

# Gesundheitsförderung in der Schule und im Sachunterricht als Beitrag zur schulischen Inklusion<sup>1</sup>

**Abstract:** Der Beitrag thematisiert die Aufgabe der Erhaltung und Förderung des Kindeswohls als eine zentrale Aufgabe von Schule, welche der Autor aus inklusionsdidaktischer Perspektive und aus Perspektive inklusiver Schulentwicklungsprozesse zu verwirklichen sieht. Es werden Überlegungen angestellt, inwieweit die Ausgestaltung des Systems Schule die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhält oder gefährdet. Der Index für Inklusion wird als Instrument für Schulentwicklungsprozesse zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Schule dargestellt und in diesem Zusammenhang die besondere Rolle respektive Chance des Faches Sachunterricht skizziert.

**Stichworte:** Sachunterricht, Gesundheitsförderung, Kindeswohl, Menschenrechte, Inklusion, Schulentwicklung, Index für Inklusion

## Inhaltsverzeichnis:

1. Gesundheit – (k)ein eindeutiger Begriff?
  - 1.1. Zum Gesundheitsverständnis in diesem Beitrag
2. Zum Paradigma der Gesundheitsförderung: Perspektivenerweiterung und Sensibilisierung
  - 2.1 Konsequenzen des skizzierten Verständnisses von Gesundheitsförderung
3. Grundlagen, Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten schulischer Gesundheitsförderung
  - 3.1 Das schultheoretische Fundament der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung
  - 3.2 Das Menschenrecht auf Gesundheit(sförderung) im Kontext unseres Schulwesens
  - 3.3 Schule – Risiko- oder Schutzfaktor für kindliche Gesundheit?
    - 3.3.1 Die Gefährdung des Kindeswohls in Schule – ein systemisch-kritischer Exkurs
4. Gesundheitsförderung durch den Index für Inklusion?
  - 4.1 Was Inklusion (nicht) ist
  - 4.2 Was ist der Index für Inklusion?
  - 4.3 Gesundheitsförderung mithilfe des Index für Inklusion?
5. Gesundheitsförderung als Aufgabe inklusiven Sachunterrichts?
  - 5.1 Aktuelle sachunterrichtliche Perspektiven auf Fragen der Gesundheit(sförderung)
  - 5.2 Besondere Chancen des Sachunterrichts grundlegende Beiträge zur Gesundheitsförderung und Inklusion zu leisten
6. Zusammenfassung und Fazit

## 1. Gesundheit – (k)ein eindeutiger Begriff?

Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht gilt als pädagogische Bezugsgröße (Wildt 1997a) und Ausgangspunkt für Gesundheitsförderung als Element nachhaltiger Schulentwicklungsprozesse (vgl. KMK 2012). Das subjektive Gesundheitsverständnis und -erleben von Akteur\_innen wirkt sowohl im Alltag als auch in professionellen Kontexten wie dem System Schule maßgeblich handlungsleitend (vgl. Eriksson 2001). Das heißt, das konkrete Verständnis von Gesundheit bestimmt letztlich, wie Gesundheit in den Blick genommen, was als gesund oder krank befunden wird. Da Gesundheit und Krankheit „nicht nur „Zustände“ des menschlichen Individuums, betrachtet auf der Ebene der Persönlichkeit und des Organismus“ sind, sondern auch „in der sozialen Struktur der Gesellschaft gewertet und institutionell anerkannt werden“ (Köhnlein 2012: 507), gilt gleiches ebenso für gesellschaftliche Institutionen, von denen im Rahmen dieses Beitrages die (Grund-)Schule näher betrachtet wird.

Da das Verständnis von Gesundheit handlungsleitend wirkt und sich somit auf Maßnahmen zur Erhaltung oder Veränderung des Status Quo zum Zwecke der Gesunderhaltung auswirkt, ist die Klärung des eigenen (alltäglichen, professionellen oder institutionellen) Verständnisses von Gesundheit von grundlegender Bedeutung<sup>2</sup>. Diesbezüglich sei hier beispielhaft auf Herlinde Steinbachs (2004: 94ff.) sowie die Auseinandersetzungen von Jürgen Raithel, Bernd Dollinger

<sup>1</sup> Dieser Beitrag basiert auf dem gemeinsamen von Robert Kruschel und mir für die Zeitschrift für Inklusion Online (Ausgabe Nr. 2/2013) verfassten Beitrag „Gesundheitsförderung mithilfe des Index für Inklusion?“, welcher für Widerstreit-Sachunterricht von mir überarbeitet und erweitert wurde. Für inhaltliche und redaktionelle Anregungen sowie Hilfe bei der Erstellung des Manuskriptes danke ich meiner Frau Jaqueline Simon.

<sup>2</sup> Zu alltäglichen Gesundheitsverständnissen siehe bspw. Wildt (1997: 42ff.).

und Georg Hörmann (2009, in Anlehnung an Wulforst 2002) zum Gesundheitsbegriff und dessen möglicher (Be-) Deutung verwiesen. Letztere identifizieren drei grundlegende Verständnisse von Gesundheit:

*Erstens* das Verständnis von Gesundheit als Abgrenzungsbegriff bzw. -konzept, welches auf dem *biomedizinischen Paradigma* fußt. Gesundheit ist hier „eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft“ und wird „als „Abwesenheit von Krankheit“ oder „Noch-nicht-Krankheit“ beschrieben (Definitionsmonopol der Medizin).“ (Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 233f.) Dieses Gesundheitsverständnis hat sich als linear, statisch und insofern als simplifizierend erwiesen, als dass ein stets existenter Ursache-Wirkungs-Zusammenhang suggeriert wird, der auf einem Entweder-Oder-Prinzip beruht. Ferner ignoriert es subjektive Theorien von Gesundheit bzw. Krankheit und dichotomisiert das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zu Polen deutlich und eindeutig abgrenzbarer Zustände (vgl. Homfeldt 2006: 315). Wider die Vernachlässigung subjektiven Erlebens und Erleidens von Gesundheit und Krankheit wurde das Definitionsmonopol der Medizin in den letzten dreißig Jahren zunehmend infrage gestellt (vgl. ebd.: 314f.).

Das *soziologische* Gesundheitsverständnis lässt Gesundheit als Funktion bzw. das Funktionieren sozialer Akteur\_innen erscheinen (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 234), indem Gesundheit als „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit des Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben“ (Parsons 1967: 71) definiert wird. Die Reduktion von Gesundheit auf systemspezifische Leistungsfähigkeit und Funktionalität geht mit der Gefahr des Ausblendens subjektiver Empfindungen der Akteur\_innen einher. Zur Explikation sei exemplarisch auf Ergebnisse der Ländervergleichsstudie von Stanat u.a. (2012) sowie der Studie zum kindlichen Wohlbefinden und zur gesellschaftlichen Teilhabe von Kindern von Bertram, Kohl und Rösler (2011) hingewiesen. Während beispielsweise Schüler\_innen der Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt im Lesen und in Mathematik „Kompetenzstände [...] oberhalb des deutschen Mittelwerts“ erreichen (Böhme/Haag 2012: 128), was ein Hinweis auf gegebene Funktionalität im System ist, sieht es um das subjektive Wohlbefinden der Schüler\_innen der beiden Länder deutlich weniger positiv aus. Der Wert für den Anteil der Schüler\_innen, die sich krank fühlen, liegt in beiden Ländern im Bundesvergleich etwa im oberen Drittel (vgl. Bertram/Kohl/Rösler 2011: 88). Die Ergebnisse beider Studien weisen auf den Widerspruch zwischen soziologischem Gesundheitsbegriff und dem subjektiven Gesundheitserleben der Akteur\_innen hin. Mit *ausschließlichem* Blick auf die Funktionalität im System laufen letztere Gefahr außer Acht gelassen zu werden.

Weit verbreitet ist das Verständnis von Gesundheit als *höchstes, erstrebenswertes Gut* (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 234). Es geht mit der latenten Gefahr eines Absolutheitsanspruches einher, der individuelle Entscheidungen und Entwicklungen negiert oder einer Normierung unterzieht. Dieses normative Gesundheitsverständnis spiegelt sich zum Beispiel in der Gesundheitsdefinition der WHO (1946) wider, in der Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946: 1) definiert wurde. Obgleich diese Begriffsfassung von Gesundheit die bio-psycho-soziale Einheit des Menschen impliziert, ist sie durch eine äußerst statische Auffassung von Gesundheit als anzustrebende Idealnorm charakterisiert (vgl. Giest/Hintze 2007, Köhnlein 2012: 508). Da aus dem Verständnis von Gesundheit als absolutem Richtwert unter anderem „Ansätze zu einem „Gesundheitszwang“ legitimiert werden könnten“ (Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 234, vgl. auch Hörmann 2013: 42), wendete sich die WHO mit der Ottawa-Charta vom Gesundheitsbegriff als (Ideal-)Zustand ab und leitete eine Sensibilisierung für die Bedeutung der Lebenswelt(en) eines Menschen ein (vgl. Bürgisser 2008: 72). „Die unbestreitbare Errungenschaft dieser Definition [der WHO 1946] besteht [nichtsdestotrotz, d. A.] in der Ausweitung des Gesundheitsbegriffes auf die soziale Dimension“ (Giest/Hintze 2007: 11).

### **Zum Gesundheitsverständnis in diesem Beitrag**

Wenn Gesundheit als Recht eines jeden Menschen verstanden (vgl. auch Köhnlein 2012, Marchwacka 2013) und eingefordert wird, so ist dies mit der notwendigen Balance zwischen der Anerkennung von Individualität und der Orientierung an der Norm einer gesunden Lebensweise verbunden. Die Auseinandersetzung mit und die Beachtung von subjektiven Verständnissen und subjektivem Erleben von Gesundheit und Krankheit (vgl. Hurrelmann/Palientien 1997, Eriksson 2001, Giest/Hintze 2007) sind für nachhaltige Maßnahmen der Gesundheitsförderung unabdingbar. Aus rein pädagogischer bzw. (sach-)unterrichtlicher Perspektive sind sie von zentraler Bedeutung, da sie wichtige Einblicke in das individuelle Gesundheitsverständnis von Schüler\_innen ermöglichen, die didaktisch bedeutsam sind und Differenzierungen wissenschaftlich-theoretischer Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit zulassen (vgl. Flick u. a. 2004, vgl. auch Marchwacka 2013, die auf schulformspezifische Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit hinweist). Zudem spiegeln sich in individuellen Vorstellungen von Gesundheit immer auch gesamtgesellschaftliche sowie milieuspezifische Vorstellungen von Gesundheit wider, was makroperspektivisch auf die Kulturrelativität und mikroperspektivisch auf die Lebensstilrelativität vom Gesundheitsverständnis hinweist. Die Sensibilität für mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sind ferner aus Perspektive inklusiver Pädagogik von besonderer Bedeutung und somit auch maßgeblich für Konzeptionen inklusiven Sachunterrichts (vgl. die Beachtung des universellen, kollektiven und individuellen Blicks im Rahmen der didaktischen Strukturierung nach Seitz 2005: 173).

Die Verwendung und inhaltliche Bestimmung des Gesundheitsbegriffes kann je nach zugrundeliegenden Orientierungen differieren und bedarf zum Zwecke der Vermeidung eines Ego- und Ethnozentrismus einer reflexiven (Selbst)Kritik. Was Gesundheit für den/die einzelne/n Akteur\_in ist, lässt sich nicht absolut definieren. Für die weiteren Ausführungen ergibt sich aus diesen Überlegungen allem voran die Notwendigkeit und Bedeutsamkeit der konsequen-

ten Achtung subjektiver Perspektiven auf Gesundheit. Daran gebunden ist die Frage, inwiefern das Gesundheit- respektive Krankheits-Empfinden von Schüler\_innen als Bewältigung oder Scheitern an den Anforderungen des Systems Schule gedeutet werden kann. Die Verflechtung von Schulkindern in gesellschaftliche Strukturen und sich daraus ergebende Konsequenzen für die Gesundheit werden nachfolgend im Spannungsfeld zwischen einem soziologischen Gesundheitsverständnis der funktionalen Rollenerfüllung (Parsons 1967, Raithel/Dollinger/Hörmann 2009) und dem Verständnis von Gesundheit als subjektives, dynamisches Konzept thematisiert.

## 2. Zum Paradigma der Gesundheitsförderung: Perspektivenerweiterung und Sensibilisierung

Das ursprünglich gesundheitspolitische Anliegen der Gesundheitsförderung, das von außerschulischen Interessengruppen auch in das System Schule eingebracht wurde (Bürgisser 2008: 75), ist neben Gesundheitserziehung, -bildung, -beratung und -aufklärung eines von mehreren gesundheitspädagogischen Konzepten inklusive entsprechender Aufgaben und Handlungsfelder (vgl. Hörmann 2011: 608ff., Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 234f.).

Gesundheitsförderung als „Vermittlungsstrategie zwischen Mensch und Umwelt zur Synthesefindung zwischen persönlicher Entscheidung und sozialer Verantwortlichkeit mit dem Ziel der aktiven Gestaltung einer gesünderen Zukunft“ (Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 235) grenzt sich vom Konzept der *Gesundheitserziehung* deutlich ab. Letzteres verfolgt(e) den Anspruch durch Wissensvermittlung und abschreckende Negativbeispiele unmittelbaren Einfluss auf die Einstellungen und das Verhalten von Akteur\_innen zu nehmen. Mit dem Paradigmenwechsel „von der individuumszentrierten Krankheitsheilung zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung [...], der eine gesellschaftspolitische Verantwortung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen einschloss“ (Schmidt/Kolip 2007: 9), vollzog sich eine konzeptionelle Emanzipation einerseits vom biomedizinischen Gesundheitsverständnis und andererseits vom Ansatz der Gesundheitserziehung. Das Paradigma der Gesundheitsförderung regt eine ganzheitliche Betrachtung des Individuums sowie eine erhöhte Sensibilität für soziale Ursachen von Gesundheit und Krankheit an (vgl. Paulus 2010: 11ff.). Individuelles Verhalten, kollektive Orientierungen und Verhaltensweisen sowie die Umwelt(en) eines Menschen, zu denen Institutionen – wie im Falle von Kindern und Jugendlichen die Schule – gehören, werden gleichermaßen als potenziell gesundheitsförderlich oder -gefährdend wahrgenommen und im Rahmen dynamischer Konzepte wie dem der Resilienz (Werner 1971, Werner/Smith 1982) sowie der Salutogenese (Antonovsky 1979, 1987) hinsichtlich der Frage, was Menschen gesund bleiben lässt, analysiert (vgl. auch Hörmann 2013: 37f.). Moderne Gesundheitsförderung versteht sich gegenwärtig als interdisziplinär organisierter Setting-Ansatz, der sich an der Lebenswelt der Akteur\_innen orientiert und diskriminierungssensibel ist (vgl. Marchwacka 2013). Er verbindet „verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Maßnahmen miteinander“ und „zielt darauf ab, Schulen als gesunde Lebenswelten zu gestalten, die nicht durch be-, sondern durch entlastende Interaktionen gekennzeichnet sind.“ (Matern 2013: 192f.)

### Konsequenzen des skizzierten Verständnisses von Gesundheitsförderung

Innerhalb der letzten dreißig Jahre haben sich das Verständnis von Gesundheit sowie das Verhältnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Schule deutlich verändert (vgl. Bürgisser 2008: 72). Mit dem Paradigmenwechsel zur Gesundheitsförderung wird der Wechsel von „einem normierend-disziplinierenden zu einem explizit demokratisch-emanzipatorischen Konzept, zu Partizipation und Empowerment“ beschrieben (Paulus 2010: 13). Vom oben skizzierten Verständnis von Gesundheitsförderung – welches die Überwindung der Perspektive der (ausschließlich) individuellen Verursachung von Gesundheit oder Krankheit widerspiegelt – sind nachfolgend vor allem die Aspekte der Fokussierung auf Verhältnisse, also möglicher sozialer Ursachen von Gesundheit bzw. Krankheit sowie der Schaffung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher (Schul)Umwelten von besonderer Bedeutung. Damit geht es um die Verflechtung von Akteur\_innen in Systemen und stattfindende Wechselwirkungen, welche im weiteren Verlauf für den Kontext Schule teilweise analysiert werden. Zu den in Schule relevanten Verhältnissen gehören auf der einen Seite Bedingungen wie die Gestaltung von Schulräumen und die Organisation von Unterricht und Tagesabläufen u. a. (vgl. Quentin 1997: 75). Auf der anderen Seite gehören Sozialstrukturen zu in Schule bedeutsamen Verhältnissen, die sich auf Interaktionen, also die Art des Umgangs der Akteur\_innen miteinander und das Schulklima auswirken. Der systemische Fokus in diesem Beitrag blendet individuelle Verantwortungen von Gesundheit und Krankheit nicht aus – i. S. der Achtung der Autonomie von Lebensentwürfen sogar ganz im Gegenteil –, diese werden allerdings auch nicht zum *alleinigen* Dreh- und Angelpunkt gesundheitspädagogischer Überlegungen gemacht.

## 3. Grundlagen, Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten schulischer Gesundheitsförderung

Die Frage, inwiefern Schule zur Erhaltung (oder Gefährdung) der Gesundheit von Schüler\_innen beiträgt, ergibt sich aus dem oben skizzierten Verständnis von Gesundheit(sförderung). Sobald „Kinder in der Schule sind, wird ihr Leben und damit auch ihre körperliche und seelische Gesundheit in erheblichem Maße auch von der Schule bestimmt.“ (Edelstein/Bendig/Enderlein 2011: 124)<sup>3</sup> Dies liegt u. a. daran, dass mit Zunahme formeller Leistungsanforderungen in Schu-

<sup>3</sup> Gleichsam ist bei Debatten um Kinderschutz und Kindeswohl derzeit ein Ungleichgewicht zu verzeichnen, da diese „der Tendenz nach einseitig auf die familiäre Situation junger Menschen bezogen“ (ebd.: 117) werden und somit weniger auf das System Schule.

le Risiken verbunden sind, „die zu starken Irritationen in der Persönlichkeitsentwicklung führen und Auslöser für Gesundheitsbeeinträchtigungen sein können“ (Hurrelmann/Palentien 1997: 17). Im Sinne einer Sensibilität für systemische bzw. soziale Einflüsse auf das Wohlbefinden von Akteur\_innen soll nachfolgend gefragt werden, ob, wann und wie Schule mitsamt ihren systemspezifischen Anforderungen als potenzielle Belastung und somit als Risiko oder Schutz für das Kindeswohl verstanden werden kann. Dabei geht es sowohl um das System Schule als Ganzes, als auch um einen kritischen Blick auf die Konzeption einzelner Fächer bis hin zur Praxis einzelner Akteur\_innen in Schule. In diesem Sinne können die nachfolgenden Auseinandersetzungen auch als Anregung zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsverständnis des Sachunterrichts als Disziplin und konkreten sachunterrichtlichen Konzeptionen zur Gesundheitsförderung verstanden werden.

