

GESUNDES LERNEN: HERAUSFORDERUNG UND CHANCE FÜR SCHULEN UND KINDERTAGESSTÄTTEN

Christina Krause und Renate Eichhorn

Keywords

Salutogenesis, health resources, inclusion, sense of self-worth, sense of belonging, well-being, children at risk, resilience, skills, giftedness, poor aptitude

1. Einleitung

Kinder können nicht nicht lernen, d.h. Lernen ist die Grundlage jedweder Entwicklung bzw. Veränderung. Jedes Kind kann lernen, will lernen und lernt immer. Die Schwierigkeit für das intendierte Lernen im Kindergarten und in der Schule besteht jedoch darin, dass die Berücksichtigung der ganz individuellen und besonderen Voraussetzungen des einzelnen Kindes hohe Anforderungen an die Bildungsinstitutionen und die dort tätigen Lehrkräfte stellt. Besonders offensichtlich werden die damit verbundenen Probleme, wenn es um die am unteren und oberen Ende der Schulleistungsskala sich befindenden Kinder geht: also um die „Hochbegabten“ mit einem Intelligenzquotienten von mehr als 125 auf der IQ-Skala einerseits und die „Minderbegabten“ andererseits mit einem IQ von weniger als 100 auf der IQ-Skala.

Gesundheit gilt in westlich orientierten Kontexten als ein hohes Gut. So erkennen die Vertragsstaaten der UN-Kinderrechtskonvention im Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß auf Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ (Vereinte Nationen, 1989) an. Der Begriff des Wohlbefindens wurde erstmals von der WHO (1948) zur Definition von Gesundheit genutzt: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ Ob diese Definition jedoch global als erstrebenswert und als sozial und kulturell angemessen gilt, bleibt zu diskutieren und bedarf u. a. regionalspezifischer Kenntnisse (Schiffer 2001). Trotz der Kritik an dieser Definition, z.B. an dem Verständnis von Gesundheit als Zustand vollständigen Wohlbefindens (Lohaus, 1993), wurde damit eine Wende in den Gesundheitswissenschaften eingeleitet. Die Gesundheitswissenschaft etablierte sich in der Folge als eigenständiger Forschungsbereich, und es entstanden eine Reihe wichtiger Arbeiten, die sich bemühten, Gesundheit als komplexes Geschehen und als von der Person selbst verantwortetes Gut zu definieren (Faltermaier, 2005; Becker, 2006; Schumacher, 2010).

Im Beitrag wird versucht, die aktuellen pädagogischen Diskussionen um Inklusion und Bildungsgerechtigkeit zu verbinden mit dem gesundheitswissenschaftlichen Diskurs um Wohlbefinden und gesundes Lernen von Kindern am Beispiel hochbegabter und minderbegabter Kinder. Es wird der Frage nachgegangen, wie pädagogische Lehrkräfte den neuen Anforderungen gerecht werden können.

2. Das salutogenetische Modell

Aaron Antonovsky (1923-1994) hat in den 1970er Jahren mit seinem Konzept der Salutogenese einen Perspektivenwechsel initiiert. Er beschrieb Gesundheit als dynamischen Prozess: der Mensch befände sich immer zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit, und beide wären jederzeit anteilig im Menschen vorhanden. Es schein jedoch Personen zu geben, die sich öfter und über längere Zeit in Richtung Gesundheitspol bewegten als andere. Diese Erkenntnis führte Antonovsky zu der Frage, welche Ressourcen bzw. Schutzfaktoren den Menschen gesund erhalten und widerstandsfähig machen (Antonovsky, 1979). Er beschrieb folgende Gruppen von generellen Widerstandsressourcen (GRR - general resistance resources):

- Gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (*cultural stability, religion, philosophy, art*). Diese Ressourcen basieren auf politisch-kulturellem und spirituell-philosophischem Eingebundensein.
- Materielle Faktoren (*material*). Hierunter fallen materieller Wohlstand und Besitz, z. B. Geld und Güter.
- Soziale Faktoren (*social support, ties, magic*). Zu den sozialen Unterstützungsressourcen gehören die Familie, die Freunde, die Erzieher/-innen und Lehrer/-innen und alle anderen bedeutsamen Bezugspersonen und sozialen Netzwerke.
- Personale Faktoren (*genetic and constitutional GRRs, knowledge, intelligence, ego identity, coping strategy, control, commitment*). Das sind neben den genetischen, konstitutionellen und immunologischen

Ausstattungen des Menschen die im Laufe des Lebens erworbenen Dispositionen wie Wissen (Intelligenz), emotionale Stabilität, Ich-Identität, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Handlungskompetenzen und soziale Kompetenzen (Krause und Mayer, 2012).

Personen, denen diese Ressourcen zur Verfügung stehen oder die sie im Laufe ihres Lebens entwickeln können, haben die besten Voraussetzungen, die vielfältigen Anforderungen des Lebens zu meistern. Das Vorhandensein der Ressourcen allein reicht aber noch nicht aus, denn sie müssen auch erkannt und eingesetzt werden und möglichst dann, wenn sie benötigt werden. Je häufiger das erfolgreich gelingt, desto mehr bildet sich die Überzeugung heraus, dass das Leben verstehbar und kontrollierbar sowie handhabbar und sinnvoll ist. Antonovsky (1987) versteht unter dieser Überzeugung eine ganz besondere Grundhaltung dem eigenen Leben und der Welt gegenüber, eine Lebensorientierung, die die Person befähigt, den Risiken des Lebens gewappnet gegenüber zu treten. Er hat dafür den Begriff „Sense of Coherence“ (SOC) gefunden.

Antonovsky (1987) beschreibt den Kohärenzsinn mit drei Komponenten. Es ist (1) das Gefühl der Verstehbarkeit, das uns die Welt und die alltäglichen Belastungen als verständlich, vorhersagbar und kontrollierbar erscheinen lässt, (2) das Gefühl der Handhabbarkeit, das uns hilft, die eigenen Ressourcen zu erkennen und auch zu nutzen und (3) das Gefühl der Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit. Letzteres erachtet Antonovsky für besonders wichtig, weil es die Überzeugung zum Ausdruck bringt, dass das Leben sinnvoll ist, dass es sich lohnt, die Herausforderungen anzunehmen und sich anzustrengen.

Antonovsky geht davon aus, dass die drei Komponenten des Kohärenzsinn vor allem in der Kindheit und Jugend entstehen. Die Komponente „Verstehbarkeit“ könne dann entstehen, wenn das Kind die Erfahrung von Konsistenz machen kann. Die meisten Kinder machen Erfahrungen der emotionalen Zuwendung und der Sicherheit durch konsistentes Verhalten ihrer Bezugspartner (Eltern!). Wenn aber die konsistente Erfahrung nicht erfreulich ist, wenn „Kälte, Feindseligkeit und Missachtung eine deutliche Botschaft der Abwertung übermitteln“ (Antonovsky, 1979, S.208), dann werden wichtige Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllt, und es kann nicht die Erfahrung der Bedeutsamkeit machen. Viele Kinder – vor allem Kinder aus Migrantenfamilien – erfahren in unserem Schulsystem eher das Gefühl von Ausgrenzung und Einsamkeit, von Versagen und Demütigung. Die Beziehung zwischen Lehrkräften und den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen ist viel zu oft nicht gesundheitsförderlich. Die „Pädagogik des Willkommenheißen“, wie sie in Finnland nachhaltig praktiziert wird, kann in deutsche Schulen schon auf Grund des Sortierens auf verschiedene Schultypen nur selten Einzug halten (weitere Ausführungen zu Antonovsky's Modell in Mayer & Krause, 2012).

In den Gesundheitswissenschaften und der gesundheitsorientierten Pädagogik wurden Modelle und Projekte entwickelt, die besonders auf die Förderung von Gesundheitsfaktoren abzielen und eine frühzeitige Gesundheitserziehung, die möglichst schon im Kindergarten beginnen sollte, befürworten (Krause et al, 2000 und 2001; Krause et al, 2004; Krause, 2009). Die Schule als weiterführende Institution gesundheitsfördernder Konzepte und Programme kann Gesundheit langfristig kulturübergreifend fördern und somit zu einer Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit beitragen. In der Kindheit können und sollten jene Gesundheitsfaktoren gefördert werden, die für jedes Kind zu jeder Zeit und unabhängig von kulturellen und gesellschaftlichen Besonderheiten gesundheitsrelevant sind.

3. Autonomie und Selbstwertgefühl

Bei der Erörterung der salutogenetischen Frage „Was erhält gesund?“ hat sich Antonovsky in seinen Schriften (vgl. Antonovsky, 1979; 1997) insbesondere auf die personalen Faktoren konzentriert, also auf jene Faktoren, die jede Person im Lauf ihres Lebens erwerben sollte, um mit diesen Erfahrungen das Kohärenzgefühl herausbilden zu können.

Unsere Arbeiten zur Entwicklung des Selbst im Kindes- und Jugendalter (Krause, 1987, 1997, 2000; Krause, Wiesmann & Hannich, 2004) und viele andere Untersuchungen (z.B. Stern, 1923; Rosenberg & Kaplan, 1982; Philipp, 1984; Fuhrer, Marx, Holländer & Möbes, 2000; Schachinger, 2002) haben gezeigt, dass das Selbstwertgefühl eine Schlüsselrolle *für die psychische Gesundheit* zu spielen scheint.

Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens nicht nur Wissen über die Welt, sondern weiß auch zunehmend mehr über sich selbst. Ein kleines Kind weiß schon sehr früh, wer seine Mutter ist, wie ihre Stimme klingt und wie sie sich bewegt. Es lernt die nähere Umgebung kennen, erobert sie zuerst krabbelnd, später gehend und schließlich erfragend und erkundend. Gleichzeitig wird auch Wissen über die eigene Person erworben. Es beginnt mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers und dessen Signalen (Hunger, Durst, Schmerzen u.a.). Im dritten Lebensjahr etwa erkennt das Kind sich selbst im Spiegel, es weiß nun, dass es ein „Ich“ ist. In den ersten

Lebensjahren macht das Kind schnelle Fortschritte in der Erkenntnis der Welt und seiner selbst. Jedes Wissen ist auch emotional eingebettet. Das Wissen über die Mutter ist normalerweise mit vielen positiven Gefühlen verankert und auch so abgespeichert.

Auch das Wissen über die eigene Person – in seiner Gesamtheit wird es als *Selbstkonzept* bezeichnet – ist im Normalfall mit positiven Gefühlen verbunden. Es ist wichtig, den „Normalfall“ zu betonen. Kinder, die liebevoll umsorgt werden, die Resonanz von ihren Kontaktpersonen erfahren, deren Entwicklungsschritte bemerkt und mit Stolz und Ermunterung zum nächsten Schritt beantwortet werden – diese Kinder entwickeln eine positive Beziehung zu sich selbst. Daraus entsteht das *Selbstwertgefühl*, eine relativ globale Wertschätzung der eigenen Person.

Das Selbstwertgefühl ist die gefühlsmäßig verankerte Beziehung eines Menschen zu sich selbst. Es ist jenes Gefühl, das aus dem Erleben von Kompetenz, Partizipation und Anerkennung entsteht.

Wir können davon ausgehen, dass die meisten Kinder in den ersten Lebensjahren ein positives Selbstwertgefühl entwickeln können. Das zeigt sich in ihrem Selbstvertrauen und in ihrer Risikobereitschaft. Dieses Vertrauen in die eigenen Stärken kann sich bei den meisten Kindern herausbilden, weil die Entwicklungsfortschritte des Kindes von Freude und Stolz der Eltern begleitet werden.

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass ca. 85% der Kinder bis zum Schulbeginn ein positives Selbstwertgefühl besitzen (Krause, 2000). Das bedeutet aber auch, dass 15% der Kinder diese für ihren Schulstart notwendige Ressource nicht besitzen. In der Tabelle 1 sind die Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) dargestellt (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhardt, 2007). Von allen in die Untersuchung einbezogenen drei- bis sechsjährigen Kindern (N=3875) können 86,7% als gesund bezeichnet werden, sie hatten kein Problemverhalten entwickelt. Aber – und das ist auch ein wichtiger Befund – Kinder aus Migrantenfamilien und aus „armen“ Familien sind weit häufiger problembelastet.

Geschlecht		Migrationsstatus		Sozialstatus			Gesamt
Jungen	Mädchen	Migrant	Nicht-Migrant	niedrig	mittel	hoch	
84,2	89,4	77,2	88,5	76,0	89,2	93,3	86,7

Tabelle 1: Drei- bis Sechsjährige ohne Problemverhalten (KiGGS-Studie), Anteile in %

Wie eng die Selbstwertschätzung mit der Gruppe verbunden ist, zeigen auch die neueren Ergebnisse der Hirnforschung. Obwohl gerade durch die Fortschritte auf diesem Gebiet viele neue Fragen, z.B. zum Bewusstsein und insbesondere auch zum Selbst, entstanden sind (vgl. hierzu Roth, 2003; Singer, 2002; Metzinger, 2010), kann behauptet werden, dass Menschen durch die gegenseitige Spiegelung und durch Erfahrungen von Resonanz in der Lage sind, über sich selbst zu reflektieren. Da diese Reflektionen aber immer mit Wertungen verbunden sind, werden die selbstbezogenen Informationen auch besonders emotional aufgenommen und abgespeichert. Gesundheitsförderlich sind sie dann, wenn sie dem natürlichen Bedürfnis nach Selbstwertstärkung entsprechen.

4. Eingebundensein und Zugehörigkeitsgefühl

Aus der Resilienzforschung (Werner & Smith, 1982; Bender & Lösel, 1998; Rutter, 2000) ist bekannt, dass jene Kinder, die eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson aufbauen können, eine der wichtigsten Bedingungen für eine psychisch gesunde Entwicklung besitzen.

Das Zugehörigkeitsgefühl ist die gefühlsmäßig verankerte Beziehung zu anderen Menschen. Es ist jenes Gefühl, das aus dem Erleben von Angenommensein und Dazugehören entsteht.

Bauer (2006) sagt, dass „der Empfang einer Mindestdosis von verstehender Resonanz ein elementares biologisches Bedürfnis ist, ohne dass wir letztendlich gar nicht leben können“ (S. 107). Die besten Resonanzgeber sind die Eltern, sie machen intuitiv genau das, was das Kind braucht. Zwischen der Mutter und dem Kind beginnt vom ersten Tage an ein Spiel der gegenseitigen Spiegelungen und des Imitierens. Resonanz heißt also für das Kind: es wird wahrgenommen und erhält Rückmeldung. Im positiven und die Entwicklung fördernden Falle wird es nicht nur wahrgenommen, sondern in seinem So-Sein angenommen, es erhält Zuwendung, Anerkennung und Selbstwert stärkende Rückmeldungen, es kann sich seiner Bezugsperson sicher sein und darf aktiv in das Geschehen eingreifen.

Die Gewissheit des Kindes, dass es auf die Unterstützung seiner Bezugspersonen vertrauen kann, gehört zu den wichtigsten Ressourcen und ist ein bedeutsamer Gesundheitsfaktor. In einem emotional positiven Erziehungsklima mit Erwachsenen, die einen konstruktiven Umgang mit Belastungen vorleben, können Kinder Erfahrungen von *Sicherheit, Struktur und Sinnhaftigkeit* machen. Schon sehr junge Kinder leiden, wenn sie „nicht mitspielen“ dürfen, wenn sie das Gefühl haben, nicht gemocht zu werden, wenn sie Außenseiter sind. Und Mobbing – das systematische und wiederholte Kränken und Verletzen eines Kindes in einer Gruppe – ist unerträglich und macht krank.

Kinder aus armen Familien erleben sich oft als nicht dazugehörig, sie sind einsam und auch häufiger krank als andere. Denn Armut grenzt aus, und Kinder erleben das täglich in ihrer Lebenswelt. Die 1. und 2. World Vision Kinderstudie (Hurrelmann, Andresen & Schneekloth, 2011) haben nachgewiesen, dass Aufwachsen in Armut, eine niedrige soziale Herkunftsschicht und ein alleinerziehendes Elternteil sowie Arbeitslosigkeit der Eltern nach wie vor zu dieser Ausgrenzung beitragen. Dass es insbesondere die Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund betrifft, ist ihrem hohen Anteil an der Unterschicht zuzurechnen: Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund bedingen sich.

Der Zusammenhang von Zugehörigkeitsgefühl und Selbstwertgefühl ist offensichtlich: ohne das Gefühl von Zugehörigkeit und Bindungssicherheit kann kein positiver Selbstwert entstehen. Andererseits verschafft die Erfahrung, ein Selbst zu sein und sich von anderen Menschen zu unterscheiden, das Gefühl von *Autonomie*. Ohne das WIR kann es kein ICH geben, das Selbst kann sich nur in der Kommunikation mit Bezugspersonen, die dem Bedürfnis des Kindes nach Selbstakzeptanz und Selbstverwirklichung gerecht werden, entwickeln. Diese Kommunikation mit anderen Menschen kann nicht durch fiktive Personen in virtuellen Räumen ersetzt werden (Krause & Lorenz, 2009).

Aber erst eine ausgewogene Balance zwischen Verwirklichung der Autonomiebestrebungen auf der einen Seite und den Sicherheits- und Bindungsbedürfnissen auf der anderen Seite ermöglicht eine positive Entwicklung (Baltes & Silverberg, 1994; Harter, 1998). Die Bedeutung der Förderung von Gesundheitsfaktoren wie Selbst- und Zugehörigkeitsgefühl (Erleben von Selbstwirksamkeit und emotionaler Verbundenheit mit relevanten Bezugsgruppen) verdient damit besondere Aufmerksamkeit. Nur wenn Kinder so aufwachsen, dass sie die wichtigsten Gesundheitsfaktoren und Kompetenzen zur Stress-Bewältigung herausbilden, können sie auch die von Antonovsky beschriebene positive Lebensorientierung entwickeln und sind auf die Risiken ihres Lebens gut vorbereitet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für die Herausbildung dieser generellen Einstellung gegenüber dem Leben, dem Kohärenzgefühl, Erfahrungen notwendig sind, die nur in der Gemeinschaft und in Kommunikation mit den anderen gemacht werden können. Gesundheitsförderlich ist jene kommunikative Situation,

- die dem Bedürfnis des Kindes nach Sicherheit und Liebe (Konsistenz in den Beziehungen) gerecht wird,
- die das Lernbedürfnis erfüllt und den Wissenshunger des Kindes stillt und gleichzeitig die Entwicklungsfortschritte wahrnimmt und anerkennt (Belastungsbalance) und
- die die menschliche Würde achtet und gerecht, brüderlich und selbstbestimmt das Kind an der gemeinsamen Aufgabe, an Entscheidungen und an der Welt teilnehmen lässt (Partizipation).

