

Interventionen in sportpädagogischen Settings – Kommune und Schule

1 Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung

Aufgrund der zuvor diskutierten theoretischen Grundlagen und der empirischen Befunde wird deutlich, dass Ressourcen der Gesundheit zum einen in der Person selbst liegen (z.B. körperliche Leistungsfähigkeit (Fitness), seelische Gesundheit, geeignete Stressbewältigungsstrategien) oder auch in der sozialen und materiellen Umwelt (z.B. soziale Unterstützung). Risikofaktoren der Gesundheit können zum einen somatischer (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck) oder auch psychosozialer Art (z.B. Stress am Arbeitsplatz) sein. Das Leben von Menschen vollzieht sich in einer Wechselbeziehung mit der sozialen und materiellen Umwelt. Gesundheitsförderungsprogramme müssen diesen Umstand berücksichtigen, indem sowohl die *personenbezogenen* als auch die *umweltbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren* thematisiert werden. Hierbei darf der Sport niemals losgelöst von anderen Aktivitäten betrachtet werden, sondern muss konzeptionell in umfassende Gesundheitsförderungskonzepte integriert werden.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen legen unsere Ergebnisse nahe, dass dem Sporttreiben als Mittel der Gesundheitsförderung künftig verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Denn die Hypothese „Sporttreiben verbessert die Gesundheit“ hat sich in Teilbereichen des umfassenden Gesundheitskonstruktes als empirisch bestätigt.

Nachdem in der FINGER-Studie grundlegende Fragen zu den wechselseitigen Abhängigkeiten von Sport, Fitness und Gesundheit analysiert wurden, wird im Folgenden auf die Umsetzung von sportlicher Aktivierung als ein Mittel der Gesundheitsförderung eingegangen.

Mit der Ottawa-Charta propagiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheitsförderung als „einen (Lern-)Prozess, in dessen Verlauf allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht werden soll.“ (WHO 1986, zit. nach Hildebrandt & Trojan, 1987, S. 10.). Ansatzpunkte zur Umsetzung des politischen Anspruches „Gesundheitsförderung“ sind die individuellen Gesundheitskompetenzen (z.B. Gesundheitsverhalten) sowie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Priorität hat nicht mehr die Änderung des individuellen Risikoverhaltens, wie es zuvor im Konzept der risikofaktorenorientierten Prävention im Vordergrund stand, sondern es werden die Lebensumstände gleichwertig mit in die Betrachtung einbezogen.

Auch für die Betrachtung der Qualitäten von Gesundheitssport schlägt sich diese veränderte Perspektive wider. Wurde der Gesundheitssport noch bis in die 90er Jahre primär „...als aktive und zweckbestimmte bewegungs- und sportspezifische Handlung und Maßnahme im Sinne regelmäßiger und systematischer Trainings- und Übungsprogramme, um die Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern und zu erhalten (Präventivsport)“ (Schwenkmezger 1993, S. 209) definiert, werden in neueren Modelle die Qualitäten des Gesundheitssports deutlich ausgeweitet. So geht es zum einen sehr wohl, um die Veränderung des individuellen Verhaltens. So zielt Gesundheitssport auf möglichst umfassende Gesundheitswirkungen (vgl. Bös & Brehm, 1998), insbesondere durch die Stärkung von:

- physischen Ressourcen,

- Minderung von körperlichen Risikofaktoren,
- Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden,
- die Stabilisierung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefindens,
- Stärkung von psychosozialen Ressourcen.

Über diese Gesundheitswirkungen hinaus soll Gesundheitssport auch auf Verhaltenswirkungen abzielen. Denn nur wenn eine dauerhafte Bindung an sportliche Aktivitäten erfolgt, werden langfristige Gesundheitswirkungen möglich (vgl. Pahmeier, 1999). Individuen sollen in die Lage versetzt werden „Kontrolle über ihre Gesundheit“ auszuüben – ein zentrales Ziel von Gesundheitsförderung.

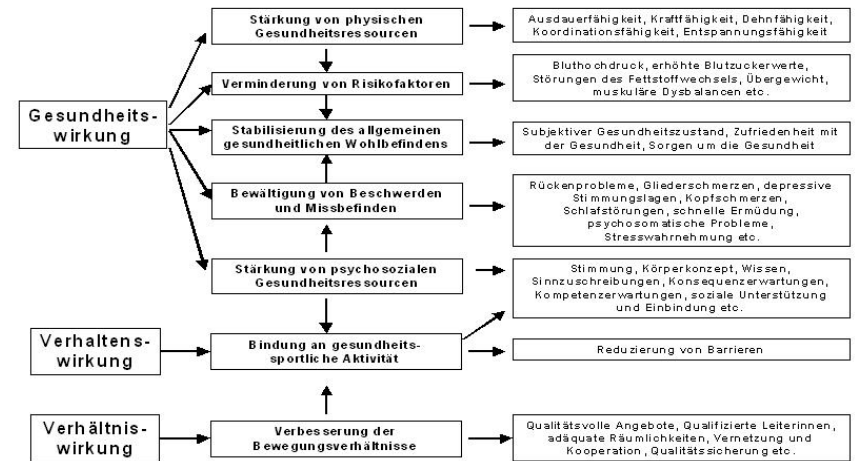


Abb. 1: Modell der Qualitäten von Gesundheitssport (Bös, Brehm, Opper & Saam, 2001, S. 30)

Auf der anderen Seite wird im Modell auch deutlich, dass der individualszentrierte Ansatz nicht ausreicht. Vielmehr muss auch an den Verhältnissen angesetzt werden. Damit geraten die Angebotsstrukturen, räumliche Verfügbarkeiten ebenso wie die politischen Rahmenbedingungen stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dies ist unter einer Zielstellung von „Gesundheit für alle“ besonders bedeutsam, da eine nur auf das Individuum bezogene Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung zu kurz greift.

In eigenen Studien wurde gezeigt, dass Personen der sozialen Unterschicht bei einem rein verhaltenorientierten Ansatz immer benachteiligt sein werden (vgl. Woll & Bös, 1994). Nicht zuletzt aus diesem Grund fordern Kolb (1995) und Rütten (2002) vermehrt Maßnahmen, die an den Verhältnissen ansetzen (vgl. Abbildung 79). Einbezogen in diese Orientierung sind politische, wirtschaftliche und soziale Maßnahmen zur strukturellen Veränderung der „gesundheitsfördernden Bewegungskultur“ (vgl. Kolb, 1995).

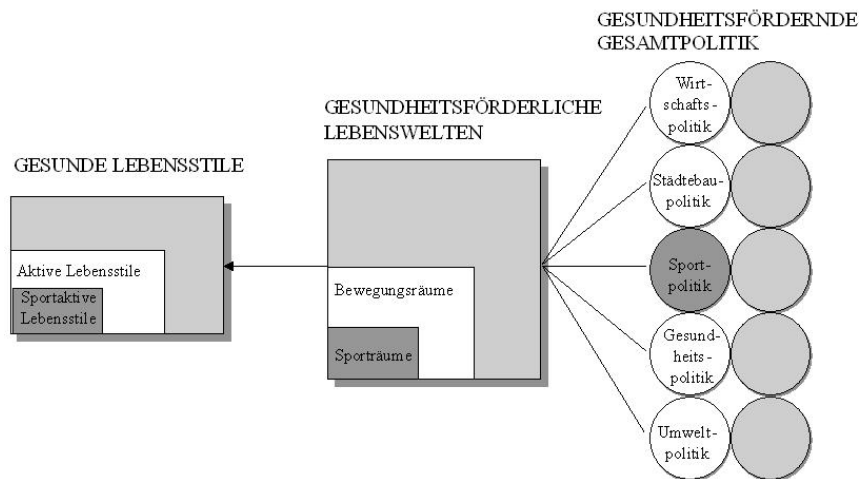


Abb. 2: Politik- und lebensweltbezogenes Modell zur Gesundheitsförderung durch Sport (Rütten, 2002, S. 37)

Durch diese stärkere Orientierung an den Verhältnissen geraten die verschiedenen sozialen Settings stärker in den Mittelpunkt. Ein Setting wird „einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfaßt und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“ (Grossmann & Scala, 1999, S. 100).

Dieser Begriff „Setting“ betont die Bedeutung von sozio-ökologischen Faktoren. Im Setting-Ansatz geht es darum, Gesundheit dort zu fördern, wo die Menschen in ihrem Alltag leben, wo sie lernen, wo sie arbeiten und wo sie ihre freie Zeit verbringen. Zurück geht dieser Ansatz auf Modelle der Ökopsychologie (vgl. im Überblick Stengel, 1999).

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen setzen dabei an sozialen Systemen und nicht an Individuen an. Es geht nicht wie in dem traditionellen Konzept der Gesundheitserziehung um Aufklärungskampagnen, um das Aufstellen von Verhaltensregeln durch Experten und um Gesundheitsappelle an Einzelpersonen, sondern es geht um die Schaffung „gesunder Sozialräume“ (vgl. Sacher, 1998, S. 59).

Als Settings werden in erster Linie Krankenhäuser, Schulen, Betriebe und Kommunen bezeichnet. Auf zwei Settings – Kommune und Schule wird im Folgenden näher eingegangen.

2 Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung in der Kommune

Nachfolgend soll analysiert und diskutiert werden, inwieweit kommunales Sportmanagement einen Beitrag zur kommunalen Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung leistet bzw. leisten kann. Im Mittelpunkt der Analyse stehen dabei drei Fragestellungen:

- Warum ist das Thema Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung in der Gemeinde relevant?
- Welche bewegungs- und sportbezogenen Strategien der kommunalen Gesundheitsförderung gibt es?
- Wie sieht die reale Situation der kommunalen Gesundheitssportentwicklung in Baden-Württemberg aus?

2.1 Spezifische Qualitäten von Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung in der Kommune

Für die Gemeinde war seit jeher die Gesundheitsförderung ihrer Bürger ein zentrales Aufgabenfeld. Die öffentliche „Gesundheitsvorsorge“ hat das Zusammenleben von vielen Menschen auf engem Raum überhaupt erst möglich gemacht. In den letzten Jahrzehnten wurde die Verantwortung für die Gesundheit und Gesundheitsförderung jedoch immer mehr in die Hände der (Hochleistungs-) Medizin abgegeben. Das gesundheitspolitische Handeln in den Kommunen verkümmerte zur Diskussion von Fragen der kassenärztlichen Versorgung und des Krankenhauswesens. Ein eigenes Handeln der Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung gab es kaum noch.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Bedeutung der Kommune als Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung früh erkannt und immer wieder versucht, es zu beleben. Sie fördert (z.B. im healthy-city-Projekt) und fordert Aktivitäten auf der kommunalen Ebene mit dem Ziel, gesunde Lebensräume zu schaffen.

