

Universität Bielefeld
Fakultät für Pädagogik

Gesundheitserziehung durch Yoga

Eine Untersuchung gegenwärtiger Konzepte von Yoga mit Kindern und deren Beitrag zur Gesundheitserziehung

Diplomarbeit der Erziehungswissenschaft

1. Gutachter: Dr. Holger Grabbe
2. Gutachter: Claus-Peter Mosner

vorgelegt von:

Sabine Martin

Auf dem Hollberg 4

59269 Beckum

E-Mail: smartin@netzkomparsen.de

Tel.: 02525 / 910330

Matrikelnr. 1543553

Datum: 15.08.2007

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Gesundheit	13
2.1. Der Begriff Gesundheit	13
2.2. Gesundheitsmodell der Salutogenese	14
2.3. Konzept der Lebensweisen	16
3. Gesundheitserziehung	19
3.1. Der Begriff Gesundheitserziehung	19
3.2. Einordnung der Gesundheitserziehung	20
3.2.1. Theoretische Einordnung der Gesundheitserziehung in die Gesundheitswissenschaften	20
3.2.2. Praktische Einordnung der Gesundheitserziehung in die Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems	22
3.3. Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen - KiGGS-Studie	23
3.4. Notwendigkeit einer Gesundheitserziehung	27
3.5. Ziele einer Gesundheitserziehung	32
3.6. Konzepte von Gesundheitserziehung	32
3.7. Themenfelder von Gesundheitserziehung	34
3.7.1. Kindergarten und Kindertagesstätte	34
3.7.2. Schule	35
3.8. Empfehlungen für eine Gesundheitserziehung	36
4. Yoga	38
4.1. Was ist Yoga?	38
4.2. Historische Wurzeln des Yoga	40
4.3. Geschichte des Yoga in Deutschland	41
4.4. Formen von Yoga	43
4.4.1. Der achtgliedrige Yoga-Weg	44
4.4.2. Hatha-Yoga	45
4.5. Wirkung von Yoga	48
4.5.1. Physiologische Ebene	48
4.5.2. Psychologische Ebene	53

4.5.3. Yoga als Therapie	53
5. Kinderyoga	55
5.1. Was ist Kinderyoga?	55
5.2. Ergebnisse der Modellversuche und Studien zu Kinderyoga bzw. Yoga in der Schule	57
5.3. Yogaprogramme für Kinder	60
5.3.1. STÜCK: Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule	61
5.3.2. AUGENSTEIN: Körperorientiertes Programm (KOP)	64
5.3.3. GOLDSTEIN: Programm für überaktive Kinder	66
5.3.4. ILG und KNAPPE: Konzept für Gesundheitswochen für Schulen	69
5.3.5. Kinderyoga nach SATYANANDA	73
5.3.6. Kinderyoga nach BYVG	76
5.4. Altersempfehlungen	78
5.5. Didaktische und methodische Prinzipien des Kinderyoga	79
5.6. Machbare Yogaelemente für Kinder	81
5.7. Nichtmachbare Yogaelemente für Kinder	83
6. Die Entwicklung von Kindern und das Kinderyoga	84
6.1. Die Entwicklung von Kindern	84
6.1.1. Körperliche Entwicklung von Kindern	85
6.1.2. Emotionale Entwicklung von Kindern	87
6.1.3. Kognitive Entwicklung von Kindern	87
6.1.4. Bedingungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern	90
6.2. Implikationen für Kinderyoga aus der Entwicklung von Kindern	91
6.2.1. Implikationen für Kinderyoga aus der körperlichen Entwicklung von Kindern	92
6.2.2. Implikationen für Kinderyoga aus der emotionalen Entwicklung von Kindern	93
6.2.3. Implikationen für Kinderyoga aus der kognitiven Entwicklung von Kin- dern	94
6.2.4. Implikationen für Kinderyoga aus den Grundbedürfnissen von Kindern	94
6.3. Validität und Kindgerechtigkeit des Kinderyoga	95
6.4. Förderung zentraler motorischer Fähigkeiten durch Kinderyoga	96

7. Gesundheitserziehung durch Yoga	99
7.1. Yogisches und internationales Gesundheitsverständnis	99
7.2. Vergleich der Ziele von Gesundheitserziehung mit den Zielen und nachgewiesenen Effekten von Kinderyoga	100
7.3. Vergleich der Prinzipien von Gesundheitserziehung und Kinderyoga	101
8. Zusammenfassung und Fazit	103
9. Ausblick und Diskussion	107
Literatur	109
A. Anhang	116
A.1. Asanas des Hatha-Yoga	116
A.2. Der Sonnengruß	119
A.3. Die Rishikesh-Reihe	120
A.4. Übungsreihe nach STÜCK	122
A.5. Übungsreihe nach AUGENSTEIN	123
A.6. Beispiel einer Übungsstunde nach GOLDSTEIN	124

1. Einleitung

▷ Gesundheitszustand von Kindern

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist unzureichend, so das erste Fazit der bundesweit durchgeführten und repräsentativen Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit KiGGS. Depressionen sind ein typisches Krankheitsbild schon bei Minderjährigen und Suizid liegt bei den ab 15-jährigen je nach Literatur an zweiter oder dritter Stelle der Todesursachen (vgl. BZGA 2006, S. 29; BIENER 2005, S. 17). Platz eins der Todesursachen bei Kindern belegen früher wie heute Unfälle. Bereits jetzt sind 15 bis 20 % aller Schulanfänger übergewichtig. Bewegungsmangelkrankungen und damit verbundene Störungen in der Informationsverarbeitung führen zu vielfältigen Verhaltensauffälligkeiten wie kommunikativen Störungen, Ängsten, Aggressivität, mangelnder Konzentrationsfähigkeit oder Hyperaktivität und treten immer häufiger auf. Diese Symptome sind wiederum eng verbunden mit der heutigen Lebenswelt von Kindern (vgl. ZIMMER 2004, S. 59). Sie ist zunehmend mediatisiert, findet so zunehmend in Innenräumen statt und nimmt Kindern die Möglichkeit zur Eigenaktivität und Selbsterfahrung (vgl. Kap. 3.4). Luftverschmutzung, Schadstoffe in der Lebenswelt, erbliche Veranlagung, Bewegungsmangel und Stress sind weitere Risikofaktoren für Kinder und bilden die Grundlage der Zivilisationskrankheiten. Die Zivilisationskrankheiten sind mittlerweile auf Platz eins der Todesursachen der Menschen in Deutschland und dies in einer bedenklichen Höhe von 80 % (s. Kap. 3.3).

Betrachtet man die engen Zusammenhänge zwischen mangelnder motorischer Entwicklung, unausgewogenen Umweltreizen und kognitiver Entwicklung, zeichnet sich so für eine ganze Reihe von Kindern ein präkeres Bild für deren Zukunft. Dies betrifft vor allem Migrantenkinder und Kinder aus sozial schwachen und benachteiligten Herkunftsfamilien (vgl. KiGGS-Studie; GRAF 1995, S. 41; ZIMMER 2005, S. 9 und 160 f.). In der Verantwortlichkeit für unsere Zukunft und die der Kinder, müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Perspektive dieser „Risikokinder“ nachhaltig zu verbessern.

Um den Gesundheitszustand der Deutschen nachhaltig zu verbessern, ist es nach GRAF sinnvoll, entsprechende Maßnahmen schon bei Vorschulkindern anzuwenden, um zum einen Gesundheit zu erzielen (vgl. 1995, S. 33), aber zum andern auch um gesunde Arbeitnehmer zu schaffen und die Behandlungskosten auf ein wirtschaftlich zu verkraftendes Maß zu senken (s. Kap. 3.3). Da die gesetzlichen Krankenkassen das Gros der Gesundheitsausgaben tragen, ist es nicht verwunderlich, dass sie gesundheitspräventive Maßnahmen anbieten bzw. finanziell fördern. Die

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN hat gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung der 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreform, die den Krankenkassen „wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Gesundheitsprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (2006, S. 5) ermöglicht haben, erarbeitet. Im Bereich der Entspannungsverfahren werden z. B. Kurse für die Versicherten in Hatha-Yoga, Autogenem Training, Chi Gong und Tai Chi finanziell gefördert (vgl. ebd., S. 40).