### 3.1 Das schultheoretische Fundament der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung

Nach Meyer (1997: 297ff.) hat Schule als Lern- und Lebensort für Kinder und Jugendliche drei wesentliche Grundfunktionen, zu denen *erstens* die Reproduktion und Weiterentwicklung der Gesellschaft zählt, nach der Schule als gesellschaftsreproduzierende bzw. sie stabilisierende aber auch kritisch-reflexiv weiterentwickelnde Sozialisationsinstanz dient. *Zweitens* obliegt Schule der Auftrag der Persönlichkeitsbildung, d. h. der Freisetzung des Menschen zu sich selbst (Bildungsfunktion von Schule). *Drittens* und *letzten* hat Schule die Aufgabe, Schüler\_innen ein Aufwachsen in Menschlichkeit zu ermöglichen. Entsprechend gilt es Schule als einen humanen Lern- und Lebensort zu verstehen und zu gestalten. Den Begriff der Humanfunktion führte Hilbert Meyer 1997 in die Schultheorie ein und übte damit gleichsam Kritik „an der soziologischen bzw. sozialisationstheoretischen Sichtweise von Schule und Unterricht“, indem er dazu aufforderte, „dass der genuin pädagogische Auftrag von Schule, die Personalisationsfunktion, stärker in den Blick gerückt wird.“ (Esslinger-Hinz/Sliwka 2011: 26f.)

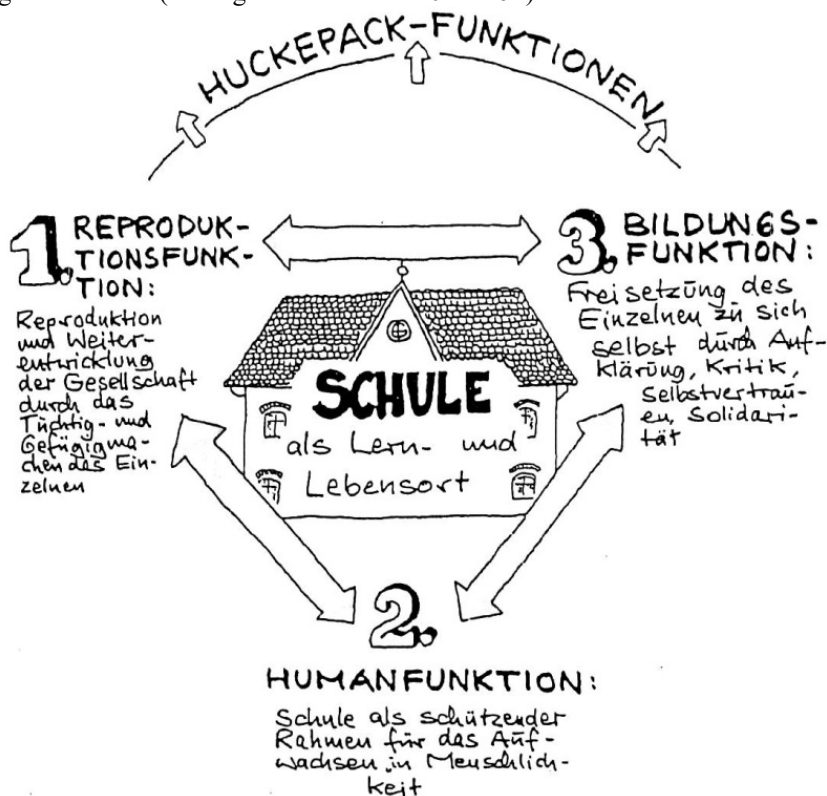


Abb. 1: Die Grundfunktionen von Schule nach Hilbert Meyer (1997: 326)

Das Aufwachsen der Schüler\_innen in Menschlichkeit, welches aus Perspektive der Gesundheitsförderung von besonderem Interesse ist, umfasst nach Meyer (1997: 307ff.) *erstens* das Gegenwirken gegen potenzielle Risiken und *zweitens* das Behüten der Kinder i. S. dessen, dass Schulen ihren Schüler\_innen einen Schutzraum (z. B. vor Gewalt), eine sichere und verlässliche Struktur bietet. *Drittens* soll Schule zur Gesunhaltung (oder wie Meyer es nennt, zur Pflege) von Kindern und Jugendlichen beitragen, was Meyer exemplarisch an Aspekten wie gesunde Ernährung und psychische Stabilisierung und Integration chronisch kranker Schüler\_innen ausführt. Schüler\_innen sollen sich *viertens*, so Meyer, an nützliche Arbeit gewöhnen, ebenso aber die Möglichkeit zum Spiel haben, sowie *fünftens* Wohlbefinden und Gemütlichkeit innerhalb von Schule als ästhetische Qualitäten erleben können. Inwiefern Schule diesen ihrer ureigenen Aufgaben bzw. Funktionen tatsächlich nachkommt, wird zum Teil weiter unten aus spezifischer Perspektive beantwortet.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ohne an dieser Stelle ins Detail zu gehen, scheint es mit Blick auf das deutsche Schulwesen und dessen Charakteristika – wie extreme (soziale) Selektivität und Separation, welche einerseits auf der Vielgliedrigkeit unseres Schulsystems beruhen und diese andererseits aufrechterhalten und zu einer Manifestierung von Bildungsbiographien (v. a. negativen) führen, Reproduktion von Ungleichheit durch schichtspezifische Begünstigungen und

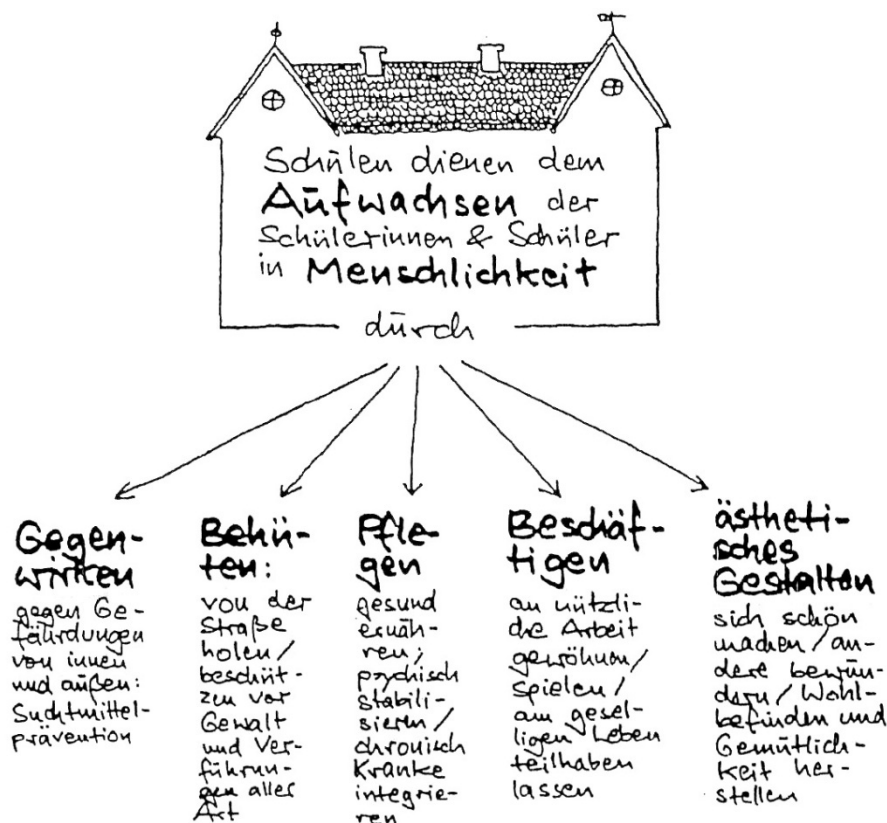


Abb. 2: Die Humanfunktion von Schule nach Hilbert Meyer (1997: 309)

Fragen der Gesundheitsförderung knüpfen explizit an die von Meyer formulierte so genannte Humanfunktion von Schule an. Dies bestätigt und betont, dass Gesundheitsförderung nicht Aufgabe einzelner Akteur\_innen von Schule oder Schulfächer (wobei einzelnen Fächern sicherlich eine besondere Rolle aufgrund curricularer Spezifika oder Traditionen innewohnt, wie später am Beispiel des Sachunterrichts gezeigt werden soll), sondern ein Auftrag des Gesamtsystems Schule ist (vgl. Bürgisser 2008: 73). Damit sind Gesundheitsförderung und Prävention notwendigerweise „integrale Bestandteile von Schulentwicklung“ und „stellen keine Zusatzaufgaben der Schulen dar“ (KMK 2012: 3). Der Stellenwert von Gesundheitsförderung im Bildungskanon scheint jedoch nicht eindeutig erkannt (vgl. Giest 2007). Dies zeigt sich nach Marchwacka (2013: 13) auch daran, dass „Trotz Verankerung im Schulgesetz, trotz des Beschlusses der Kultusministerkonferenz sowie der Vorgabe, dass Gesundheitsbildung Gegenstand aller Bereiche und Stufen des Bildungssystems sein soll“ festzustellen ist, „dass der Bedeutung der Gesundheitsförderung in der universitären Lehrerbildung bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde.“ In erziehungswissenschaftlichen Disziplinen sei das Thema Gesundheitsförderung ein „Stiefkind“ (vgl. ebd.: 15).

Aus schultheoretischer Perspektive erweist sich die schulische Aufgabe des Ermöglichens eines Aufwachsens in Menschlichkeit als grundsätzlich und kann in doppelter Logik formuliert werden:

- 1) *Gesundheitsförderung als inklusionsdidaktische Aufgabe:* Da Bildung eine zentrale Determinante von Gesundheit ist (vgl. Marchwacka 2013: 20), hat Schule – insbesondere die inklusive Schule – zu gewährleisten, dass *allen* Kindern und Jugendlichen ein potenzieller Zugang zu gesundheitsförderlichen Kompetenzen ermöglicht wird. Die Absicherung dieses Anspruches geschieht aus didaktischer Perspektive durch inklusionsdidaktische sowie fachdidaktische Überlegungen. „Dazu hat Schule didaktische Konzepte und methodische Strategien entwickelt, die sich unter Begriffen wie Schülerorientierung, Erfahrungslernen, Projektunterricht, Lebensweltbezug, Mehrperspektivität u. a. subsumieren lassen.“ (Wildt 1997: 54) Pädagogische Angebote sollten es – unter Beachtung vielfältiger Möglichkeiten zur methodisch-didaktischen Inszenierung (vgl. Gebauer/Simon 2012) – ermöglichen, dass sich Schüler\_innen auf verschiedenen Repräsentationsebenen mit einem Gegenstand auseinandersetzen. Die (Be-)achtung von universellen, kollektiven und individuellen Kinderperspektiven sowie Fachperspektiven (vgl. Seitz 2005, 2008) regt dabei eine multiperspektivische Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung betreffenden ‚Gegenständen‘ an und trägt somit zur originären Erfüllung der Bildungsfunktion bei.

Benachteiligungen (vgl. van Ackeren/Klemm 2009: 55), systematische Begrenzung von Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. ebd.: 61) und damit Lebensentwürfen – fraglich, inwiefern Schule ihre Humanfunktion tatsächlich zu erfüllen vermag. Obgleich Schule ein Schutzraum sein sollte, ist sie für (Bildungs)Biographien faktisch ein schichtspezifischer Risikofaktor. Dass sich die systematisch selektive und benachteiligende Logik des Schulsystems beispielsweise auf die psychische Stabilität und das Selbstbild von Schüler\_innen negativ auswirkt, wurde in der Sonderpädagogik belegt (vgl. Hildeschiedt/Sander 1996, Schumann 2007).

- 2) *Gesundheitsförderung als Aufgabe von (inkluisiven) Schulentwicklungsprozessen:* Schule als Lern- und Lebensraum muss – entsprechend ihrer Grundfunktion – allen Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen in Menschlichkeit unter gesundheitsförderlichen *Bedingungen* ermöglichen. Das bedeutet, Schule selbst muss sich als potenziell wichtiger Einflussfaktor auf das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit oder Krankheit von Kindern und Jugendlichen (selbst)kritisch hinterfragen. Unterstützt und angeregt wird ein solch selbstreflexiver Prozess im Rahmen von (inklusionsorientierten) Schulentwicklungsprozessen, die bestrebt sind, den Status Quo der Verhältnisse eines Systems ganzheitlich (d. h. auf konzeptioneller, organisatorischer und interaktionistischer Ebene) in den Blick zu nehmen und nach möglichen, vor allem aber nötigen Veränderungen zu suchen. Dazu gehören v. a. auch Prozesse „wie Demokratisierung und Integration, Schulöffnung und Entwicklung des Schullebens, Mitbestimmung Selbstentwicklung und Vernetzung.“ (Wildt 1997: 54) In den letzten Jahren ist der deutschsprachige Index für Inklusion (Boban/Hinz 2003) zu einem Instrument geworden, das solche Prozesse anregt, voranbringt und letztlich auch auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebens- und Lernortes Schule abzielt, die es „verlangt [...] Schule und Unterricht auch von dieser Warte aus neu zu denken und Schulentwicklung als »Selbstentwicklung« zu betreiben.“ (Wildt 1997: 55)



Abb. 3: Beispielhafte Explikation der ‚Doppelaufgabe‘ schulischer Gesundheitsförderung anhand typischer Themen schulischer Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung kann sowohl als didaktische Aufgabe als auch als konkreter Anreiz für Schulentwicklungsprozesse verstanden werden. In Abbildung 3 sind ausgewählte Themenfelder schulischer Gesundheitsförderung unter beispielhafter Beachtung der benannten ‚Doppelaufgabe‘ von Schule expliziert. Die angeführten Themenfelder ähneln den im Perspektivrahmen der GDSU angeführten Themen des perspektivvernetzenden Bereiches Gesundheit und Gesundheitsprophylaxe (vgl. GDSU 2013: 80f.). Bei den jeweiligen Explikationen handelt es sich um beispielhafte Überlegungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne spezifische Systematik. Zu den verschiedenen Themenfeldern lassen sich mit Sicherheit viele weitere Aspekte nennen, die es im Sinne der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung zu beachten gilt. Deutlich wird an dieser Stelle jedoch bereits, „dass eine gesundheitsfördernde Schule eine Investition darstellt, um Bildung, Gesundheit und Demokratie insgesamt zu fördern“ (Marchwacka 2013: 22), wobei eine besondere Verschränkung von Zielen der Gesundheitsförderung und Zielen inklusiver Schulentwicklungsprozesse (siehe weiter unten), wie sie mithilfe des Index für Inklusion angeregt werden sollen, deutlich wird.

### 3.2 Das Menschenrecht auf Gesundheit(sförderung) im Kontext unseres Schulwesens

Gesellschaften haben „nicht nur ein legitimes Interesse an der Gesundheit ihrer Mitglieder, sondern auch eine diesbezügliche soziale Verpflichtung.“ (Köhnlein 2012: 507) Die Aufgabe der Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung von Schüler\_innen kann wie bereits betont nicht als Aufgabe einzelner Akteur\_innen begriffen werden. Sie lässt sich zudem nicht nur durch schultheoretische Argumente begründen, denn jenseits dieser fußt die Aufgabe schulischer Gesundheitsförderung auf der Achtung der UN-Kinderrechtskonvention als Konkretisierung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (dort Artikel 25)<sup>5</sup>.

Die UN-Kinderrechtskonvention enthält verschiedene Artikel, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen direkt oder indirekt thematisieren und damit das Recht von Kindern und Jugendlichen auf die Möglichkeit einer gesunden Lebensführung untermauern. Zu diesen Artikeln zählen die Artikel 3 und 6, 12 (in Verbindung mit Art. 13 und 15), 24, 27 sowie 33. Da sich die inklusive Schule als menschenrechtsbasierte, demokratische Schule versteht, wird im Folgenden Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention näher betrachtet. Die Beschränkung auf die Auseinandersetzung mit Artikel 3 ist einerseits seiner besonderen potenziellen Tragweite, andererseits der Lesbarkeit dieses Beitrages geschuldet<sup>6</sup>. Die Achtung des (Menschen)Rechtes auf Gesundheit(sförderung), für die damit plädiert wird, soll ausdrücklich nicht der Steigerung der Effektivität von Schule i. S. schulischer Leistungsfähigkeit (vgl. Marchwacka 2013: 23), sondern der Achtung der Menschenrechte in einer inklusiven Schule und einer damit einhergehenden Schulkritik geschuldet sein, die in ihrer über hundertjährigen Tradition eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und dem Wohl von Kindern und Jugendlichen impliziert (vgl. Knauf 1997: 27).

Die Orientierung an den Bedürfnissen und dem Wohl von Schüler\_innen wird durch Artikel 3 der Kinderrechtskonvention abgesichert: „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ (Artikel 3 (1) der UN-Kinderrechtskonvention, BMFSFJ 2012: 12) Dass es sich dabei nicht um eine Wollens-Entscheidung, sondern um die Pflicht der Vertragsstaaten handelt, wird im dritten Absatz des Artikels 3 expliziert, wenn betont wird, „dass die für die Fürsorge für das Kind oder dessen Schutz verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen den von den zuständigen Behörden festgelegten Normen entsprechen [müssen, d. A.], insbesondere im Bereich der Sicherheit und der Gesundheit sowie hinsichtlich der Zahl und der fachlichen Eignung des Personals und des Bestehens einer ausreichenden Aufsicht.“ (ebd.) Aus völkerrechtlicher Perspektive sind die Legitimation und Pflicht grundlegender kind(eswohl)orientierter (Um)Gestaltung pädagogischer Institutionen unmissverständlich. Es wird deutlich, dass unter Beachtung der Kinderrechte bei der Gestaltung der Institution Schule das Kindeswohl ein (wenn nicht *der*) zentrale Parameter sein müsste. Der Verweis auf nationale Normen zur konkreten Umsetzung dieses Rechtes wirft jedoch die Frage nach Konkretisierungen von Artikel 3 (1) der UN-Kinderrechtskonvention i. S. der Achtung des Kindeswohls im Schulwesen auf.