In der Praxis konzentrierten sich die Bemühungen der verantwortlichen Institutionen des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten auf die Bekämpfung einzelner Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck). Erst in jüngster Zeit wird die Tendenz zur Umsetzung der politischen Idee „Gesundheitsförderung“ auch in der Praxis sichtbar. Bei den Bemühungen um eine Veränderung des Lebensstils der Bevölkerung finden zunehmend sozio-ökologische Fragen der Lebensqualität, der Lebensbedingungen und der Lebensgestaltung Berücksichtigung (vgl. Hurrelmann & Laaser, 1993). In diesem Zusammenhang wird die Gemeinde¹ zu einem wichtigen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung.

Dies haben auch die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheitsämter, Krankenkassen) erkannt, die immer stärker versuchen, den überschaubaren Bereich Gemeinde als Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu nutzen (vgl. Thiele & Trojan, 1990; Brehm & Pahmeier, 1992; Storck, 1994). Als einer von mehreren Wegen, das komplexe Beziehungsgefüge von Gesundheit, Wohlbefinden und körperliche Leistungsfähigkeit aktiv zu beeinflussen, gilt die sportliche Aktivierung der Bevölkerung (vgl. hierzu Woll & Bös, 1994; Storck, 1994).

¹ In Anlehnung an die Definition von Chavis u. Newbrough (1986) verstehen wir unter Gemeinde die Gesamtheit einer sesshaften, lokal gebundenen Bevölkerung, deren Mitglieder aufgrund ökonomischer und sozialer Bindungen sowie ihrer Identifikation mit der Gemeinde eine Einheit bilden. Im Text werden die Begriffe Kommune und Gemeinde synonym verwendet.

„Aus der Sicht der Kommunen ist Sport gesellschaftlich und politisch anerkannt, da er ein wichtiges Mittel zur Erhaltung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit darstellt. Zugleich ist er ein wesentliches Element der Lebensgestaltung vieler Menschen und stellt als individuelle und soziale Daseinsvorsorge eine gemeinsame Aufgabe von Bürgern, Vereinen und Gemeinden dar.“ (Deutscher Städtetag, 1987, S. 2).

Neben dieser allgemeinen Entwicklung im Gesundheitswesen gibt es auch spezifische Veränderungsprozesse im Sportbereich, die von den zuvor skizzierten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen abhängig sind und Auswirkungen auf Konzepte kommunaler Gesundheitsförderung durch Sport haben. Der in den letzten Jahrzehnten erfolgte gesellschaftliche Wandel bedeutete auch spezifischen Wandel für den Sport. So haben die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, in der Arbeitswelt sowie der Wertewandel in der Gesellschaft zu einem veränderten Freizeitverhalten und einer wachsenden Nachfrage nach Gesundheitssport auf kommunaler Ebene (vgl. Bös & Woll, 1989) geführt.

Die folgende Abbildung fasst die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Gemeinde durch sportliche Aktivierung zusammen.

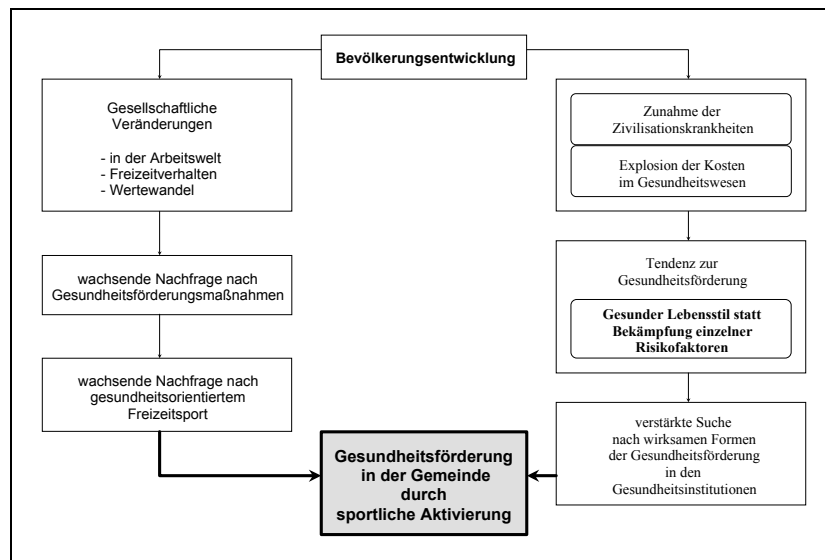


Abb. 3: Sportliche Aktivierung als eine Möglichkeit der kommunalen Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Entwicklungen (Woll & Bös, 1994, S. 11)

Vorteile von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Gemeinde liegen vor allem in der gleichzeitigen Erreichbarkeit sehr vieler Individuen, der Ausnutzung der vorhandenen Infrastruktur in der Gemeinde und damit der Einbeziehung des direkten Umfeldes der betreffenden Personen, das

zum Informationsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung genutzt werden kann. Vor allem der sozialen Unterstützung durch die verschiedenen sozialen Netzwerke auf der Gemeindeebene (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen, kirchliche Institutionen) kommt für die Gesundheitsförderung besondere Bedeutung zu.

Weiterhin kann langfristig von einer Steigerung der Effektivität und einer Reduktion der Kosten für bestimmte Maßnahmen ausgegangen werden, wenn größere Gruppen und nicht nur Einzelpersonen angesprochen werden können. Gerade im Bereich des gesundheitsorientierten Sports ist im Vergleich zum potenziellen Personenkreis, der von gesundheitssportlicher Aktivität profitieren könnte, die Anzahl der Personen, die professionell in diesem Bereich arbeiten, vergleichsweise gering. Um sportliche Aktivität als Maßnahme der Gesundheitsförderung zu fördern, ist somit zumeist keine 1:1 Betreuung möglich. Vielmehr müssen intensiv Maßnahmen des sozialen Marketings und der Organisationsentwicklung eingesetzt werden (vgl. Abbildung 81).

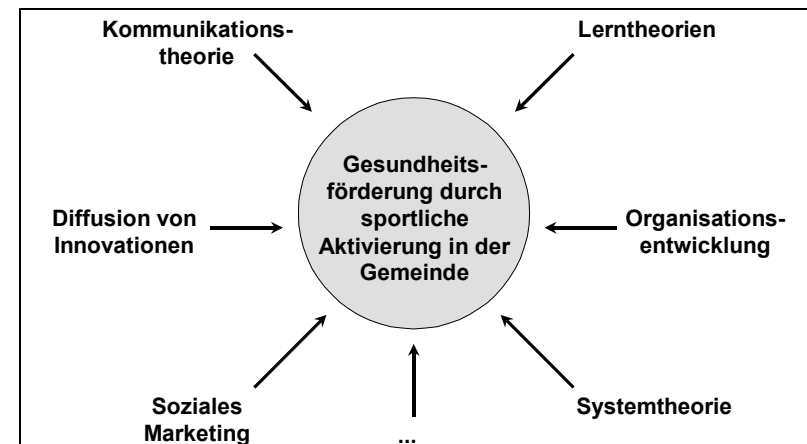


Abb. 4: Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung in der Gemeinde als interdisziplinäre Aufgabe

Eine wesentliche Bedeutung haben dabei die Methoden, die aus der Kommunikationstheorie stammen. Als Materialien stehen Broschüren, Bücher und audiovisuelle Hilfsmittel (z.B. Filme oder Videospiele) zur Verfügung. Eine wichtige Rolle spielen auch die Massenmedien, die zunehmend zu diesem Zweck genutzt werden (vgl. Winett et al., 1989) sowie in jüngster Zeit die Möglichkeiten von Multimedia und Internet (vgl. Marcus, 2001).

2.2 Bewegungs- und sportbezogene Strategien der kommunalen Gesundheitsförderung

2.2.1 Ziele und Zielgruppen

Hinsichtlich der mit der sportlichen Aktivität verfolgten gesundheitlichen Absichten lassen sich, wie die folgende Tabelle verdeutlicht, verschiedene Zielgruppen abgrenzen.

Tab. 1: Gesundheitsbezogene Interventionsformen von sportlicher Aktivierung (Bös & Woll 1999, S. 8)

	Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention, Kuration
Fokus	noch vor Risikoreduktion	Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	im Krankheitsfrühstadium	im chronischen Stadium einer Erkrankung
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung (auch Gesunde)	Risikogruppen (Merkmalsträger)	Patienten mit klinischen Symptomen	Rehabilitanden
Absicht	Lebensstiländerung	Lebensstiländerung	Verhinderung der Chronifizierung	Rehabilitation (Anschluss-Heil-Behandlung); Bewältigung von Krankheitsfolgen
Handelnde Ebene und	Schaffung von Voraussetzungen für gesundheitsorientierte sportliche Aktivität;	Schaffung von Voraussetzungen für gesundheitsorientierte sportliche Aktivität;		
Form der sportlichen Aktivierung	unspezifische sportliche Aktivierung mit dem Ziel dauerhafter Bindung an sportliche Aktivität	sportliche Aktivierung mit gezielter Ansteuerung von Fitnessdimensionen wie Kraft, Beweglichkeit, Koordination und vor allem Ausdauer (z.B. Aerobic, Jogging) um eine Reduktion von Risikofaktoren vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren	Sehr spezifische sportliche Aktivierung in Form von Sporttherapie (z.B. bei Osteoporose oder Depression) in spezifischen klinischen Einrichtungen in Kooperation mit der Medizin	Sehr spezifischer auf das Krankheitsbild bezogener Rehabilitationssport (z.B. ambulante Herzsportgruppe; Sport nach Krebs) in Kooperation mit der Medizin

Zielbereiche von kommunaler Gesundheitsförderung sind sowohl *Institutionen* und *Organisationen* als auch *Individuen* und *Gruppen von Personen*. Primäre Zielgruppen dieses Zugangs sind in der Tradition der Public Health-Forschung (Badura, 1990; Laaser et al., 1993) gesunde Personen sowie Personen mit gesundheitlichen Risikofaktoren.

2.2.2 Gesundheitsförderung und kommunales Sportmanagement

Zur Erreichung der oben beschriebenen Zielgruppen ist es in der Praxis der Gesundheitsförderung zum einen notwendig, dass verschiedene, sich ergänzende Methoden und Strategien eingesetzt werden und zum anderen, dass Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Gruppen und Individuen ein essentieller Bestandteil solcher Maßnahmen sind.