Diese Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit dem System „Yoga“. Zum einen resultiert dies aus persönlicher Erfahrung und zum anderen aus Respekt vor einer positiven Lebensbewältigungsstrategie, dessen Wurzeln jahrtausende alt sind und bis heute in seiner ursprünglichen Form überlebt hat. Yoga scheint es wert zu sein, im Hinblick auf Gesundheitsauswirkungen nicht nur auf Erwachsene, sondern auch auf Kinder genauer betrachtet zu werden.

▷ **Yoga als System**

Yoga war immer wieder und ist derzeit in aller Munde. Madonna macht Yoga, Britney Spears, Sting, Sabrina Setlur, Yvonne Catterfeld, Nina Hagen, um nur einige zu nennen (vgl. PRISMA 42/2006). Auch der Violinviruose Jehudi Menuhin hat sich schon dazu bekannt¹. Erfahrungsberichte über und Tuchfühlungen mit Yoga häufen sich, so z. B. in der Wochenzeitung „Die Zeit“, in der Heike FALLER von ihrer ersten Yoga-Übungsstunde erzählt: „Warum ich vor ein paar Monaten zum ersten Mal im Lotussitz auf einer Yogamatte saß, Ommmmm summte, meine Hände faltete und mich vor der Lehrerin, oder vielleicht sogar einem anderen höheren Wesen, verbeugte? Die kurze Antwort ist: Rücken. [...] So sieht Yoga von außen aus [Abbildung]. Von innen passiert etwas anderes, etwas, was vertraut und trotzdem sensationell ist. Yoga versetzt einen an einen Ort in einem selbst, in einen Bewusstseinszustand, den man wahrscheinlich auch durch dieses oder jenes, durch Drogen oder Gartenarbeit erreichen kann. Auch ich selbst bin in meinem Leben schon oft über diese Lichtung gestolpert, beim Schreiben oder einem Ball hinterherlaufend, aber immer zufällig, absichtslos. Yoga gibt einem das beruhigende Gefühl, dass man diesen Ort mit ein paar einfachen Übungen und etwas Glück jederzeit wiederfinden kann. [...] Probleme werden nicht, wie im westlichen Denkmodell, verdrängt, sondern man lässt sie weiterziehen, als existierten sie außerhalb des eigenen Kopfes, wie lästige Wolken, denen man nachhängen kann oder auch nicht. Am Anfang ist es nicht leicht. Dann, schon in der ersten Stunde, erreicht man die Lichtung, für ein paar Sekunden nur, und das Gefühl ist so überzeu-

¹Menuhin schrieb z. B. das Vorwort zum Yogabuch seines Lehrers IYENGAR (1969).

gend schön, dass man von nun an bereit ist, alles zu tun, was diese Lehrerin da vorne sagt. Etwa ein Drittel der Yogaschüler, sagt Patricia, kommt nur einmal, ein weiteres Drittel kommt wegen einer akuten Krise, der Rest macht langfristig Yoga. [...] Ich habe mir gar nicht die Mühe gemacht, mich ausführlich mit den spirituellen Hintergründen von Yoga zu beschäftigen, weil mich das kurze Glücksgefühl an sich schon überzeugte. [...] Denn wann immer ich Zweifel an der Wirksamkeit des Yogaweges bekomme, lasse ich diesen Gedanken einfach an mir vorbeiziehen. Ich lenke alle Konzentration auf den Atem und auf das Geräusch, das der Atem macht. Spüren, wie der Boden dich trägt. Dann ganz langsam ausatmen” (2006).

Betrachtet man die von FUCHS (1990) beschriebene geschichtliche Entwicklung des Yoga in Deutschland, stellt man fest, dass die Popularität des Yoga hierzulande quasi wellenförmig auf und ab verlief. Derzeit scheint nach FUCHS (2007) wieder ein Hoch zu sein. Die Wellness-Bewegung, Gesundheitsreformen in Zeiten knapper Kassen und massive Stressbelastungen in verschiedensten Lebenssituationen bewegen Menschen dazu, sich wieder stärker selbst in die Verantwortung für ihr eigenes Wohlbefinden zu nehmen.

Haben Menschen bereits Strategien zur Stressbewältigung erfolgreich erprobt, liegt es nahe, dass sie bei Bedarf zukünftig immer wieder darauf zurückgreifen werden. So wird Yoga schon Kindern als Bewältigungsstrategie für ein glückliches Leben vermittelt. Erfahrungsberichte von Kindern über ihre Yogapraxis sind leider nicht zu finden. So kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob Kinder mit Yoga genauso glücklich und zufrieden sind, wie z. B. FALLER (2006) es beschrieben hat. Anzunehmen ist, dass Kinder höchst selten von selbst auf die Idee kommen, Yoga zu praktizieren, wenn es ihnen nicht vorgelebt wird. Meist wird es ihnen von Erwachsenen quasi verordnet. Doch auch Erwachsene lassen sich von anderen Menschen zu einer Yogapraxis anregen oder sind wie FALLER durch körperliche Beschwerden gezwungen, geeignete Maßnahmen zu deren Bewältigung zu ergreifen. An dieser Stelle soll nicht die Entscheidungsfreiheit von Erwachsenen mit den Möglichkeiten von Kindern, an Entscheidungen zu partizipieren, gleichgesetzt werden. Jedoch soll darauf hingewiesen werden, dass Menschen jeden Alters äußeren Einflüssen und Zwängen unterliegen, die lediglich in deren Wahrnehmung der Entscheidungsfreiheit differieren.

Yoga ist nicht etwa eine esoterische Disziplin, sondern ein komplexes Übungssystem, das viel Disziplin erfordert, um es zu erlernen. Die Forschungsanstrengungen rund um Yoga sind hoch, zahlreiche internationale Institute wie die Yoga Research and Education Foundation (YREF, Homepage: <http://www.yrec.org>) oder Research on Yoga in Education (RYE, Homepage: <http://rye.free.fr/pres-al.html>) und nationale Institute wie die Gesellschaft für Geisteswissenschaftli-

che Fortbildung e. V. (GGF, Homepage: <http://www.ggfyoga.de>) oder das Institut für Yoga-Forschung (Homepage: <http://www.yoga-akademie.de/Institut.htm>) belegen dies. EBERT konnte 1988 die Wirkung des Yoga auf den menschlichen Körper medizinisch nachweisen und erklären. Desweiteren wurden Effekte auf einzelne psychische Komponenten von Menschen nachgewiesen. Eine Wirkung auf den gesamten Organismus Mensch in den Dimensionen Körper, Geist und Seele zu erforschen, ist westlichen Forschungskulturen fremd. Die Seele eines Menschen zu Forschungszwecken zu operationalisieren, erscheint unmöglich. In unserem Sprachraum wird die Seele mit Psyche oder Geist gleichgesetzt (vgl. PRECHTL & BURKARD 1999, S. 527). Ob diese Gleichsetzung der Dimension der Seele gerecht wird, sei in dieser Arbeit dahingestellt. Die große Verbreitung von Yoga und die stetig wachsende Zahl an persistent Übenden bestätigen jedenfalls die Annahme, dass Yoga bei den Übenden gerade dort wirkt, wo es sich nicht ohne weiteres nachweisen lässt. Yoga lindert laut FEUERABENDT (2005) und EBERT (1988) nicht nur Krankheiten, sondern löst auch emotionale Blockaden und führt zu innerer Stärke. Da dies auch vielen anderen Sportarten - Sport im weitesten Sinn - nachgesagt wird, gilt es nun, das Besondere an Yoga herauszufiltern.

▷ **Yoga für die Kindergesundheit**

Die positive Wirkungsweise von Yoga auf die Gesundheit von Erwachsenen ist mittlerweile in zahlreichen Studien belegt worden (vgl. EBERT 1988, FUCHS 2000) und Yoga ist als Maßnahme zur Gesundheitsförderung für Erwachsene ausdrücklich empfohlen worden (vgl. DEUTZMANN 2002). Da Yoga für Erwachsene nicht mit Yoga für Kinder gleichzusetzen ist (vgl. STÜCK 1998, S. 81), bleibt auch offen, ob Yoga für die Gesundheit von Kindern vergleichsweise so nachweislich förderlich ist wie für die der Erwachsenen. Dies ist die zentrale Fragestellung dieser Arbeit. Es soll zudem beantwortet werden, ob Yoga für Kinder nicht nur als Mittel zur Förderung von Kindergesundheit, sondern auch zur Gesundheitserziehung einsetzbar ist.