In Deutschland gehen erste Ansätze zur Gesundheitserziehung auf die Beschlüsse der Kultusministerkonferenz von 1979 und 1988 zurück (vgl. Marchwacka 2013: 12), mit denen Gesundheitsförderung erstmals curricular festgeschrieben wurde (vgl. Quentin 1997: 75) und zur selben in allen Bereichen und durch alle Akteur\_innen des Schulwesens aufgerufen wurde. Mit Beschluss vom 15. November 2012 zur Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule bezeichnet die Kultusministerkonferenz Gesundheit als Menschenrecht und Bestandteil nachhaltiger Schulentwicklungsprozesse und weist zudem auf den Zusammenhang von Gesundheit und Bildungserfolg hin (KMK 2012: 2). Als Voraussetzung nachhaltiger Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Kontext sieht die KMK die Umsetzung von Schulentwicklungsprozessen und die Kooperation mit inner- und außerschulischen Partner\_innen (vgl. ebd.: 5f.). Obgleich im Beschluss der KMK hervorgehoben wird, dass es bei der Aufgabe der Schaffung und Erhaltung gesundheitsförderlicher Lebens- und Lernbedingungen sowohl um die Beachtung außer- wie innerschulischer Rahmenbedingungen geht, wird bei Lektüre des Beschlusses m. E. deutlich, dass es in erster Linie darum geht, Kinder und Jugendliche beim Kompetenzerwerb zu unterstützen und dabei die jeweiligen „lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen“ (ebd.: 3) zu berücksichtigen. Es scheint also doch eher um das zu gehen, was im Rahmen gesundheitsförderlicher und präventiver Konzeptionen als Verhaltensänderung seitens der Akteur\_innen bezeichnet wird.

Die Orientierung auf Verhalten *und* Verhältnisse, welche die Sensibilität und Reflexion sozialer und auch struktureller Ursachen von Gesundheit und Gesundheitsgefährdung impliziert und wie sie oben als wichtige Errungenschaft des Paradigmas der Gesundheitsförderung und maßgebliches Kennzeichen des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dargestellt wurde, scheint im Beschluss der Kultusministerkonferenz zur Empfehlung zur Gesundheitsförderung und

<sup>5</sup> Selbstredend könnte die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung an dieser Stelle ergänzend hinzu gezogen werden, um die Argumentation anzureichern. Da die UN-Behindertenrechtskonvention vor allem in sonderpädagogischen Diskursen derzeit sehr häufig angeführt und diskutiert wird, wurde sich jedoch im Rahmen dieses Beitrages bewusst dagegen entschieden. Vielmehr sollen inklusionspädagogische Überlegungen außerhalb eines konkret sonderpädagogischen, an die Heterogenitätsdimension Behinderung gebundenen Diskurses dargestellt werden und damit einer einseitigen Fokussierung auf die Heterogenitätsdimension Behinderung bzw. sonderpädagogischer Förderbedarf (vgl. Hinz 2011) entgegenwirken.

<sup>6</sup> Eine weitere Grundlage der schulischen Aufgabe der Gesundheitsförderung bildet die Resolution der ersten Konferenz der European Network of Health Promoting Schools (ENHPS). In dieser wurde das „Recht der Schüler auf Bildung in einer gesundheitsförderlichen Schule“ festgelegt (Marchwacka 2013: 22).

Prävention in der Schule nicht bzw. eher oberflächlich beachtet worden zu sein. Auch exemplarische Analysen des Schulgesetzes sowie des Fachlehrplans des Landes Sachsen-Anhalt liefern ein ähnliches Bild (vgl. Simon/Kruschel 2013): Konkretisierung des 3. Artikels der Kinderrechte bleiben gemäß unserem Schulwesen zugrunde liegender Normen eher vage bzw. sehr allgemein formuliert und scheinen primär auf *Verhaltensänderungen* der Schüler\_innen abzu zielen, womit das Anliegen moderner Gesundheitsförderung verfehlt wäre. Der gesuchte systemische Blick, der die Frage des Einflusses von Schule auf die Gesundheit ihrer Akteur\_innen hervorbringt, wird in den von Simon und Kruschel untersuchten Dokumenten ebenso wenig deutlich, wie die notwendige Beachtung subjektiver Perspektiven der Akteur\_innen auf ihre Gesundheit. Insgesamt entsteht der Eindruck eines Verständnisses von Gesundheit ganz i. S. des oben skizzierten biomedizinischen Paradigmas bzw. soziologischen Gesundheitsverständnisses. Mit Blick auf die Praxis scheinen die Rekonstruktionen von Giest und Hintze (2007: 13f.) zum subjektiven Gesundheitsverständnis von Grund schulkindern dies ebenfalls zu bestätigen: Sie sehen „in den Befunden einen Beleg dafür, dass die Kinder im Rahmen einer eher traditionellen Gesundheitserziehung mit Maßnahmen der Risikovermeidung, des Vorstellens von Schädigungen der Gesundheit, von „ungesunden“ Nahrungsmitteln und Verhaltensweisen gegebenenfalls gekoppelt mit Appellen, Ermahnungen und Aufklärung über mit diesem Verhalten zusammenhängende Krankheitsbilder konfrontiert werden. Ziel einer solchen Gesundheitserziehung ist die Änderung entsprechender Verhaltensweisen und Gewohnheiten.“ Dass sich die Institution Schule der Aufgabe stellen muss, sich selbst dahingehend zu hinterfragen, ob und womöglich warum sie als bedeutsamer Faktor der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen bspw. Stress verursacht, gesunde Ernährung oder Bewegung etc. ermöglicht oder verhindert, ist aus Perspektive der Gesundheitsförderung evident, konnte aber weder in den KMK-Empfehlungen von 2012 noch exemplarisch im Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt bzw. dessen curricularen Grundlagen rekonstruiert werden (vgl. Simon/Kruschel 2013). Die konzeptionelle wie praktische Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung an Schulen und die Beachtung derselben im Rahmen der Lehrer\_innenausbildung scheint dringend notwendig (vgl. Marchwacka 2013: 24).

### 3.3 Schule – Risiko- oder Schutzfaktor für kindliche Gesundheit?

Auf konzeptioneller Ebene deutet sich durch den Widerspruch zwischen der schulischen Aufgabe zur Gesundheitsförderung und der Darstellung der Wahrnehmung dieser, der von Simon und Kruschel (2013) in für schulische Praxis relevanten Dokumenten festgemacht werden konnte, das ambivalente Verhältnis von Schule und Gesundheit(sförderung) an. Aus der oben skizzierten Perspektive der Gesundheitsförderung stellt sich zudem die Frage, inwiefern der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit ihrer Einbindung in die Institution Schule korreliert und – wenn es einen solchen Zusammenhang gibt – Anlass zu kritischen Überlegungen bezüglich der Gestaltung von Schule gibt.

Wolfgang Edelstein, Rebekka Bendig und Oggi Enderlein (2011: 119f.) haben sich mit der Frage der Beeinflussung des Kindeswohls durch Schule auseinandergesetzt und kommen zu folgendem Fazit: „Die folgenreichsten Beeinträchtigungen des Kindeswohls sind [...] keineswegs immer die durch professionelle Fehlgriffe oder gewalttätige Handlungen hervorgerufenen [...]. Mehr Aufmerksamkeit als bisher verdienen Nachteile und Belastungen, die sich dem systemkritischen Blick als Verletzung der Rechte von Kindern und Jugendlichen zeigen: Wirkungen der Struktur und der Funktionslogik des Systems selbst“. Dies scheint vor allem deshalb dringend notwendig zu sein, da aus subjektiver Sicht von Kindern und Jugendlichen „die Schule als trauriger Spitzenreiter auf der Liste der Orte [steht, d. A.], an denen Kinderrechte – und damit das Kindeswohl und Kinderschutz – verletzt werden, bzw. nicht gewährleistet sind.“ (ebd.: 125) Edelstein, Bendig und Enderlein weisen weiterhin auf die Ergebnisse ihrer Analysen bedeutsamer Dokumente der Kindheitsforschung sowie von Erhebungen zur subjektiven Sicht von Kindern und Jugendliche im Schulalter auf Schule hin, wonach „unabhängig von Schulform und Alter [...] übereinstimmend auf die folgenden Problembereiche hin[gewiesen wird, d. A.]:

- die psychische Belastung,
- die zeitliche Beanspruchung der Schülerinnen und Schüler,
- das Miteinander in der Schule – sowohl der jungen Menschen untereinander als auch in der Beziehung zu den Lehrkräften,
- unfaire Behandlung und ungerechte Verteilung der Chancen,
- Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Bewegungsmangel, unzureichende Erholungspausen und unzulängliche Räume,
- mangelnde Partizipation,
- die Durchdringung aller weiteren Lebensbereiche durch das Thema Schule.“ (ebd.)

Enderlein (2011: 5f.) bzw. Edelstein, Bendig und Enderlein (2011: 125ff.) kommen zu dem Ergebnis, dass die psychische Belastung von Schulkindern im bzw. *durch* das System Schule zu Gewalt, Stress und Konflikten führt. Dieser Befund zeichnet in Verbindung mit ausgewählten Ergebnissen von Bertram, Kohl und Rösler (2011), nach denen der Anteil der Kinder, die in der Schule regelmäßig befürchten verprügelt zu werden, im Jahr 2009 im Bundesdurchschnitt bei 9,6 Prozent lag (ebd.: 85), ein nachdenklich stimmendes Bild. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Kinder, die in der Schule regelmäßig befürchten, geärgert zu werden im Bundesdurchschnitt bei 26,3 Prozent (ebd.: 86). Edelstein, Bendig und Enderlein (2011: 126) verweisen in Anlehnung an Ellert et al. (2007) ferner darauf, dass „etwa jedes dritte Kind nach Eintritt in die Schule stressbedingte Kopfschmerzen“ hat. Weitere 46 Prozent leiden oft an Müdigkeit und/oder Erschöpfung, 27 Prozent an Einschlafstörungen, 30,5 Prozent an schlechter Laune und/oder Reizbarkeit und weitere 22



Prozent an psychischen Auffälligkeiten (Enderlein 2011: 3). Auch andere Studien untermauern diese Befunde, so beispielsweise die aktuelle Elefanten-Kinderstudie, in der fast 5000 Kinder im Alter von sieben bis neun Jahren zum Thema Gesundheit befragt wurden. Ein Drittel der Kinder gaben an, von Schule gestresst zu sein – mit einem deutlichen ‚Vorsprung‘ vor anderen Stressfaktoren wie Streit im Allgemeinen oder der Familie (vgl. Beisenkamp/Müthing/Klößner/Hallmann 2012: 141). Da diese Aussagen von Kindern stammen, die bisher die ersten ihrer insgesamt neun bis zwölf Schuljahre absolviert haben, scheint es wenig überraschend, dass Schule für Kinder der ‚Glückskiller Nummer eins‘ ist (vgl. Schwilk 2007).

Da neben „personalen sozialen Beziehungen in der unmittelbaren Lebenswelt der Kinder [...] das kindliche Wohlbefinden auch davon ab[hängt, d. A.], wie die gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen sowie der unmittelbare Lebensraum eines Kindes seine Rechte und sein Wohlbefinden berücksichtigen“ (Betram/Kohl/Rösler 2011: 10), muss in Anbetracht der oben angeführten Daten mit Nachdruck und Sorge gefragt werden, inwiefern Schule Schüler\_innen ein Aufwachsen in Menschlichkeit ermöglicht, oder ob Schule als besonderer Risikofaktor kindlicher Entwicklung zu verstehen ist. Dass die angeführten Ergebnisse nicht *allein* auf ein gestörtes Interaktionsverhältnis zwischen den Kindern und Jugendlichen in Schule zurückzuführen sind, legen die Ergebnisse von Edelstein, Bendig und Enderlein (2011: 125ff.) nahe. Sie machen zudem deutlich, dass Kinderrechte in Schule allem voran durch die Missachtung von Privatsphäre und mangelnden Respekt, unzureichende Beachtung der Bedürfnisse nach Spiel, Freizeit und Ruhe, einen Mangel an Partizipationsmöglichkeiten und Chancenungleichheit verletzt werden. Damit präsentiert sich Schule als hierarchischer und durch Missachtung geprägter Raum, dem sich Kinder aufgrund von Schulpflicht und Bildungszwang nicht entziehen und den sie aufgrund des Mangels an Möglichkeiten zur realen Partizipation wenig bis gar nicht (mit)verändern können, womit das Grundbedürfnis „als Mensch und individuelle Persönlichkeit sein Leben gemeinsam mit seinen Mitmenschen zu gestalten“ (Giest 2007: 6) unerfüllt bleibt und zum Risikofaktor für das Wohlbefinden wird, obgleich die „effektive Beteiligung (Partizipation) der Schülerinnen und Schüler [...] an wichtigen schulischen und unterrichtlichen Belangen als Kennzeichen einer guten Schule“ (Hurrelmann/Palentien 1997: 23) längst anerkannt und ein geforderter Standard ist.

### **Die Gefährdung des Kindeswohls in Schule – ein systemisch-kritischer Exkurs**

Anhand eines systemischen Zugangs mit Fokus auf hierarchische Sozialstrukturen in Schule und ihrer möglichen Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Akteur\_innen<sup>7</sup> soll mit Verweis auf weitere Studien eine weitere Explikation des bisher zusammengetragenen vorgenommen werden. In einer Studie mit über 100 wildlebenden Pavianen (welche genetisch eng mit dem Menschen verwandt sind und ebenso in komplexen Gesellschaften leben) fanden Geschiere u.a. (2011) heraus, dass die Stellung der Tiere im Sozialgefüge ihrer Population je nach Position mit Stressoren verbunden ist. Dies betraf insbesondere die untersuchten Alpha-Männchen und die Omega-Männchen: Bei ersteren, so Geschiere und Kolleg\_innen, führt die Verteidigung der privilegierten Position, bei letzteren der Kampf um den Aufstieg im Sozialgefüge zu deutlich erhöhten Stress-Hormonwerten, welche sich auf die gesundheitliche Lage der Tiere auswirken. Auf einen ähnlichen Zusammenhang weisen die Ergebnisse der Forscher\_innengruppe um Johannes Siegrist hin, nach denen das Risiko bei Menschen einen Herzinfarkt zu erleiden eng an die soziale Stellung gekoppelt ist und sich nicht nur durch eine schlechtere medizinische Versorgung erklären lässt (vgl. Meinschäfer 2006). Auch Richard G. Wilkinson identifizierte soziale Ungleichheit als wichtige Determinante von Gesundheit (vgl. Kroll 2010: 55; vgl. auch Marchwacka 2013: 20). Wilkinson bzw. Wilkinson und Marmot gehen davon aus, „dass höhere soziale Ungerechtigkeit eine ganze Reihe von stressauslösenden psychosozialen Aspekten beinhaltet: negative Emotionen wie Scham und Misstrauen, Aggression, Gewalt. Ungleichheit reduziert sozialen Zusammenhalt und Rückhalt und diese Wahrnehmungen führen insgesamt zu höherem Stress für die Individuen und auf diesem Wege zu einer Beeinflussung des Gesundheitszustandes (Wilkinson 2005; vgl. Marmot/Wilkinson 1999; Kap. 2)“ (Kastl 2010: 156). Insgesamt kann also festgehalten werden, dass soziale Ungleichheit und vor allem der Kampf um Aufstieg im Sozialgefüge oder den Erhalt einer Position zu Stress führen, in dessen Folge es zu weiteren negativen (Neben)Wirkungen kommen kann.

Für den Kontext Schule und Gesundheitsförderung in/durch Schule bedeutet dies zunächst, dass festzustellen ist, dass Schule sich in Deutschland überwiegend als ein hierarchisches Sozialgefüge darstellt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Folge dieser Ausgestaltung des Systems Schule eine potenzielle Ursache für das Entstehen und Erleben bzw. Erleiden von Stress durch Kinder und Jugendliche sowie möglicher Folgebeschwerden ist. Während das deutsche Schulwesen einerseits durch eine schulartspezifische Form der Hierarchie geprägt ist (vertikale Gliederung), lassen sich im System Schule respektive im Bildungswesen weitere Hierarchien ausmachen: Beispielsweise die Klassifizierung von Kindern im Schulalter als schulreif oder -unreif, der Übergang von der Grundschule in die ‚bessere‘ oder ‚schlechtere‘ weiterführende Schule, Wiederholungen einzelner Klassenstufen, das Abschulen in andere Schularten etc. Auch die Bewertung von Leistungen durch Ziffernnoten kann das Herausbilden von Hierarchien in einer Klassengemeinschaft oder Schule verstärken und zu Abwertungen bzw. zum Entstehen von Stress und daran gebundenen Folgen

---

<sup>7</sup> Der hier gewählte Zugang ist exemplarisch und kann bzw. sollte selbstredend um andere ergänzt werden. So bietet es sich beispielsweise an, die Art des Lernens respektive das Arrangement von Lernsettings in Schule dahingehend zu analysieren, ob diese gesundheitsförderlich, weil zum Beispiel aktuellen neurowissenschaftlichen (exemplarisch Herrmann 2006) oder entwicklungspsychologischen (exemplarisch Stern 2002) Erkenntnissen entsprechend respektive diese berücksichtigend, sind. Diesbezüglich liefern lerntheoretische und neurowissenschaftliche Zugänge eine gewinnbringende Perspektive.

führen (vgl. z. B. Leppert 2010). Neben diesen Aspekten sind auch ausgeprägte schulinterne organisatorische Hierarchien zu erwähnen: einerseits zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Jugendlichen, andererseits in der ‚Rangfolge‘ unter den Angestellten – von der Schulleitung bis zu den Reinigungskräften (vgl. z. B. Wocken 2010). In Anlehnung an Gebauer (2011, 2012) muss weiterhin die Frage aufgeworfen werden, inwiefern diese durch starke Hierarchisierung geprägte Ausgestaltung des Bildungs- bzw. Schulwesens mit einem (für Deutschland) typischen Kultur-Typus korreliert.