„Aus interventionstheoretischer Perspektive ist Gesundheitsförderung vor allem eine Innovation der Organisation und das Management von Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zur

Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Vermehrung von Gesundheitsressourcen in sozialen Settings.“ (Noack, 1996, S. 31).

Interventionen sind im Rahmen der settingorientierten Gesundheitsförderung somit auf die Veränderung von Organisationsstrukturen gerichtet und beinhalten die Steuerung von Kooperationen und die Gestaltung des Kommunikationsprozesses.

Vor dem Hintergrund dieser Prämissen verstehen wir unter kommunalem Sportmanagement mit der Zielstellung nachhaltiger Gesundheitsförderung die Koordination der verschiedenen Anbieter auf kommunaler Ebene im Sinne eines kooperativen Ansatzes, das Bereitstellen einer geeigneten Infrastruktur und die direkte Kommunikation von gesundheits- und sportrelevanten Informationen in der Kommune über geeignete Medien.

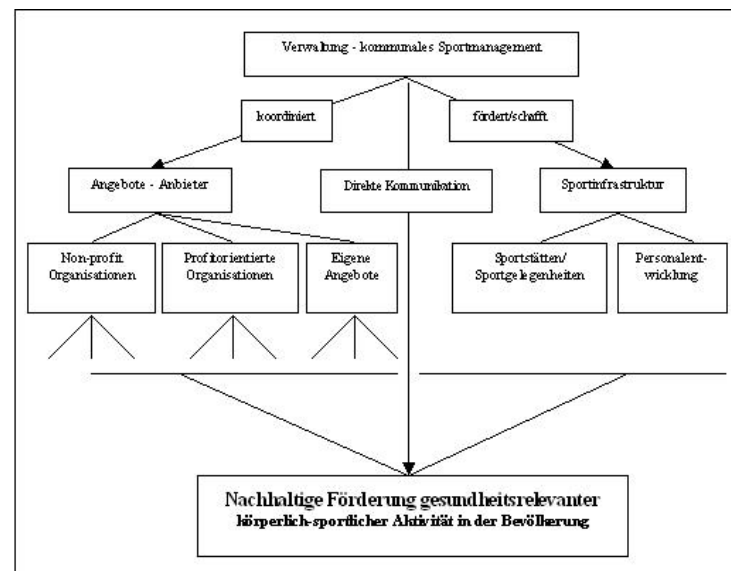


Abb. 5: Modellvorstellung zum kommunalen Sportmanagement

Die kommunale Sportverwaltung ist dieser Sichtweise zufolge für die Steuerung der kommunalen Sportentwicklung verantwortlich. Insbesondere in systemtheoretischen Analysen wird allerdings die Unmöglichkeit einer zentralen staatlichen Steuerung („Staatsversagen“) betont (vgl. u.a. Ulrich, 1994). Davon ausgehend sehen wir Sportmanagement vor allem als Steuerung des Kommunikations- und Kooperationsprozesses zwischen den am kommunalen Sportgeschehen beteiligten Organisationen (u.a. Vereine, Krankenkassen, Kirchen, ...). Gerade durch den Projektcharakter vieler Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Notwendigkeit, disziplinübergreifend zu agieren, kommt partizipativen Modellen besondere Bedeutung zu. Durch eine „kooperative Steuerung“ im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik können Ressourcen

erschlossen und unterschiedliche Perspektiven für den Prozess der Gesundheitsförderung nutzbar gemacht werden.

Grundlegend für alle Gesundheitsförderungsprogramme in der Kommune ist die Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen auf der Leitungsebene und vor allem zwischen den Anbietern von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und den potenziellen Nutzern bzw. der angesprochenen Zielgruppe. Das Ziel solcher Maßnahmen ist die Inklusion größerer Bevölkerungsgruppen in den Prozess der Gesundheitsförderung. Um dies zu gewährleisten, müssen Maßnahmen des sozialen Marketings ergriffen werden, über die die relevanten Zielgruppen erreicht werden.

Dabei können zwei Sichtweisen von „Kommune“ und den beteiligten Akteuren unterschieden werden. In einem ganzheitlichen Sinn ist die Kommune der gestaltete Lebensraum aller Akteure. Das heißt dann zugleich, dass das politisch-administrative System nur zum Teil an der Ausgestaltung teilhaben kann, ein großer Teil der Lebensqualität wird unmittelbar von den Bürgern in der Kommune geprägt. Einer solchen Sichtweise zufolge muss ein Marketing kooperativ sein und die einzelnen Akteure mit einbinden. Einer etwas verengten Sichtweise zufolge, kann man „Kommune“ aber auch als Trägerin der kommunalen Selbstverwaltung verstehen. In diesem Fall sind Gemeinde- bzw. Stadtrat und die Verwaltung die relevanten Akteure. Ein Marketing, das diesem Ansatz folgt, bezieht sich auf die Leistungen der kommunalen Verwaltung (vgl. Grabow & Hollbach-Grömig, 1998). Um dem Anspruch einer sektorenübergreifenden gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gerecht zu werden, muss das Marketing umfassend und kooperativ ausgerichtet sein. Ziel eines auf nachhaltige Gesundheitsförderung gerichteten kommunales Sportmanagement ist es, die gesundheitsrelevante, sportliche Aktivität in der Bevölkerung zu erhöhen. Im Rahmen des umfassenden Ansatzes der Gesundheitsförderung, die sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Interventionsmaßnahmen verfolgt, sorgt die kommunale Sportverwaltung für die infrastrukturellen Voraussetzungen (Hardware) und die Angebotsentwicklung (Software), bzw. für die Kommunikation der Angebote über eine kooperative Steuerung.

Verschiedene Überblicksarbeiten zum Thema Gesundheitsförderung durch kommunales Sportmanagement (u.a. King, 1994; Woll, 1998; Breuer & Rittner, 2000) machen deutlich, dass in diesem Bereich in den letzten Jahren eine Vielfalt von Ansätzen entstanden ist. Dabei ist jedoch eher selten ein klares Förderungskonzept, eine systematische Einrichtung oder Qualitätssicherung der Maßnahmen festzustellen. So ist in bundesdeutschen Projekten, die im Gesundheitsreformgesetz (GRG) festgelegte enge Zusammenarbeit zwischen allen an gesundheitsfördernden Maßnahmen beteiligten Institutionen (Krankenkassen, Gemeindeverwaltungen, Gesundheitsämter, Vereine, Selbsthilfegruppen etc.) eher die Ausnahme denn die Regel. Die Realität zeigt, dass es sich teilweise um Einzelaktionen handelt, teilweise ist sogar eine Konkurrenzsituation zwischen „profit“ und „non-profit“-Organisationen (z.B. Fitness-Studios vs. Sportvereine) festzustellen. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass die vorhandene Datenlage an gut dokumentierten Projekten zur kommunalen Sportentwicklung mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung in Deutschland sehr schmal ist. An diesem Punkt setzt die nachfolgend dargestellte empirische Untersuchung der baden-württembergischen Kommunen an, die sich mit der Ist-Situation der kommunalen Sportentwicklung im Bereich des gesundheitsorientierten Sports beschäftigt.

2.3 Zur Situation der kommunalen Gesundheitssportentwicklung in Baden-Württemberg

2.3.1 Ziele der Untersuchung

Um einen Überblick über den Ist-Zustand kommunaler Sportentwicklung und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg zu erhalten, hat das Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe² im Jahr 2000 eine landesweite Umfrage zu diesem Thema durchgeführt.

Die Ziele der Umfrage waren:

1. Einschätzung der Bedeutung von Gesundheitssport in der Kommune durch die politischen Entscheidungsträger,
2. eine Bestandsaufnahme zu laufenden Maßnahmen und Projekten,
3. eine Abfrage der kommunalen Wünsche und Bedürfnisse zur künftigen Sportentwicklung unter der Perspektive des Gesundheitssports.

2.3.2 Methoden

Im Rahmen einer Vollerhebung wurden mittels Fragebogen alle 1.111 Städte und Gemeinden, sowie mit einem getrennten Kurzfragebogen alle Oberbürgermeister und Bürgermeister Baden-Württembergs befragt. Die Rücklaufquote aus den jeweiligen Verwaltungen der Städte und Gemeinden betrug 50,2% (N = 559). Allerdings war der Rücklauf aus den kleineren Gemeinden etwas niedriger, im Schnitt haben 35% der Kommunen mit weniger als 2.000 Einwohnern geantwortet, während es in der Kategorie der Kommunen mit mehr als 50.000 Einwohnern 70% sind.

Auch bei den politischen Amtsträgern konnte eine sehr hohe Rücklaufquote von 44,5% erzielt werden. Insgesamt haben damit 494 Bürgermeister geantwortet.

Tab. 2: Verteilung der Datensätze auf die beiden Stichproben

	Befragt wurden	
	1111 Kommunen	1111 Bürgermeister
Rücklaufquote	50,2% N = 559	44,5% N = 496
Datensätze insgesamt	N = 611	
Anzahl der Fälle, in denen die Fragebögen einzeln vorliegen	N = 115	N = 52
Anzahl der Fälle, in denen beide Fragebögen vorliegen	N = 444	

² Das Projekt wird unterstützt vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, der AOK Mittlerer Oberrhein und dem baden-württembergischen Gemeindetag.

Die für postalische Befragungen außerordentlich hohe Rücklaufquote verdeutlicht nicht nur die Relevanz des Themas, sondern signalisiert zugleich einen konkret bestehenden Handlungsbedarf in den Kommunen. Die Überprüfung von gruppenspezifischen Unterschieden der Daten erfolgte mit dem CHI-Quadrat-Test. Als unabhängige Variablen wurde dabei die Größe der Kommunen berücksichtigt. Es wurden vier Typen von Gemeindegrößen unterschieden (< 2.000 Einwohner, 2.000 – 5.000 Einwohner, 5.001 – 10.000 Einwohner, 10.001 - 20.000 Einwohner und > 20.000 Einwohner).

2.3.3 Ergebnisse der Befragung

2.3.3.1 Bedeutung des Gesundheitssports

Die Voraussetzungen für einen Ausbau gesundheitssportlicher Maßnahmen sind auf höchster kommunalpolitischer Ebene gegeben. Denn der Gesundheitssport hat mittlerweile nicht nur im Alltagsverständnis der meisten Menschen von Sport und Bewegung einen festen Platz, sondern wird auch von den kommunalen Entscheidungsträgern als bedeutsam wahrgenommen, wie die Einschätzung der Relevanz sportpolitischer Aufgaben durch die befragten Oberbürgermeister und Bürgermeister zeigt. Die Unterstützung des vereinsgebundenen Freizeit- und Gesundheitssports wird von den Bürgermeistern gegenwärtig und auch in Zukunft als wichtigste sportpolitische Aufgabe gesehen. Die Förderung des vereinsgebundenen Wettkampfsports und des Spitzensports wird hingegen nicht so hoch eingeschätzt (siehe Abbildung 83).