In dieser Arbeit wird untersucht, welche gemeinsamen Merkmale die gegenwärtigen Konzepte von Yoga mit Kindern aufweisen, ob sich diese an dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Entwicklung von Kindern messen lassen und ob diese Yogakonzepte als auch deren wissenschaftlich fundierte gemeinsame Merkmale sich als Mittel zur Gesundheitserziehung für Kinder eignen.

Herangezogen werden dafür die Yogaprogramme für Kinder und Jugendliche von STÜCK (1998, 2000), AUGENSTEIN (2002, 2003) und GOLDSTEIN (2002, 2003), die aus Forschungsvorhaben entwickelt wurden, das Programm für Gesundheitswochen an Grundschulen von ILG &

KNAPPE, in dem Yogaelemente eingesetzt werden, die Inhalte einer der größten indischen Yogaschulen für Kinder und Jugendliche² (SATYANADA 2004), die Ausbildungsinhalte für Kinderyoga-Kursleiter des Yoga Vidya e. V.³ (BYVG 2006) als einem der großen anerkannten hiesigen Ausbilder sowie die Konzepte der deutschen Autoren für Kinderyoga BANNENBERG (2005), FLOTO & VOGLER (1997), FURLAN (1991), DUNEMANN-GULDE (2005), PILGUJ (2002), PROßOWSKY (1999, 2007), RANK (2003) und der indischen Autoren CHANCHANI & CHANCHANI (2002) und THAPAR & SIINGH (2005). Die Konzepte der Kinderyogabuchautoren werden, um dem Umfang einer Diplomarbeit gerecht zu bleiben, erst in die Zusammenfassung der Merkmale für Kinderyoga eingearbeitet. Die Auswahl der Autoren erfolgte nach Empfehlung von STÜCK, AUGENSTEIN, GOLDSTEIN und BYVG sowie nach eigenen Recherchen zu den Stichworten „Kinderyoga“ bzw. „yoga for children“.

Betrachtungsgruppe werden Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 13 Jahren sein. HURRELMANN & BRÜNDEL legen in ihrer „Einführung in die Kindheitsforschung“ Kindheit für den Altersabschnitt 0 bis 11 Jahre fest. Sie unterscheiden zwischen früher Kindheit von 0 bis 5 und später Kindheit von 6 bis 11. Das Jugendalter gilt von 12 bis 25 Jahre und unterscheidet sich in frühes Jugendalter von 12 bis 17 und spätes Jugendalter von 18 bis 25 (vgl. 2003, S. 73). STÜCK untersuchte in seiner Dissertation 12- und 13-jährige Jugendliche, spricht in seinen Arbeiten aber von Kindern statt von Jugendlichen. AUGENSTEIN und GOLDSTEIN untersuchten Kinder im Grundschulalter, ILG & KNAPPE ebenfalls. SATYANANDA unterscheidet Alterstufen nach Entwicklungsstand, zum einen nennt er Vorschulkinder bis 7 Jahre, (Schul-)Kinder von 7 bis 14 Jahren bzw. Beginn der Pubertät und Jugendliche bis zum Abklingen der Pubertät. Der Yoga Vidya e. V. nimmt eine ähnliche Unterscheidung vor, er nennt Vorschulkinder (hierzulande bis maximal 7 Jahre) und Schulkinder (ab 6 Jahren), gibt dann aber Musterübungsstunden für Schulkinder bis 7 Jahre und für Schulkinder bis 10 Jahre. Auch hier werden Entwicklungsstufen als Maßstab für die Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen gesetzt. Vermutlich rechnet der Yoga Vidya e. V. ab einem Alter von 10 Jahren mit dem Einsetzen der Pubertät. Tatsächlich setzt nach HURRELMANN & BRÜNDEL die Pubertät in westlichen Ländern immer früher ein und verkürzt somit die Kindheitsphase (vgl. 2003, S. 78). Um die Bezeichnungen

²In Indien ist die Entwicklung bezüglich Kinderyoga am weitesten fortgeschritten (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 44), sodass der Einbezug von indischen Yogaprogrammen für die Zielstellung dieser Arbeit sinnvoll ist.

³Verwendet wird hierfür die Mappe „Kinderyoga Übungsleiter-Ausbildung“ vom BUND DER YOGA VIDYA GESUNDHEITSBERATER (BYVG), das ich für Studienzwecke im Oktober 2006 im Haus Yoga Vidya in Bad Meinberg von Narendra Hübner, einem der Kinder-Yoga Ausbilder im Hause, erhalten habe. Das Haus Yoga Vidya ist eines der Haupthäuser des Yoga Vidya e.V. Der Yoga Vidya e. V. ist Mitglied beim Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e. V. (BDY), die Ausbildung ist anerkannt vom Bund der Yoga Vidya Lehrer e. V. (BYV), dem Berufsverband der Yoga und Ayurveda Therapeuten e. V. (BYAT) und dem Berufsverband der Yoga Vidya Gesundheitsberater, Kursleiter und Therapeuten e.V. (BYVG).

kurz zu halten, wird in dieser Arbeit statt von „Kindern und Jugendlichen bis 13 Jahren“ die Bezeichnung Kind eingesetzt und „Yoga mit Kindern bis 13 Jahre“ kurz als „Kinderyoga“ bezeichnet.

Die Begriffe „Gesundheitserziehung“ und „Gesundheitsbildung“ werden z. T. synonym verwendet, die WHO beschreibt sie in ihrem „Glossar Gesundheitsförderung“ von 1998 sogar gemeinsam: „Gesundheitserziehung/Gesundheitsbildung umfasst bewusst gestaltete Lernmöglichkeiten, die [...] zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung entwickelt wurden; letztere schließt die Entwicklung von Alltagskompetenzen [...] ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind“ (1998, S. 5). Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Begriffen drückt sich nach WALLER jedoch darin aus, dass sich Gesundheitserziehung primär an Kinder und Jugendliche richtet und von Institutionen der Erziehung angeboten wird, während Gesundheitsbildung sich an Erwachsene richtet und von Unternehmen, Krankenkassen und Bildungsinstituten angeboten wird (vgl. 2006, S. 219). In Deutschland hat sich durch den Zweig der Kindheitsforschung das Bild des Kindes als „sozialem Akteur“ und „Konstrukteur“ seiner eigenen Realität etabliert (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, S. 44 f.). Dies drückt sich m. E. auch in dem beobachtbaren Paradigmenwechsel von einer Gesundheitserziehung mit dem Schwerpunkt der Verhaltensänderung zu einer Gesundheitsbildung mit dem Schwerpunkt der Kompetenzerweiterung aus (vgl. WULFHORST 2002, S. 26). Somit kann, ähnlich der Beschreibung der WHO, heute statt von Gesundheitserziehung auch von einer Gesundheitsbildung für Kinder und Jugendliche gesprochen werden⁴, allerdings mit der Differenzierung der Zielgruppe. Um die Begrifflichkeiten kurz und dennoch eindeutig zu halten, wird in dieser Arbeit der Begriff der Gesundheitserziehung dem der Gesundheitsbildung für Kinder und Jugendliche vorgezogen, wohlwissend dass sich der Paradigmenwechsel darin nicht ablesen lässt.

▷ **Vorgehen in dieser Arbeit**

In dieser Arbeit mit dem Thema „Gesundheitserziehung durch Yoga. Eine Untersuchung gegenwärtiger Konzepte von Yoga mit Kindern und deren Beitrag zur Gesundheitserziehung“ wird untersucht, ob Kinderyoga eine geeignete Maßnahme zur Gesundheitserziehung ist. Zunächst werden dazu die Begriffe Gesundheit, Gesundheitserziehung, Yoga und Kinderyoga geklärt und in ihren wichtigsten Aspekten erläutert, um auf deren Grundlage folgende zentrale Fragestellungen zu beantworten:

⁴Eine Darstellung der Problematik des Verhältnisses der Begriffe „Erziehung“ und „Bildung“ kann in dieser Arbeit nicht in angemessenem Umfang erfolgen. Beide Begriffe sind von den jeweils aktuell vorherrschenden Wertvorstellungen geprägt, sodass sie einem ständigen Wandel unterliegen (s. KAISER & KAISER 2001, HÖRSTER 2002, WINKLER 2002, SCHAUB & ZENKE 2004).