Angesichts dieser Ausführungen kann durchaus postuliert werden, dass Schule in ihrer klassischen und am häufigsten vorkommenden Form ein System ist, das u. a. durch seine hierarchische Funktionsweise Ungleichheit fördert, somit potenziell Stress auslöst und in dessen Folge gesundheitsschädigende Auswirkungen auf die beteiligten Akteur\_innen hat. Damit begründet sich die Forderung von Edelstein, Bendig und Enderlein nach mehr Aufmerksamkeit für Belastungen und Risikofaktoren, die sich durch die „Wirkungen der Struktur und der Funktionslogik des Systems selbst; der Konstruktion der Institutionen und ihrer Administration; der Organisation der Lernprozesse; der Kultur einer weitgehend partizipationsfernen Lebenswelt Schule; schließlich der Ausbildung und der Professionalisierung ihrer Mitglieder und Funktionsträger als Akteure des Systems“ ergeben (Edelstein/Bendig/Enderlein 2011: 119f.). Was im Rahmen des modernen (wissenschaftlichen) Verständnisses von Gesundheitsförderung selbstverständlich ist, wird bestätigt: Es gilt neben Verhaltensänderungen der Akteur\_innen mögliche und nötige Verhältnisänderungen im System Schule bezüglich der gesundheitsförderlichen Gestaltung derselben und des Ermöglichens des Aufwachsens in Menschlichkeit auszumachen und diese als Anlass für Schulentwicklungsprozesse hin zu einer gesundheitsförderlichen Schule zu nehmen.

#### 4. Gesundheitsförderung durch den Index für Inklusion?

Die Grundidee Schule zu einem gesundheitsförderlichen Setting zu machen, in dem die Menschenrechte im Allgemeinen und das Kindeswohl im Konkreten geachtet werden, ist passfähig zu dem Anliegen inklusiver Schulentwicklungsprozesse, welche durch den Index für Inklusion (Boban/Hinz 2003) angeregt werden können. Aus diesem Grund sollen die bisherigen Ausführungen nun mit der Frage verbunden werden, inwiefern der Index für Inklusion als hilfreiches Instrument zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Schule bezeichnet werden kann. Aufgrund der kontroversen Diskussionen um den Inklusionsterminus und dessen unterschiedlichen, ja sogar inflationär und zum Teil schlichtweg falschen Ge- oder gar Missbrauch (vgl. Hinz 2013), soll jedoch zunächst das diesem Beitrag zugrundeliegende Inklusionsverständnis skizziert werden.

##### 4.1 Was Inklusion (nicht) ist

Obwohl Inklusion ein allgegenwärtiges Schlagwort ist, bleibt Inklusion *dennoch* ein unklarer Begriff (vgl. Schumann 2009). Inzwischen muss nicht nur von einer Inflationierung des Inklusionsbegriffes gesprochen, sondern auch die Frage gestellt werden, welche Auswirkungen ein widersprüchlicher und z. T. unreflektierter Gebrauch des Inklusionsbegriffes auf Akteur\_innen und – im Kontext des Bildungssystems – pädagogische Alltagspraxis hat<sup>8</sup>. Aufgrund des unterschiedlichen Ge- und teils Missbrauchs des Inklusionsbegriffes ist es unumgänglich, sich immer wieder mit dem Terminus Inklusion auseinanderzusetzen. Darauf weist auch der Titel „Zur Logik der Widrigkeiten – Theoriefundamente der Inklusion“ der kommenden 28. Jahrestagung der Integrations- und Inklusionsforscher\_innen hin. Für den Sachunterricht heißt dies genauso wie für andere Disziplinen, sich weiterhin intensiv und kritisch mit dem eigenen Inklusionsverständnis und darauf aufbauender Diskussionen und Konzeptionen auseinanderzusetzen und sicherzustellen, dass diesen kein „massiv verengter Fokus von Inklusion“ (ebd: o. S.) zugrundeliegt. Auf einen solchen weist laut Hinz zum Beispiel die Konzeption des von Ulrich Heimlich und Joachim Kahlert herausgegebenen Werks „Inklusion in Schule und Unterricht“ (vgl. Heimlich/Kahlert 2012) hin, in deren Rahmen auch der gemeinsame publizierte Beitrag der beiden Autoren „Inklusionsdidaktische Netze – Konturen eines Unterrichts für alle (dargestellt am Beispiel des Sachunterrichts)“ (vgl. Kahlert/Heimlich 2012) veröffentlicht wurde, der für den sachunterrichtlich-inklusionspädagogischen Diskurs bedeutsam ist. Auch dieser baut letztlich auf ein sonderpädagogisch verengtes Inklusionsverständnis (also eher ein integrationspädagogisches Verständnis) auf, was u. a. an einer Orientierung an Lern- und Entwicklungsproblemen, die im Gegensatz zu einer inklusiven Diagnostik (vgl. Simon im Erscheinen) Ausgangspunkt für diagnostische Prozesse sind, sowie an den Ausführungen zum Charakter (sonder)pädagogischer Förderung bei gleichzeitiger Orientierung auf Kin-

---

<sup>8</sup> Anknüpfend an diese Frage und die bisher überschaubare sachunterrichtlich-inklusionspädagogische Forschung (vgl. Seitz 2004) wurde mit Beginn des Sommersemesters 2013 im Arbeitsbereich Sachunterricht des Instituts für Schulpädagogik und Grundschuldidaktik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eine Pilotstudie zur Erfassung subjektiver Theorien (vgl. Groeben u.a. 1988) Sachunterrichtsstudierender zum Thema Inklusion durchgeführt. Die Auseinandersetzung mit subjektiven Theorien als Bestandteil aktueller Professionsforschung (vgl. Blömeke/Felbrich/Müller 2008: 18f.) ist sowohl für die pädagogische Alltagspraxis als auch für die Lehrerbildung von besonderer Bedeutung, da subjektive Theorien von relativer Stabilität und maßgeblich handlungsleitend sind (Groeben u.a. 1988). Mithilfe eines Fragebogens (Paper-Pencil-Test) wurden an der Universität Halle etwa 40 Prozent aller Sachunterrichtsstudierenden des Landes Sachsen-Anhalts (Random-Sample, N=98) unter anderem zu ihrem Verständnis Inklusion und Aspekten ihres professionellen Selbstbildes sowie ihrer (inklusionen) Beliefs befragt (vgl. Simon in Vorbereitung). Erste überschaubare Datenauswertungen und Rekonstruktionen weisen auf zum Teil widersprüchliche Ergebnisse hin, die sich im Lichte der bereits problematisierten kontroversen Diskurse um Inklusion sowie des uneinheitlichen Inklusionsverständnisses als wenig überraschend erweisen und bereits jetzt auf einen Handlungsbedarf im Bereich der universitären Lehre sowie auf eine Hinwendung der Forschung zur Frage möglicher Auswirkungen widersprüchlicher Diskurse um Inklusion hinweisen. Eine detaillierte Datenauswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse ist geplant.

der mit sonderpädagogischem Förderbedarf (vgl. Kahlert/Heimlich 2012: 184) deutlich wird (vgl. dazu auch Gebauer/Simon 2012: 12ff.). Gerade da „inzwischen nahezu alles als Inklusion deklariert wird, was sich positiv und fortschrittlich darstellen möchte“, was „logisch und gleichzeitig dramatisch [ist, d. A:], weil damit die inhaltliche Klarheit dessen, was Inklusion ursprünglich als Innovationsperspektive bedeutet, immer mehr verloren geht“ (Hinz 2013: o. S.), gilt es den eigenen Umgang mit dem Inklusionsbegriff kritisch zu reflektieren, um einem inflationär-unreflektierten Gebrauch, wie er für den bildungspolitischen, wissenschaftlichen sowie Verbandsdiskurs festzustellen ist (vgl. Hinz 2013), entgegenzuwirken bzw. sich innerhalb dieser deutlich und eindeutig zu positionieren. Die Auseinandersetzung mit dem Inklusionsterminus bzw. eine Partizipation an bzw. Rezeption von inklusionspädagogischen Auseinandersetzungen, zum Beispiel zum Gebrauch des Inklusionsbegriffes, ist und bleibt also auch eine wichtige Aufgabe für den Sachunterricht.

Ich persönlich schließe mich dem Hinzschen Inklusionsverständnis an, nach dem sich „Der Ansatz der Inklusion als allgemeinpädagogischer Ansatz [begrift, d. A:], der auf der Basis von Bürgerrechten argumentiert, sich gegen jede gesellschaftliche Marginalisierung wendet und somit allen Menschen das gleiche volle Recht auf individuelle Entwicklung und soziale Teilhabe ungeachtet ihrer persönlichen Unterstützungsbedürfnisse zugesichert sehen will. Für den Bildungsbereich bedeutet dies [zum Beispiel, d. A.] einen uneingeschränkten Zugang und die unbedingte Zugehörigkeit zu allgemeinen Kindergärten und Schulen des sozialen Umfeldes, die vor der Aufgabe stehen, den individuellen Bedürfnissen aller zu entsprechen – und damit wird dem Verständnis der Inklusion entsprechend jeder Mensch als selbstverständliches Mitglied der Gemeinschaft anerkannt.“ (Hinz 2006: 98) Inklusion bedeutet demnach, dass alle Dimensionen von Vielfalt und Unterschiedlichkeit in den Blick genommen werden: „Es geht bei Inklusion letztlich um den Umgang mit Unterschieden insgesamt, und dabei sind viele Aspekte wichtig“ (Hinz 2011a: 59). Kurzum: Bei Inklusion geht es um *weit* mehr als nur um die Frage von Behinderung und Nicht-Behinderung!

Zudem ist in Anlehnung an Tony Booth (2011: 9) zu betonen und davor zu warnen, dass, „wenn Inklusion nicht mit Werten verbunden ist, von denen man zutiefst überzeugt ist, dann mag das Streben nach Inklusion nur die Anpassung an eine vorübergehende Mode sein, oder eine offenkundige Befolgung von Anweisungen der nationalen oder lokalen Regierung“. Eine Entwicklung um der Entwicklung willen, die auf kurzfristig sichtbare ‚Ergebnisse‘ abzielt, wie sie sich aktuell in einigen Bundesländern abzeichnet, ist demzufolge wenig zielführend. Um „im Bildungsbereich verantwortungsvoll zu handeln, müssen wir das, was wir tun, auf unsere Werte beziehen“ (ebd.).

Insbesondere aufgrund der sehr sonderpädagogischen Ausrichtung des Inklusionsdiskurses, innerhalb wie auch außerhalb der Sonderpädagogik, soll mit diesem Artikel auch dazu angeregt werden, den Inklusionsbegriff und seine originäre Trennschärfe konsequent zu nutzen, das Spektrum inklusionspädagogischer Diskussionen auszuweiten (hier durch die Verbindung gesundheits- und inklusionspädagogischer Theorie) und den Blick für andere mit Inklusion verbundene Themen zu erweitern (exemplarisch sei hier auf Überlegungen zu Deformalisierungstendenzen von Bildungsprozessen bzw. einer Schul(raum)entgrenzung als *eine* mögliche Konsequenz inklusiver Schulentwicklungsprozesse hingewiesen, vgl. dazu Simon/Simon 2013).

#### 4.2 Was ist der Index für Inklusion?

Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich im deutschsprachigen, wie auch im internationalen Raum, der Index für Inklusion als Instrument hervor getan, um Bildungseinrichtungen auf ihrem Weg zur Inklusion zu begleiten, ausgestattet mit dem Potenzial, die inklusive Qualität einer ganzen Einrichtung in den Blick zu nehmen (vgl. Boban/Hinz 2004: 42) und somit zur Beantwortung der Frage beizutragen, inwiefern Organisationen mitsamt ihrer Akteur\_innen fähig sind, ein inklusives Leben und Lernen zu ermöglichen.

Die britischen Pädagogen Tony Booth und Mel Ainscow entwickelten den Index auf Grundlage von Vorarbeiten aus Nordamerika und Australien. Mit einer ersten Version ausgestattet arbeiteten testweise sechs britische Grund- und Sekundarschulen, bevor eine modifizierte Version in weiteren siebzehn britischen Schulen angewandt und die mithilfe des Index initiierten Schulentwicklungsprozesse evaluiert wurden. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Index – das Bewusstsein für Inklusion konnte an den Schulen gestärkt werden und unberücksichtigte Entwicklungsthemen fanden stärkere Beachtung – wurde im Jahr 2000 eine Großauflage des Index für Inklusion gedruckt und durch das britische Ministerium für Bildung und Arbeit kostenfrei an alle Grund-, Sekundar- und Sonderschulen sowie Schulämter Englands ausgegeben. Eine zweite modifizierte Version erschien im Jahr 2002 und bildete die Grundlage der deutschen Version des Index für Inklusion, welche ein Jahr später an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von Ines Boban und Andreas Hinz unter Mitwirkung von Student\_innen übersetzt und auf hiesige Verhältnisse adaptiert wurde (vgl. Boban/Hinz 2003: 8). Seitdem hat der Index eine große Verbreitung erfahren<sup>9</sup>. In den letzten Jahren wurden darüber hinaus weitere Versionen des Index erarbeitet. Die Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (GEW) hat im Jahr 2006 eine Übersetzung der Fassung für Kindertageseinrichtungen herausgegeben, die stärker u. a. die Bedeutung des Spiels in den Blick nimmt (vgl. GEW 2006). Zudem entwickelte die britische Gemeinde Suffolk auf Basis des Index für Inklusion ein Handbuch für den kommunalen Bereich, welches von der Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (MSJG) in Deutschland übersetzt und in einer einjährigen Pilotphase getestet wurde. Die Ergebnisse dieser

<sup>9</sup> Printversionen des Index für Inklusion können über die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bestellt werden: Prof. Dr. Andreas Hinz, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06099 Halle (Saale), Telefon: 0345 5523751; Fax: 0345 5527049; Mail: andreas.hinz@paedagogik.uni-halle.de. Darüber hinaus ist der Index auch online als Download verfügbar: <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20German.pdf>.

Pilotierung bildeten schließlich die Basis für den kommunalen Index für Inklusion, der mit vielfältigen Informationen und Anregungen sowie einem umfangreichen Fragenkatalog einen Startpunkt bieten möchte, um über Inklusion in der Gemeinde nachzudenken und selbst aktiv zu werden (vgl. MSJG 2011: 22).

Institutionen wie Schulen befinden sich in einem immerwährenden Veränderungsprozess, der sich, in Abhängigkeit von den beteiligten Akteur\_innen und den jeweiligen Rahmenbedingungen, sehr unterschiedlich gestaltet – ein Stillstand ist nicht möglich. Diese Prozesse sind auch stets als Lernprozesse für alle an Schule Beteiligten zu verstehen. Um Veränderungen in Schule nachhaltig und wirksam zu implementieren, bedarf es systematischer und gesteuerter Schulentwicklungsprozesse. Inklusion kann dabei als Leitprinzip fungieren, das diesen Prozessen eine Richtung vorgibt. Inklusiv Schulentwicklungsprozesse gehen von vorhandenen Ressourcen und Bedingungen aus und versuchen unter Wahrung der Partizipation aller Beteiligten ‚positive‘ und nachhaltige Veränderungen hervorzurufen und zu etablieren. Diese Prozesse sind dabei – ‚von Natur aus‘ – nie linear oder gleichförmig: jede Schule, jede Institution beschreitet einen eigenen Weg (vgl. Brokamp 2012: 147f.). Um diesen Weg zu gehen, dient der (schulische) Index für Inklusion als Orientierungshilfe. Er ist ein Kompendium von 560 Fragen – aufgeteilt in drei Dimensionen, sechs Bereiche und 44 Indikatoren (siehe Abbildung 4) – ‚mit deren Hilfe der aktuelle ‚inklusive‘ Stand einer Schule reflektiert, Entwicklungsfelder erkannt werden können und dann systematisch an ihrer konkreten Umsetzung gearbeitet werden kann.