Diese Lebenserfahrungen zu gewährleisten, sollte ein Anliegen in jeder Kultur und Gesellschaft sein und ist somit eine kulturübergreifende Zielstellung.

5. Lernerfahrungen und Wohlfühlen in der Schule

Lernen ist die aktive und selbsttätige Auseinandersetzung mit der Welt und mit der eigenen Person. Zur „Welt“ gehört alles, was die Lebenswelt eines Heranwachsenden ausmacht, alle zu seiner Umwelt gehörenden Lebewesen und die Welt der Gegenstände und Erscheinungen sowie die gegenwärtig existierenden historischen, sozialen, ökonomischen und ethischen Errungenschaften der Menschheit. Es ist also eine immense Vielfalt, mit der das Kind von Beginn seines Lebens an konfrontiert wird. Aber auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Person ist ein immanenter Bestandteil des Lernens und insbesondere der Lernerfahrungen in der Kindheit. Jede Mutter sowie jeder Vater kann miterleben, mit welcher Lust, welcher Ausdauer und welchem Stolz das Laufen erlernt wird. Keiner muss das Kind dazu motivieren, es erträgt Misserfolge und Schmerzen, um schließlich zum Ziel zu gelangen. Am besten gelingen die Lernprozesse jedoch, wenn gleichzeitig positive Beziehungserfahrungen gemacht werden können, die das Gefühl von Zugehörigkeit entstehen lassen.

Jedes Kind lernt auf eine besondere individuelle Art, in Abhängigkeit von biologischer Ausstattung, den Angeboten und Erwartungen der Lernumwelt, dem jeweiligen Bildungssystem und den gesellschaftlichen, kulturellen und familiären Anforderungen. In jeder Lerngruppe gibt es Kinder, die nicht im Gleichschritt mitgehen können, die im Extremfall als „Versager“ bzw. als „minderbegabte Kinder“ aber auch als „Erfolgreiche“ bzw. „hochbegabte Kinder“ auffallen. Was tun, wenn der/die Einzelne schneller oder langsamer lernt als die Gruppe? Oder wenn die Lernvoraussetzungen und -bedingungen sehr unterschiedlich sind? Auch die Lebensumstände können so verschieden sein, dass ein Gleichschritt unmöglich wird. Flüchtlingskinder z.B. können traumatisiert sein, Migrantenkinder können massive Sprachprobleme haben, Kinder aus armen Familien können entwicklungsverzögert sein.

Die moderne und aktuell diskutierte Lösung heißt Inklusion:

„Bei der Inklusion geht es nicht um erzwungene Gleichheit, sondern um Vielfalt und Gleichberechtigung. Es geht nicht um Zwang, sondern um Toleranz und Gerechtigkeit. Es geht nicht darum, dass wir gnädig sind und Kinder mit Behinderungen dabei sein dürfen. Es geht darum, dass Voraussetzungen geschaffen werden, die die gleichberechtigte Teilhabe aller Kinder ermöglichen. Das ist ein großer Unterschied“ (Reimann, 2014).

Im Artikel 24 der UN-Behindertenrechtskonvention (seit 26. März 2009 in Deutschland gültig) heißt es:

„States Parties recognize the right of persons with disabilities to education. With a view to realize this right without discriminations and on the basis of equal opportunity. States Parties shall *ensure an inclusive education at all levels* and lifelong learning directed to:

- The full development of human potential and sense of dignity and self-worth and the strengthening of respect for human rights, fundamental freedom and human diversity;
- The development by persons with disabilities of their personality, talents and creativity, as well as their mental and physical abilities, to their fullest potential;
- Enabling persons with disabilities to participate effectively in a free society“ (Klemm & Preuss-Lausitz, 2011, S. 8).

Inclusive education bedeutet also, dass alle Kinder – unabhängig von ihren Besonderheiten, ihrem Förderbedarf, ihren Problemen und Defiziten - wertgeschätzt werden, dass die *Pädagogik der Vielfalt* und *Pädagogik der Anerkennung* praktiziert werden, dass die pädagogischen Lehrkräfte sowohl die Stärken und Schwächen des einzelnen Kindes als auch dessen soziale Bedürfnisse und Lebensrealitäten in der Lerngruppe, in der Familie und im Freundeskreis kennen und akzeptieren und jedem Kind die Teilhabe an den gemeinsamen Aktivitäten, Entscheidungen und Vorhaben ermöglichen.

Die Schaffung von Chancengleichheit für jedes einzelne Kind, ob gesund, minderbegabt, körperlich behindert oder hochbegabt, setzt eine gesetzliche Verankerung in den Schulgesetzen der Länder voraus. Im § 4, Abs. 3 des Schulgesetzes für Berlin ist der Förderbedarf für die Gruppe der Kinder mit Besonderheiten noch einmal festgeschrieben:

„Schülerinnen und Schüler mit besonderen Begabungen, hohen kognitiven Fähigkeiten oder mit erheblichen Lernschwierigkeiten sind besonders zu fördern. Drohendem Leistungsversagen und anderen Beeinträchtigungen des Lernens, der sprachlichen, körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung soll mit Maßnahmen der Prävention, der Früherkennung und der rechtzeitigen Einleitung von zusätzlicher Förderung begegnet werden“ (Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2010).

In Berlin wurden für das Schuljahr 2013/2014 insgesamt 11030 Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf ermittelt, davon 3557 mit Lernbehinderung (32,25%). Bezogen auf die Gesamtpopulation von 293 632 Kindern und Jugendlichen, sind es 3,77% der Lernenden, die eine sonderpädagogische Förderung benötigen. Wenn diese Kinder am gemeinsamen Unterricht teilnehmen, so wie es in Berlin teilweise praktiziert wird, dann bedarf es besonderer pädagogischer Kompetenzen, um dieser Herausforderung gerecht werden zu können.

5.1. Hochbegabte und minderbegabte Kinder

Hochbegabte Kinder fallen aus dem Gleichschritt beim Lernen heraus, indem sie häufig einfach schneller gehen, oft auch andere oder ganz neue Wege wählen; man nennt sie die „Schnellerner“ oder „Sprinter“. Minderbegabte Kinder lernen langsamer und haben Schwierigkeiten, sich den Lernstoff in der Schule im vorgesehenen Tempo und der erwarteten Qualität anzueignen. Es sind Kinder mit besonderen Schwierigkeiten und Schwächen in kognitiven, sprachlichen, motorischen und sozialen Fähigkeiten. Sie haben eine geringere Leistungsfähigkeit. Diese Kinder sind nicht zu verwechseln mit jenen Minderleistern, die allgemein als Underachiever bekannt sind. Underachiever verfügen über eine hohe Intelligenz, aber ihre Schulleistungen liegen unterhalb ihrer hohen geistigen Potenziale. Die „Minderleistung wird häufig über den Intelligenzquotienten definiert, der über 120 Punkte liegt und mit einer Schulleistung unterhalb des Klassendurchschnitts einher geht.“ (Stamm, 2005, S. 266). Das hoch intelligente Kind leidet – mitunter schon im Kindergarten, spätestens in der Schule - an geistiger Unterforderung. Hinzu kommt das Gefühl, „anders“ zu sein. Es erlebt sein Können und seine Fähigkeiten auch als Belastung und muss gegen Ausgrenzung, Diffamierung und Langeweile bis hin zu Depressionen, Selbstmordgedanken und Resignation ankämpfen. Bei Mädchen finden wir die Anpassung oft gepaart mit psychosomatischen Störungen, wie Kopfschmerzen und verstärkter Neigung zu Allergien.

Zum Underachiever entwickelt sich das Kind vorwiegend in der Grundschulzeit. Das Kind hat in den unteren Klassen das Lernen nicht gelernt. Es brauchte sich nicht anzustrengen. Scheinbar mühelos wurde alles schnell erfasst und behalten. Wiederholungen, Routine und Fleiß sind ihm zuwider und führen zu Langeweile im Unterricht.