1. Welches sind die gemeinsamen Merkmale der gegenwärtigen Konzepte von Kinderyoga? Entsprechen die gemeinsamen Merkmale dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Entwicklung und die Bedürfnisse von Kindern? Lassen sich die gegenwärtigen Konzepte von Kinderyoga als kindgerecht bzw. kindangemessen bezeichnen?
2. Lässt sich yogisches Gesundheitsverständnis mit dem heutigen internationalen Gesundheitsverständnis vergleichen?
3. Entsprechen Ziele und nachgewiesene Effekte von Kinderyoga den Zielen von Gesundheitserziehung?
4. Entsprechen die Prinzipien von Kinderyoga den Prinzipien von Gesundheitserziehung?

Nach dieser Einleitung wird zunächst das Konzept „Gesundheit“ näher betrachtet. Nach einer Klärung des Begriffs Gesundheit werden im zweiten Teil die Konzepte und Modelle, die dem dem heutigen Gesundheitsverständnis zugrunde liegen, dargestellt.

Im dritten Teil wird das Thema Gesundheitserziehung näher betrachtet. Nach der Begriffsklärung und der Einordnung von Gesundheitserziehung in Gesundheitsstrategien und -methoden, wird eine Unterscheidung der Begriffe Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung vorgenommen, die - wie bereits angeführt - oft wenig trennscharf verwendet werden. Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird anhand der kürzlich veröffentlichten KiGGS-Studie aufgezeigt, um anschließend die Notwendigkeit einer Gesundheitserziehung herauszustellen. Es folgt die Darstellung von Zielen, Konzepten und Themenfeldern einer Gesundheitserziehung und es werden einige der Fachliteratur entnommene Empfehlungen zur Gesundheitserziehung gegeben, um diese an späterer Stelle wieder aufzugreifen.

Das System „Yoga“ wird im vierten Teil vorgestellt. Es erfolgt eine Einführung darüber, was Yoga ist, seine geschichtliche Entwicklung und welche Formen von Yoga es gibt. Anschließend werden die recherchierten wissenschaftlichen Studien zur Wirkung von Yoga und Meditation auf Körper, Geist und Seele vorgestellt. Da in unserem Sprachraum die Seele mit Psyche oder Geist gleichgesetzt wird (s. o.), werden die Wirkungsweisen von Yoga in die beiden Aspekte physiologische und psychologische Wirkungen unterschieden.

Im fünften Teil wird Kinderyoga näher betrachtet. Zunächst wird geklärt, was Kinderyoga ist und Modellversuche sowie Studien zu Kinderyoga und Yoga in der Schule werden in ihrer validierten Wirkungsweise vorgestellt. Die bereits genannten Konzepte für Kinderyoga werden inhaltlich dargestellt, um deren gemeinsame Merkmale hinsichtlich Didaktik und Methodik her-

auszustellen. Es folgen Altersempfehlungen der Yogaprogramme über den Beginn mit Kinderyoga und eine Auflistung darüber, welche Yogaelemente mit Kindern möglich sind und welche nicht, um die Ergebnisse im nächsten Teil verwerten zu können.

Teil sechs beschäftigt sich mit der wechselseitigen Beziehung zwischen Kinderyoga und kindlicher Entwicklung. Notwendige kindliche Entwicklungsaspekte in körperlicher, emotionaler und kognitiver Art sowie kindliche Grundbedürfnisse werden skizziert, um daraus Implikationen für Kinderyoga abzuleiten und zu überprüfen, ob Kinderyoga dies erfüllt. Umgekehrt wird untersucht, inwiefern Kinderyoga die Entwicklung der zentralen motorischen Fähigkeiten Bewegung, Koordination, Schnelligkeit, Ausdauer und Kraft fördert, denn diese bilden die Grundlage für Steuerungsprozesse kindlicher Haltung und Bewegung. Hier kann sich das Besondere des Kinderyoga gegenüber anderen körperorientierten Bewegungsformen zeigen.

In Kapitel sieben über Gesundheitserziehung durch Yoga werden das internationale Gesundheitskonzept und das des Yoga miteinander verglichen, um zu überprüfen, ob diese prinzipiell miteinander vereinbar sind. Die nachgewiesenen Wirkungen und Ziele von Kinderyoga werden mit den Zielen von Gesundheitserziehung verglichen sowie die gemeinsamen Ziele und Prinzipien von Kinderyoga mit den Prinzipien von Gesundheitserziehung, um in einem zusammenfassenden Fazit herauszustellen, ob Kinderyoga als Maßnahme zur Gesundheitserziehung geeignet ist.

Abschließend erfolgt ein Ausblick mit einigen Gedanken, die zur Diskussion gestellt werden.

Da für diese Arbeit lediglich der europäische Zeichensatz zur Verfügung steht, können die Fachbegriffe des Yoga aus dem Sanskrit, der Fachsprache des Yoga, nicht korrekt dargestellt werden. Ein Sanskrit-Glossar findet sich bei beispielsweise FUCHS (1990). Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, werden Personenbezeichnungen in männlicher Form verwendet.

2. Gesundheit

Im Folgenden wird das Konzept „Gesundheit“ näher betrachtet. Nach einer Klärung des Begriffs Gesundheit werden die Konzepte und Modelle, die dem dem heutigen Gesundheitsverständnis zugrunde liegen dargestellt.

2.1. Der Begriff Gesundheit

Bislang gibt es keine allgemein gültige und wissenschaftlich einheitlich anerkannte Begriffsbestimmung von Gesundheit. Die zahlreichen Formulierungsversuche lassen sich in monodisziplinäre Begriffsbestimmungen, interdisziplinäre Begriffsbestimmungen und Laien- bzw. subjektive Begriffsbestimmungen unterscheiden.

Monodisziplinäre Begriffsbestimmungen stammen aus einer wissenschaftlichen Disziplin. Der Psychoanalytiker Sigmund FREUD z. B. bestimmte Gesundheit als "Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können" (WALLER 2006, S. 9). Der Soziologe Talcott PARSONS sieht Gesundheit aus einem anderen Blickwinkel, als „der Zustand optimaler Leitungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (ebd.).

Interdisziplinäre bzw. ganzheitliche Begriffsbestimmungen berücksichtigen mehrere wissenschaftliche Disziplinen. Die World Health Organisation (WHO)⁵ beschreibt Gesundheit multidimensional, in ihrer Verfassung heißt es: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (DISCHLER 1952, S. 14). Gesundheit ist damit „ein Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ (WALLER 2006, S. 9). Bemerkenswert ist, dass auch Laien Gesundheit multidimensional und ganzheitlich verstehen (vgl. ebd., S. 14 ff.)

Die WHO definiert weiterhin Gesundheit als Grundrecht aller Menschen und verpflichtet ihre Mitgliedsstaaten dazu, dieses auch zu gewähren (vgl. WHO Internetquelle 2007). Die Definition der WHO ist zwar nicht wissenschaftlich anerkannt, aber bindend für Deutschland als Mitgliedsstaat und damit die Arbeitsdefinition für alle bundesdeutschen Projekte, die Gesundheit zum Ziel haben.

⁵Die WHO wurde 1948 gegründet mit dem Ziel, allen Völkern der Erde zu Gesundheit zu verhelfen. Heute hat sie 193 Mitgliedsstaaten (vgl. WHO URL: <http://www.who.int/about/en/> [Stand: 20.04.2007]) und wird durch deren Mitgliedsbeiträge zu 28% und freiwillige Beiträge zu 72% finanziert (vgl. WHO URL: <http://www.who.int/about/finance/en/index2.html> [Stand: 20.04.2007]). Sie setzt gesundheitsbezogene Normen und Standards und fördert und überwacht deren Umsetzung (vgl. WHO URL: <http://www.who.int/about/finance/en/index.html> [Stand: 20.04.2007]).