<b>C</b>	<b>Inklusive Praktiken entwickeln</b>	<b>C 2</b>	<b>Ressourcen mobilisieren</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Unterschiedlichkeit der SchülerInnen wird als Chance für das Lehren und Lernen genutzt.</li> <li>2. Die Fachkenntnis der MitarbeiterInnen wird voll ausgeschöpft.</li> <li>3. Das Kollegium entwickelt Ressourcen, um das Lernen und die Teilhabe zu unterstützen.</li> <li>4. Die Ressourcen im Umfeld der Schule sind bekannt und werden genutzt.</li> <li>5. Die Schulressourcen werden gerecht verteilt, um Inklusion zu verwirklichen.</li> </ol>	<p>9</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>6</p> <p>7</p>
		<b>C 1</b>	<b>Lernarrangements organisieren</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Unterricht wird auf die Vielfalt der SchülerInnen hin geplant.</li> <li>2. Der Unterricht stärkt die Teilhabe aller SchülerInnen.</li> <li>3. Der Unterricht entwickelt ein positives Verständnis von Unterschieden.</li> <li>4. Die SchülerInnen sind Subjekte ihres eigenen Lernens.</li> <li>5. Die SchülerInnen lernen miteinander.</li> <li>6. Bewertung erfolgt für alle SchülerInnen in leistungsförderlicher Form.</li> <li>7. Die Disziplin in der Klasse basiert auf gegenseitigem Respekt.</li> <li>8. Die LehrerInnen planen, unterrichten und reflektieren im Team.</li> <li>9. Die ErzieherInnen unterstützen das Lernen und die Teilhabe aller SchülerInnen.</li> <li>10. Die Hausaufgaben tragen zum Lernen aller SchülerInnen bei.</li> <li>11. Alle SchülerInnen beteiligen sich an Aktivitäten außerhalb der Klasse.</li> </ol>	<p>16</p> <p>17</p> <p>10</p> <p>19</p> <p>11</p> <p>16</p> <p>12</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>14</p> <p>14</p>
<b>B</b>	<b>Inklusive Strukturen etablieren</b>	<b>B 2</b>	<b>Unterstützung für Vielfalt organisieren</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Formen der Unterstützung werden koordiniert.</li> <li>2. Fortbildungsangebote helfen den MitarbeiterInnen, auf die Vielfalt der SchülerInnen einzugehen.</li> <li>3. 'Sonderpädagogische' Strukturen werden inklusiv strukturiert.</li> <li>4. Dem Gleichstellungsgebot wird durch den Abbau von Hindernissen für das Lernen und die Teilhabe aller SchülerInnen entsprochen.</li> <li>5. Die Unterstützung für SchülerInnen mit Deutsch als Zweitsprache wird mit der Lernunterstützung koordiniert.</li> <li>6. Unterstützungssysteme bei psychischen und Verhaltensproblemen werden mit denen bei Lernproblemen und mit der inhaltlichen Planung koordiniert.</li> <li>7. Druck zu Ausschluss als Strafe wird vermindert.</li> <li>8. Hindernisse für die Anwesenheit werden reduziert.</li> <li>9. Mobbing und Gewalt werden abgebaut.</li> </ol>	<p>10</p> <p>13</p> <p>11</p> <p>11</p> <p>8</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>14</p>
		<b>B 1</b>	<b>Eine Schule für alle entwickeln</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Umgang mit MitarbeiterInnen in der Schule ist gerecht.</li> <li>2. Neuen MitarbeiterInnen wird geholfen, sich in der Schule einzugewöhnen.</li> <li>3. Die Schule nimmt alle SchülerInnen ihrer Umgebung auf.</li> <li>4. Die Schule macht ihre Gebäude für alle Menschen barrierefrei zugänglich.</li> <li>5. Allen neuen SchülerInnen wird geholfen, sich in der Schule einzugewöhnen.</li> <li>6. Die Schule organisiert Lerngruppen so, dass alle SchülerInnen wertgeschätzt werden.</li> </ol>	<p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>10</p> <p>13</p>
<b>A</b>	<b>Inklusive Kulturen schaffen</b>	<b>A 2</b>	<b>Inklusive Werte verankern</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. An alle SchülerInnen werden hohe Erwartungen gestellt.</li> <li>2. MitarbeiterInnen, SchülerInnen, Eltern und Mitglieder schulischer Gremien haben eine gemeinsame Philosophie der Inklusion.</li> <li>3. Alle SchülerInnen werden in gleicher Weise wertgeschätzt.</li> <li>4. MitarbeiterInnen und SchülerInnen beachten einander als Mensch und als RollenträgerIn.</li> <li>5. Die MitarbeiterInnen versuchen, Hindernisse für das Lernen und die Teilhabe in allen Bereichen der Schule zu beseitigen.</li> <li>6. Die Schule bemüht sich, alle Formen von Diskriminierung auf ein Minimum zu reduzieren.</li> </ol>	<p>12</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>10</p> <p>15</p>
		<b>A 1</b>	<b>Gemeinschaft bilden</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jede(r) fühlt sich willkommen.</li> <li>2. Die SchülerInnen helfen einander.</li> <li>3. Die MitarbeiterInnen arbeiten zusammen.</li> <li>4. MitarbeiterInnen und SchülerInnen gehen respektvoll miteinander um.</li> <li>5. MitarbeiterInnen und Eltern gehen partnerschaftlich miteinander um.</li> <li>6. MitarbeiterInnen und schulische Gremien arbeiten gut zusammen.</li> <li>7. Alle lokalen Gruppierungen sind in die Arbeit der Schule einbezogen.</li> </ol>	<p>11</p> <p>10</p> <p>13</p> <p>10</p> <p>14</p> <p>11</p> <p>9</p>
<b>Dimensionen</b>	<b>Bereiche</b>	<b>Indikatoren</b>		<b>Fragen</b>	

Abb. 4: Dimensionen, Bereiche, Indikatoren und jeweilige Fragenanzahl des Index für Inklusion (Boban/Hinz 2003: 17)

„Der Index ist ein Praxismaterial, das deutlich macht, was Inklusion für alle Aspekte von Schule bedeutet – im Lehrerzimmer, im Klassenraum und auf dem Schulhof.“ (Boban/Hinz 2003: 8). Er stellt *eine* Möglichkeit dar, Institutionen im Rahmen inklusiver Schulentwicklung auf dem Weg zur einer Schule für alle auf Basis einer Pädagogik der Vielfalt zu unterstützen – und dies nicht als eine zusätzliche Anstrengung zu allgemeinen Schulentwicklungsprozessen, sondern als ein Hilfsmittel innerhalb dieser bzw. diese unterstützend.

Für die Arbeit mit dem Index wird ein bewährter zirkulärer Prozess vorgeschlagen, der im Wesentlichen dem klassischen Schulentwicklungsprozesse folgt (wie z. B. bei Philipp/Rolff 1998) und nachfolgend mit Abbildung 5 dargestellt sowie mit Abbildung 6 weiter expliziert ist.

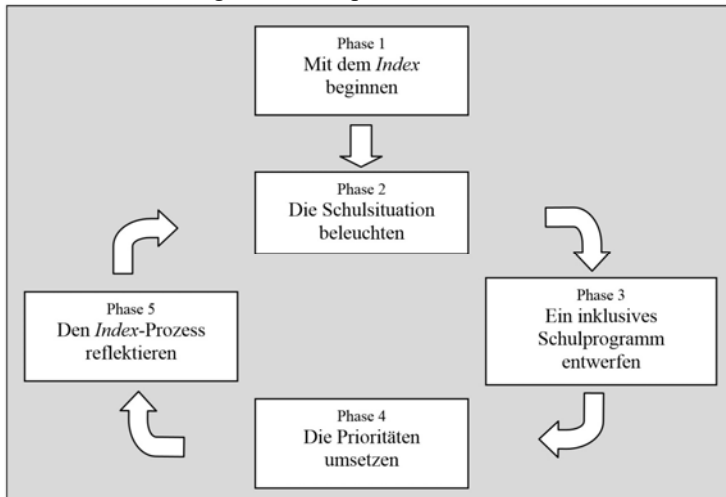


Abb. 5: Der Index-Prozess und Planungskreislauf von Schulentwicklungsprozessen (Boban/Hinz 2003: 19)

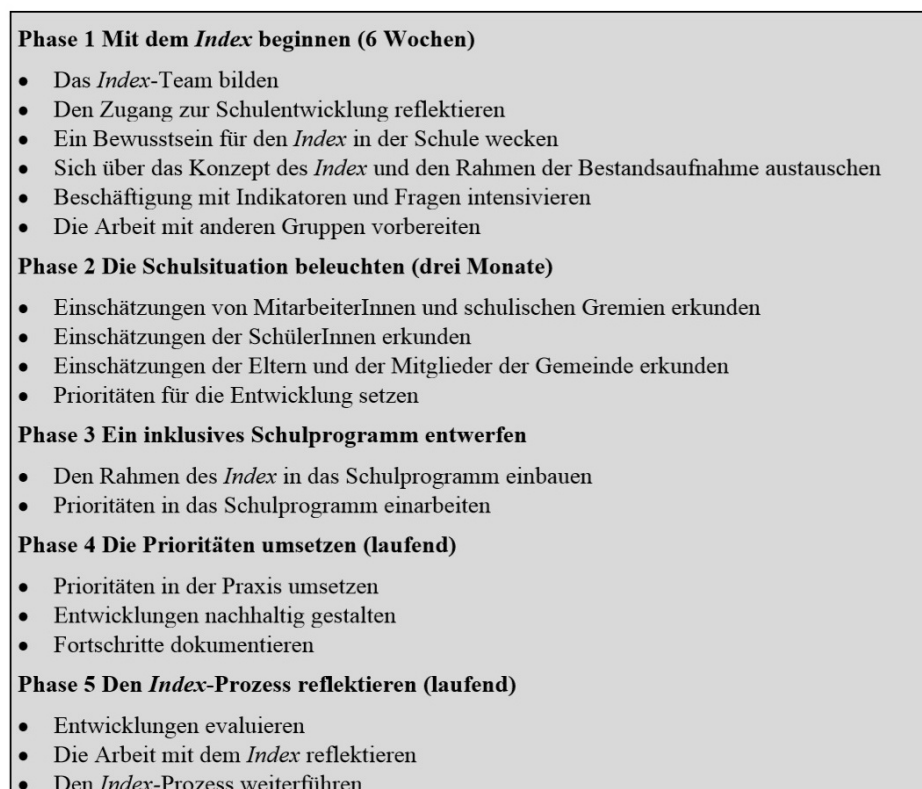


Abb. 6: Detaillierung eines möglichen Index-Prozesses (Boban/Hinz 2003: 22)

Inzwischen kann auf ein gutes Jahrzehnt von Erfahrungen im Umgang mit dem Index für Inklusion im deutschsprachigen Raum in Kita, Schule, Jugendhilfe und Universität bis hin zur Kommune und dem Sozialraum zurückgeblückt werden. In diesem Rahmen wurden Verbesserungsvorschläge erarbeitet (vgl. mehr dazu in Hinz 2012: 174), die in der kommenden überarbeiteten Fassung des Index (vgl. Boban/Hinz 2013) berücksichtigt werden<sup>10</sup>. Zusammenfassend kann das Potenzial des Index für Inklusion vor allem auf zwei Nenner gebracht werden. Der Index:

<sup>10</sup> Beispielsweise geht aus den Ergebnissen der Evaluation des Investitionsprogramms „Zukunft Bildung und Betreuung“ im Land Sachsen-Anhalt hervor, dass der Index in den begleiteten Schulen vor allem in der Anfangsphase als Orientierungshilfe für den Prozess und die generelle Zielsetzung

- 1) basiert auf einem Verständnis von Inklusion, das nicht nur den gemeinsamen Unterricht so genannter behinderter und nicht behinderter Schüler\_innen in den Blick nimmt, sondern bestrebt ist, alle Dimensionen von Heterogenität zu erfassen und damit Anschlussfähigkeit für alle Menschen bietet und nicht nur Professionelle der Sonderpädagogik anspricht.
- 2) fordert, im Rahmen inklusiver Schulentwicklungsprozesse, die Einbindung aller an Schule beteiligten Personen bzw. Personengruppen – unabhängig ihres Alters oder Berufsstatus. Auf diese Weise kann von allen Menschen ausgehend eine Schule für alle entstehen (vgl. Hinz: 2003: 17).

Aktuell entsteht auf Grundlage der dritten Auflage des englischsprachigen Index für Inklusion eine überarbeitete Version des deutschen Index, der weiterhin dem gewohnten Konzept folgt, aber im Vergleich zur Vorgängerversion noch konsequenter auf einem breiteren Inklusionsverständnis basiert, konkrete Praxisbeispiele zur Arbeit mit dem Index auführt, sprachlich anschlussfähiger sein soll und den Fokus von der Institution Schule auf Bildungseinrichtungen im Allgemeinen erweitert (ausführlicher vgl. Boban/Hinz 2013). Es kann erwartet werden, dass auch dieser Index für Inklusion im deutschsprachigen Raum weite Verbreitung und Anwendung erfahren wird.

### 4.3 Gesundheitsförderung mithilfe des Index für Inklusion?

Inklusion richtet den Blick darauf, wie die Bedürfnisse aller an Schule beteiligten Personen im Sinne einer menschenrechtsbasierten, demokratischen und anerkennenden Schulkultur auf Basis entsprechender Werte (vgl. Booth 2011) Beachtung finden und wie eine derartige Kultur etabliert werden kann. Eine inklusive Schule bzw. inklusiver Unterricht fördert „das angemessene, nichthierarchische und damit demokratische Eingehen auf die vorhandene Heterogenität der SchülerInnen durch das, was im deutschsprachigen Diskurs Pädagogik der Vielfalt, im englischsprachigen eben Inklusion genannt wird“ (Boban/Hinz 2003: 4) und trägt damit einen Teil zur Umsetzung der schulischen Aufgabe des Ermöglichens eines Aufwachsens in Menschlichkeit bei, u. a. indem strukturell begründetem Stress (durch systemisch manifestierte Hierarchien, siehe oben) entgegengewirkt und die Beachtung des Wohlbefindens zum Beispiel durch partizipative Strukturen ein Forum gegeben wird. Das Anliegen des dritten Artikels der Kinderrechtskonvention, das Kindeswohl bei der Gestaltung pädagogischer Einrichtungen zu (be)achten, ist der inklusiven Schule insofern ureigen, als dass sie sich als menschenrechtsachtende, grundlegend demokratische Schule versteht.

Der Index für Inklusion als „international erprobtes Material zur Selbstevaluation“ kann als „Katalysator für den Aufbau demokratischer Entwicklungsschritte und hierarchiemindernder Beziehungen in Schulen mit dem demokratischen Anspruch einer ‚Schule für alle‘“ (Boban/Hinz 2004: 37) dienen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich eine besondere Übereinstimmung von Zielen des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung und inklusiver Schulentwicklung. Letztere sollen *a) inklusive Kulturen*, d. h. eine Schulkultur der Wertschätzung auf Basis intersubjektiver Anerkennung (vgl. Honneth 1994) fördern, was beispielsweise Mobbing, Gewalt oder Erfahrung der Herabwürdigung ausschließt, *b) inklusive Strukturen* fördern, d. h. eine Schule, die jedem Kind die Chance der bestmöglichen Entfaltung der eigenen Individualität (im Leben und Lernen) gibt, was z. B. das tägliche Erleben von Zwang und Druck, gesichert durch Macht und Hierarchie, ausschließt und *c) inklusive Praktiken* entwickeln, welche inklusive Strukturen und Kulturen aufrechterhalten und bspw. eine größtmögliche Partizipation an ihrer (Re)Produktion ermöglichen (vgl. ebd.: 43f.). Diese Ziele streben sowohl eine Verhaltens- als auch auf eine Verhältnisänderung des Systems Schule und seiner Akteur\_innen zugunsten der Förderung und Erhaltung des Wohls aller an Schule Beteiligter an, womit die Grundfunktion von Schule der Absicherung des Aufwachsens, Lebens und Lernens in Menschlichkeit erfüllt wird.

Der Index für Inklusion kann als Material zur kritischen Selbstevaluation von Schulen mitsamt ihrer Strukturen, Praktiken und ihrer Kultur dazu beitragen, das subjektive Gesundheitserleben von Schüler\_innen zum Ausgangspunkt für Veränderungen der Verhaltensweise aller an Schule beteiligter sowie der Verhältnisse von Schule zu nehmen, um so die Aufgabe der Gesundheitsförderung und Erhaltung des Kindeswohls umsetzen.

Im Kontext einer gesundheitsförderlichen Verhältnisänderung können damit verbundene Fragen *beispielhaft* lauten: **Wie können systemische Verhältnisse gestaltet werden, sodass...**

- ... das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden aller an Schule beteiligten Akteur\_innen gewährleistet wird?
- ... alle an Schule beteiligten Akteur\_innen ohne Angst verschieden sein können?
- ... alle an Schule beteiligten Akteur\_innen frei von der Angst beschämt oder verletzt zu werden gemeinsam leben und lernen können?
- ... anerkennende Beziehungen zwischen allen an Schule beteiligten Akteur\_innen entwickelt und gepflegt werden können?
- ... Ungleichheit und Hierarchien gemindert oder abgebaut werden?
- ... alle Beteiligten weniger Stress ausgesetzt sind?
- ... aufgrund von Strukturen und Mechanismen in Schule weniger bis keine ‚Alpha-Tiere‘ und ‚Omega-Tiere‘ entstehen?
- ... falls diese doch entstehen, diese weniger unter Druck stehen?
- ... (mehr) echte Partizipation und damit Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung möglich ist?

---

gewürdigt wird, er jedoch als schwer verständlich kritisiert wird (vgl. Hinz et. al. 2013: 192f.). Dennoch wird der Index von vielen Praktiker\_innen als überaus nützlich und sinnvoll beschrieben.

- ... das subjektive Empfinden von allen Akteur\_innen gleichberechtigt wahr- und ernstgenommen wird?
- ...etc.

Wenngleich eine inklusive Schule potenziell auch eine gesundheitsförderliche Schule ist, gibt es mit Blick auf das Fragenkompendium des Index für Inklusion besondere, eine (schul)kritische Reflexion anregende Fragen, die sowohl für inklusive Schulentwicklungsprozesse als auch für eine davon losgelöste Umsetzung des Auftrages zur Gesundheitsförderung durch Schule besonders bedeutsam sind. Nachfolgend (Tabelle 1) sind beispielhaft und entsprechend der oben dargestellten Logik des Index, das heißt jeweils geordnet nach Dimension, Bereichen und Indikatoren, derartige Fragen aufgelistet. Dabei gilt es zu beachten, dass es im Index weitere für Gesundheitsförderung unmittelbar relevante Fragen gibt, die je nach gesundheitsförderlichem Anliegen bzw. Fokus auffallen können und hier nicht angeführt sind. Außerdem gilt es zu beachten, dass der Index selbst keinen Anspruch hat, einen vollständig abgeschlossenen Fragenkatalog als ‚Schablone‘ zu liefern. Vielmehr will er zu grundlegenden Reflexionen und damit zum Stellen weiterer Fragen anregen, womit er ebenso aus gesundheitspädagogischer Perspektive durch weitere Fragen erweiterbar ist.

Die in Tabelle 1 enthaltenen Bezeichnungen der Dimensionen, Indikatoren und Fragen (linke Spalte) sind in original Wortlaut aus Boban und Hinz (2003: 53-96) entnommen, wobei hier zum Zwecke einer verkürzten Darstellung nur ausgewählte, zum thematischen Fokus dieses Beitrages passende Indikatoren und Fragen dargestellt und ihre Bedeutungen (rechte Spalte) exemplarisch angedeutet sind. Die hinter den jeweiligen Indikatoren in Klammern gesetzten Zahlen wurden vom Autor hinzugefügt und verweisen auf die konkrete Seite im Index für Inklusion, auf der sowohl der Indikator als auch die dazugehörigen Fragen zu finden sind.