Manche Schüler, in der Mehrzahl handelt es sich um Jungen, entwickeln keine Leistungsmotivation und zeigen mangelndes Interesse am Lernen, vor allem an Übungen und Hausaufgaben. Für die weiterbildenden Schulen sind das schlechte Voraussetzungen, und der schulische Absturz ist vorprogrammiert. Stamm (2005) geht davon aus, dass Kindern mit einer von Misserfolg geprägten Lernbiographie eine überdurchschnittliche Intelligenz in der Regel wenig helfe. Neben den leistungsstarken hochbegabten und den minderbegabten Schülern gibt es außerdem die *Risikokinder*. Dazu gehören hochbegabte Kinder aus ärmeren Familien, Mädchen, die oft ihre geistigen Fähigkeiten verstecken, Kinder mit besonderen Begabungen und gleichzeitigen Verhaltens- und Teilleistungsstörungen, wie zum Beispiel Lese-Rechtschreib-Störungen oder Dyskalkulie sowie Kinder mit dem Asperger-Syndrom. Ihre Begabungen werden oft übersehen oder nicht erkannt. Erschwerend ist, dass im Gegensatz zu musischer oder sportlicher Begabung die kognitive Hochbegabung, zum Beispiel Fähigkeiten für komplexes und begriffliches Denken, für das Erkennen von mathematischen und philosophischen Zusammenhängen, nur unzureichend sichtbar ist und bei konkreten Handlungen nur schwer erkannt wird. Diese Kinder bedürfen besonderer Einzelförderung. In Berlin wurde dafür das *Fibonacci Mentorenprogramm* entwickelt (Schilling, 2012). Mit viel Einfühlungsvermögen und langer Vorbereitung werden gemäß den Bedürfnissen des einzelnen Kindes passgenaue Mentoren wie emeritierte Professoren, Studenten, Menschen mit Spezialhobbys oder anderen passenden Fähigkeiten gewonnen. Die Mentoren bringen neben ihrem Wissen und ihren Kenntnissen ihr Engagement, Interesse am Kind und ihre Kreativität ein. Eine individuelle Zielvereinbarung unterstützt das Kind auf eigene Weise. In der Regel bleibt so ein Tandem ein bis drei Jahre zusammen, um eine nachhaltige Entfaltungsmöglichkeit der kindlichen Persönlichkeit zu gewährleisten.

Aus schulpädagogischer Sicht gibt es über hochbegabte Kinder an einer Schule keine statistische Erfassung, nur Schätzwerte. Das ist auch verständlich, da von den Schulanfängern außer der medizinischen Schuleingangsuntersuchung und einer schriftlichen Einschätzung aus den Kindertagesstätten keine entwicklungspsychologische Lerndiagnostik vorliegt. Eine bessere Kenntnis über die Besonderheiten von Begabungen des einzelnen Kindes wären hilfreich, damit Überforderung und Unterforderung minimiert und „das Drama des begabten Kindes“ verhindert werden könnte (Miller, 1997).

Prof. Marc Spoelers hielt 2011 in der Humboldt-Universität zu Berlin anlässlich des 10jährigen Jubiläums des *Fördervereins Piffikus zur Unterstützung hoch begabter Kinder* einen Vortrag zum Thema „Tempus figit“ (Spoelers, 2011). In seinem Vortrag ging es ihm vor allem um die Verbesserung der pädagogischen Schulpraxis mit Hochbegabten. Er gab einen Einblick in die Situation der Förderung von Hochbegabten an flämischen

Schulen. Zur Verbesserung des Lernens von hochbegabten Schülerinnen und Schülern regte er eine „*handlungsorientierte Diagnostik*“ an, verbunden mit regelmäßiger Beratung der Eltern und der hochbegabten Kinder selbst. Er sagte u.a.:

„Die Feststellung von Hochbegabung darf nicht ein einmaliges Geschehen sein, sondern muss ein fortlaufender Prozeß sein, um die Fortschritte innerhalb der Schulzeit besser wahrzunehmen. Das ist eine sehr wichtige Aufgabe!“

Die Diagnostik ist nur eine Möglichkeit zur gezielten Förderung hochbegabter Kinder. Sie gibt einen objektiven Einblick in Stärken und Schwächen des Kindes. Zur Stimulierung hochbegabter Schüler schlug Spoelders eine Reihe von schulischen Maßnahmen vor, wie z.B. die Kombination von Enrichment („kräftige Lernumgebung mit Clustering“) mit Spezialklassen, oder das Überspringen einer Klasse, wenn dies die Gesamtentwicklung des hochbegabten Kindes positiv beeinflussen kann. Präventivmaßnahmen zur frühzeitigen Feststellung und Begleitung von Kindern mit Hoch- oder Minderbegabung sollten bereits im Kindergartenalter greifen. Wenn dies nicht geschieht, besteht die Gefahr von zukünftigen Lernproblemen (Underachievement als Lernverweigerung und -versagen), oder es treten Verhaltensprobleme im gesamten sozial-emotionalen Bereich auf (Spoelders, 2011).

Allgemein werden für eine Grundgesamtheit 2% Hochbegabte angenommen. Von diesen 2% Hochbegabten sind etwa 15% Underachiever, deren Leistungen weit unter ihren Möglichkeiten liegen. Das sind nicht wirklich viele, aber der Leidensdruck in dieser Schülergruppe ist ganz beträchtlich. Im Ergebnis einer französischen Studie aus dem Jahre 2006 wurde festgestellt:

45% aller Hochbegabten wiederholen eine Klassenstufe,
20% brechen vor dem Abitur ab,
17% studieren mit nur mittelmäßigem Erfolg,
20% von allen psychiatrisch hospitalisierten Jugendlichen sind Hochbegabte (Facchin, 2008).

Für Deutschland gibt es bisher keine statistischen Daten aus Längsschnittuntersuchungen zum Phänomen Underachievement. Erfahrungen aus der Beratungstätigkeit bestätigen die statistischen Angaben der französischen Studie. So befanden sich von zunächst 16 betreuten Kindern zu Beginn der Beratungen im Jahre 2001 bereits acht Kinder in psychiatrischer Behandlung (Eichhorn & Schlünder, 2009). Heute hat sich die Situation der Hochbegabten durch die Sensibilisierung der Gesellschaft als Ganzes, intensives Zusammenwirken vieler Institutionen, Bildungseinrichtungen und die Einführung vielfältiger Fördermaßnahmen innerhalb des Schulsystems beachtlich verbessert.

Durch Aufklärung und Fortbildung des pädagogischen Personals hat sich mittlerweile die Auffassung durchgesetzt, dass auch die Entwicklung von Begabungen gefördert werden muss und dass Begabungen und Talente sich nicht „von selbst“ entfalten. Begabungen und Talente stellen „innere Ressourcen – Möglichkeitsfelder“ – dar, die nicht immer erkennbar sind. Kinder müssen auch erst erlernt, mit eigenen Stärken und Schwächen umzugehen (Jun, 2006).

Typisch für die Underachiever ist, dass sie nur ein geringes Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit, wenig Leistungsmotivation und Anstrengungsbereitschaft haben. Sie zeigen Verhaltensauffälligkeiten von ängstlich bis aggressiv, stellen sich selbst in Frage, arbeiten ineffizient, ersinnen Vermeidungsstrategien und befinden sich in sozialer Randständigkeit.

Ein Beispiel aus der Beratungspraxis: Ein Jugendlicher mit einem IQ von 155: er wechselte oft die Schule, und das Klassenziel wurde nur mit Nachhilfe erreicht. Ihm fehlte jegliche intrinsische Motivation, seine Materialien waren ein einziges Chaos, ihm fehlte die Fähigkeit zur Selbststeuerung, er funktionierte nur auf Anweisung der Erwachsenen. Es fehlte auch die nötige Anerkennung und Bestätigung. Den Lehrern fiel er nicht weiter auf, da er sich ruhig verhielt. Er wollte nichts können und nicht wie sein älterer Bruder hochbegabt sein, er wollte anders sein. Erst als er einem Intelligenztest zustimmte und sich selbst von seinen Fähigkeiten überzeugen konnte, begann er zu erkennen, dass es sich lohnt, seine Begabung zu fördern und etwas dafür zu tun. Das Beispiel zeigt: Für die Entfaltung von außergewöhnlichen Fähigkeiten sind Intelligenz und Eigenschaften wie Neugier, Interesse, Lernbedürfnis, Einfallsreichtum, Ehrgeiz und Anstrengungsbereitschaft notwendig. Außerdem gehört das Glück, fördernde Umweltfaktoren zu haben, dazu.

Hohe kognitive Fähigkeiten zeigen sich im Grad der Schnelligkeit und Leichtigkeit der Aneignung, in der Ausführung einer Tätigkeit, in der Weite der Übertragung auf andere oder ähnliche Probleme und im Grad der Kreativität bei neuartigen Anforderungen. Ohne entsprechende Charaktereigenschaften wie Fleiß, Ausdauer, Willensstärke und Disziplin, die bereits in der frühen Kindheit gebildet werden, sind Leistungen nicht möglich.

Bislang hängt Förderung eher davon ab, ob ein Kind zufällig an einen verständnisvollen Lehrer gerät, der nicht nur die Chance der Hochbegabung erkennt, sondern auch die Gefahr der Unterforderung.

Auch die Kinder, deren Lernmöglichkeiten eher gering sind, die schon mit Defiziten die Schule beginnen und aus dem Gleichschritt herausfallen, weil sie langsamer lernen, sich intensiver mit dem Lernstoff beschäftigen müssen und vor allem am Beginn des schulischen Lernprozesses intensive Unterstützung benötigen, brauchen verständnisvolle Lehrer. Pädagogische Fachkräfte stehen bei diesen Kindern vor der Herausforderung, das Leistungsniveau zu diagnostizieren, um Überforderung und Demotivation zu verhindern. Da diese Gruppe der förderbedürftigen Kinder in der Öffentlichkeit und in den schulischen Maßnahmen aber weit mehr Beachtung als die Gruppe der Hochbegabten (sofern diese nicht zu den Underachievern oder Verhaltensauffälligen gehören) findet, haben wir in diesem Beitrag die hochbegabten Kinder in den Fokus der Diskussion gestellt.