2.2. Gesundheitsmodell der Salutogenese

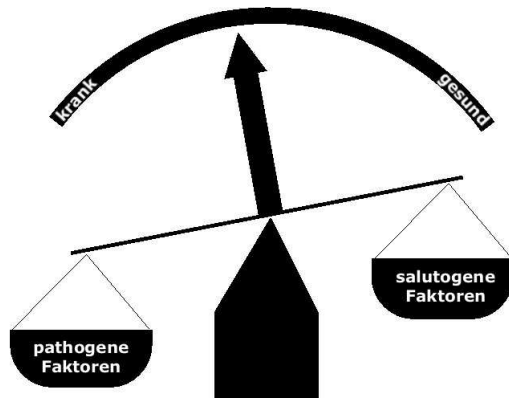
In der Fachliteratur sind etliche wissenschaftliche Konzepte von Gesundheit zu finden. Häufig zitiert wird das salutogenetische Modell des Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY, auch die Bundesregierung zitiert ANTONOVSKY in ihren Veröffentlichungen. Experten haben im Auftrag der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) eine Bewertung des Modells vorgenommen und sehen darin die „erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit“ (BZGA 2001, S. 89). Da es multidimensionale Einflussgrößen miteinbezieht, habe es einen großen Integrationswert und biete einen Orientierungsrahmen (vgl. ebd.). Deshalb soll hier im Folgenden das Gesundheitsmodell der Salutogenese in seinen Grundzügen vorgestellt werden.

In einem Forschungsprojekt konnte ANTONOVSKY 1970 beobachten, dass sich etliche weibliche Überlebende von Konzentrationslagern in einer relativ guten psychischen Gesundheit befanden. ANTONOVSKY orientierte sich als Stressforscher seitdem an dem Phänomen, dass Menschen trotz Konfrontation mit einer Vielzahl an Gesundheitsrisiken gesund bleiben (vgl. 1997, S. 15 f.). Im Gegensatz zum damals vorherrschenden medizinischen Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit mit pathogenem (griech. pathos: Leid, Krankheit; gennan: (er)zeugen) Schwerpunkt stellte sich ANTONOVSKY die Frage „Was hält Menschen gesund?“ und setzte seinen Untersuchungsschwerpunkt auf salutogene Faktoren für Gesundheit (vgl. WALLER 2006, S. 19 f.). Die wichtigsten Unterschiede zwischen dem pathogenen Modell und dem salutogenen Modell sind in der folgenden Grafik dargestellt (Abb. NOACK 1997 in BZGA 2001, S. 35):

Annahme in bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcentwicklung
* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase		

Im pathogenen Modell werden Gesundheit und Krankheit als voneinander getrennte, gegen-

sätzliche (dichotome) Phänomene betrachtet. ANTONOVSKYS Modell sieht Gesundheit und Krankheit in einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ miteinander verbunden. Man kann sich dieses Kontinuum vereinfacht als Waage vorstellen, auf der der jeweilige Gesundheitsstatus einer Person vom Verhältnis von krankmachenden und gesunderhaltenden Faktoren abgebildet wird (Abb. nach WALLER 2006, S. 23):



Die Selbstregulierung von Menschen geschieht dabei nicht mit dem Ziel eines homöostatischen Gleichgewichts, sondern aus dem Bestreben der Überwindung eines Ungleichgewichts im Sinne einer Stressbewältigung. ANTONOVSKY betrachtet den ganzen Menschen in seiner Leidensgeschichte, statt symptomatisch nach Ursachen für die Entstehung einer Krankheit zu suchen. Bei der Entstehung von Krankheit oder Gesundheit spielen für ANTONOVSKY weniger Risikofaktoren oder negative Stressoren eine Rolle, sondern vielmehr heilsame Ressourcen bzw. der „Kohärenzsinn“ eines Menschen. ANTONOVSKY entwickelte das Konzept des Kohärenzsinn (lat. cohaerere: zusammenhängen) als zentrale Widerstandsressource eines Menschen (vgl. 1997, S. 16). Der Kohärenzsinn beschreibt eine Grundorientierung mit Vertrauen darauf, dass

1. äußere oder innere Stimuli als kognitiv sinnhaft und nicht als zufällig oder unerklärlich wahrgenommen werden,
2. geeignete Ressourcen verfügbar sind, um den durch die inneren oder äußeren Stimuli gestellten Anforderungen zu begegnen, und
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen - im Sinne einer Motivation.

Diese drei Komponenten nennt er auch 1. Verstehbarkeit, 2. Handhabbarkeit und 3. Bedeutsamkeit. Zentral ist also, dass Reize bzw. Situationen als Informationen verstanden werden, Anforderungen als bewältigbar wahrgenommen werden und diese Bewältigung als sinnvoll und lohnend empfunden werden (vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 34 f.; WALLER 2006, S. 22). Negative Stressoren können damit nicht nur potentiell krank machen, sondern nach erfolgreicher

Bewältigung auch stärkend und gesund. Um also bewusst auf Krankheit einzuwirken, bedarf es weit mehr als bestimmter Heilmittel oder Medikamente, denn es muss eine aktive Anpassung der Person an die jeweiligen Lebensumstände erfolgen. Dazu gehören neben der Verminderung von Risiken die Entwicklung von Ressourcen.

ANTONOVSKYS salutogenes Modell geht insgesamt zwar primär von der Dominanz der körperlichen Dimension von Gesundheit aus, aber es lassen sich ebenso die seelische und geistige Dimension integrieren (vgl. WALLER 2006, S. 19 - 24). Es ist anzunehmen, dass diese Flexibilität die Popularität des salutogenetischen Modells ausmacht.

Nach ANTONOVSKY kann Gesundheit somit als

- positiv ausgerichtet,
- prozesshaft,
- subjektiv in der Wahrnehmung,
- kontinuierlich: im Verbund von Gesundheit und Krankheit im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum,
- und integrativ - weil die Dimensionen von Körper, Geist und Seele einschließend

betrachtet werden.

2.3. Konzept der Lebensweisen

Die Lebensweise von Individuen richtet sich nach deren subjektiven Perspektive und soziokulturellen Möglichkeiten - kurz: nach dem Setting. Die WHO hat auf dieser Grundlage einzelne Ressourcen als Voraussetzung für Gesundheit formuliert. Anhand der Grafik von DAHLGREN & WHITEHEAD ist gut erkennbar, welche die einzelnen Ressourcen sind und wie sie miteinander zusammenhängen (Abb. in WALLER 2006, S. 36):



Die Lebensweise von Menschen (3) und persönliche Faktoren wie Alter, Geschlecht sowie erbliche Faktoren (4) beeinflussen direkt den Umgang mit den äußeren Faktoren ihrer Umwelt (1, 2). Genannt werden hier zumutbare Wohnverhältnisse, ausreichendes Nahrungsangebot, Bildungsmöglichkeiten, zumutbare Arbeitsverhältnisse und der Umgang mit Arbeitslosigkeit, ausreichende Wasserversorgung und hygienische Verhältnisse sowie ein organisiertes Gesundheitswesen (2). Diese sind eingebettet in die allgemeinen sozioökonomischen und umweltbedingten Verhältnisse wie z. B. Frieden und soziale Gerechtigkeit (1). Umgekehrt entwickeln sich Menschen gemäß ihrer Möglichkeiten, sodass hier ein Kreislauf entsteht. Diese systemische Denkweise bildet so ein ökologisches Modell der Gesundheitsressourcen heraus.

Ein optimales Gesundheitsverhalten schließt sich dem Setting-Ansatz an. Idealerweise ist es mehrdimensional bzw. ökologisch dimensioniert, umfasst alle Lebensbereiche eines Menschen und integriert sich in die Lebensweise des Einzelnen. Neben dem Umgang mit den bereits genannten äußeren Umweltfaktoren (2) gehören auch die psychische und soziale Ebene dazu, ebenso wie Handlungsschwerpunkte in verschiedenen Bereichen wie Ernährung, Bewegung oder Umgang mit Beschwerden (vgl. ebd., S. 48 f.).

Das Setting ist Gestaltungsaufgabe der sozialen Gruppe. Diese entwickelt Aktionsformen und handlungsleitende Orientierungen, um ihrer erwünschten Lebensweise nachzukommen, aus denen die Individuen dieser Gruppe Handlungsformen sowie ihre persönliche und soziale Identität schöpfen. Das Konzept der Lebensweisen bedeutet somit eine Abkehr von Individualisierung und Schuldzuweisung. Es betrachtet das Gesundheitsverhalten einer sozialen Gruppe statt des Einzelnen, da der Einzelne nicht ohne Kontext bzw. Setting betrachtet werden kann (vgl. ebd., S. 49 f. u. 160).