Ausgewählte Indikatoren und Fragen des Index für Inklusion (Boban/Hinz 2003: 53-96)	Erläuterungen aus Perspektive des Setting-Ansatzes Gesundheitsförderung
<b>DIMENSION A – Inklusive Kulturen schaffen, Bereich A. 1 – Gemeinschaft bilden</b>	
<p><b>Indikator A. 1.3   Die MitarbeiterInnen arbeiten zusammen. (55)</b></p> <p><i>1) Gehen die MitarbeiterInnen unabhängig von ihrer Berufsrolle in der Schule respektvoll miteinander um?</i></p> <p><i>2) Gehen die MitarbeiterInnen unabhängig von ihrer Geschlechterrolle respektvoll miteinander um?</i></p>	<p>Betrifft v. a. nicht-hierarchische bzw. gleichwürdige, anerkennende Interaktionen zwischen allen Akteur_innen und somit z. B. die Bereiche Gewalt- und Gewaltprävention, Gefühle und Konfliktprävention, Stress und Stressbewältigung.</p>
<p><b>Indikator A. 1.4   MitarbeiterInnen und SchülerInnen gehen respektvoll miteinander um. (56)</b></p> <p><i>1) Sprechen die MitarbeiterInnen alle SchülerInnen respektvoll an, nennen sie sie bei dem Namen, mit dem sie gerufen werden wollen, mit der richtigen Aussprache?</i></p> <p><i>2) Gehen die SchülerInnen mit allen MitarbeiterInnen respektvoll um, unabhängig von deren Rolle innerhalb der Schule?</i></p> <p><i>3) Werden Meinungen von SchülerInnen zur Weiterentwicklung der Schule eingeholt?</i></p> <p><i>4) Wirken sich die Ansichten der SchülerInnen darauf aus, was in der Schule passiert?</i></p>	<p>Betrifft v. a. nicht-hierarchische bzw. gleichwürdige, anerkennende Interaktionen zwischen allen Akteur_innen sowie Aspekte echter Partizipation. Damit werden z. B. die Bereiche Gewalt- und Gewaltprävention (beispielhaft gewaltfreie Kommunikation), Gefühle und Konfliktprävention, Stress und Stressbewältigung angesprochen. Insbesondere die Reflexion der Beachtung subjektiver Perspektiven der Schüler_innen im Rahmen von Gesundheitsförderung wird angeregt.</p>
<b>DIMENSION A – Inklusive Kulturen schaffen, Bereich A. 2 – Inklusive Werte verankern</b>	
<p><b>Indikator A. 2.1   An alle SchülerInnen werden hohe Erwartungen gestellt. (60)</b></p> <p><i>7) Werden alle SchülerInnen darin bestärkt, die Leistungen anderer anzuerkennen und zu würdigen?</i></p> <p><i>10) Versuchen die KollegInnen, dem Gebrauch von abfälligen Bezeichnungen bei geringen Leistungen entgegenzuwirken?</i></p> <p><i>11) Geht man auf Versagensängste von SchülerInnen entlastend und unterstützend ein?</i></p>	<p>Betrifft v. a. anerkennende Interaktionen zwischen allen Akteur_innen sowie eine positive Fehlerkultur und somit z. B. die Bereiche Gewalt- und Gewaltprävention, Stress und Stressbewältigung. Die Anregung eines gleichwürdigen, gewaltfreien Umgangs mit Vielfalt bereitet die Wahrnehmung derselben als besonderes Potenzial vor.</p>
<p><b>Indikator A. 2.2   MitarbeiterInnen, SchülerInnen, Eltern und schulische Gremien haben eine gemeinsame Philosophie der Inklusion. (61)</b></p> <p><i>3) Wird Unterschiedlichkeit als anregend wertgeschätzt - und nicht Anpassung an eine einzige 'Normalität' angestrebt?</i></p> <p><i>4) Wird Vielfalt als reiche Ressource für die Unterstützung des Ler-</i></p>	<p>Betrifft einerseits anerkennende Interaktionen zwischen allen Akteur_innen sowie die Wertschätzung von Vielfalt als Bereicherung und somit z. B. die Bereiche Gewalt- und Gewaltprävention, Stress und Stressbewältigung. Andererseits wird hier die Reflexion der notwendigen Beteiligung aller Akteur_innen an der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheits-</p>



<p><i>nens angesehen - und nicht als Problem?</i>                  10) <i>Fühlt sich die gesamte Schulgemeinschaft dafür verantwortlich, die Schule inklusiv zu gestalten?</i></p>	<p>förderung angeregt.</p>
<p><b>Indikator A. 2.4   MitarbeiterInnen und SchülerInnen beachten einander als Person und als RollenträgerIn. (63)</b>                   6) <i>Wird anerkannt, dass jede(r) - nicht nur ethnische Minderheiten - eine eigene Kultur hat?</i>                  10) <i>Werden Einrichtungen wie Toiletten, Duschen und Schließfächer in Ordnung gehalten?</i></p>	<p>Betrifft die Sensibilität für Heterogenität sowohl auf der Makro- als auch auf der Mikroebene und die Beachtung derselben bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Die Bedeutung von Räumlichkeiten im Zuge der Gesundheitsförderung wird thematisiert.</p>
<p><b>Indikator A. 2.5   Die MitarbeiterInnen versuchen, Hindernisse für das Lernen und die Teilhabe in allen Bereichen der Schule zu beseitigen. (64)</b>                   3) <i>Gehören zur Lehr- und Lernumwelt im Verständnis der MitarbeiterInnen auch die Schüler-Lehrer-Beziehung, Gebäude mit ihrer Ausstattung, Schulkulturen, Strukturen, Unterrichtsinhalte und Unterrichtsstile?</i>                  5) <i>Haben MitarbeiterInnen und SchülerInnen das Verständnis, dass Strukturen und Praktiken einer Schule der Vielfalt ihrer SchülerInnen entsprechen müssen?</i></p>	<p>Betrifft die Fokussierung auf Strukturen und Beziehungen und damit auf Verhalten und Verhältnisse. Andererseits wird die am Kindeswohl orientierte Gestaltung von Schule thematisiert.</p>
<p><b>Indikator A.2.6   Die Schule bemüht sich, alle Formen von Diskriminierung auf ein Minimum zu reduzieren. (65)</b>                   12) <i>Werden stereotype Ansichten von körperlicher Perfektion kritisch hinterfragt?</i></p>	<p>Regt die Reflexion eines normativen Gesundheitsverständnisses sowie der Gefahr eines Gesundheitszwanges an.</p>
<p><b>DIMENSION B – Inklusive Strukturen etablieren, Bereich B. 2 – Unterstützung für Vielfalt organisieren</b></p>	
<p><b>Indikator B. 2.1   Alle Formen der Unterstützung werden koordiniert. (72)</b>                   8) <i>Gibt es eine Koordination aller Initiativen - wie die gesunde Schule oder die Förderung hoher Begabungen - so dass sie zur Inklusivität der Schule beitragen?</i></p>	<p>Betrifft die systematische Umsetzung von Gesundheitsförderung als multiperspektivische, interdisziplinär-kooperative Gemeinschaftsaufgabe.</p>
<p><b>Indikator B. 2.2   Fortbildungsangebote helfen den MitarbeiterInnen, auf die Vielfalt der SchülerInnen einzugehen. (73)</b>                   1) <i>Sind alle Unterrichtsplanungen ausgerichtet auf die Teilhabe von SchülerInnen unterschiedlicher Herkunft, Erfahrungen, Leistungen und Beeinträchtigungen?</i>                  2) <i>Sind alle Lehr- und Lernzielplanungen ausgerichtet auf den Abbau von Hindernissen für das Lernen und die Teilhabe?</i>                  10) <i>Beteiligen die MitarbeiterInnen die SchülerInnen vermehrt an Entscheidungen über Unterrichtsinhalte und Lernwege?</i>                  12) <i>Lernen alle KollegInnen, wie sie Mobbing und Gewalt auch im Hinblick auf Rassismus, Sexismus und Homophobie begegnen können?</i></p>	<p>Betrifft einerseits für eine inklusionsdidaktische Aufbereitung von ‚Gegenständen‘, womit eine Seite der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung thematisiert wird. Andererseits betreffen die Fragen nach echter Partizipation und Mobbing und Gewalt Bereiche wie z. B. Gewalt- und Gewaltprävention, Gefühle und Konfliktprävention, Stress und Stressbewältigung.</p>
<p><b>Indikator B. 2.9   Mobbing und Gewalt werden abgebaut. (80)</b>                   2) <i>Werden Mobbing und Gewalt als potentielle Begleiterscheinung aller Machtbeziehungen verstanden?</i>                  5) <i>Wird wahrgenommen, dass sich Mobbing und Gewalt ereignen - möglicherweise zwischen MitarbeiterInnen, zwischen MitarbeiterInnen und SchülerInnen, MitarbeiterInnen und Eltern sowie zwischen SchülerInnen?</i>                  6) <i>Werden rassistische, sexistische, homophobe und behindertenfeindliche Kommentare und Verhaltensweisen als Aspekt von Mobbing und Gewalt betrachtet?</i></p>	<p>Betrifft die gewaltfreie, anerkennende Interaktion zwischen allen Akteur_innen sowie Mobbing und Gewalt als mögliche Begleiterscheinungen von hierarchischen bzw. machtgeprägten Strukturen und Interaktionen. Es werden z. B. die Bereiche Gewalt- und Gewaltprävention (beispielhaft gewaltfreie Kommunikation), Gefühle und Konfliktprävention, Stress und Stressbewältigung angesprochen.</p>
<p><b>DIMENSION C – Inklusive Praktiken entwickeln, Bereich C. 1 – Lernarrangements organisieren</b></p>	

<p><b>Indikator C. 1.1   Der Unterricht wird auf die Vielfalt der SchülerInnen hin geplant. (81)</b></p> <p><i>2) Entsprechen die Unterrichtsmaterialien den Hintergründen, Erfahrungen und Interessen der SchülerInnen?</i>  <i>5) Steigert der Unterricht das Lernen aller SchülerInnen?</i></p>	<p>Die Reflexion der Beachtung subjektiver Perspektiven und Erfahrungen sowie die Aufgabe allen Schüler_innen einen Zugang zu gesundheitsförderlichen Kompetenzen zu ermöglichen, werden angeregt.</p>
<p><b>Indikator C. 1.3   Der Unterricht entwickelt ein positives Verständnis von Unterschieden. (83)</b></p> <p><i>1) Werden die SchülerInnen ermuntert, Sichtweisen zu erkunden, die sich von ihren eigenen unterscheiden?</i>  <i>2) Wird den SchülerInnen dabei geholfen, sich in Dialoge zu begeben mit anderen, die verschiedenste Hintergründe und Blickwinkel haben?</i></p>	<p>Auch hier geht es im Besonderen um die Achtung subjektiver Perspektiven i. S. eines anerkennenden Umgangs mit Vielfalt z. B. bezogen auf Lebensstile aber auch individuell unterschiedliche Gesundheitsverständnisse, welche es mit einem normativen auszubalancieren gilt.</p>
<p><b>Indikator C. 1.11   Alle SchülerInnen beteiligen sich an Aktivitäten außerhalb der Klasse. (91)</b></p> <p><i>6) Werden Kinder und Jugendliche davon abgehalten, den ganzen Platz auf dem Schulhof für sich zu beanspruchen, z.B. für Fußball?</i>  <i>11) Wird allen SchülerInnen die Möglichkeit gegeben, an Aktivitäten außerhalb der Schule teilzunehmen?</i>  <i>13) Regen Spiele und der Sportunterricht alle SchülerInnen zu Sport und Fitness an?</i></p>	<p>Betrifft u. a. das Zulassen von Bewegung und damit die Frage der Öffnung von Schule im Inneren sowie nach außen und damit die Bereiche Bewegung und bewegte Schule aber auch Stress und Stressbewältigung. Es geht um Anregungen und generelle Möglichkeiten, nicht den Zwang zu Bewegung und Sport.</p>
<p><b>Indikator C. 2.4   Die Ressourcen im Umfeld der Schule sind bekannt und werden genutzt. (95)</b></p> <p><i>1) Gibt es eine regelmäßig aktualisierte Zusammenstellung der Ressourcen der Umgebung, die den Unterricht und das Lernen unterstützen können? [...]</i></p>	<p>Betrifft die Reflexion vorhandener und notwendiger Ressourcen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung als multiperspektivische, interdisziplinär-kooperative Gemeinschaftsaufgabe.</p>
<p><b>Indikator C. 2.5   Die Schulressourcen werden gerecht verteilt, um Inklusion zu verwirklichen. (96)</b></p> <p><i>7) Reflektieren die MitarbeiterInnen die Nutzung der zugewiesenen Ressourcen regelmäßig, so dass sie flexibel eingesetzt werden können, um auf veränderte Bedürfnisse der SchülerInnen zu reagieren?</i></p>	<p>Betrifft die Reflexion der Verwendung entsprechender Ressourcen allem voran durch eine Orientierung am Wohl der Schüler_innen, um ihnen ein humanes Aufwachsen zu ermöglichen.</p>

Tab. 1: Exemplarische sowohl für Gesundheitsförderung als auch inklusive Schulentwicklungsprozesse relevante Fragen des Index für Inklusion

Der Index für Inklusion ist ein adäquates Instrument, um oben dargestellte und viele weitere Fragen aufzuwerfen und zu ihrer Beantwortung zu ermutigen. Er regt Schulentwicklungsprozesse an, die sowohl auf Verhaltens- wie auch Verhältnisänderungen abzielen, womit Institutionen ganzheitlich in den Blick genommen werden. Angesichts der völkerrechtlichen Verankerung von Gesundheitsförderung in und durch Schule sowie der oben angeführten Befunde zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Schulalter wurden Verhältnisänderungen, d. h. grundsätzliche systemische Änderungen im Bildungswesen, als besonders bedeutsam herausgestellt und hier im Lichte inklusionspädagogischer Überlegungen als Aufgaben für inklusive Schulentwicklungsprozesse formuliert. Da diese sich ebenso auf die Ebene des Unterrichts beziehen, muss auch auf die Möglich- und Notwendigkeit der inklusionsdidaktischen Aufbereitung Gesundheitsförderung betreffender curricularer Inhalte hingewiesen werden. Diese Anforderung, der sich Schule stellen muss, wurde als ‚Doppelaufgabe‘ von Schule bezeichnet.

### 5. Gesundheitsförderung als Aufgabe inklusiven Sachunterrichts?

Obwohl die Aufgabe der Gesundheitsförderung eine Aufgabe des gesamten Systems Schule i. S. ihrer Humanfunktion ist, lässt sie sich im Bereich der Primarstufe fachlich-curricular sowohl implizit als auch explizit – im Gegensatz zu anderen Schulfächern – vor allem im Fach Sachunterricht verorten. Dies trifft nicht nur auf Deutschland zu, sondern scheinbar – mit Blick auf Versuche des internationalen Vergleichs von Konzeptionen, Inhalten und Methoden des Sachunterrichts bzw. äquivalenter Fächer – auch in anderen Ländern (vgl. dazu Studierende der Universität Bremen/Pech/Rauterberg 2007). Dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit dem Sachunterricht originär ist, bedeutet allerdings nicht, dass die Aufgabe schulischer Gesundheitsförderung entgegen aller bisherigen Darstellungen

doch einem einzelnen Fach übertragen werden soll, wenngleich dies traditionell, vor allem nach Maßgabe des Paradigmas der Gesundheitserziehung und dessen Fokus auf Verhaltensänderung durch Wissensaneignung (vgl. oben), durchaus so war/ist. Der Sachunterricht kann jedoch aufgrund seiner thematischen Ausrichtung und trotz seiner kurzen Geschichte als relativ junges Schulfach auf eine Tradition im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit Fragen von Gesundheit und Krankheit zurückgreifen, die es als besonderes Potenzial zu erkennen und nutzen gilt. Die Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheitsförderung durch die humane, menschenrechtsachtende Gestaltung von Schule kann zudem als bedeutsamer Beitrag des Sachunterrichts auf seinem Weg zur Inklusion und insgesamt als wichtiger Beitrag zur Umsetzung des Auftrages des Errichtens eines inklusiven Bildungssystems betrachtet werden. Der oben benannten schulischen ‚Doppelaufgabe‘ muss sich damit selbstredend auch der Sachunterricht als Disziplin stellen.

### 5.1 Aktuelle sachunterrichtliche Perspektiven auf Fragen der Gesundheit(sförderung)

Im aktuellen Perspektivrahmen der GDSU (2013) gehören die Themen Gesundheit und Gesundheitsprophylaxe den perspektivenvernetzenden Themenbereichen des Sachunterrichts an (vgl. GDSU 2013: 80ff.). Diese Verortung scheint konsequent, da sich die perspektivenvernetzenden Themenbereiche aus der Vernetzung der fünf Fachperspektiven des Sachunterrichts ergeben (vgl. ebd.: 14f.) und Gesundheitsförderung, wie oben skizziert, aufgrund ihrer Sensibilität für physische, psychische und soziale Verursachungen von Gesundheit oder Krankheit sowie der Beachtung subjektiver Perspektiven auf das Gesundheits- bzw. Krankheitserleben nur als multiperspektivische, interdisziplinär-kooperative Gemeinschaftsaufgabe umzusetzen ist. Das heißt: Auch im Rahmen gelingender Gesundheitsförderung geht es um die zielführende Vernetzung verschiedener Fachperspektiven. Hier zeigt sich eine Kongruenz des sachunterrichtlichen Vorgehens bei der Planung von Lehr-Lern-Settings bzw. der Konstruktion der Sache und der Notwendigkeit und einer Bedingung für nachhaltige Gesundheitsförderung.