5.2. Der salutogenetische Blick pädagogischer Fachkräfte

Erzieherinnen sowie Lehrer und Lehrerinnen erleben während ihrer ca. 40 Dienstjahre kulturellen Wandel, vielfältige gesellschaftliche Veränderungen und technische Erneuerungen. Das Schwierige in ihrem Beruf ist, dass sie immer unmittelbar und oft ohne Vorbereitung auf Wandel reagieren müssen. So standen zum Beispiel nach der Wiedervereinigung Deutschlands im Oktober 1990 ostdeutsche Lehrer und Lehrerinnen vor der Aufgabe, in kurzem Zeitraum viele Veränderungen im Schulsystem zu bewältigen, das heißt Umstrukturierungen der Schulformen und der Bildungsinhalte.

Auch eine verbesserte Ausbildung, die unbestritten schon lange überfällig ist, wird die pädagogische Fachkraft nicht auf alle Probleme und Risiken, denen sie zukünftig zu begegnen hat, vorbereiten können. Es scheint jedoch zu allen Zeiten kompetente Lehrer und Lehrerinnen gegeben zu haben, die unter den unterschiedlichsten objektiven Bedingungen mit den Besonderheiten ihres Berufs zurechtgekommen sind. Das, was John Hattie (2013) in seiner Megastudie beim Vergleich vieler Einzelstudien herausgefunden hat, ist sicherlich keine Überraschung. Auf Grund aller Ergebnisse aus der Analyse von 50.000 Studien resümiert er: *Es kommt auf den guten Lehrer an*. Bauer (2006) bezeichnet den *Lehrerberuf als einen Beziehungsberuf*. Für den Erfolg des Lehrens oder Unterrichtens sind also nicht so sehr Rahmenbedingungen (Klassengröße z.B.), die jeweiligen Schulstrukturen und die finanziellen Zuwendungen verantwortlich, sondern die pädagogischen Fachkräfte mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und ihrem Können. Das wiederum ist eine erfreuliche Botschaft, weil es sicherlich ein sinnvoller und machbarer Ansatz sein kann, über die notwendigen Kompetenzen von Lehrkräften nachzudenken und nach Wegen zu suchen, wie Schulen und Kindergärten bei der Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen ihrer Fachkräfte geholfen werden kann. Das wäre auch in jeder einzelnen Bildungseinrichtung möglich und könnte auch ohne bildungspolitische Entscheidungen eigenverantwortlich umgesetzt werden. Auch wenn beide Bedingungen – sowohl die bildungspolitisch reformierbaren Strukturen als auch die subjektiv erworbenen und zu stärkenden Kompetenzen – im Blick behalten werden sollten, wollen wir uns hier auf den professionellen Akteur im pädagogischen Handlungsfeld konzentrieren. Hilfreich bei dieser Betrachtung kann die salutogenetische Perspektive sein.

Im 13. Kinder- und Jugendbericht Deutschlands spielt die Gesundheit der Heranwachsenden eine Schlüsselrolle, und es wird in diesem Dokument erstmalig der „*salutogenetische Blick als Fachstandard*“ in der Kinder- und Jugendhilfe“ gefordert. Auch wenn nicht explizit die Lehrer/innen und Erzieher/innen genannt werden, wäre das auch für sie eine hilfreiche und sinnvolle Orientierung. In 12 Leitlinien wird diese Aussage konkretisiert und damit eine Grundhaltung auch für pädagogische Fachkräfte beschrieben:

- Stärkung der Lebensouveränität
- Gesellschaftsbezug
- Lebenswelt- und Kontextbezug
- Förderung positiver Entwicklungsbedingungen
- Befähigungsgerechtigkeit
- Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug
- Lebensverlaufperspektive
- Interprofessionelle Vernetzung
- Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive
- Bildungsgerechtigkeit
- Inklusion
- Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

In dem hier diskutierten Zusammenhang von Lernen und Gesundheit sind vor allem die letzten drei Leitlinien bedeutsam. Allen Kindern und Jugendlichen sollten sich möglichst früh formelle und informelle Bildungsmöglichkeiten eröffnen, um damit sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken und gesundheitliche Ressourcen zu stärken (*Bildungsgerechtigkeit*).

Im Sinne der *UN-Kinderrechtskonvention* (§ 24) haben alle Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, die keine Aussonderung akzeptiert. Inklusionsnotwendigkeiten bestehen vor allem für Kinder, die in Armut aufwachsen, für Heranwachsende mit Migrationshintergrund und für Mädchen und Jungen mit behinderungsbedingten Handlungseinschränkungen (*Inklusion*).

Gesundheitsförderung bedeutet im salutogenetischen Sinne, dass die notwendigen Ressourcen und Gesundheitsfaktoren möglichst schon in der frühen Kindheit im Fokus der Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen stehen sollten. Der „gesunde Kindergarten“ und die „gesunde Schule“ sind anzustrebende Bildungseinrichtungen, die sich dadurch auszeichnen, dass sich alle in ihr Tätigen (Lernende, Erziehende, Unterrichtende und auch Nicht-Unterrichtende) wohlfühlen und dass auch die Eltern an den Zielen und Prozessen teilhaben können.

6. Vielfalt fördern

Was bedeutet es für die alltägliche Arbeit in Kindertagesstätten und Schulen, gesundes Lernen für jedes Kind zu gewährleisten? Es sollten jene Voraussetzungen geschaffen werden, die sich in den Begriffen „ganzheitliche Bildung“, „Inklusion“, „Bildungsgerechtigkeit“ widerspiegeln und deren Realisierung im pädagogischen Alltag den pädagogischen Fachkräften hohes fachliches Können sowie eine Grundhaltung abverlangt, die sie befähigt, mit „salutogenetischem Blick“ auf lernende Kinder und Jugendliche zu schauen.

Inklusive Pädagogik erfordert zu allererst die volle Überzeugung der Pädagogen, dass Lernen Spaß machen darf und muss und dass die Verschiedenheit der Kinder ein hohes Maß an pädagogischem Geschick, Kreativität und Flexibilität voraussetzt. Ebenso wichtig für das Wohlbefinden sind gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sowohl für die Kinder als auch für die Erwachsenen, die in den Kindertagesstätten und Schulen arbeiten, lernen und spielen.

Individuelle Lernförderung benötigt:

- eine Lernumwelt, die der Vielfalt von Kindern gerecht wird und zugleich das allgemeine Bildungsniveau verbessern kann,
- qualifizierte und hochmotivierte pädagogische Fachkräfte, die mit salutogenetischem Blick in einer gesunden, anregenden und herausfordernden Lernumgebung agieren,
- bautechnische, hygienische und sozio-kulturelle gesundheitsförderliche Bedingungen, um das Zusammenleben und -arbeiten, das Lehren und Lernen zu erleichtern.

Eine Konsequenz der Individualisierung des Unterrichts wäre, Abschied zu nehmen von der *Altersfixierung* (Prenzel, 2014) und stattdessen den Bedürfnissen aller Kinder Rechnung zu tragen. Immerhin liegen bei ca. 22% aller Kinder psychische Auffälligkeiten vor, die als Folge ihrer Lebens- und Lernbedingungen zu verstehen sind. Der Schule kommt deshalb bei der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lernbedingungen eine besondere Rolle zu. Sie erreicht Kinder in einer Entwicklungsphase, in der sich wichtige grundlegende Verhaltens- und Lebensweisen herausbilden, in der außerdem die Entstehung des Kohärenzgefühls wesentlich beeinflusst wird. Individualisierung scheint aber unter den gegenwärtigen Bedingungen des Unterrichts schwierig zu sein.

6.1. Lehrende als Lernberater/innen

Würden sich Lehrer und Lehrerinnen nicht vorwiegend als "Vermittler", sondern zunehmend auch als "Berater" verstehen, dann hätte das Auswirkungen auf ihr berufliches Selbstverständnis. Als Beratende bieten sie Hilfe und Unterstützung an und könnten ihre Aufgabe darin sehen, die Heranwachsenden auf die selbständige Auseinandersetzung mit den zukünftigen Anforderungen vorzubereiten.

Beratung ist ein Gespräch mit dem Ziel, einem Ratsuchenden Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Es basiert auf Freiwilligkeit. Sie soll Lernprozesse anregen und zur Veränderung ermutigen.

Huschke-Rhein (2003) spricht von der Paradoxie allen pädagogischen Tuns, denn es ist „der Versuch einer Fremdsteuerung von Systemen, die sich (tendenziell) selbst steuern müssen. Jede pädagogische Handlung ist darum (auch) eine Kunst. Sie ist jederzeit verbunden mit dem Risiko des Scheiterns auf Grund der niemals vorausberechenbaren Realisation geplanter Erziehungsziele.“ (S. 34) Lehrer und Lehrerinnen sowie Erzieherinnen sollten diese Kunst beherrschen und tagtäglich versuchen, etwas zu bewirken in einem System, das von außen nicht direkt und unmittelbar zu steuern ist.