Aus dem Settingansatz heraus hat die WHO 1986 vier Projekte zur Umsetzung von Gesundheitsförderung entwickelt⁶: Gesunde-Städte-Projekt, Projekt Gesundheitsfördernde Schule, Projekt Gesundheitsförderung im Betrieb und Projekt Gesundheitsförderndes Krankenhaus (vgl. WALLER 2006, S. 169 f.). Als Erweiterung der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche wurde hierzulande das Konzept der „Gesundheitsförderung im Kindergarten“ entwickelt, da die meisten Kinder einen guten Teil ihrer Zeit im Lebensraum Kindergarten oder Kindertagesstätte verbringen (vgl. BZGA 2002, S. 3).

⁶Die WHO rief am 21. November 1986 zur ersten Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa auf. Dort wurde die sog. „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ verabschiedet. Es wird darin zu einem aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus aufgerufen. „Die Konferenz verstand sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Die Diskussion befaßte sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern, es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. Ausgangspunkt waren die [...] über gesundheitliche Grundbetreuung erzielten Fortschritte, das WHO-Dokument „Gesundheit für alle“ sowie die während der letzten Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion zum intersektoriellen Zusammenwirken für die Gesundheit“ (WHO URL:http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [Stand: 27.04.2007]). Die WHO sieht die Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht nur bei dem Gesundheitssektor mit dem Ziel der Entwicklung gesünderer Lebensweisen, sondern bei allen Politikbereichen mit dem Ziel der Förderung von umfassendem Wohlbefinden (vgl. ebd.).

3. Gesundheitserziehung

3.1. Der Begriff Gesundheitserziehung

Grob kann Gesundheitserziehung als Aktivität von Personen und Instanzen bezeichnet werden, „die auf Verhütung von Krankheit und Förderung von Gesundheit ausgerichtet“ (WULFHORST 2002, S. 25) ist. Genauer werden nach HURRELMANN, LAASER & WOLTERS unter Gesundheitserziehung Aktivitäten verstanden, „die vor allem in Familien und in Erziehungseinrichtungen [ablaufen], um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung [dienen] und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen [fördern]“ (WULFHORST 2002, S. 25 f.) (vgl. ebd.; POPP 2006, S. 25). Gesundheitserziehung ist als pädagogisches Handlungs-, Arbeits- und Praxisfeld charakterisiert, jedoch fehlt eine erziehungswissenschaftliche Entsprechung des Handlungsfeldes „Gesundheit“ (vgl. WULFHORST 2006, S. 820).

Wie einleitend bereits erwähnt wird der Begriff der Gesundheitserziehung auch synonym zum Begriff der Gesundheitsbildung verwendet. In ihrem „Glossar Gesundheitsförderung“ von 1998 definiert die WHO die beiden Begriffe ohne Unterscheidung: „Gesundheitserziehung/Gesundheitsbildung umfasst bewusst gestaltete Lernmöglichkeiten, die [...] zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung entwickelt wurden; letztere schließt die Entwicklung von Alltagskompetenzen [...] ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind“ (1998, S. 5). WALLER sieht den wesentlichen Unterschied zwischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung darin, dass sich Gesundheitserziehung primär an Kinder und Jugendliche richtet und von Institutionen der Erziehung angeboten wird, während Gesundheitsbildung sich an Erwachsene richtet und von Unternehmen, Krankenkassen und Bildungsinstituten angeboten wird (vgl. 2006, S. 219). In Deutschland hat sich durch den Zweig der Kindheitsforschung das Bild des Kindes als „sozialem Akteur“ und „Konstrukteur“ seiner eigenen Realität etabliert (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, S. 44 f.). Dies drückt sich m. E. auch in dem nach BLÄTTNER beobachtbaren Paradigmenwechsel von Gesundheitserziehung mit den Schwerpunkt der Verhaltensänderung zur Gesundheitsbildung mit dem Schwerpunkt der Kompetenzerweiterung aus (vgl. WULFHORST 2002, S. 26). Somit kann, ähnlich der WHO, heute statt von Gesundheitserziehung auch von einer Gesundheitsbildung für Kinder und Jugendliche gesprochen werden⁷, mit der Differenzierung der Zielgruppe. Den wesentlichen Unterschied zwischen Gesund-

⁷Eine Darstellung der Problematik des Verhältnisses der Begriffe „Erziehung“ und „Bildung“ kann in dieser Arbeit nicht in angemessenem Umfang erfolgen. Wie einleitend erwähnt sind beide Begriffe von den jeweils aktuell vorherrschenden Wertvorstellungen geprägt, sodass sie einem ständigen Wandel unterliegen (s. KAISER

heitserziehung und Gesundheitsbildung sieht HURRELMANN im Grad der Freiwilligkeit, auch wenn die Ziele im wesentlichen dieselben sind. Während Gesundheitsbildung auf freiwilliger Basis stattfindet, ist die Teilnahme an Programmen zur Gesundheitserziehung gesetzlich geregelt (vgl. 2006, S. 200). Somit wird, trotz des Paradigmenwechsels in den Lerntheorien, in dieser Arbeit der Begriff der Gesundheitserziehung dem der Gesundheitsbildung für Kinder und Jugendliche vorgezogen.

Instanzen für eine Gesundheitserziehung sind umfassend alle Menschen und Organisationen, die mit Kindern zu tun haben, deren Verhalten und damit auch deren gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen. In den ersten Lebensjahren sind dies vor allem Eltern und Erziehungsberechtigte, später dann Kindergarten oder Kindertagesstätte und Schule. Ärzte untersuchen den gesundheitlichen Zustand von Geburt an. Auch die Peergroup Heranwachsender beeinflusst nicht nur gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Staatliche Behörden, allen voran die BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA), sind weitere wesentliche Instanzen. Die BZGA veröffentlicht zahlreiche theoretische und praktische Schriften zu Gesundheitserziehung und Gesundheit für alle Altersgruppen und Lebenslagen und gibt entsprechende Broschüren zur Planung von gesundheitsbezogenen Projekten für Kindergärten bzw. Kindertagesstätten und Schulen heraus. Im Sinne eines Settingansatzes (s. Kap. 2.3) entstehen Bestrebungen, alle Instanzen miteinander zu verknüpfen. Vor allem die Schule als Instanz, die alle Kinder erreicht, erfährt hierbei die koordinative Aufgabe, entsprechende Kooperationen durchzuführen (vgl. POPP 2006, S. 50 - 55).

3.2. Einordnung der Gesundheitserziehung

Um einen besseren Überblick über den Begriff Gesundheitserziehung zu bekommen, wird Gesundheitserziehung zum einen auf der theoretischen Ebene der Gesundheitswissenschaften und zum anderen auf der praktischen Ebene der Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems eingeordnet.