Mit Blick auf das im Perspektivrahmen zutage tretende Gesundheitsverständnis und daran gebundene Perspektiven auf „gesundheitsförderliche Verhaltens- und Handlungsweisen“ von „Kindern“<sup>11</sup> (GDSU 2013: 80) im Rahmen von Gesundheitsförderung, wie sie prägnant beschrieben werden (ebd.: 80f.), sind „Bezugspunkte gesundheitsförderlichen Handelns [...] Umweltbedingungen (Exposition), innere individuelle Bedingungen (Disposition) sowie der aktuelle physische und psychische Zustand des Menschen (Konstitution), welche alle durch eine aktive gesundheitsförderliche Lebensweise beeinflusst werden können.“ (ebd.: 80) Inwiefern diese drei Bezugspunkte tatsächlich allein durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise beeinflussbar sind, scheint diskutabel. Vor allem erscheint diese Positionierung die Verantwortung für das Herstellen und Erhalten von Gesundheit zunächst dem Individuum zuzuschreiben, womit Schüler\_innen ihre gesundheitliche Lage letztlich selbst in der Hand haben (oder aber Ursachen für Gesundheit und Krankheit ggf. im familiären Feld gesucht werden, worin eine spezifische Gefahr der Fokuserengung liegen kann, vgl. Edelstein/Bendig/Enderlein 2011: 117). Aus systemischer Sicht (siehe oben) scheint hier der Einfluss von Institutionen und an sie geknüpfte Konditionen ungenügend berücksichtigt, wenngleich von der Bedeutung von „krankmachenden Einflüssen der natürlichen und sozialen Umwelt“ zu lesen ist (ebd.). Da das Verständnis von Gesundheit eingehend als besonders bedeutsam, da handlungsleitend beschrieben wurde, könnte eine deutlichere bzw. eindeutige Positionierung zu einem bestimmten Gesundheitsverständnis förderlich sein respektive Missverständnissen entgegenwirken. Das im Perspektivrahmen der GDSU beschriebene Gesundheitsverständnis knüpft augenscheinlich an jenes des höchsten, erstrebenswerten Gutes an (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 234): „Gesundheit gilt zu Recht als Grundbedingung und als ein zentrales Element eines guten und erfüllten Lebens“ (GDSU 2013: 80). Damit steht im Mittelpunkt die „Fähigkeit eines Menschen, ein Gleichgewicht zwischen den Abwehrmechanismen und Potenzialen des Organismus und der Psyche [...] und krankmachenden Einflüssen der natürlichen und sozialen Umwelt zu erhalten bzw. immer wieder herstellen zu können“, wobei der Beitrag des Sachunterrichts darin liegt, „Gesundheitswissen“, „Gesundheitsmotivation“ sowie „Gesundheitsverhalten“ zu vermitteln bzw. zu fördern (ebd.: 80f.). Was hier fehlt, ist ein expliziter Bezug zur Notwendigkeit von Verhältnisänderungen, welche für den modernen Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung bedeutungsvoll sind (siehe oben). Thematisch sollen Gesundheitswissen, -motivation und -verhalten in der Grundschule durch Auseinandersetzungen mit Aspekten der Prävention von Süchten und Drogenkonsum, der Sexualerziehung, der Ernährung, Bewegung, Hygiene und Zahngesundheit sowie der Psychohygiene im Sachunterricht angeregt werden (vgl. ebd.: 81). Diese Themenfelder beinhalten an sich Potenziale sowohl für Anregungen und Reflexionen möglicher Verhaltens- als auch Verhältnisänderungen. Ob bzw. dass auf letztere abgezielt wird, wird im aktuellen Perspektivrahmen allerdings nicht deutlich.

Entsprechend der ausformulierten Kompetenzbeschreibungen und bei näherer Betrachtung der beispielhaften Lernsituation für das Themenfeld Gesundheit und Gesundheitsprophylaxe zum Thema gesunde Ernährung (ebd.: 81f. sowie 143ff.) entsteht insgesamt der Eindruck, dass auch im Rahmen des aktuellen Perspektivrahmens das Augenmerk primär auf Verhaltensänderung seitens der Schüler\_innen gelegt wird, anstatt auf die sich aus aktuellen Erkenntnissen gesundheitspädagogischer Arbeiten ergebende Notwendigkeit einer Verhaltens- und Verhältnisänderung. Damit wird insge-

---

<sup>11</sup> Bezogen auf den angesprochenen Personenkreis innerhalb der Ausführungen der GDSU zum Themenbereich Gesundheit und Gesundheitsprophylaxe und dessen Bildungspotential müsste geklärt werden, ob sich dieser nur auf Schüler\_innen bezieht, weil diese innerhalb des Perspektivrahmens als Adressat\_innen sachunterrichtlich-didaktischer Überlegungen und Planungen gelten, oder ob damit eine Verengung des Fokus anzuregender gesundheitsförderlicher Verhaltens- und Verhältnisänderungen lediglich auf Schüler\_innen erfolgt. Letzteres widerspräche dem Grundanliegen von Gesundheitsförderung, Aufgabe aller an Schule beteiligter Akteur\_innen zu sein (vgl. z. B. KMK 2012).

samt das Bild einer einseitigen Orientierung auf das Verhalten von Schüler\_innen im Rahmen von Empfehlungen, Grundlagen bzw. Ansätzen von Gesundheitsförderung bestätigt (vgl. Simon/Kruschel 2013), womit eine kritische Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung innerhalb des Sachunterrichts notwendig scheint. Dies wird m. E. auch daran deutlich, dass es – im Sinne des oben dargestellten Gesundheitsverständnisses, welches die Anerkennung subjektiver Perspektiven und Lebensentwürfe (in Bezug auf die gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebens) betont, was wiederum aus Perspektive Inklusiver Pädagogik von grundlegender Bedeutung ist – , fragwürdig erscheinen muss, wenn unter den „Hinweise[n], wie Kompetenzentwicklungen sichtbar werden und auch beurteilt werden können“ die Bereitschaft „gegebenenfalls bestimmte Gewohnheiten zu verändern“ (GDSU 2013: 147) als ein Kriterium der Leistungsbeurteilung angeführt wird. Dies steht in einem deutlichen Widerspruch zur Anerkennung von Vielfalt und Autonomie i. S. individueller Lebensentwürfe, erweckt das Bild einer stark normativen Erwartung von einem gesundheitsförderlichem Lebensstil (siehe auch Frage 3 des Indikators A. 2.2 des Index für Inklusion, siehe Tabelle 1), der sogar als Maßstab für Beurteilung in Schule dient und lässt Schüler\_innen quasi als einzig für ihre gesundheitliche Situation und gesundheitsförderliche oder -schädigende Verhaltensweisen verantwortlich erscheinen, was aus ökosystemischer oder auch sozialisationstheoretischer Perspektive ebenfalls fragwürdig erscheint. Es geht im Rahmen der Ausführungen zur Gesundheitsförderung im Perspektivrahmen Sachunterricht zwar auch um den Umgang mit Expositionen, allerdings nicht ausreichend um die Anregung der Veränderung dieser i. S. einer Verhältnisänderung. Bedeutet die Balancefähigkeit des Menschen (vgl. GDSU 2013: 80) hier eine Anpassungsleistung an bestehende Verhältnisse, wie sie für den soziologischen Gesundheitsbegriff (siehe oben) bedeutsam ist und in der exemplarischen Analyse unserem Schulwesen zugrundeliegender Dokumente (vgl. Simon/Kruschel 2013) scheinbar zutage kam? Eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann m. E. nach produktiv für den Sachunterricht als Disziplin, sein Inklusionsverständnis und damit seinen Beitrag zum Inklusionsdiskurs sein.

## **5.2 Besondere Chancen des Sachunterrichts grundlegende Beiträge zur Gesundheitsförderung und Inklusion zu leisten**

Nach dieser kritischen Auseinandersetzung mit aktuellen sachunterrichtlichen Perspektiven zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung sollen im Folgenden besondere Potenziale des Sachunterrichts zur Umsetzung der schulischen Aufgabe des Ermöglichens eines Aufwachsens in Menschlichkeit, welche gleichsam gewinnbringend für die inklusive Gestaltung von Schule sind, kurz benannt werden.

Das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung ist, wie bereits oben angeführt, ein originär sachunterrichtliches. Dieser Umstand macht es möglich allein unter Besinnung auf die sachunterrichtliche Tradition auf ein Spektrum an didaktischen Konzeptionen zur Gesundheitsförderung (vgl. Kiper 2007: 198ff.), die der Realisierung der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung förderlich sind, zurückzugreifen. Dieses Repertoire kann selbstredend durch weitere didaktische Konzeptionen beispielsweise aus dem Bereich der Gesundheitspädagogik und anderen erweitert werden. Dass das Thema Gesundheit(sförderung) zu den Lernbereichen des Sachunterrichts gehört, ergibt sich aus der unvergleichlichen fachlichen Vielseitigkeit des Sachunterrichtes, denn „Es gibt wohl kein zweites Unterrichtsfach im gesamten Bildungssystem, das eine ähnliche inhaltliche Bandbreite aufweist“ (Kahlert 2011: 487). Sachunterrichtliche Themen, die die besondere Affinität von Gesundheitsförderung und inklusiven Schulentwicklungsprozessen deutlich machen, können exemplarisch Abbildung 3 sowie durchaus auch Tabelle 1 (siehe oben) entnommen werden. Darüber hinaus soll hier – gemeint als Anregung entsprechend des Fokus dieses Beitrages und wieder ohne Anspruch auf Vollständigkeit – eine weitere kurze Aufzählung erfolgen. Mögliche Themen können sein:

- a) Was ist Gesundheit/Krankheit, was gesund und ungesund? (unter Berücksichtigung des subjektiven Gesundheitsverständnisses und -erlebens von Schüler\_innen)
- b) Kindheit/Schule früher und heute. (hier können systematisch intergenerationale Verhaltens- und Verhältnisänderungen in den Blick genommen und auch die Grundfunktionen von Schule thematisiert und reflektiert werden)
- c) (Kinder)Rechte. (zum Beispiel das Recht auf Gesundheit, das Recht auf Bildung in einer gesundheitsförderlichen Schule)
- d) Das bin ich, das bist du. Zum Umgang mit Vielfalt. (ermöglicht z. B. die Reflexion von verschiedenen Gesundheitsverständnissen, Gesundheitsfanatismus und Achtung individueller Lebensentwürfe)
- e) Was ist Gewalt? (bietet die Chance sich mit Gewalt und Gewaltfreiheit innerhalb und außerhalb von Schule zu beschäftigen und sich mit an Macht und Hierarchien gebundener Gewalt zu beschäftigen)
- f) Was ist Demokratie? (bietet die Chance der Auseinandersetzung mit demokratischen Grundwerten, die für eine inklusive Kultur bedeutsam sind, sowie die Chance sich der Frage „Demokratisch lernen oder Demokratie lernen?“ zu stellen)

Die besondere inhaltliche Vielfalt des Sachunterrichts begründet auch die Möglichkeit, sich dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung aus unterschiedlichen Fachperspektiven respektive über verschiedene weitere mit diesem Gegenstand verbundene Themen integrativ zu nähern (vgl. Pech 2009), womit der Zugang zu(r) Gesundheit(sförderung) multiperspektivisch gestaltet werden kann. Dieser multiperspektivische Zugang kann mithilfe der fünf Fachperspektiven des Sachunterrichts (vgl. GDSU 2002, 2013) angeregt und gleichsam strukturiert werden. Im Rahmen der Betrachtung des Themas Gesundheit(sförderung) aus den verschiedenen Fachperspektiven des Sachunterrichts ergibt sich wiederum per se die Chance, einen ganzheitlichen Blick auf diese Thematik zu werfen und in diesem Zusammenhang ge-

zielt sowohl Aspekte der Verhaltens- als auch der Verhältnisänderung bei der Lehr-Lern-Planung zu berücksichtigen. Der multiperspektivische Zugang zu sachunterrichtlichen Themen ermöglicht es zudem beispielsweise Kultur- und/oder Milieuspezifika in den Blick zu nehmen und als Aspekte von Vielfalt zu berücksichtigen, d. h. Fachthemen generell diversitätssensibel zu begegnen.

Eine weitere Chance des Sachunterrichts bei der Umsetzung der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung kann – besonders aus inklusionsdidaktischer Perspektive – in der Beachtung von Kinderperspektiven im Rahmen sachunterrichtsdidaktischer Überlegungen gesehen werden. Kinderfragen bzw. Kinderperspektiven dienen – je nach Verständnis der Orientierung an denselben in unterschiedlichem Maße – der Legitimation für die Themenauswahl im Sachunterricht (vgl. Pech 2009: 4f.) bzw. als Grundpfeiler der didaktischen Strukturierung, bei der ausgehend von Kinderperspektiven unter Ergänzung entsprechender Fachperspektiven nach Schnittpunkten gesucht wird, die ‚echtes‘, tiefgreifendes Lernen ermöglichen sollen (vgl. Seitz 2006). Über diese didaktischen Überlegungen hinaus wurde die Bedeutung der Berücksichtigung subjektiver Perspektiven im Rahmen nachhaltiger Gesundheitsförderung bereits oben betont (vgl. Hurrelmann/Palantien 1997, Eriksson 2001, Giest/Hintze 2007). Da subjektive (Kinder)Perspektiven im Sachunterricht ein grundlegendes Element für didaktisches Planen und Handeln sind, kann hier in Bezug auf die Umsetzung der Aufgabe Gesundheitsförderung ebenfalls von einer besonderen Chance des Sachunterrichts gesprochen werden, die sich aus seinem Selbstverständnis als Disziplin ergibt. Die Beachtung von Kinderperspektiven als Beitrag zu einem multiperspektivischen Zugang zu Lerngegenständen bzw. zur gemeinsamen Konstruktion dieser wird als wichtiges Grundprinzip einer inklusiven (Sachunterrichts-)Didaktik erachtet (vgl. Seitz 2006, Platte 2010, vgl. auch Gebauer/Simon 2012), denn gerade „Die Fähigkeit und Bereitschaft, Perspektiven zu erweitern und zu wechseln, lässt die Vielseitigkeit eines (Lern)Gegenstandes erfahren.“ (Platte 2010: 95) Oder anders formuliert: Inklusiver Unterricht sucht geradezu „vielfältige, unterschiedliche Perspektiven zur Gestaltung eines gemeinsamen Ganzen“ (ebd.: 97f.).

Die Betonung dieser besonderen Chance des Sachunterrichts für eine inklusionsdidaktisch angelegte Gesundheitsförderung kann in doppelter Weise verstanden werden: Einmal als Hinweis auf die besonderen Potenziale sachunterrichtsdidaktischer Traditionen und andererseits als Verweis auf die Pflicht des Sachunterrichts sich auf seinem Weg zur Inklusion selbstkritisch zu hinterfragen und sich für weitere, neue Perspektiven und Zugangsweisen zu öffnen. Dies wird angesichts des oben skizzierten, im aktuellen Perspektivrahmen beschriebenen Gesundheitsverständnisses in Bezug auf die Umsetzung der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung m. E. notwendig sein. Dabei soll nochmals betont werden, dass für den Sachunterricht aufgrund seiner thematischen Tradition hier die Möglichkeit besteht, an zwei wichtigen Themenfeldern gleichzeitig zu arbeiten: Erstens an der Aufgabe der Gesundheitsförderung als klassische, ureigene Aufgabe von Schule und zweitens an der (Um)Gestaltung eines inklusiven Lebens- und Lernraumes Schule. Wie bereits oben betont sind jedoch letztlich alle an Bildung beteiligten Personen und Strukturen (Einrichtungen, Fächer) zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Schule angehalten – und nicht nur wie bisher überwiegend der Sachunterricht.

Sachunterricht als integratives, multiperspektivisch und kinderperspektivenachtendes Fach weist insgesamt auch aufgrund seiner Affinität zum fächerintegrierenden bzw. fächerübergreifenden Lehren und Lernens eine ausgewiesene Chance zur Anregung von Projekten zur Gesundheitsförderung auf, die letztlich dazu anregen können, eine ganze Schule bzw. alle an Schule beteiligten Personen in die Umsetzung der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung zu involvieren. Der Index für Inklusion kann in diesem Zusammenhang die Rolle eines vermittelnden, alle zusammenführenden Instrumentes übernehmen, das unterschiedliche Ansätze und Sichtweisen (zum Beispiel zur Gesundheitsförderung) thematisch bündelt bzw. weitere Auseinandersetzungen anregt. Somit ist es einzelnen Fächern wiederum möglich, zu inklusiven Schulentwicklungsprozessen aus eigener Fachlogik beizutragen und somit ein Stück zur Errichtung einer inklusiven Schule beizusteuern, ohne die eigenen Fachgrenzen und Aufgaben zu vernachlässigen. Für den Beitrag des Sachunterrichts zur Inklusion über die Thematik der gesundheitsfördernden Schule erfordert dies zunächst eine Schärfung des Gesundheits- und Gesundheitsförderungsverständnisses, in dessen Rahmen auch ein expliziter Bezug auf Möglich- und Notwendigkeiten von Verhältnisänderungen angeregt werden sollte und ferner die Reflexion curricularer sowie didaktisch-methodischer Traditionen, die es produktiv zu nutzen gilt.

## 6. Zusammenfassung und Fazit

Gesundheit als Menschenrecht zu achten bedeutet eine Balance zwischen der Anerkennung von Individualität und einem subjektiven Gesundheitserleben sowie der Norm einer gesunden Lebensweise zu suchen. Entsprechend des in diesem Beitrag skizzierten Verständnisses von Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozialer Ursachen von Gesundheit bzw. Krankheit (i. S. von schulischen Strukturen und deren Auswirkungen auf Interaktionsverhältnisse) leitet sich daraus die Umsetzung der Aufgabe des Schaffens und Erhaltens gesundheitsförderlicher (Schul)Umwelten ab, die gleichsam als Gegenstand von (inkluisiven) Schulentwicklungsprozessen zu verstehen ist und subjektive Sichtweisen von Schüler\_innen auf deren eigene gesundheitliche Situation berücksichtigt. Der Index für Inklusion kann (s)einen Teil zur Umsetzung dieser Aufgabe beitragen, indem er u. a. zur Etablierung und ‚Pflege‘ partizipativer Strukturen, zur Enthierarchisierung und Demokratisierung, zur Schaffung einer anerkennenden, stressmindernden Schulkultur u. v. m. anregt. Mit Hinweis auf ausgewählte Daten zur gesundheitlichen Lage von Schüler\_innen wurden in diesem Beitrag gerade Aspekte der Enthierarchisierung und Demokratisierung als bedeutsam herausgestellt. Diese gehen zudem mit dem Auftrag zur Etablierung eines inklusiven Bildungswesens einher, denn eine inklusive Schule bzw. inklusi-

ver Unterricht fördert „das angemessene, nichthierarchische und damit demokratische Eingehen auf die vorhandene Heterogenität der SchülerInnen“ (Boban/Hinz 2003: 4). Dem Sachunterricht bietet sich wie oben vorgeschlagen die Möglichkeit, den Index für Inklusion für sachunterrichtliche Konzeptionen der Gesundheitsförderung zu nutzen, um einerseits auf didaktischer Ebene eine angemessene Auseinandersetzung mit gesundheitsförderlichen Themen bzw. eine Aneignung entsprechender Kompetenzen zu ermöglichen (inklusionsdidaktische Ebene). Andererseits liefert er so auf der Ebene von Schulentwicklungsprozessen eigene Beiträge zur inklusiven und damit gleichzeitig gesundheitsförderlichen Gestaltung von Schule, womit sowohl eine facheigene wie allgemein schulische als auch inklusionspädagogische Aufgabe gleichzeitig bearbeitet wird (Ebene inklusiver Schulentwicklungsprozesse). Beide wurden im Beitrag als Komponenten der ‚Doppelaufgabe‘ Gesundheitsförderung dargestellt.