Sie sollten die von ihnen ausgehenden Impulse so einsetzen, dass die Selbststeuerung beim Lernenden und zu Erziehenden angeregt wird. Wenn es dann noch gelingt, die Entwicklung in die erwartete und gewollte Richtung zu lenken und die Heranwachsenden kreativ sein können, dann zeugt das von hoher pädagogischer Kunst. Wichtig dabei ist immer das Wissen um die Begrenztheit des eigenen Tuns. Das nimmt etwas von der oft auf pädagogischen Fachkräften lastenden Verantwortung und kann u.a. ein wichtiger Baustein für die Erhaltung der eigenen Gesundheit sein. Ein zweiter wichtiger Aspekt wäre, dass auch die Gesellschaft insgesamt nicht den Pädagoginnen und Pädagogen vorschnell die Schuld geben kann, wenn die junge Generation nicht die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Denn die Probleme, die in den unterschiedlichen Bereichen einer Gesellschaft erzeugt werden, können nicht vorrangig von pädagogischen Fachkräften gelöst werden.

Die Praxis von Lehrerinnen und Lehrern zeigt, dass sie in ihrem Berufsalltag zunehmend mit Beratungsaufgaben konfrontiert werden. Das reicht von Schulwegentscheidungen bis zu Berufsorientierungen, vom Erkennen der Defizite bis hin zum Erkennen von Hochbegabung bei den ihnen anvertrauten Kindern, von Lernhilfen bis zur Unterstützung bei der Lösung emotionaler Probleme, von Konfliktberatung bis zu Prävention bzw. Intervention bei Mobbing. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, bedarf es kompetenter pädagogischer Berater und Beraterinnen. Sie müssen in der Lage sein, flexibel, kontextbezogen und mit eigenständiger (Berater-) Identität auf die veränderten Bedingungen in ihrem Arbeitsfeld und die vielfältigen Erwartungen an ihre Tätigkeit zu reagieren (Krause, Fittkau & Fuhr, 2005).

Welche Kompetenzen Berater/innen brauchen, um gesundes Lernen und Leben in pädagogischen Handlungsfeldern – im Kindergarten, in der Schule und Universität sowie in der Familie – zu ermöglichen, sei hier kurz skizziert. Eltern können durchaus in diese Diskussion einbezogen werden, denn auch sie geben Inputs, deren Wirkung sie nicht immer voraussehen können oder von deren Wirkung sie durchaus manchmal überrascht sein dürften.

6.2. Kompetenzen bzw. Gesundheitsressourcen pädagogischer Berater/innen

Ziel-, Organisations- und Evaluationskompetenz

In Kindergärten und Schulen, aber auch Universitäten, kann die Qualität dieser Kompetenzen am Erfolg der Bildungs- und Erziehungstätigkeit gemessen werden, und sie kann an der emotionalen Stabilität und kontinuierlichen Entwicklung des Kindes auf dem Weg von vorwiegender Fremdsteuerung zu immer besser gelingender Selbststeuerung erkannt werden.

Lehrkräfte können den Lernenden bei der Zielsetzung helfen, das setzt jedoch voraus, dass sie wissen, welches Ziel für das jeweilige Kind angemessen wäre, so dass der/die Lernende den nächsten Entwicklungsschritt machen kann. Das heißt: Die Lehrerin muss jedes Kind ihrer Klasse gut kennen, muss wissen, was es kann, wo es in seiner Entwicklung steht, muss darüber dem Kind Feedback geben und neue Anregungen (Input) einbringen. Schließlich muss sie noch evaluieren, was ihre Anregungen wert waren, welche Ergebnisse herausgekommen sind und welchen Entwicklungsfortschritt das Kind machen konnte.

Zur Organisationskompetenz gehört die Fähigkeit, das Lernen in der Gruppe zum Wohle jedes einzelnen Kindes vorzubereiten. Das gemeinsame Lernen von Kindern, die Gestaltung von Aufgaben für Kinder mit besonderen Begabungen oder auch Defiziten, die Anleitung zu gegenseitiger Förderung und Unterstützung - all das muss gut vorbereitet und strukturiert werden.

Beziehungskompetenz

Wenn es der pädagogischen Fachkraft, z.B. der Lehrerin, gelingt, dem in ihrer Klasse lernenden Kind das Gefühl zu vermitteln, angenommen und akzeptiert zu sein, sich am richtigen Platz zu fühlen, mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten ernst genommen zu werden – dann hat sie „Beziehungskompetenz“. Diese wiederum wird

von mehreren Kompetenzen getragen, zum Beispiel von Kommunikationskompetenz, Konfliktlösungskompetenz und interkultureller Kompetenz. Diese und andere sind nicht nur bedeutsame Voraussetzungen für eine positive Beziehungsgestaltung, sondern sie sind auch personale Gesundheitsressourcen für die Lehrenden und Erziehenden selbst. Denn je besser zum Beispiel Konflikte im System (Schulklasse, Schule oder Familie des Kindes) verstanden werden, je handlungsfähiger Lehrkräfte in Konfliktsituationen sind und je häufiger sie Konflikte produktiv lösen können, desto wohler können sich alle Beteiligten fühlen (Krause & Mayer, 2012). Ein gelingendes und erfüllendes Berufsleben ermöglicht Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Machbarkeit und Bedeutsamkeit eigenen Handelns, was sich förderlich auf die Gesundheit auswirkt. Eigentlich sollte davon ausgegangen werden, dass viele Menschen – und vor allem jene, die in pädagogischen Berufen tätig sind – diese sozialen Grundfähigkeiten besitzen. Die hohe Krankheitsrate in diesem Berufsfeld spricht aber dagegen. Die gute Nachricht ist jedoch auch, dass es durchaus möglich wäre, durch Training und vielfältige Übungen diese Kompetenzen (weiter) zu entwickeln und zu stärken. Im Anhang wird ein Einblick in das eigens dafür entwickelte Trainingsprogramm "Gesundheitsressourcen erkennen und fördern" für pädagogische Fachkräfte gegeben.

Fazit und Ausblick

Die Wirksamkeit pädagogischer Handlungen – also auch gesundheitsförderlicher Interventionen – hängt in hohem Maße von der Bereitschaft und Fähigkeit der pädagogischen Fachkräfte ab. Diese Zusammenhänge wurden im Artikel erläutert. Die Vorkenntnisse und Erfahrungen mit der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und die Erfahrungen mit dem Umgang der eigenen Gesundheit sind unterschiedlich, so dass zu erwarten ist, dass zur Umsetzung von Gesundheitsberatung und -förderung ungleiche Fähigkeiten und Ressourcen vorhanden sind. Da pädagogische Fachkräfte nur unzureichend auf die zukünftigen Anforderungen in der postindustrialisierten Gesellschaft vorbereitet sind, sehen wir eine Modernisierung der Ausbildung und eine entsprechende Fortbildung für unabdingbar.

Wir haben in unserem Beitrag die besonderen Anforderungen bei der Arbeit mit den individuellen Besonderheiten der Lernenden angesprochen und das am Beispiel der Erfahrungen aus der Arbeit mit der Förderung Hochbegabter diskutiert. Es sollte deutlich gemacht werden, dass gesundes Lernen die Notwendigkeit der Individualisierung fordert, um kein Kind durch geistige Unterforderung oder auch Überforderung krank werden zu lassen. Damit verbunden sind die Maßnahmen zur Gewährleistung gesundheitsförderlicher Lernbedingungen, insbesondere jene zur Gestaltung harmonischer Beziehungen innerhalb der Lerngruppe und zwischen Lehrenden und Lernenden, um die Entwicklung von Selbstwert und Zugehörigkeitsgefühl sowie Kohärenzsinn bei allen Kindern zu fördern.

Pädagogische Fachkräfte übernehmen insbesondere bei der Zusammenarbeit mit den Eltern vielfältige Beratungsaufgaben. Bei einem Gespräch über Gesundheit zum Beispiel besteht eine gute Aussicht auf produktive Lösungen, wenn Anregungen und Impulse gegeben werden und nicht Aufforderungen oder Ratschläge im Vordergrund stehen.

Die Fähigkeit und Bereitschaft, Gesundheitsressourcen bei sich selbst und den Interaktionspartnern im pädagogischen Prozess – also den Kindern und Jugendlichen sowie Kollegen und Kolleginnen – zu erkennen und zu fördern, das gehört zur Kernkompetenz von pädagogischen Fachkräften. Die individuelle Förderung von Kindern und Jugendlichen wird ihnen umso besser gelingen, je gründlicher und realitätsnaher sie darauf schon in der Ausbildung vorbereitet werden. Aber sie sollten auch zu Beginn ihrer Berufstätigkeit unterstützend begleitet werden und während ihres gesamten Berufslebens durch die unterschiedlichsten Maßnahmen (Supervision, Coaching, Fortbildung, Trainings) gestärkt werden. Eine abschließend noch einmal zu wiederholende Forderung der Autorinnen dieses Beitrages besteht darin, die Erwartungen an die Lehrenden und Erziehenden zu überdenken und deren Berufsverständnis neu zu diskutieren, um Pädagogen und Pädagoginnen ihre tatsächlich notwendigen und sinnvollen Aufgaben mit Ruhe und Gelassenheit sowie einer optimistischen Grundhaltung tun zu lassen. Zu überdenken wäre außerdem die Auswahl der am pädagogischen Beruf interessierten Studienanwärter/innen. Die große Verantwortung für die heranwachsende Generation in ihrer Komplexität zu erkennen und die Kooperation aller Fachkräfte (der Pädagogen, Mediziner und Kommunalpolitiker zum Beispiel) ernst zu nehmen, sollte als Chance für das gesunde Aufwachsen und Lernen verstanden werden.