3.2.1. Theoretische Einordnung der Gesundheitserziehung in die Gesundheitswissenschaften

Gesundheitserziehung ist Teil der Gesundheitspädagogik, die wiederum Teil der Gesundheitswissenschaften ist. Die Gesundheitswissenschaften werden analog zum englischen Fachbegriff

der „public health“ als „die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung des Gesundheitswesens“ (HURRELMANN et al. 2006, S. 11) beschrieben. Dennoch unterscheidet sich der deutschsprachige Begriff grundlegend vom angelsächsischen. Während Public Health die „öffentliche Gesundheit“ im Sinne einer politischen Ausrichtung betont, stehen bei den Gesundheitswissenschaften die Begriffe „Gesundheit“ für das Kernthema und „Wissenschaften“ für die interdisziplinäre Ausrichtung dieses Faches an zentraler Stelle. Der Begriff der „Gesundheitswissenschaften“ ist vielmehr analog zu den „Health Sciences“, der angewandten Gesundheitsforschung und Gesundheitssystemforschung (vgl. ebd., S. 27 f.) mit einer Orientierung am salutogenen Paradigma (vgl. ebd., S. 35). Arbeitsfelder der Gesundheitswissenschaften sind (vgl. ebd., S. 36):

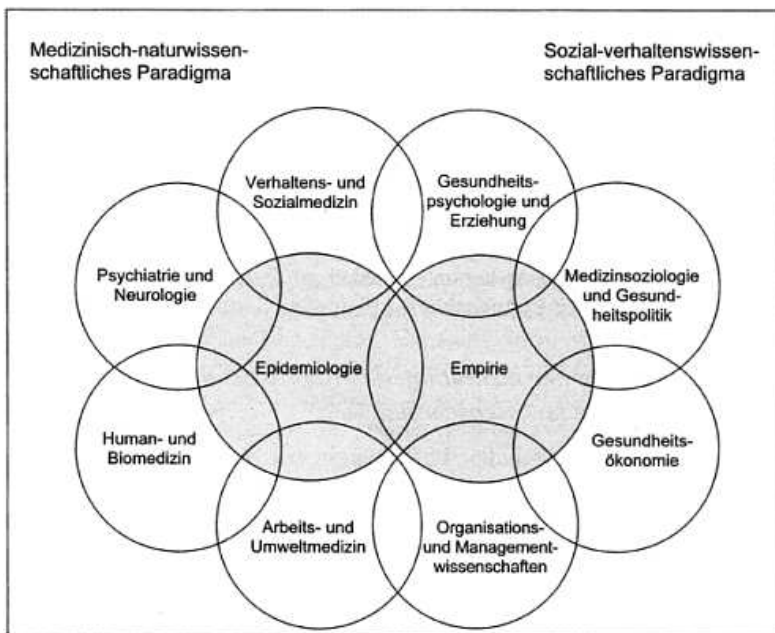
1. Gesundheitsforschung:

- a) Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen und Kontexte der Gesundheits-Krankheits-Balance
- b) Feststellung des Gesundheits- / Krankheitsstatus der Bevölkerung und Ableitung des Versorgungsbedarfs

2. Gesundheitssystemforschung:

- a) Analyse der Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems: Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege sowie ihrer Verzahnung
- b) Ableitung von Modellen der Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems, Beratung der Gesundheitspolitik

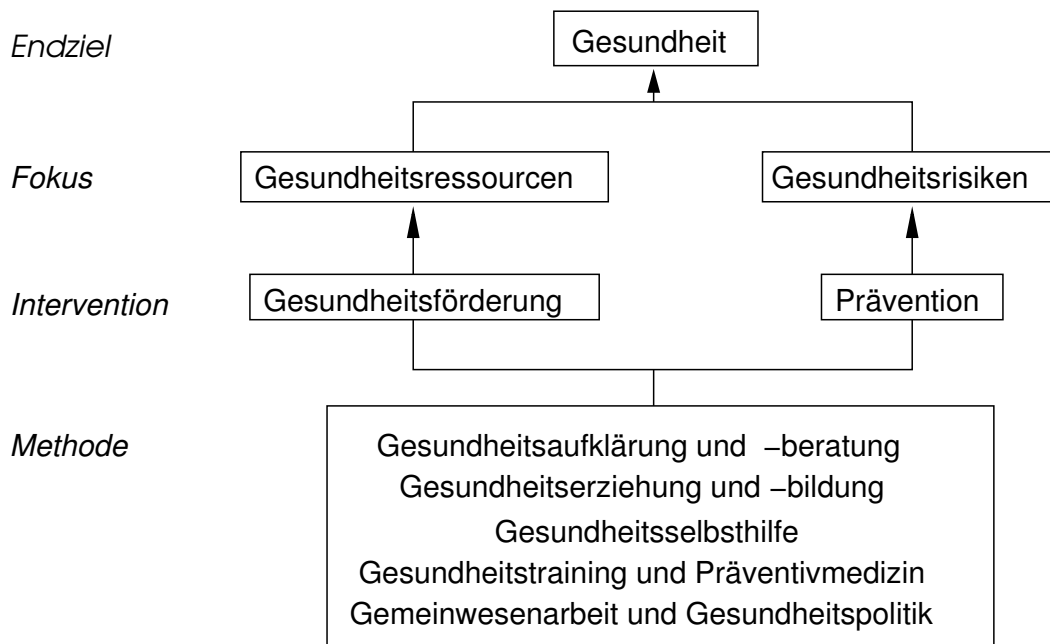
Die Gesundheitspädagogik hat beim Aufbau der Gesundheitswissenschaften wenig Beachtung gefunden, erst seit 2003 sehen HURRELMANN & LAASER sie in gleichberechtigter Position zu den Fachdisziplinen der Gesundheitswissenschaften Medizin, Biologie, Ökonomie, Soziologie und Psychologie. Sie gruppiert sich zu den zentralen fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften wie folgt (Abb. in HURRELMANN et al. 2006, S. 29):



Die Gesundheitspädagogik ist nach HURRELMANN et al. in das sozialwissenschaftliche Paradigma der Gesundheitswissenschaften eingebettet und hat als methodischen Kern die empirische Sozialforschung, die als zentrales Fachgebiet die Ursachen und Wirkungen von Gesundheit und gesundheitspezifischen Massnahmen analysiert und entsprechende systematische Instrumente und Verfahren bereitstellt (vgl. ebd., S. 29 f.). Gesundheitspädagogik beschäftigt sich mit der Praxis gesundheitsbezogener Massnahmen, aber auch mit deren erziehungswissenschaftlichen Reflexion. In der Fachliteratur wird der Begriff eher selten gebraucht, viel häufiger finden die Begriffe Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung mit ihrer programmatisch-pragmatischen und weniger theoretisch-reflexiven Ausrichtung Anwendung (vgl. WULFHORST 2006, S. 819 f.).

3.2.2. Praktische Einordnung der Gesundheitserziehung in die Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems

Gesundheitserziehung ordnet sich neben Gesundheitsbildung in eine Reihe weiterer Methoden zum Erzielen von Gesundheit ein, sie sind die einzigen primär pädagogischen Arbeitsfelder (Abb. erweitert n. WALLER 2006, S. 161):



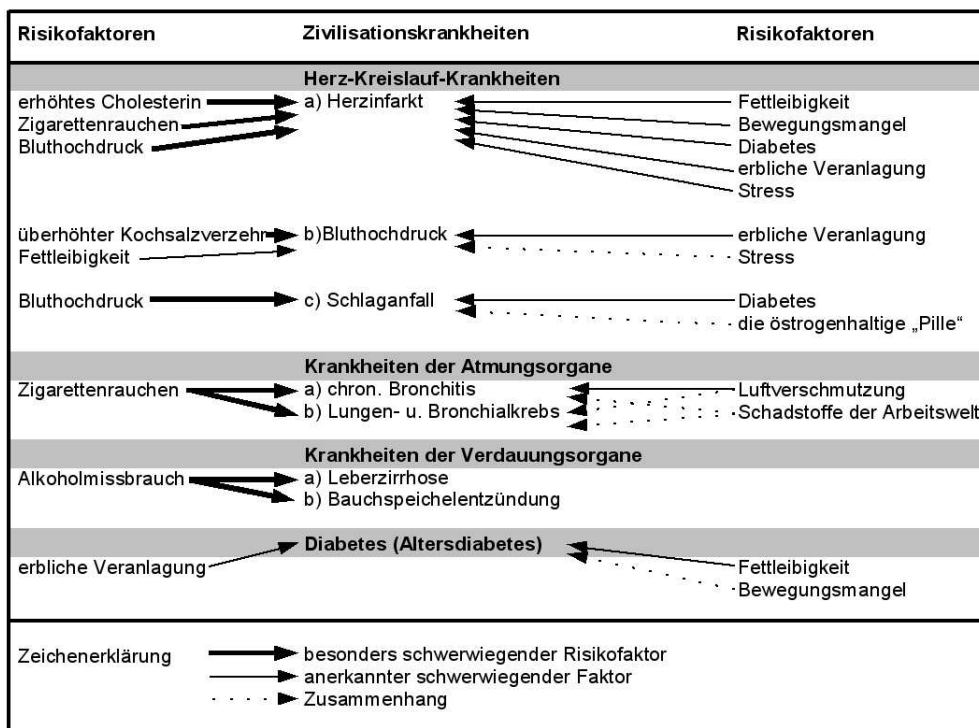
Die beiden großen dargestellten Versorgungsbereiche bzw. Interventionen oder Strategien des Gesundheitssystems (s. Kap. 3.2.1) sind hier Gesundheitsförderung und Prävention, die jeweils einen ganz unterschiedlichen Schwerpunkt haben. Prävention, auch Krankheitsprävention genannt (vgl. HURRELMANN & LAASER 2006, S. 749), beschäftigt sich vorwiegend mit den Gesundheitsrisiken und deren Minimierung, Gesundheitsförderung mit den Gesundheitsressourcen und deren Maximierung. Die Idee der Gesundheitsförderung ist im Vergleich zur Idee der Prävention des 19. Jahrhunderts sehr jung und ist im wesentlichen durch die Ottawa-Charta der WHO 1986 (s. Kap. 2.3) und ANTONOVSKYS Modell der Salutogenese (s. Kap. 2.2) entwickelt worden (vgl. WALLER 2006, S. 156). Dennoch lassen sich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als sich ergänzende Interventionsformen mit gleichem Ziel betrachten. Eine Verbesserung der individuellen und kollektiven Fähigkeiten der Lebensbewältigung mit Kenntnis über Entstehung und Aufrechterhalten von Gesundheit kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig eine Kenntnis über Entwicklung und Verlauf individuellen und kollektiven Krankheitsgeschehens vorhanden ist und es möglich ist, Krankheiten zu verhindern und Risiken für Krankheiten abzuwenden (vgl. HURRELMANN & LAASER 2006, S. 749 - 753).