Da sich die inklusive Schule wie bereits mehrfach hervorgehoben als menschenrechtsbasierte, demokratische Schule versteht, die sich an den Bedürfnissen und dem Wohl ihrer Akteur\_innen orientiert, d. h. ihnen ein Leben, Lernen und Arbeiten in Menschlichkeit ermöglichen will, vermögen Konzepte wie der Setting-Ansatz Gesundheitsförderung zur Umsetzung einer solchen beizutragen. Dass und warum dem Sachunterricht in diesem Zusammenhang ein besonderes Potenzial innewohnt, wurde u. a. durch Andeutung auf seine thematische und didaktische Tradition zur Gesundheitsförderung argumentiert. Unter Rückgriff auf tradierte Ansätze und Konzepte sachunterrichtlicher Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Erweiterung derselben um eine Sensibilität für soziale und strukturelle Ursachen von Gesundheit und Krankheit und damit einhergehende Möglich- und Notwendigkeiten für Verhältnisänderungen, die mit inklusiven Schulentwicklungsprozessen hochgradig anschlussfähig sind, obliegt dem Sachunterricht in Bezug auf das Gewährleisten eines Aufwachsens in Menschlichkeit in einer inklusiven Schule eine besondere Chance, die es zu nutzen gilt. Letztlich muss sich jedoch Schule *insgesamt* ihrer originären Aufgabe der Gesundheitsförderung durch entsprechende Schulentwicklungsprozesse und inklusionsdidaktisch angeregte Konzeptionen stellen, sodass vor einem einseitigen Abwälzen der Aufgabe schulischer Gesundheitsförderung (aufgrund existenter Traditionen) auf den Sachunterricht als Fach zu warnen ist.

Eine weitere mit diesem Beitrag verbundene Intention ist es, einen – im Vergleich zu den meisten geführten Diskussionen – etwas anderen Blick auf Inklusion sowie den Index für Inklusion und seine Rolle für die (Um)Gestaltung von Schule zu werfen, der die überwiegend sonderpädagogische Orientierung im Diskurs gewinnbringend erweitert. In diesem Zusammenhang gibt es eine Vielzahl weiterer Auseinandersetzungen, die sich aus einer konsequenten Umsetzung des Inklusionsgedankens im Bildungssystem (exemplarisch Simon/Simon 2013) insgesamt und innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen ergeben können. Auf dem Weg zur Inklusion stellen sie Möglichkeiten produktiver und den Inklusionsdiskurs bereichernder Beiträge dar – für jedes Fach bzw. jede Disziplin.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass
- Beisenkamp, A./Müthing, K./Klößner, C. A./Hallmann, S. (2012): Elefanten-Kindergesundheitsstudie 2011. Große Ohren für kleine Leute. Recklinghausen: RDN Verlag
- Bertram, H./Kohl, S./Rösler, W. (2011): Zur Lage der Kinder in Deutschland 2011/2012: Kindliches Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe. Deutsches Komitee für UNICEF. Köln
- Blömeke, S./Felbrich, A./Müller, C. (2008): Theoretischer Rahmen und Untersuchungsdesign. In: Blömeke, S./Kaiser, G./Lehmann, R. (Hrsg.): Professionelle Kompetenz angehender Lehrerinnen und Lehrer. Wissen, Überzeugungen und Lerngelegenheiten deutscher Mathematikstudierender und -referendare. Münster: Waxmann
- BMFSFJ (2012): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Berlin
- Boban, I./Hinz, A. (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in Schulen der Vielfalt entwickeln. Halle: Martin-Luther-Universität
- Boban, I./Hinz, A. (2004): Der Index für Inklusion – ein Katalysator für demokratische Entwicklung in der „Schule für alle“. In: Heinzel, F./Geiling, U. (Hrsg.): Demokratische Perspektiven in der Pädagogik. Wiesbaden: VS Verlag, S. 37-48
- Boban, I./Hinz, A. (2013): Der neue Index für Inklusion – eine Weiterentwicklung der deutschsprachigen Ausgabe. In: Zeitschrift für Inklusion Online, Ausgabe Nr. 2/2013. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Böhme, K./Haag, N. (2012): Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Ländervergleichs in den Fächern Deutsch und Mathematik. In: Stanat, P./Pant, H. A./Böhme, K./Richter, D. (Hrsg.): Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern am Ende der vierten Jahrgangsstufe in den Fächern Deutsch und Mathematik Ergebnisse des IQB-Ländervergleichs 2011. Münster u.a.: Waxmann, S. 128-130
- Booth, T. (2011): Wie sollen wir zusammen leben? Inklusion als wertebbezogener Rahmen für die pädagogische Praxis. URL: [www.gew.de/Binaries/Binary74925/Inklusion\\_Werte-End.pdf](http://www.gew.de/Binaries/Binary74925/Inklusion_Werte-End.pdf)
- Brokamp, B. (2012): Veränderungen gestalten: Inklusive Schulentwicklungsprozesse. In: Reich, K. (Hrsg.): Inklusion und Bildungsgerechtigkeit – Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule. Weinheim und Basel: Beltz, S. 147-159
- Bürgisser, T. (2008): Gesundheitsfördernde Schule – Spannungsfelder und Chancen. Was Gesundheitsförderung zu guten Schulen beitragen kann. In: Wicki, W./Bürgisser, T. (Hrsg.): Bern u.a.: Haupt, S. 57-92
- Edelstein, W./Bendig, R./Enderlein, O. (2011): Schule: Kindeswohl, Kinderrechte, Kinderschutz. In: Fischer, J./Buchholz, T./Merten, R. (Hrsg.): Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule. Wiesbaden: VS Verlag, S. 117-140
- Enderlein, O. (2011): Pädagogische Beziehungen und Menschenrechtsbildung in der Schule. Vortrag anlässlich der Gründungskonferenz „Menschenrechtsbildung in Schule und Kita“, Reckahn am 3. und 4. Oktober 2011. URL: <http://www.rochow-museum.uni-potsdam.de/arbeitskreis-menschenrechtsbildung/netzpublikationen-des-ak-mrb.html>
- Eriksson, K. (2001): Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflgeethorie. Bern u.a.: Huber
- Esslinger-Hinz, I./Sliwka, A. (2011): Schulpädagogik. Reihe: Bachelor/Master. Weinheim: Beltz
- Flick, U./Walter, U./Fischer, C./Neuber, A./Schwartz, F. W. (2004): Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern u.a.: Huber

- GDSU (2002): Perspektivrahmen Sachunterricht. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- GDSU (2013): Perspektivrahmen Sachunterricht. Vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Gebauer, M. (2011): Warum Deutschland nicht über seinen Schatten springt. Wie die Kultur eines Landes Schulreformen beeinflusst. In: *unerzogen* 3/11, S. 9-14
- Gebauer, M. (2012): In exklusiver Gesellschaft? Kulturelle Barrieren, die einer inklusiven Schule im Wege stehen. In: *Sache, Wort, Zahl*, 130/40. Jg., S. 51-57
- Gebauer, M./Simon, T. (2012): Inklusiver Sachunterricht konkret: Chancen, Grenzen, Perspektiven. In: [www.widerstreit-sachunterricht.de](http://www.widerstreit-sachunterricht.de), Ausgabe Nr. 18, Oktober 2012
- Gesquiere, L. R./Learn, N. H./Simao M. C./Onyango, P. O./Alberts, S. C./Altmann, J (2011): Life at the Top: Rank and Stress in Wild Male Baboons. In: *Science*, Vol. 333, S. 357-360
- GEW (2006): Index für Inklusion: Tageseinrichtungen für Kinder - Lernen, Partizipation und Spiel in der inklusiven Kindertageseinrichtung entwickeln. URL: <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20EY%20German2.pdf>
- Giest, H. (2007): Gesundheitssituation und Gesundheitserziehung im Grundschulalter. In: *Grundschulunterricht* 6/2007, S. 2-6
- Giest, H./Hintze, K. (2007): Für einen aktiven Gesundheitsbegriff. In: *Grundschulunterricht* 6/2007, S. 10-18
- Groeben, N./Wahl, D./Schlee, J./Scheele, B. (1988): Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke
- Heimlich, U./ Kahlert, J. (Hrsg., 2012): Inklusion in Schule und Unterricht. Wege zur Bildung für alle. Stuttgart: Kohlhammer
- Herrmann, U. (Hrsg., 2006): Neurodidaktik – Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen. Weinheim und Basel: Beltz
- Hildeschmidt, A./Sander, A. (1996): Zur Effizienz der Beschulung sogenannter Lernbehinderter in Sonderschulen. In: Eberwein, H. (Hrsg.): *Handbuch Lernen und Lernbehinderungen*. Weinheim und Basel: Beltz, S. 115-134
- Hinz, A. (2003): Inklusion – mehr als nur ein neues Wort?! In: *Lernende Schule*, Heft 23, 2003, S. 15-17
- Hinz, A. (2006): Inklusion. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 97-99
- Hinz, A. (2011): Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Land Sachsen-Anhalt. In: *Zeitschrift für Inklusion Online*, Ausgabe Nr. 2/2011. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Hinz, A. (2011a): Notwendige Bedingungen bei der Umsetzung von Inklusion. In: Wernstedt, R./ John-Ohnesorg, M. (Hrsg.): *Inklusive Bildung. Die UN-Konvention und ihre Folgen*. 2. Auflage. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung, S. 59-63
- Hinz, A. (2012): Die Adaption des »Index für Inklusion« in Deutschland. In: Reich, K. (Hrsg.): *Inklusion und Bildungsgerechtigkeit – Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule*. Weinheim und Basel: Beltz, S. 171-180
- Hinz, A. (2013): Inklusion – von der Unkenntnis zur Unkenntlichkeit!? Kritische Anmerkungen zu einem Jahrzehnt Diskurs über schulische Inklusion in Deutschland. In: *Zeitschrift für Inklusion Online*, Ausgabe 1/2013. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Hinz, A./Boban, I./Gille, N./Kirzeder, A./Lauffer, K./Trescher, J. (2013): Entwicklung der Ganztagschule auf der Basis des Index für Inklusion. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Homfeldt, H. G. (2006): Gesundheit. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik*. 2. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 314-317
- Honneth A. (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Hörmann, G. (2013): Gesundheitspädagogik, Gesunde Pädagogik oder Gesundheitsbildungsforschung – eine Teildisziplin der Erziehungswissenschaft? In: Marchwacka, M. A. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Wiesbaden: Springer, S. 29-45
- Hörmann, G. (2011): Gesundheitserziehung. In: Einsiedler, W. u.a. (Hrsg.): *Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik*. 3. vollst. überarb. Auflage. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 608-611
- Hurrelmann, K./Palentien, C. (1997): Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Schulen. In: Wildt, B. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in der Schule*. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterland, S. 15-25
- Kahlert, J. (2011): Sachunterricht – ein vielseitiger Lernbereich. In: Einsiedler, W./Götz, M./Hartinger, A./Heinzel, F./Kahlert, J./Sandfuchs, U. (Hrsg.): *Handbuch Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik*. 3., vollst. überarb. Auflage. Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB, S. 487-493
- Kahlert, J./Heimlich, U. (2012): Inklusionsdidaktische Netze – Konturen eines Unterrichts für alle (dargestellt am Beispiel des Sachunterrichts). In: U. Heimlich/J. Kahlert (Hrsg.): *Inklusion in Schule und Unterricht. Wege zur Bildung für alle*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 153-190
- Kastl, J. M. (2010): Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden: VS Verlag
- Kiper, H. (2007): Gesundheitserziehung. In: Kahlert, J./Fölling-Allbers, M./Götz, M./Hartinger, A./von Reeken, D./Wittkowske, S. (Hrsg.): *Handbuch Didaktik des Sachunterrichts*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 196-200
- KMK (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. URL: [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2012/2012\\_11\\_15-Gesundheitsempfehlung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf)
- Knauf, T. (1997): Eine Schule für Menschen – eine Schule zum Wohlfühlen. In: Wildt, B. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in der Schule*. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterland, S. 26-38
- Köhnlein, W. (2012): Sachunterricht und Bildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Kroll, L. E. (2010): Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag
- Leppert, U. (2010): Ich hab eine Eins! Und Du?: Von der Notenlücke zur Praxis einer besseren Lernkultur. München: Uni-Online Press
- Meinschäfer, V. (2006): Herzinfarkt ist eine Arbeiterkrankheit. Medizinische Soziologie räumt mit alten Vorurteilen auf. In: *Magazin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*, Ausgabe 3/2006, S. 31-32
- Marchwacka, M. A. (2013): Gesundheitsförderung – eine pädagogische Herausforderung? In: Ebd. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Wiesbaden: Springer, S. 11-28
- Matern, S. (2013): Projektförmig organisierte Gesundheitsförderung in der Grundschule – ein Spannungsfeld zwischen Postulaten und pädagogischer Machbarkeit. In: Marchwacka, M. A. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Wiesbaden: Springer, S. 189-203
- Meyer, H. (1997): *Schulpädagogik*. Band I: Für Anfänger. Berlin: Cornelsen Scriptor
- MSJG (2011): *Inklusion vor Ort – Der kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch*. Bonn: Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Parsons, T. (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A./Brocher, T./von Mering, O./Horn, K. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Paulus, P. (2010): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. In: Ebd. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit*. Weinheim & München: Juventa
- Pech, D. (2009): Sachunterricht – Didaktik und Disziplin. Annäherung an ein Sachlernverständnis im Kontext der Fachentwicklung des Sachunterrichts und seiner Didaktik. In: [www.widerstreit-sachunterricht.de](http://www.widerstreit-sachunterricht.de), Nr. 13, Oktober 2009

- Philipp, E./Rolf, H.-G. (1998): Schulprogramme und Leitbilder entwickeln. Ein Arbeitsbuch. Weinheim & Basel: Beltz
- Platte, A. (2010): Inklusiver Unterricht – eine didaktische Herausforderung. In: Hinz, A./Körner, I./Niehoff, U. (Hrsg.): Auf dem Weg zur Schule für alle. Barrieren überwinden – inklusive Pädagogik entwickeln. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 87-100
- Quentin, G. (1997): Gesundheitserziehung. In: Kaiser, A. (Hrsg.): Lexikon Sachunterricht. Hohengehren: Schneider, S. 75
- Raithel, J./Dollinger, B./Hörmann, G. (2009): Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen. Wiesbaden: VS Verlag
- Schmidt, B./Kolip, P. (2007): Gesundheit fördern – oder fordern? Eine Einführung. In: Ebd. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 9-20
- Schumann, B. (2007): „Ich schäme mich ja so!“. Die Sonderschule für Lernbehinderte als Schonraumfalle. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Schumann, B. (2009): Inklusion: eine Verpflichtung zum Systemwechsel – deutsche Schulverhältnisse auf dem Prüfstand des Völkerrechts. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 55 (2009), S. 51-53
- Schwilk, H. (2007): Schule macht Deutschlands Kinder unglücklich. In: Welt Online vom 10.11.07, URL: <http://www.welt.de/politik/article1350873/Schule-macht-Deutschlands-Kinder-ungluecklich.html>
- Seitz, S. (2004): Forschungslücke Inklusive Fachdidaktik – ein Problemaufriss. In: Schnell, I./Sander, A. (Hrsg.): Inklusive Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 215-231
- Seitz, S. (2005): Zeit für inklusiven Sachunterricht. Hohengehren: Schneider
- Seitz, S. (2006): Inklusive Didaktik: Die Frage nach dem 'Kern der Sache'. In: Zeitschrift für Inklusion Online, Ausgabe Nr. 1/2006. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Seitz, S. (2008): Zum Umgang mit Heterogenität: inklusive Didaktik. In: Ramseger, J./Wagener, M. (Hrsg.): Chancengleichheit in der Grundschule – Ursachen und Wege aus der Krise. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 175-178
- Simon, J./Simon, T. (2013): Stadt als Schule? Zum Zusammenhang von Schul(raum)entgrenzung und inklusiven Schulentwicklungsprozessen. In: Zeitschrift für Inklusion Online, Ausgabe Nr. 2/2013. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Simon, T./Kruschel, R. (2013): Gesundheitsförderung mithilfe des Index für Inklusion? In: Zeitschrift für Inklusion Online, Ausgabe Nr. 2/2013. URL: <http://www.inklusion-online.net>
- Simon, T. (im Erscheinen): Diagnostik als Kernelement inklusiver Didaktik? Inklusionspädagogische Ansprüche an die Schulpraxis am Beispiel von Diagnostik und Didaktik. In: Bernhardt, N./Hauser, M./Poppe, F./Schuppener, S. (Hrsg.): Inklusion und Chancengleichheit. Diversity im Spiegel von Bildung und Didaktik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Stanat, P./Pant, H. A./Böhme, K./Richter, D. (Hrsg., 2011): Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern am Ende der vierten Jahrgangsstufe in den Fächern Deutsch und Mathematik Ergebnisse des IQB-Ländervergleichs 2011. Münster u.a.: Waxmann
- Steinbach, H. (2004): Gesundheitsförderung – Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas
- Stern, E. (2002): Wie abstrakt lernt das Grundschulkind. Neuere Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung. In: Petillon, H. (Hrsg.): Individuelles und soziales Lernen in der Grundschule – Kinderperspektive und pädagogische Konzepte. Opladen: Leske + Budrich, S. 27-42
- Studierende der Universität Bremen/Pech, D./Rauterberg, M. (2007): Zweite Blicke über den Tellerrand. Fortsetzung der kleinen Sammlung zum Sachlernen in internationaler Perspektive. In: www.widerstreit-sachunterricht.de, Ausgabe Nr. 9, Oktober 2007
- van Ackeren, I./Klemm, K. (2009): Entstehung, Struktur und Steuerung des deutschen Schulsystems. Wiesbaden: VS Verlag
- Werner, E. E. (1971): The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten. Honolulu: University of Hawaii Press
- Werner, E. E./Smith, R. S. (1982): Vulnerable, but invincible: a longitudinal study of recent children and youth. New York: McGraw Hill
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. URL: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/who-worldwide>
- Wildt, B. (1997): Gesundheit als öffentliches Erziehungsprogramm. In: Ebd. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterland, S. 39-55
- Wildt, B. (Hrsg., 1997a): Gesundheitsförderung in der Schule. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterland
- Wocken, H. (2010): Über Widersacher der Inklusion ihre Gegenreden. Ein advokatorisches Essay. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ 23/2010, S. 25-31. URL: <http://www.bpb.de/apuz/32713/ueber-widersacher-der-inklusion-und-ihre-gegenreden-essay?p=all>