Unterschiede in der Bewertung der sportpolitischen Aufgaben lassen sich hinsichtlich der Größe der Kommune feststellen, der die jeweiligen Bürgermeister vorstehen. Personale Merkmale, wie das Alter oder eigene sportliche Erfahrungen spielen in der Einschätzung zur Wichtigkeit sportpolitischer Aufgaben keine Rolle.

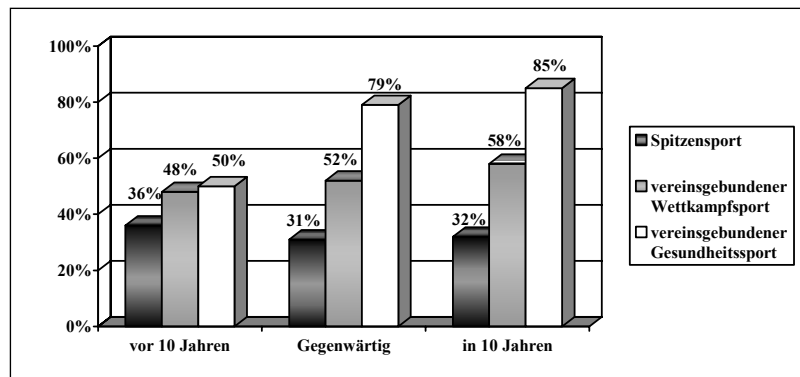


Abb. 6: Wichtigkeit sportpolitischer Aufgaben aus Sicht der Bürgermeister

In der Befragung wurden die Bürgermeister auch um eine Einschätzung zur Anbieterebene im Freizeit- und Gesundheitssport gebeten. Überraschend ist dabei das Resultat, dass die Bürgermeister auf der Anbieterseite nicht nur eine Bedeutungszunahme der Vereine sowie der freien und

kommerziellen Gruppen sehen, sondern auch den Kommunen selbst als Anbietern künftig mehr Bedeutung beimessen. Dieser Auffassung sind vor allem die Bürgermeister von Kommunen mit weniger als 20.000 Einwohnern, die die künftige Bedeutung eigener kommunaler Sportangebote aus dem Bereich des Freizeit- und Gesundheitssports signifikant höher einschätzen als die Bürgermeister größerer Kommunen ($p < .05$). Nahezu die Hälfte der Bürgermeister kleinerer Kommunen (48,3%) sehen die Einrichtung eigener Angebote als wichtige sportpolitische Aufgabe, dagegen ist nur etwa ein Drittel der Bürgermeister größerer Städte und Gemeinden (34,5%) dieser Auffassung. Die subjektive Einschätzung einer Bedeutungszunahme sportpolitischer Aufgaben im Freizeit- und Gesundheitsbereich und insbesondere die Bereitschaft auch eigene kommunale Sportangebote zu initiieren, geht allerdings zur Zeit noch nicht mit konkreten Maßnahmen zur Professionalisierung des eigenen Personals einher. Denn nur 1% (N = 6) der befragten Bürgermeister geben an, in Zukunft einen sportwissenschaftlich ausgebildeten Mitarbeiter für den Bereich einstellen zu wollen.

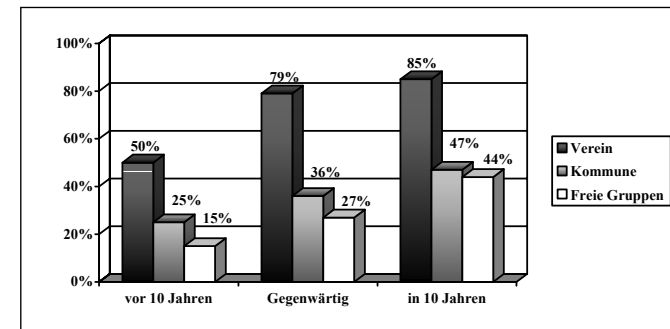


Abb. 7: Anbieterebene im Freizeit- und Gesundheitssport aus Sicht der Bürgermeister

Insbesondere für Kurgemeinden, die eine spezielle Zielgruppe erreichen wollen, kann die Einrichtung eigener kommunaler Sportprogramme eine sinnvolle Ergänzung zum Vereinsangebot sein. Angesichts der finanziellen Situation der Gemeinden wird wohl „nur“ ein zusätzlicher Markt für bereits vorhandene Anbieter in den Kommunen bzw. für selbständig tätige Sportlehrer mit Spezialqualifikationen im Gesundheitssport entstehen.

2.3.3.2 Anbieter von Gesundheitssport in den Kommunen

Die Mittel des sportbezogenen Haushalts sind zum größten Teil Fördermittel für den organisierten Vereinssport. In den Empfehlungen des Deutschen Städtetags (1987) zur Erstellung von Sportförderrichtlinien wird neben diesem Bereich auch der nichtorganisierte Sport einbezogen, da die kommunale Sportförderung grundsätzlich die gesamte Bevölkerung erfassen soll. Als förderungswürdig werden neben dem Vereinssport auch eigene städtische Angebote eingestuft und nicht näher präzierte Formen des unorganisierten Sporttreibens, bei denen gesundheitliche, freizeitsportorientierte und gesellige Motive im Vordergrund stehen. In Baden-Württemberg ist unterhalb des organisierten Vereinssports, der ein nahezu flächendeckendes Sportangebot liefert und primärer Sportanbieter ist, eine Ausdifferenzierung insbesondere im Hinblick auf

gesundheitssportorientierte Angebote zu beobachten. Die folgende Abbildung zeigt, dass Volkshochschulen, Fitness-Studios und sogar Krankenkassen, Rotes Kreuz und Kirchen in diesem Segment inzwischen zu bedeutenden Anbietern gewachsen sind.

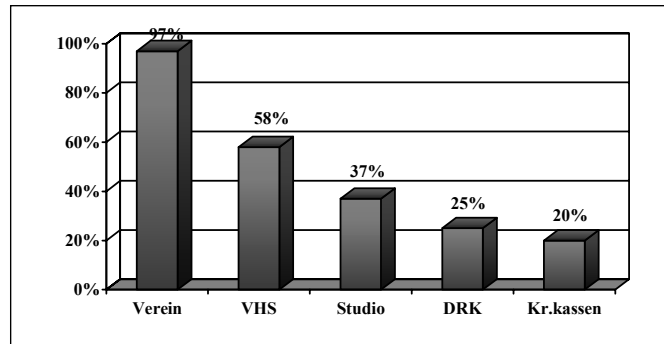


Abb. 8: Sport anbietende Institutionen in baden-württembergischen Kommunen im Bereich Gesundheitssport

Daneben wurden in der Umfrage noch zahlreiche weitere Sportanbieter von der Rheumaliga bis hin zur freiwilligen Feuerwehr und Karnevalsvereinen genannt. Das zeigt zum einen die hohe Akzeptanz des Mediums Sport in der individuellen Gesundheitsvorsorge, die sich zunehmend auch sportfremde Institutionen zunutze machen. Das zeigt aber auch, dass hier von solchen Institutionen neue Zielgruppen erschlossen wurden, die von den Sportvereinen in ihrer Bedeutsamkeit zunächst nicht erkannt oder aber nicht angesprochen werden konnten. Vermutlich kann künftig immer weniger von einem homogenen Anbietermarkt im Sport ausgegangen werden. Dies hat natürlich auch Konsequenzen für die kommunale Sportförderung. Ziele müssen in Zukunft klar definiert werden, wenn die Sportfördermittel nicht nach dem Gießkannenprinzip auf alle Sportanbieter verteilt werden sollen. Der kommunalen Sportpolitik und -verwaltung kommt hier eine entscheidende Steuerungsfunktion zu.

2.3.3.3 Modellprojekte und Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitssport

Eine weitere Zielsetzung der Befragung der Städte und Gemeinden Baden-Württembergs war es, innovative kommunale Projekte aus dem Gesundheitssport zu identifizieren. Insgesamt berichten 32% der befragten Städte und Gemeinden von Modellprojekten aus diesem Bereich, wobei hier die größeren Kommunen die aktiveren sind. 67% der Gemeinden in einer Größenordnung von mehr als 20.000 Einwohnern geben an, dass ihnen Modellprojekte bekannt sind, während es bei den kleineren Gemeinden unter 5.000 Einwohnern nur 23% sind.

Die Palette der aufgelisteten Modellmaßnahmen reicht von Kurs- und Dauerangeboten für spezielle Zielgruppen (z.B. Rückenschulen) über Aktionstage (wie z.B. Gesundheitstage) oder Beteiligung an landesweiten Programmen (z.B. Pfundskur, Gesund und Trainiert) bis hin zu innovativen Gesamtkonzepten (z.B. Sportspaß, Lokale Agenda Programme oder sogar Dorf- und Städteinitiativen mit eigenem Logo und eigenem Konzept).

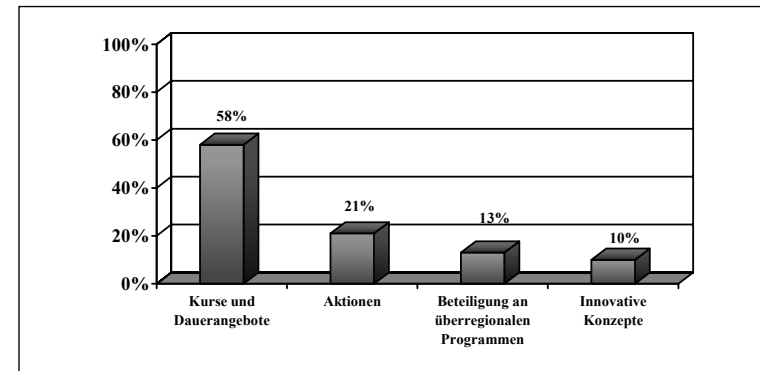


Abb. 9: Modellprojekte in den Kommunen

Die Werbung für solche kommunalen Programme erfolgt überwiegend in den örtlichen Medien, wie z.B. dem Amtsblatt oder der Tageszeitung. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit für den Freizeit- und Gesundheitssport durch Plakate oder Streuprospete findet dagegen nur sehr selten statt. Weniger als 10% aller Kommunen nutzen solche Werbemaßnahmen. Daraus resultiert, dass diese Modellprojekte häufig nur wenig bekannt sind. Eine wesentliche Aufgabe für die künftige Entwicklung des Gesundheitssports im Land Baden-Württemberg ist es daher, diese Projekte besser bekannt und damit einem größeren Personenkreis zugänglich zu machen.