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*. The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A., 1997. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. Herausgabe von A. Franke. Tübingen: Dvgt.
- BALTES, M. M. & SILVERBERG, S., 1994. The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. In: D. L. FEATHERMAN, R. M. LERNER & M. PERLMUTTER (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 12, pp. 41-90). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BAUER, J., 2006. *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (2. Auflage, Taschenbucherstausgabe). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- BECKER, J., 2006. *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- BENDER, D. & LÖSEL, F., 1998. Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. In: J. MARGRAF, J. SIEGRIST & S. NEUNER (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*, S. 117-145, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN & JUGEND, 2009. *13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*, S. 43-160.
- EICHHORN, R. & SCHLÜNDER, I., 2009. Das Pendel schwingt zurück: Hochbegabung aus der Perspektive der Beratungspraxis von 2001 bis 2009. In: *Scientia Paedagogica Experimentalis*, XLVI, 2, 149-190.
- FACCHIN, J.-S., 2008. *L'enfant surdoué : le paradoxe de l'intelligence*. Quelle: <http://www.cogitoz.com/PI.aspx?PLinkId=30&PT=100> (letzter Zugriff: 24.1. 2015)
- FALTERMAIER, T., 2005. *Gesundheitspsychologie*. Grundriss der Psychologie, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- FILIPP, S.-H. (Hrsg.), 1984. *Selbstkonzeptforschung. Probleme, Befunde, Perspektiven*. 1. Auflage. Stuttgart: Klett.
- FUHRER, U., MARX, A., HOLLÄNDER, A. & MÖBES, J., 2000. Selbstbildentwicklung in Kindheit und Jugend. In: W. GREVE (Hrsg.) *Psychologie des Selbst*, (S. 39-57). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HATTIE, J., 2013. *Lernen sichtbar machen*. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von "Visible Learning", übersetzt von Klaus Zierer und Wolfgang Beywl. Hophengehren: Schneider.
- HARTER, S., 1998. The development of self-representations. In: W. DAMON (Series Ed.) & N. EISENBERG (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 3, Social, emotional, and personality development* (5th edition), New York: Wiley.
- HURRELMANN, K., ANDRESEN, S. & SCHNEEKLOTH, U., 2011. Die World Vision Kinderstudien 2007 und 2010.: Zentrale Ergebnisse. In: *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, Heft 3, S. 321-332.
- HUSCHKE-RHEIN, R., 2003. *Einführung in die systemische und konstruktivistische Pädagogik*. (2. Auflage). Weinheim: Beltz..
- JUN, G., 2006. *Unsere inneren Ressourcen. Mit eigenen Stärken und Schwächen richtig umgehen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KLEMM, K. & PREUSS-LAUSITZ, U., 2011. *Auf dem Weg zur schulischen Inklusion in Nordrhein-Westfalen. Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Bereich der allgemeinen Schulen*. Essen und Berlin.
- KINDER- und JUGENDBERICHT, 2009. <http://www.bmfsfj.de> (letzter Zugriff am 24.1.2015).
- KRAUSE, CH., 1987: Zur Genese des Selbstbildes bei neun- bis dreizehnjährigen Schülern. In: *Psychol. Prax.*, Berlin, Ergänzungsheft, 57-65.

- KRAUSE, CH., 2000. Children's Self-worth and Health in Primary Schools. In: *Zeitschrift der Schweizerischen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP, Psychologie & Erziehung*, 25, Nr.2 & 26 Nr.1, Sondernummer, 114-127.
- KRAUSE, CH., HANNICH, H.-J., STÜCKLE, C., WIDMER, C., ROHDE, C. & WIESMANN, U., 2000. *Selbstwert stärken - Gesundheit fördern: Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr*. Donauwörth: Auer.
- KRAUSE, CH., STÜCKLE, C., WIDMER, C. & WIESMANN, U., 2001. *Selbstwert stärken – Gesundheit fördern. Unterrichtsvorschläge für das 3. und 4. Schuljahr*. Donauwörth: Auer.
- KRAUSE, CH., WIESMANN, U. & HANNICH, H.-J., 2004. *Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- KRAUSE, CH., FITTKAU, B. & FUHR, R., 2005. Professionalisierung von pädagogischer Beratung. In: *Pädagogische Rundschau*, 2, 169-192.
- KRAUSE, CH., 2009. *Das Ich-bin-ich-Programm. Selbstwertstärkung im Kindergarten mit Pauline und Emil*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- KRAUSE, CH. & LORENZ, R.-F., 2009. Was Kindern Halt gibt. Salutogenese in der Erziehung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KRAUSE, CH. & MAYER, C.-H., 2012. *Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Training für pädagogische Fachkräfte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LOHAUS, A., 1993. *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- MAYER, C.-H. & KRAUSE, CH. (Eds.), 2012. *Exploring Mental Health: Theoretical and Empirical Discourses on Salutogenesis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- METZINGER, TH., 2010. *Der Ego Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst: Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik*, 8. Aufl., Berlin: Berlin Verlag GmbH.
- MILLER, A., 1997. *Das Drama des begabten Kindes*. Suhrkamp: Taschenbuch Verlag.
- PRENGEL, A., 2014. *Inklusion in der Frühpädagogik*. Quelle http://liga-kind.de/fruehe/611_prenzel.php Newsletter Nr. 545 vom 5. November 2014.
- RAVENS-SIEBERER, U., ELLERT, U. & ERHARDT, M., 2007. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, S. 810-818. Springer.
- REIMANN, L., 2014. *Inklusive Bildung verstehen: Wieso, Weshalb, warum?* <http://inklusionsfakten.de/inklusion-zwischen-skepsis-und-begeisterung> (letzter Zugriff: 24.1.2015).
- ROTH, G., 2003. *Aus Sicht des Gehirns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ROSENBERG, M. & Kaplan, H.B. (Eds.), 1982. *Social psychology of the self-concept*. Arlington Heights: Harlan Davidson, Inc.
- RUTTER, M., 2000. Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J.P.SHONKOFF, S.J.Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, (2nd ed.) pp.651-682, New York: Cambridge University Press.
- SCHACHINGER, H.E., 2002. *Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert*. Bern: Huber.
- SCHILLING, D., 2012. Fibonacci Mentorenprogramm für besonders begabte Kinder in Berlin. In: *Deutsche Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V.* Jg. 35, S. 24
- SCHUMACHER, L., 2010. Schule als Organisation – Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule. In: P. PAULUS (Hrsg.), *Schule – Gesundheit – Bildung*, 87-109. Weinheim: Juventa.

SENATSWERWALTUNG FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG, 2010. *Schulgesetz vom Land Berlin (SCHULG) vom 26. Januar 2004, letzte Fassung von 2010.* www.berlin.de/imperia/md/content/senbildung/.../schulgesetz.pdf.

SINGER, W., 2002. *Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

SCHIFFER, E., 2001. *Wie Gesundheit entsteht: Schatzsuche statt Fehlerfahndung.* Weinheim: Beltz.

SPOELDERS, M., 2011. *Vortrag in der Humboldt-Universität Berlin, Thema: „Tempus figit“.* Unveröff. Manuskript.

STERN, W., 1923. Psychologie der frühen Kindheit und Psychoanalyse. In: *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 4, 282-296.

STAMM, M., 2005. *Zwischen Exzellenz und Versagen*, Zürich/Chur: Rüegger.

STAMM, M., 2008. Perfektionismus und Hochbegabung. In: *news&science* 18, 36-40.

VEREINTE NATIONEN, 1989. *UN-Kinderr4echtskonvention.* www.bdja.org/files/kinderrechtskonvention.pdf (letzter Zugriff 24.1.2015)

WERNER, E. E. & SMITH, R. S., 1982. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.* New York: McGraw-Hill.

WHO (1948). *World Health Organization. Constitution.* Genf: WHO.

Zusammenfassung

Kinder können nicht nicht lernen, d.h. Lernen ist die Grundlage jedweder Entwicklung bzw. Veränderung. Jedes Kind kann lernen, will lernen und lernt immer. Die Schwierigkeit für das intendierte Lernen im Kindergarten und in der Schule besteht jedoch darin, dass die Berücksichtigung der ganz individuellen und besonderen Voraussetzungen des einzelnen Kindes hohe Anforderungen an die Bildungsinstitutionen und die dort tätigen Lehrkräfte stellt. Besonders offensichtlich werden die damit verbundenen Probleme, wenn es um die am unteren und oberen Ende der Schulleistungsskala sich befindenden Kinder geht: also um die „Hochbegabten und die „Minderbegabten“.

Im Beitrag wird versucht, die aktuellen pädagogischen Diskussionen um Inklusion und Bildungsgerechtigkeit zu verbinden mit dem gesundheitswissenschaftlichen Diskurs um Wohlbefinden und gesundes Lernen von Kindern am Beispiel hochbegabter und minderbegabter Kinder. Es wird der Frage nachgegangen, wie pädagogische Lehrkräfte den neuen Anforderungen gerecht werden können.

Abstract

Children are not able not to learn, that means learning is the basis of development and changing. Each child is able to learn, wants to learn and is learning all the time. But in processes of learning in kindergarten and school, it is a high challenge to the educational institution and to the professionals working there to take into account the individual dispositions of each child, in particular those of highly skilled and low skilled students.

