aufgaben und Arbeitsschritte der explorativen Pilotstudie

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).

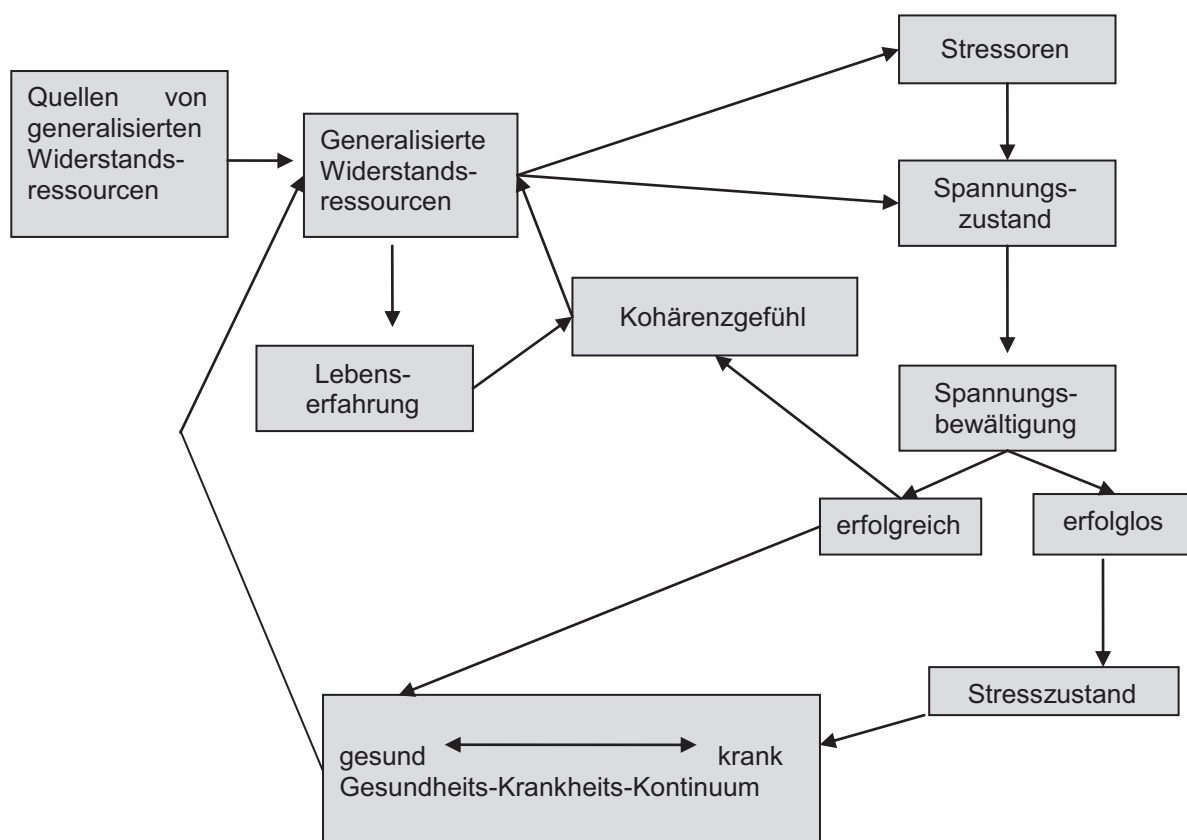


Abbildung 7: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese von ANTONOVSKY (aus BENGEL ET AL. 2001, 36)

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 Jugendgesundheits surveys 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.