In der nachfolgenden Tabelle sind beispielhaft vier innovative Modellprojekte aufgelistet, die einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung und Sportentwicklung verfolgen.

Tab. 3: Modellprojekte in Baden-Württemberg

Durchführende Institution	Programmbezeichnung	Inhalte	Programmerkmale	Kooperationspartner
Stadt Ostfildern	Walking für Risikopersonen im mittleren und höheren Lebensalter	Informationsabende, Walkingkurse	Initiiert durch lokale Ärzteschaft als zusätzlicher „Service“ für die Patienten	„Arbeitsgemeinschaft Hausärzte östliche Filder“, Gemeinde
Stadt Östringen	Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung Östringen	Kurse, Veranstaltungen, Informationsabende, betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsführer	3-Ebenen-Konzeption der Praxisärzte; Ärzte initiieren kommunale Gesundheitsförderung und wirken ggf. als Experten in anderen Gesundheitsangeboten mit	Ärzterschaft Östringen, Stadtverwaltung,
Stadt Weinheim/ Stadt Weimar	Initiative Zweite Lebenshälfte – für mehr Lebensqualität	Kurse und Informationen aus den Bereichen „Soziales Umfeld“, Sport und Bewegung“, „Medizin u. Pharmazie“	Initiierung durch Boehringer Ingelheim, Schnittstellen zur Gesundheitspolitik, umfassende Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel nichtmedikamentöser Therapie und Prävention bei Älteren	Stadtverwaltung, Boehringer Ingelheim Pharma KG, Uni Heidelberg, Uni Jena
Gemeinde Pliezhausen	Sport- und bewegungsfreundliche Gemeinde Pliezhausen 2000 – Ein Projekt im Rahmen der Lokalen Agenda 21	Einrichtung eines „Runden Tisches“, Entwicklung von Angebots- und Infrastruktur im Rahmen der Lokalen Agenda 21	Bedarfsorientierte Modernisierung der Angebotsstrukturen, Aufbau von Organisationsstrukturen	Arbeitsgemeinschaft der Sportvereine, Gemeinde, Uni Stuttgart

Die ausgewählten Modellprojekte entsprechen einer interdisziplinären Vorgehensweise und sind sogenannte Breitbandprojekte, die sich an die Gemeinde im Ganzen richten (vgl. King, 1994). Solche

Breitbandprojekte umfassen ein ganzes Bündel von Maßnahmen, die sich an verschiedene Zielgruppen (z.B. Mitarbeiter des Gesundheitswesens; Ältere oder auch Erwachsene im Allgemeinen), Informationskanäle (Massenmedien, persönliche Instruktionen) und Settings (z.B. Nachbarschaft, Schule, Betriebe) richten. Maßnahmen dieser Art wurden in den vier beschriebenen Projekten mit jeweils unterschiedlichen Zielstellungen umgesetzt.

2.4 Kommunale Wünsche und Bedürfnisse zur künftigen Sportentwicklung unter dem Blickwinkel des Gesundheitssports

Neben der Ist-Analyse kommunaler Sportentwicklung und Gesundheitsförderung wurde in der Befragung auch nach dem vorhandenen Bedarf an Handlungshilfen und Problemfeldern gefragt.

Ein Hauptproblem für die Kommunen scheint die Sportstättenvergabe sowie die Regelung der finanziellen Förderung zu sein. Der Punkt mit der höchsten Dringlichkeit ist die „Optimierung der vorhandenen Sportstättenressourcen“. 68% aller befragten Städte und Gemeinden bewerten diesen Teilaspekt als wichtig bzw. sehr wichtig. Zur Verbesserung und Optimierung der Steuerung kommunaler Sportentwicklung unter der Perspektive des Gesundheitssports wünschen sich 50% der Kommunen Vorschläge für die Erstellung und Überarbeitung von Sportförderrichtlinien unter der Berücksichtigung des Freizeit- und Gesundheitssports.

Auch der Wunsch nach besserer Information über Möglichkeiten im Gesundheitssport wurde von zahlreichen Kommunen geäußert. So würden 54% der Kommunen die Bereitstellung praxisnaher Planungschecklisten zur Durchführung von kommunalen Sport- und Gesundheitsveranstaltungen begrüßen.

Ein ebenfalls hohes Interesse besteht an Instrumenten für die Ermittlung des Sportbedarfs. 40% aller Kommunen wünschen sich methodische Hilfe bei der Erstellung kommunaler Sportentwicklungspläne, wie z.B. standardisierte Fragebögen.

Um die Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern, wünscht sich fast die Hälfte der Städte und Gemeinden (45%) Vorlagen für Kommunikationsmedien aus dem Printbereich (Presseberichte).

Für die Art der Informationsdarstellung wird mit 43% der Nennungen ein „Internetauftritt“ am höchsten bewertet, die Erstellung eines Handlungsorders (33%) und sogar die Schulung von Gemeindefachkräften (23%) sind weitere Unterstützungswünsche, die von den Kommunen genannt wurden.

2.5 Konsequenzen

Vor dem Hintergrund der Umgestaltung der Kommunalverwaltung im Sinne des „New Public Managements“ ist auch im Bereich der kommunalen Sportentwicklung und Sportverwaltung gerade angesichts sich rasant verändernder Rahmenbedingungen ein Modernisierungsschub notwendig und möglich. Vor der Zielstellung „Förderung des gesundheitsorientierten Sports“ zeichnet sich als neue Zielorientierung die bewegungs-, spiel- und sportgerechte Stadt bzw. die gesundheitssportorientierte

Stadt/Gemeinde ab. Zur Erreichung dieses Zieles ist die Anwendung von neuen Management- und Marketingstrategien im Bürgerinteresse notwendig. Gleichzeitig bietet ein so verstandenes kommunales Sportmanagement auch die Möglichkeit zur Etablierung horizontaler Organisationsstrukturen, bzw. zur intersektoralen Zusammenarbeit von verschiedenen Ämterbereichen (u.a. Wirtschaft, Soziales, Bau, Freizeit/Sport, etc.). Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der in der empirischen Untersuchung festgestellten Anbietervielfalt im Bereich des gesundheitsorientierten Sports. Das Spektrum reicht von Sportvereinen, kommerziellen Sportanbietern bis hin zu Kirchen. Eine Steuerung in diesem Feld ist nicht nur Aufgabe des Sportamtes, sondern sie macht eine „amts- bzw. sektorenübergreifende Kooperation“ notwendig. Kommunales Sportmanagement kann dann am besten zur Gesundheitsförderung in der Gemeinde beitragen, wenn sie über einen Prozess der intersektoralen Politikentwicklung und kooperativen Planung mit Bürgern, Entscheidungsträgern, unterschiedlichen Interessensgruppen und Experten bedarfsgerechte Sportstätten sowie alltagsräumliche Bewegungsgelegenheiten schafft und die Bevölkerung zugleich befähigt, diese Bewegungsräume optimal zu nutzen. Bedarfs- und Bestandsanalysen im Kontext integrativer Sportentwicklungsplanung bilden die Grundlage einer nachhaltigen und bürgernahen kommunalen Sportentwicklung.

Zur Zeit können aufgrund der unzureichenden Datenlage nur beschränkte Aussagen über die Akzeptanz und Wirksamkeit der angebotenen kommunalen Programme zur Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung gemacht werden. Untersuchungen zu interpersonellen Unterschieden zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an solchen Maßnahmen in den Kommunen liegen gegenwärtig kaum vor. Eine theoriegeleitete Entwicklung zur Optimierung der Maßnahmen zur Kommunikation gesundheitsfördernder Angebote auf der kommunalen Ebene steckt noch in den Kinderschuhen (vgl. Marcus, 2001). Das sind nur einige Beispiele für Fragen, die in nächster Zeit für den Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung zu klären sind. Für die zukünftige praxisrelevante Forschung zum Thema „Kommunale Gesundheitsförderung durch kommunales Sportmanagement“ lassen sich folgende Handlungsfelder skizzieren:

- Aufbau einer differenzierten kommunalen Sportverhaltensberichterstattung als Steuerungsinstrument von Interventionen,
- Differenzierte Prüfung der physischen und psychosozialen Wirkungen von Gesundheitssportprogrammen, um langfristig Investitionen in diesem Bereich auch zu legitimieren,
- Entwicklung von (multimedialen) Strategien des „social marketing“, um neue Zielgruppen für den Gesundheitssport zu aktivieren,
- Analyse der Bedingungsfaktoren für langfristige Bindungen an gesundheitsförderliches Verhalten (z.B. sportliche Aktivität) sowie der dafür notwendigen Vermittlungsstrategien,
- Erprobung und Evaluation von Organisationsstrukturen für kommunale Sportangebote und
- ökonomische Kosten-Nutzen-Analysen von kommunalen Maßnahmen zur Förderung des gesundheitsorientierten Sports.

Wenn in diesen Bereichen dauerhaft Fortschritte erzielt werden, kann die sportliche Aktivierung im Rahmen des kommunalen Sportmanagements nicht nur ein sinnvolles Mittel der kommunalen Gesundheitsförderung darstellen, sondern Bewegung in das Gesamtsystem der kommunalen Gesundheitsvorsorge bringen.

3 Gesundheitsförderung in Schulen - Grundlagen und Darstellung ausgewählter Projekte

3.1 Spezifische Qualitäten von Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung in Schulen

Neben der Kommune ist die Schule ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen stellt die Institution Schule einen wichtigen Bereich dar, in dem Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können (Grossmann & Scala, 1999).

Angesichts einer vielfach dokumentierten sich verschlechternden gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen (vgl. im Überblick Hurrelmann, 2000) gewinnt dieses Setting für Interventionen zur Gesundheitsförderung an Bedeutung. Bereits der Gesundheitszustand von Kindern ist besorgniserregend. So klagen in einer eigenen Studie mit 1.410 Kindern im Alter von 6-10 Jahren bereits zwischen 40% und 60% der Grundschul Kinder zumindest gelegentlich, ein Anteil von etwa 10% der Kinder dauernd über psychovegetative Missbefindlichkeiten und somatische Störungen, wie etwa Schlaflosigkeit, Magenbeschwerden und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Bös, Opper & Woll, 2002). Es wird angenommen, dass die negativen Auswirkungen der Symptome und Verhaltensformierung der Entwicklung manifester Risikofaktoren in späteren Lebensabschnitten Vorschub leisten (Laaser et al., 1987; Hurrelmann, 1990).