The authors try to connect the current educational discussions about educational equality and inclusion to the new scientific findings in health and well-being of children and educational professionals. They discuss the question how teachers and educators can be qualified for the new challenges.

The authors:

Christina Krause is Professor Emeritus of Educational Psychology at the Georg-August-University, Göttingen, Germany. She is qualified as behavioural therapist and as systemic family therapist. Her research areas are: the development of self-concept and self-worth in childhood and youth, health and well-being, especially the promotion of mental health in educational institutions, counselling and tutoring in Higher Education.

Prof. em. Dr. Christina Krause
Hasenwinkel 43a
37079 Göttingen

E-Mail: ckrause@uni-goettingen.de
www.kess-ev.de

Renate Eichhorn has got her PhD in Psychology and was a lecturer at the Humboldt–University in Berlin. She is the founder of the „Förderverein Pfiffikus zur Unterstützung hoch begabter Kinder e.V.“, an acting society for the diagnostic and counselling of gifted children and their parents. Her research areas are: psychologic diagnostic and development, especially of giftedness. As a staff member of the Berlin's Board of Governors she was responsible for the School Psychologists. Since 1984 she cooperated with Prof. Dr. Spoelders.

Dipl.Psych. Dr. habil. Renate Eichhorn
Ehrenfelsstraße 24
10328 Berlin
E-Mail: DrReni@aol.com
<http://begabungspotenziale.de>

Anhang

Gesundheitsressourcen erkennen und fördern (Quelle: Krause & Mayer, 2012. *Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Training für pädagogische Fachkräfte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.)

Das Trainingsprogramm kann in unterschiedlichen Settings angewendet und durchgeführt werden: als Selbstlernprogramm, im Kontext von Supervision und kollegialer Intervision/Supervision und/oder Beratung, in der Fortbildung im sozial-pädagogischen Kontext zur Weiterentwicklung von Gesundheitsressourcen. Inhalte des Programms können aber auch vom pädagogischen Fachpersonal auf die eigenen Zielgruppen übertragen werden, wie z.B. auf Schülerinnen und Schüler, Jugendliche im Jugendtreff etc.

Das Trainingsprogramm besteht aus zehn Modulen:

- Modul 1: Die Salutogenese – wie Gesundheit entsteht
- Modul 2: Gesundheit im pädagogischen Kontext
- Modul 3: Die Gesundheitsressource „Selbstwert“
- Modul 4: Die Gesundheitsressource „Zugehörigkeit“
- Modul 5: Die Gesundheitsressource „Emotionale Intelligenz“
- Modul 6: Die Gesundheitsressource „Kommunikationskompetenz“
- Modul 7: Die Gesundheitsressource „Konfliktlösungskompetenz“
- Modul 8: Die Gesundheitsressource „Interkulturelle Kompetenz“
- Modul 9: Die Gesundheitsressource „Stressmanagement“
- Modul 10: Die Gesundheitsressourcen „Bewegung und Ernährung“


Jedes Modul beginnt mit einer kurzen Hinführung zum Thema. Im Modul 4 wird zunächst der Begriff Zugehörigkeitsgefühl erläutert, und es werden die Bedingungen, unter denen Kinder diese Ressource entwickeln können, diskutiert. Die Übungen sind so gestaltet, dass die Teilnehmer/innen immer auch angeregt werden, über ihre eigene Person zu reflektieren.

Ausgewählte Übungen zu Modul 4 (Krause & Mayer 2012, S. 58-60.)

Übung 1: Mein Team


Ein gesundes Arbeitsklima kann nur dann in einer Organisation entstehen, wenn ein sich gegenseitig wertschätzender und die Stärken jedes Gruppenmitgliedes achtender und anerkennender Umgang miteinander praktiziert wird. Antonovsky hat sich darüber Gedanken gemacht, ob es Sinn macht, von einem „Gruppen-SOC“ zu sprechen, also von einem Kohärenzgefühl der Gruppe (Antonovsky, 1997, 154ff). Auch wenn er diese Frage noch nicht endgültig beantworten konnte, und es bis heute zu wenige Untersuchungen dazu gibt, ist davon auszugehen, dass in einem Unternehmen mit gesundem Arbeitsklima auch die Ergebnisse besser sind. Das ist

auch in einer kleineren Gruppe von Erzieherinnen, in einem sozialpädagogischen Team oder einem Lehrerkollegium der Fall. Darüber sollen Sie mit Hilfe der folgenden Übungen nachdenken.

 Aufgabe: Arbeitsatmosphäre in meinem Team

Gesundheit und soziales Wohlbefinden sind in großem Maße davon abhängig, ob wir uns sozial akzeptiert und anerkannt fühlen. In der folgenden Tabelle finden Sie einige Aussagen, die die Atmosphäre in einem Team kennzeichnen können. Gehen Sie jede Aussage durch und überlegen Sie, ob sie auch für Ihr Team zutrifft. Wenn ja, bitte ein Kreuz machen Welche weiteren Aussagen zur Arbeitsatmosphäre fallen Ihnen noch ein? Ergänzen Sie!

Aussagen	Mein Team
Wir sprechen Probleme offen an.	
Wir sagen es direkt und nur dann, wenn die Person dabei ist.	
Wir freuen uns über die Erfolge jedes Teammitglieds.	
Wir achten auf unsere Gesundheit.	
Wir helfen uns gegenseitig.	
Die Leiterin/der Leiter hat das Vertrauen der Mitarbeiter/innen.	
Gegenüber den Eltern treten wir geschlossen auf.	
Wir sind ehrlich zueinander.	
Wir lassen Gefühle zu und erkennen sie auch bei den anderen.	
Unsere Teamberatungen sind sachlich und hilfreich.	
Bei uns wird viel gelacht.	
.....	
....	

 Aufgabe: Du bist...

Wie gut kennen Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen? Kontrollieren Sie das einmal mit der folgenden Übung. In einer Liste tragen Sie untereinander die Namen Ihrer Kollegen ein. Neben jeden Namen schreiben Sie dann die Stärken dieser Person oder was Sie besonders gut an ihr/ihm finden.

Name	Stärken	Was mir an dir gefällt

Es wäre sicherlich gut, wenn es eine Gelegenheit gäbe, den Kollegen und Kolleginnen diese Erkenntnisse mitzuteilen. Jede/jeder bekäme auf diese Weise persönliche Rückmeldungen von jeder/jedem. Überlegen Sie sich gemeinsam mit den anderen, wie das am besten gehandhabt werden könnte. Sie werden erstaunt sein, welche positive Wirkung diese Übung hat.

Übung 2: Zugehörigkeit als Erziehungsziel

Eltern denken schon sehr früh an die Zukunft ihres Kindes, denn es soll ihm einmal „besser gehen als...“. Oft verbinden Eltern die Erfüllung eigener unerfüllt gebliebener Wünsche mit den Vorstellungen über die Zukunft ihres Kindes. Auf jeden Fall wollen sie „das Beste“ für ihr Kind. Was aber beeinflusst unsere Erziehungsziele? Warum möchte der Vater zum Beispiel so gern einen Fußballer aus seinem Sohn machen? Wie wichtig ist es Ihnen, das Bedürfnis von Zugehörigkeitsgefühl bei Kindern zu befriedigen? Welche Erziehungsziele verbinden Sie damit? Denken Sie darüber nach!

Reflexion: Welche Erziehungsziele haben wir?

Denken Sie über Ihre Erziehungsziele nach. Was möchten Sie gern bei Ihrem eigenen Kind erreichen? Oder, was denken Sie über Eltern, was wollen Eltern bei ihrem Kind erreichen? Welches Bild haben Eltern von ihrem Kind als erwachsener Mensch?

Notieren Sie sich alles, was Ihnen dazu einfällt.

Aufgabe: „Unsere Erziehungsziele sind...“

Diskutieren Sie mit Ihren Kollegen und Kolleginnen oder auch mit Eltern Ihre Notizen zu den Erziehungszielen. Was fällt Ihnen auf?

Hier ein paar Thesen. Kontrollieren Sie, ob das mit Ihren Notizen übereinstimmt.

1. Unsere Erziehungsziele sind gesellschaftlich geprägt.
2. Unsere Erziehungsziele sind kulturell geprägt.
3. Unsere Erziehungsziele haben familiäre Tradition.
4. Mein Erziehungsziel hat auch viel mit mir selbst zu tun.

Zu diesem Modul gibt es noch die Übung 3 „Zugehörigkeit in Kindergarten und Schule“ und die Übung 4 „Verhalten bei Mobbing“. Jedes Modul endet mit „Zusammenfassung und Aufgaben zur Wiederholung“. Bei Modul 4 heißt es (S.62):

Das Zugehörigkeitsgefühl gehört ebenso wie das Selbstwertgefühl zu den personalen Gesundheitsressourcen und bestimmt wesentlich das Wohlbefinden. Lösen Sie die folgenden Aufgaben:

Fassen Sie noch einmal zusammen, welche Erfahrungen Heranwachsende machen müssen, um das Gefühl von Zugehörigkeit entwickeln zu können.

Welche Erkenntnisse leiten Sie aus dem Erarbeiteten für Ihr Kollegium/für Ihr Arbeitsteam ab?

Welche Bedeutung hat das Zugehörigkeitsgefühl für die Herausbildung eines starken Kohärenzgefühls? Erklären Sie es bezüglich der drei Komponenten des SOC.