Vor dem Hintergrund einer sich veränderten Kindheit, u.a. zunehmender Medienkonsum, Verhäuslichung des Kinderalltags, soziale Vereinzelung der Kinder, wird insbesondere der Bewegungsmangel von Kindern im Alltag als eine zentrale Ursache für die Zunahme gesundheitlicher Probleme im Kindes- und Jugendalter thematisiert (vgl. Woll & Bös, 2001).

Bei der Suche nach den Interventionspunkten für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen rückt damit das Setting „Schule“ als Kompensationsinstanz für mögliche gesundheitliche Schäden in den Blickpunkt der Betrachtungen. Neben der Schule müssen bei der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter noch eine Reihe weiterer Sozialisationsinstanzen (z.B. Eltern, Freundeskreis, Medien) berücksichtigt werden. Die verschiedenen Ebenen, die bei einem integrativen Ansatz der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter betrachtet werden müssen, verdeutlicht dabei das Modell von Lohaus (1993, S. 75).

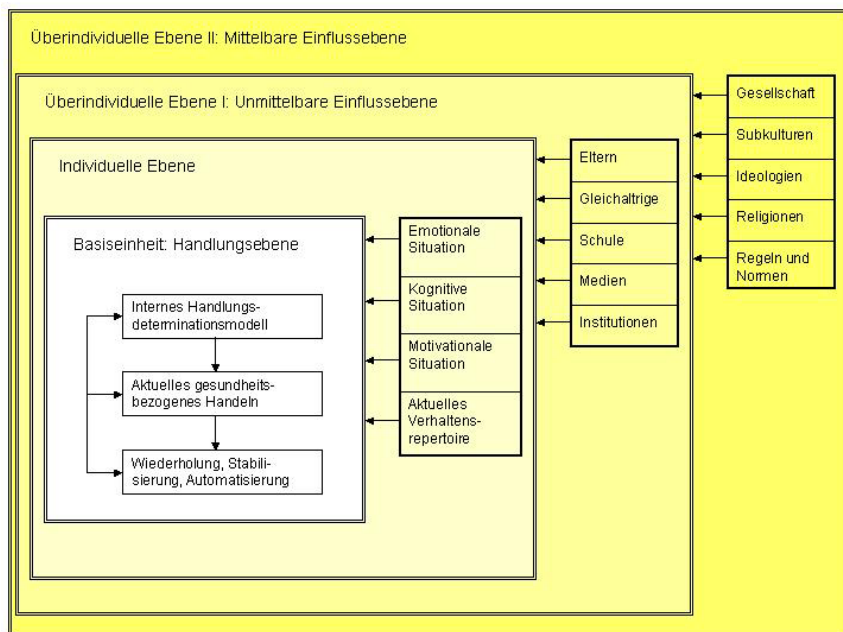


Abb. 10: Skizzierung der notwendigen Bestandteile eines integrativen Ansatzes zur Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (Lohaus, 1993, S. 75)

Lohaus (1993) unterscheidet dabei zum einen die individuelle und zum anderen die überindividuelle Handlungsebene. In der überindividuellen Ebene differenziert er nochmals in eine mittelbare und eine unmittelbare Einflüssebene.

Bei der Betrachtung der Möglichkeiten der schulischen Gesundheitsförderung spielen sowohl die individuelle Ebene als auch die überindividuelle Ebene des Settings Schule eine zentrale Rolle. Sport- und Bewegungsmaßnahmen mit dem Ziel der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in der Schule lassen sich aufgrund ihrer Zielsellungen in diesen beiden Ebenen verorten: Einerseits geht es darum, auf der individuellen Ebene effektiv *im Sportunterricht* gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufzubauen. Diese Überlegungen münden in einer Diskussion um *sportpädagogische Konzeptionen der Gesundheitserziehung im Schulsport*.

Andererseits wird *Bewegung zum Prinzip des Lernens und Lebens* im Schulalltag gemacht. Wenn Bewegung und Sport quasi ein Element der Schulentwicklung und damit ein Lernprinzip darstellen, werden diese Maßnahmen auch unter dem Begriff „Bewegte Schule zusammengefasst (Balz, Kössler & Neumann, 2001, S. 2).

Im Folgenden wird auf diese beiden Ansätze „Gesundheitserziehung im Schulsport“ und „Bewegte Schule“ näher eingegangen.

3.2 Sportpädagogische Konzeptionen der Gesundheitserziehung im Schulsport

Das erweiterte Gesundheitsverständnis stellt seit Mitte der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts einen entscheidenden Einschnitt in der sportwissenschaftlichen und sportpädagogischen Auseinandersetzung mit dem Thema Sport und Gesundheit dar. Zuvor war im klassischen biomedizinischen Verständnis Gesundheit ein „quasi-objektiver Zustand“, der sich durch verschiedenste messbare körperliche Größen beschreiben ließ und primär durch die Abwesenheit von körperlichen Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, hoher Cholesterinspiegel) gekennzeichnet war. Die Umsetzung dieser sehr stark (sport-)medizinisch geprägten Gesundheitserziehung spiegelt sich in der Sportdidaktik, im *Trainingskonzept der Gesundheitserziehung*, wider. In diesem Konzept wird eine Verbesserung des Gesundheitszustandes primär über die Optimierung konditioneller Fähigkeiten, insbesondere der Ausdauer, angestrebt. Die genauen Beschreibungsgrößen der körperlichen Leistungsfähigkeit machten gleichzeitig eine einfache Überprüfung der Effektivität dieses Gesundheitstrainings möglich (vgl. Frey, 1981).

Aus einer sportpädagogischen Perspektive wurde an diesem sportdidaktischen Konzept die Überbetonung der Quantifizierung von Gesundheit und die vordergründige Gleichsetzung von Gesundheit und körperlicher Leistungsfähigkeit kritisiert (vgl. zur Kritik auch Erdmann, 1991; Balz, 1995; Röthig & Prohl, 1992; Brodtmann, 1991). Einen weiteren Kritikpunkt am Trainingskonzept der Gesundheitserziehung sieht Brodtmann (1991, S. 17) in der kurzfristigen Anlage des Konzeptes. Die „kurzfristige Produktion“ von gesteigerter Leistungsfähigkeit sei hier wichtiger als die langfristige, über die Schulzeit hinausreichende Bindung an zielgerichtete sportliche Aktivität. Der Erziehungsauftrag werde damit nicht eingelöst.

Brodtmann (1991) fordert daher eine veränderte Sichtweise einer Gesundheitserziehung durch Sport. Er betont, dass vor dem Hintergrund eines erweiterten Gesundheitskonzeptes, das die Bedeutung von Gesundheit als bio-psycho-soziales Prozessgeschehen hervorhebt, die *subjektivierende Position* der Befindlichkeitsverbesserung in der sportdidaktischen Gesundheitsdiskussion stärker zu beachten sei. Sie fokussiert nicht primär die objektive Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, sondern vielmehr die Stärkung des individuellen Wohlbefindens und der körperlichen Selbsterfahrung, die Arbeit an der persönlichen Identität und der psychischen Gesundheit. Im Gegensatz zur Fitnessförderung steht die Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit und der Sensibilität für den eigenen Körper im Vordergrund (vgl. Janalik & Treutlein 1989; Größing 1993). Wenn dies in sinnvolle Lebenszusammenhänge und persönliche Zufriedenheit mündet, gilt der pädagogische Auftrag als eingelöst (vgl. Balz, 1998).³

Hier wird jedoch zugleich die Gefahr eines ausufernden Anspruches und damit der Beliebigkeit der Gesundheitserziehung im (Schul-) Sport als Konsequenz der subjektivierenden Position der Gesundheitserziehung deutlich.

³ Auf einer Meta-Ebene setzen sich einige Sportpädagogen mit einer weiteren Ausdifferenzierung der subjektivierenden Position der Gesundheitserziehung im und durch Sport auseinander. So beleuchtet beispielsweise Prohl (1999) die kritische Funktion der Bildungstheorie in der sportpädagogischen Gesundheitsdiskussion und auch Beckers et al. (1986) sowie Kolb & Thiele (1994) liefern weitergehende Überlegungen zur Gesundheitsbildung.

Eine Weiterentwicklung der Diskussion um die gesundheitserzieherischen Möglichkeiten des (Schul-) Sports stellen Ansätze dar, die versuchen, die beiden zuvor dargestellten konkurrierenden Positionen miteinander zu verbinden und auch in der Praxis umzusetzen (vgl. z.B. Wydra, 1996). In eine ähnliche Richtung geht auch der Ansatz „Fitnessstraining als Gesundheitstraining“ von Tiemann (1997).

Vielversprechend sind in diesem Zusammenhang auch Anstrengungen, die versuchen, verstärkt theoretische Ansätze wie das Salutogenese-Modell (Antonovsky, 1987), das Anforderungs-Ressourcen-Konzept (Becker, Bös & Woll, 1994), das Lebensstil-Konzept oder die Diätetik (Balz, 1995) als Grundlage für die Einordnung gesundheitlicher Potenziale von sportlicher Aktivität und für die Begründung konkreter Empfehlungen für eine gesundheitsorientierte Gestaltung im Sportunterricht nachvollziehbar zu machen.

Insbesondere im Salutogenese-Modell und im Anforderungs-Ressourcen-Modell ist eine konzeptionelle Verknüpfung der objektivierenden und subjektivierenden Position der gesundheitlichen Potenziale von sportlicher Aktivität möglich (vgl. hierzu Woll, 1996; Bös et al., 1992; Brinkhoff, 1998; Brodtmann, 1998). Brodtmann (1998) zeigt dabei auch Ansätze für eine praktische Umsetzung im (Schul-)Sport auf. Mit einem eigenen Vorschlag eines „akzentuierten Sportunterrichts“ (vgl. Bös, Opper & Woll, 2002) wird ebenfalls für einen Brückenschlag zwischen den zuvor dargestellten konträren Positionen eines subjekt- und trainingsorientierten Ansatzes plädiert.

Noch zu wenig Beachtung in den sportpädagogischen Überlegungen zur Gestaltung von „gesundheitsorientiertem Sport“ finden zur Zeit die Theorien des Gesundheitsverhaltens (vgl. im Überblick Pahmeier, 1994; Fuchs, 1996; Wagner, 2000). Den Erkenntnissen über die Aufnahme, die Aufrechterhaltung bzw. den Ausstieg aus sportlicher Aktivität kommt insbesondere unter der Perspektive Gesundheitserziehung in der Praxis wachsende Bedeutung zu.

3.3 Schule als lernende Institution – Modelle der „Bewegten Schule“

In der aktuellen schulpädagogischen Diskussion um Schulreformen rückt Schule als lernende Institution zunehmend in den Mittelpunkt von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Im Zentrum dieser Reformbemühungen steht die Forderung, Kinder so anzunehmen, wie sie sind, sie nach ihren Möglichkeiten individuell und gemeinsam zu fördern sowie die Schule als gemeinsamen Lebens-, Lern- und Erfahrungsort von Kindern und den sie begleitenden Erwachsenen zu verstehen.⁴ Die Bemühungen konzentrieren sich dabei sowohl auf innere als auch auf äußere Reformen, die sich gegenseitig bedingen und voneinander abhängen (vgl. Hildebrandt-Stramann, 1999, S. 7). Übertragen auf die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung bedeutet dies, dass sowohl der Sportunterricht als auch das System Schule – als gesundheitsfördernde Schule - betrachtet werden. Diesem Systemansatz der „gesunden Schule“ (vgl. auch Paulus, 1999) tragen Modelle der „bewegten Schule“, wie sie unten angeführt werden, Rechnung. Im Rahmen der schulischen Entwicklungsprozesse ist dieses Thema – vor allem im Primarstufenbereich – in den letzten Jahren sehr attraktiv in den schulischen Alltag umgesetzt worden (vgl. Balz, Kössler & Neumann, 2001). Dies schlägt sich in einer ganzen Vielfalt von Modellen nieder.

⁴ In diesem Verständnis von Schule werden viele Gemeinsamkeiten mit der zuvor vorgestellten WHO-Definition von Gesundheitsförderung deutlich.

Ein Ausschnitt aus diesem Spektrum wird durch die nachfolgende Übersicht von Arbeiten zur „bewegten Schule“ veranschaulicht. Die Tabelle bezieht sich auf eigene Vorarbeiten (vgl. Schmidt, Woll & Bös, 1995) sowie auf zusammenfassende Übersichtsdarstellungen von Müller (1999), Kössler (1999), Thiel, Teubert & Kleindienst-Cachay (2002) und Engelhart (2002).

Tab. 4: Modelle der „Bewegten Schule“

Autor	Titel	Inhalte
Fachdidaktische Entwürfe		
Aschebrock (1997)	<i>Bewegungsfreudige Schule</i>	Tägliche Bewegungserziehung, eigene Schulprogramme
Dannemann (1997)	<i>Schule als Bewegungsraum</i>	Bewegung als Unterrichtsprinzip, Bewegtes Schulleben, aktives Sitzen und aktive Pausen
Ehni (1997)	<i>Kindliches Bewegungsleben und schulische Bewegungserziehung</i>	Lernen mit allen Sinnen, Bewegung im Unterricht, bewegte Pause und pädagogische Zwischenräume, Partielle Aufhebung der Fächerung
Funke-Wienecke (1997)	<i>Vom Sitzraum zum Bewegungsraum</i>	Vom Sitzraum zum Bewegungsraum, Optimierung der innerschulischen Ausgleichs- und Erholungsfunktion
Hildebrandt (1996)	<i>Bewegungsfreundliche Schule</i>	Psychomotorische Arbeitsweise, mobile Unterrichtsorganisation, ganzheitliches Lernen, anregende Bewegungsräume
Illi (1995)	<i>Bewegte Schule</i>	Bewegtes Lernen, bewegtes Sitzen, bewegtes Schulmobiliar, wohnliche Schulzimmergestaltung, mentale Entspannung, Entlastungsbewegungen, wahrnehmungsbezogener Sportunterricht, bewegte Pause
Klupsch-Sahlmann (1997)	<i>Bewegte Schule</i>	Haus der „bewegten Schule“ (acht Elemente: Klassenraum –

Autor	Titel	Inhalte
		Bewegungsraum, Bewegungspause, Bewegungschancen in den Pausen, Stille im Unterricht, außerunterrichtliche Angebote, Sport- und Bewegungsunterricht, Beteiligung aller Akteure, Themenbezogenes Bewegen im Unterricht)
Laging (1997)	<i>Bewegte Schulkultur</i>	Schulhof als Bewegungs- und Erholungsgelände, Sportkulturfeste, Toberaum, bewegtes (ganzheitliches) Lernen, Schulsport als bewegte Schulkultur
Pühse (1995)	<i>Bewegte Schule – eine bewegungspädagogische Perspektive</i>	Vgl. Illi, Abgrenzung von Sportunterricht und bewegter Schule
Zimmer (1996)	<i>Schule in Bewegung bringen</i>	Bewegung als fächerübergreifendes Lernprinzip, Sport als Unterrichtsfach mit vielfältigen Bewegungserfahrungen, freie Arbeit im Sportunterricht, Bewegungspausen, spezielle Förderungsmaßnahmen, Bewegung und Sport als Teil des Schullebens

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Projekte in den 80er Jahren		
Gärtner, Moritz & Sikora (1986)	<i>Greifswalder Schulversuch</i>	Auflockerungsminuten
Seidel (1989)	<i>Straußberger Modell</i>	Auflockerungsminuten, individuelle Bewegungszeit
Wasmund-Bodenstedt (1984)	<i>Tägliche Bewegungszeit</i>	Tägliche Bewegungszeit
Miedzinski (1993)	<i>Bewegungsbaustelle ab 1980/81</i>	Bewegungsraum Schule

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Zimmer (1981)	<i>Motorik- und Persönlichkeitsentwicklung</i>	Bedeutungsaspekte u.a.

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Projekte in den 90er Jahren		
Arbeitsgruppe „Berlin bewegt“ (1998)	<i>„Berlin bewegt“</i>	Beratung bei der Schulhofgestaltung, Studien- und Informationstage, Infothek
Arbeitsgruppe Bewegung bewegte (1992)	<i>Bewegungsweiser Bewegter Unterricht</i>	Bewegtes Lernen
Arnold et al. (1994)	<i>Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen 1992-1997</i>	Schulklima, gesunde Lebensweise
Bayerische Staatsministerien für Kultus, Wissenschaft und Kunst (o. J.)	<i>Bewegung macht Schule – Fetzi macht fit, Bewegte Grundschule</i>	Anleitungsmaterial u.a.
Beckmann & Ungerer-Röhrich (1996)	<i>„Mehr Bewegung in die Schule“</i>	Bewegtes Lernen, Bewegungs- und Entspannungsübungen, Bewegtes Sitzen, Bewegte Pausengestaltung
Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (o. J.)	<i>Aktive Pause</i>	Aktive Pausengestaltung mit vielfältigen Materialien
Bös & Obst (1997)	<i>Akzeptanz und Wirkung zusätzlicher Sportstunden in der Grundschule 1993/94-1997/98</i>	Rolle des Sportunterrichts
Breithecker (1995; 1998)	<i>Erkundungsstudie zur Effizienz des „Bewegten Unterrichtes“ 1993-1994</i>	Sitzhaltung
Bundesministerium für Unterricht und Kunst Österreich (1994)	<i>Gesund & Munter, Klug & Fit</i>	Bewegte Pause, Bewegte Freizeit
Gemeindeunfallversicherungsverband –GUVV– (1997)	<i>„Bewegungsfreudige Schule“</i>	Praxisorientierte Anregungen und Hilfen für Lehrkräfte
Hamburger Forum Spielräume (1998)	<i>„Bewegt unterrichten in einer Schule in Bewegung“</i>	Körper als Lernmedium fächerübergreifenden, gesundheitsfördernden Lernens

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Hamburger Forum Spielräume (1998)	„Das Schulkinderprojekt – Kindern Raum lassen“	Entwicklung eines Förderprogramms für „auffällige“ Kinder zum Übergang vom Kindergarten in die Grundschule
Hamburger Forum Spielräume (1998)	„Schul- und Jugendarbeit verbinden“	Gezieltes Beleben des Schulgeländes Kooperation von Schule und Jugendarbeit
Hamburger Forum Spielräume / Universität Hamburg (1997)	„Schule in Bewegung“	Bewegungsförderung, Gesundheitsförderung, Umwelterziehung, Soziales Lernen
Hildebrandt-Stramann (1996, 1998a; 1998b)	„Bewegungsfreundliche Liobaschule“, „Bewegte Schule – Gesunde Schule“	Entwicklung einer bewegten Schulkultur durch Umsetzung einzelner Strukturmerkmale
Holleder & Bölcskei (1999; 2000)	„Klasse2000“	Schule zum Wohlfühlen, Kooperation mit „Gesundheitsförderern“
Illi (1995)	Bewegte Schule (Schweiz)	Dynamische Sitzen
Kindermann & Wieske (1999)	„Mehr Bewegung in die Schule!“ – Pädagogische Begründung der Konzeption „Bewegte Schule“	Empirische Überprüfung der Umsetzung der „Bewegten Schule“ an ausgewählten Schulen der Stadt Bielefeld
Knappe, Ilg et al. (1995)	Gesundheitswochen	Projekte Zusammenarbeit mit Eltern, gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit
Kössler (1999); Regensburger Projektgruppe (1999)	Bewegte Schule – Anspruch und Wirklichkeit	Qualitative Untersuchung zur Umsetzung ausgewählter „Bausteine“ der „Bewegten Schule“! an ausgewählten Schulen und Schulformen
Kottmann, Küpper & Pack (1997)	Bewegungsfreudige Schule	Kriterienkatalog
Kultusministerium des Landes Niedersachsen (1998)	Bewegte Schule	Ganzheitliches Lernen fördern, Schulleben gestalten, Schulentwicklung unterstützen

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (1996), Projektgruppe Dortmund (1995), Projektgruppe Borken (1995), Team Viersen (1994)	Bewegungsfreudige Schule	Integration von Bewegung in die Schule
Kunz (o. J.)	Bewegungsförderung in der Grundschule	Unfallgeschehen
Landau & Sobczyk (1997)	„Mobiler Klassenraum“	Unterrichtsinzenierungen mit mobilem Mobiliar
Landeszentrale für Aufklärung Rheinland-Pfalz (1997)	Bewegte Schule zieht Kreise	Lehrerfortbildungen
Miedzinski (1996), Hamburger Forum Spielräume (1998)	„Die Bewegungsbaustelle“	Schaffung großräumiger Bewegungserfahrungen mit Hilfe von Materialien wie LKW-Schläuchen, Brettern, ...
Ministerium der deutschsprachigen Gemeinschaft (Belgien)	Bewegungs-Fundament des Lernens	Auflockerungsminuten u.a.
Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (o. J.)	Sport- und Bewegungsfreudige Schule	Bewegung als Schul- und Unterrichtsprinzip, Lehrerfortbildungen u.a.
Müller (1997)	„Bewegte Grundschule“	Bewegungsaktivitäten im Schulalltag
Petillon & Flohr (1995)	Lern- und Spielschule	Soziale Verhaltensweise
Pettenpaul (2000)	Umsetzung der pädagogischen Konzeption „Bewegte Schule“	Flächendeckende qualitative Überprüfung der Realisation der „Bewegten Schule“ in der Stadt Porta Westfalica
Quentin & Kobusch (1996)	Gesundheitsförderung in und mit Schulen (GimS)	Gestaltung des Arbeitsplatzes „Schule“, Kooperation mit schulexternen Institutionen
Rühl (2002)	„Schule 2000“	Ganzheitlicher Ansatz von Gesundheit und Bewegung
Sachs-Amid (1993)	Erlanger Modellprojekt, „S`Wirbala“ 1993-1994	Haltungskompetenz
Samaras, Schlicht & Volck (1998)	„Dynamisches Sitzen“	Dynamisches Sitzen auf dem Sitzball

Autor	Konzept/ Projekt	Inhalte
Schmerbitz et al. (1992)	<i>Konzeption und Curriculumbausteine des Erfahrungsbereichs Körpererziehung, Sport und Spiel an der Laborschule</i>	Erfahrungslernen
Schrenk & Flockerzie (1996; 1997)	„Bewegte Schule“	Praxisorientierte Anregungen und Hilfen für Lehrkräfte
Zimmer (1996b)	„Motorik und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern: eine empirische Studie zur Bedeutung der Bewegung für die kindliche Entwicklung“	Zusätzliches Bewegungsangebot (tägl. 20 min., 2 x 45 min. pro Woche)

Diese mit Sicherheit unvollständige Übersicht über die verschiedenen Ansätze der „bewegten Schule“ macht deutlich, wie vielfältig die Versuche in der Praxis sind. Die konzeptionellen Vorstellungen differieren ebenfalls sehr stark voneinander, auch wenn sämtliche Arbeiten im Grunde auf einer Krisendiagnose der kindlichen Bewegungswelt aufbauen. Die Vielfalt der Ansätze einer „Bewegten Schule“ verdeutlicht, dass die Ansätze konzeptionell immer sehr heterogen sind. Es mangelt an koordinierten, theoriegeleiteten Konzeptentwürfen. Im Folgenden wird ein Vorschlag zur Kategorisierung der verschiedenen Modelle aufgrund ihrer Zielsetzung entwickelt.

Als Klassifikationsmöglichkeit der verschiedenen Projekte der „bewegten Schule“ bietet sich, in Anlehnung an Lohaus (1993, S. 75), die Unterscheidung in Maßnahmen zur Förderung von Aktivität auf der Handlungsebene (im Unterricht und spezifisch im Sportunterricht) sowie auf der unmittelbaren Einflussebene (pädagogisch und strukturell bzw. infrastrukturell) an. Die zuvor dargestellten Projekte der „Bewegten Schule“ lassen sich dabei in die verschiedenen Kategorien, die Lohaus in seinem Modell differenziert hat, einordnen.

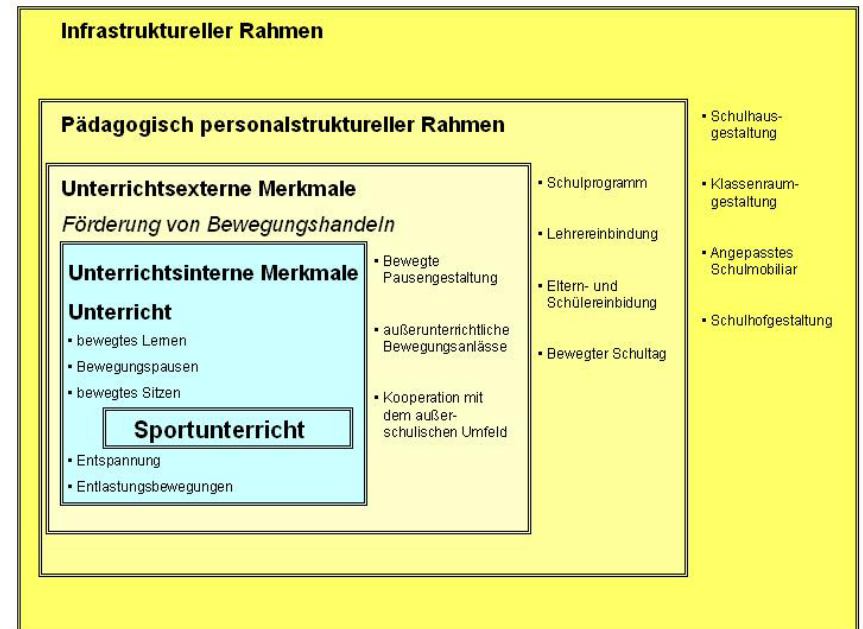


Abb. 11: Klassifikation der Ansätze einer „Bewegten Schule“ (in Anlehnung an Lohaus, 1993)

Der oben dargestellte Ansatz macht deutlich, dass es zur effektiven Förderung gesundheitsbezogener sportlicher Aktivität in der Schule neben verhaltensorientierten Ansätzen jedoch auch einer Veränderung der Rahmenbedingungen bedarf. So sollten beispielsweise im Handlungsfeld Schule strukturelle Maßnahmen zur Beeinflussung der Bewegungsmöglichkeiten, etwa bewegungsfreundliche Schulhöfe, erwogen werden. Somit geht die Gesundheitserziehung im und durch Sport dann auf im umfassenderen Begriff der Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport. Dieser bezieht neben den sportpädagogischen Interventionskonzepten auch die infrastrukturellen Voraussetzungen für sportliche Aktivität mit ein (vgl. ausführlich Rütten, 1998).

Bei einer Bewertung der aktuellen Situation von Modellen zur „Bewegten Schule“ kommt Kössler (1999) zu dem Schluss, dass sowohl auf der Ebene der theoretischen Begründung und Fundierung der Interventionen als auch auf der Ebene der Evaluation der verschiedenen Maßnahmen im Hinblick auf ihre Akzeptanz und Effizienz noch enorme Defizite bestehen. Einen Überblick über aktuelle Evaluationsprojekte der „Bewegten Schule“ findet sich auch bei Obst (2001). In diesem Überblick wird deutlich, dass zwar erste vielversprechende Ansätze zur Evaluation von Programmen vorhanden sind (z.B. Müller, 1999). Bei den wenigen Evaluationsstudien werden jedoch zumeist Kriterien auf der individuellen Ebene, wie die Veränderung des motorischen Leistungsniveaus betrachtet (vgl. Obst, 2001). Merkmale der überindividuellen Ebene, wie Schulklima, bewegungsfördernde Strukturen oder gar die Wechselwirkungen zwischen der individuellen und überindividuellen Faktoren werden dabei häufig vernachlässigt.

Dies liegt nicht zuletzt auch an den Schwierigkeiten mit denen sich die Evaluations-Forschung im schulischen Umfeld auseinandersetzen muss (vgl. hierzu ausführlich Lohaus, 1993).

3.4 Konsequenzen

Für den Bereich der sportpädagogischen Umsetzung von Sportunterricht bildet die Zielkategorie „Gesundheit“ eine zentrale Begründung. Die Zielperspektive „Verminderung von gesundheitlichen Risikofaktoren“ durch sportliche Aktivität, wie sie sich im Trainingskonzept der schulischen Gesundheitserziehung ausdrückt, wurde in den letzten Jahrzehnten um die Perspektive „Stärkung psycho-sozialer Ressourcen“ (z.B. Körpergefühl, körperliche Kompetenzerwartungen, Handlungs- und Effektwissen), die ihren Ausdruck im Körpererfahrungskonzept findet, erweitert. Ein weiteres, insbesondere für die Sportpädagogik bedeutendes Ziel ist der Aufbau von möglichst lebenslanger Bindung an sportliche Aktivität.

Diese Erweiterung der Perspektiven überwindet den zuvor dargestellten Gegensatz zwischen einer objekt- und subjektorientierten Sichtweise der Gesundheitserziehung im Sportunterricht. Bei der Überprüfung der Qualität von Sportunterricht im Hinblick auf eine umfassende Gesundheitsförderung gilt es neben Fragen der bio-psycho-sozialen Effektivität auch Fragen nach der Akzeptanz und der Bindung an sportliche Aktivität einzubeziehen. Dies setzt entsprechende Evaluationsmethoden voraus (vgl. im Überblick Bös, 2000). Darüber hinaus bedarf es auf einer grundlagenorientierten Ebene umfangreicher empirischer Studien, die sich intensiv mit dem Bewegungsverhalten, dem Fitness- und Gesundheitszustand und deren Veränderung im Zeitverlauf beschäftigen, um einen abgesicherten Beitrag zur immer noch umstrittenen Relevanz des Themas im Kindes- und Jugendalter beisteuern zu können (vgl. hierzu auch Thiele, 1999).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Bereich der Gesundheitsförderung durch Maßnahmen der „Bewegten Schule“ sehr vielfältige Ansätze in der Praxis umgesetzt werden. Deren Qualität im Hinblick auf die individuellen Verhaltensänderungen bzw. Veränderungen von gesundheitsrelevanten Strukturen ist bislang noch nicht ausreichend nachgewiesen. Es fehlen sowohl Evaluationsstudien als auch Dokumentationen, welche die Bedingungen und Probleme bei der Umsetzung einer „bewegten Schule“ herausarbeiten.

Für den Bereich der Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der sozialen Institution Schule ergeben sich zwei zentrale Zielstellungen. Zum einen müssen die den Konzepten der „bewegten Schule“ zugrundeliegenden theoretischen Vorstellungen genauer begründet werden – hier bieten sich Modelle aus der Organisationssoziologie bzw. der Schulentwicklungsforschung an. Zum anderen bedarf es Evaluationsstudien, die sich sowohl auf den Prozess der Umsetzung als auch auf die Frage der Wirkungen im Hinblick auf die Akzeptanz und Effektivität der Maßnahmen beziehen. Eine solche Studie zur Evaluation von 300 Grundschulen in Baden-Württemberg mit sport- und bewegungserzieherischem Schwerpunkt wird derzeit durchgeführt (vgl. Woll, 2002).