3.3. Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen - KiGGS-Studie

Störungen bei Kindern und Heranwachsenden im körperlichen und psychosozialen Bereich sind keine Seltenheit mehr. Dazu zählen Erscheinungen wie Allergien, Haltungsschäden, Übergewicht, Aggressionen, psychische Labilität, Gewaltbereitschaft und Suchtverhalten (vgl. POPP 2006, S. 13).

Über 80% aller Todesfälle in Deutschland gehen auf Zivilisationskrankheiten zurück. Bekannt ist, dass die Entstehung dieser Erkrankungen eindeutig durch gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigt wird. Die häufigsten Zivilisationskrankheiten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Diabetes mellitus (vgl. GRAF 1995, S. 10 f.).

Sind mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vorhanden, ist die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung, die durch diese beeinflusst werden, ungleich höher als bei Personen, die diesen schädigenden Einflüssen nicht ausgesetzt sind (Schema nach ebd., S. 11):



Von Risikofaktoren wie beispielsweise Luftverschmutzung, erbliche Veranlagung, Stress und Fettleibigkeit sind Kinder und Jugendliche mittlerweile genauso betroffen wie Erwachsene (s. auch KiGGS-Studie). Bei den Schulanfängern wurde Anfang der 90er durch die schulmedizinische Untersuchung der Gesundheitsämter bereits folgendes festgestellt (vgl. NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 1991, S. 10):

- 40% haben Herz-Kreislaufschwächen,
- 33% haben Haltungsschwächen,
- 20% sind übergewichtig.

Depressionen und Suizid sind auch bei Heranwachsenden bei weitem keine Seltenheit mehr. Suizid belegt gleich nach den Unfällen Platz zwei bis drei der Todesursachen bei den 15- bis 41-Jährigen (vgl. BZGA 2006, S. 29; BIENER 2005, S. 17).

Interessante Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit liefert die KiGGS-Studie. KiGGS steht für „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“ und ist die erste bundesweite, repräsentative Studie zur Erfassung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland. Diese Studie wird im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung seit 2001 vom Robert-Koch-Institut (RKI)⁸ durchgeführt. KiGGS soll bundesweit gültige Daten liefern und die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen werden. Die Erhebung der Daten fand im Zeitraum von 2003 bis 2006 statt, erste Ergebnisse wurden bereits 2006 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht (vgl. KURTH 2006). Eine ausführlichere Auswertung der Daten fand sich kürzlich ebenda. Nachfolgend sollen einige Ergebnisse kurz vorgestellt werden⁹:

- Übergewicht und Adipositas: 15 % der 3 bis 17-jährigen sind min. übergewichtig, insgesamt ist jeder Zwölfte adipös. Der Anteil der min. Übergewichtigen ist mit zunehmendem Alter steigend: rund 9 % im Alter von 3 bis 6, 15 % im Alter von 7 bis 10 und 17 % im Alter von 14 bis 17 Jahren. Ebenso verhält es sich bei Adipositas: 2,9 % im Alter von 3 bis 6, 6,4 % im Alter von 7 bis 10 und 8,5 % im Alter von 14 bis 17 Jahren. Ein höheres Risiko besteht bei Herkunft aus sozial benachteiligten Schichten, bei Migrationshintergrund, bei übergewichtigen Eltern und bei Kindern, deren Mütter ebenfalls übergewichtig sind (vgl. KURTH & SCHAFFRATH ROSARIO 2007).
- Essstörungen: Jeder fünfte Jugendliche wurde als auffällig im Essverhalten identifiziert, ins. jedes vierte Mädchen und jeder sechste Junge. Essstörungen nehmen bei Mädchen mit zunehmenden Alter zu: 20 % im Alter von 11 und rund 30 % mit 17 Jahren. Bei Jungen ist die Entwicklung umgekehrt: 20 % im Alter von 11 und knapp 13 % mit 17 Jahren. Essstörungen sind bei niedrigem sozioökonomischem Status und bei Migrationshintergrund min. doppelt so hoch wie bei den anderen Gruppen. Essstörungen zählen zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Sie gehen einher mit höheren Quoten von psychischen Auffälligkeiten, Neigung zu Depressivität, Unzufriedenheit mit dem Körperbild, stärkerem Tabakkonsum und mehr Erfahrung mit sexueller Belästigung (vgl. HÖLLING & SCHLACK 2007; KURTH 2006).

⁸Das RKI ist für die Koordinierung und die inhaltliche Durchführung der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes verantwortlich. Das RKI ist verantwortlich beteiligt an der Konzeption und Durchführung epidemiologischer Erhebungen, insbesondere von Survey- und Sentinel-Erhebungen. Es ist auf Bundesebene für die Haltung und Pflege von Registern und anderen epidemiologisch aufbereiteten Daten zuständig - in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt und anderen Bundesoberbehörden. (vgl. KiGGS URL: <http://www.kiggs.de/studie/durchfuehrung/index.html> [Stand: 12.05.2007]).

⁹Kindesalter wird hierbei für die Altersspanne von 3 bis 10 Jahren, Jugendalter von 11 bis 17 Jahren festgelegt.

- Allergische Erkrankungen: 16,1 % leiden unter allergischen Erkrankungen, ins. rund 17 % aller Jungen und 15 % aller Mädchen. Allergische Krankheiten nehmen mit zunehmendem Alter ebenfalls zu. Ein geringeres Risiko besteht bei Migrationshintergrund, sozial schwacher Herkunftsfamilie, mehreren älteren Geschwistern und frühem, engem Kontakt zu Kindern in Betreuungseinrichtungen. Ein erhöhtes Risiko besteht bei familiärer Vorbelastung. Sind die Eltern allergisch, ist die Gefahr für die Kinder einer allergischen Erkrankung doppelt so hoch. Am weitesten verbreitet sind Heuschnupfen mit knapp 11 % und Asthma mit knapp 5 %. Eine Blutuntersuchung zeigt bei rund 41 % eine Sensibilisierung gegen min. ein getestetes Allergen, davon rund 37 % gegen Stoffe, die eingeatmet werden (Pollen, Tierhaare, Hausstaubmilben) und rund 20 % gegen Nahrungsmittel. Auch hier sind Jungen stärker betroffen als Mädchen. Lediglich für Asthma ist die Gefahr der Erkrankung in Städten höher als in ländlichen Gebieten, bei allen anderen Erscheinungen ergeben sich hierbei keine Unterschiede (vgl. SCHLAUD et al. 2007; KURTH 2006).
- Körperlich-sportliche Aktivität: Etwa drei Viertel aller Kinder machen regelmäßig min. einmal pro Woche Sport, ein Drittel sogar dreimal und häufiger. Etwa ein Viertel machen unregelmäßig Sport, ein Achtel nie - dabei kommen sie überwiegend aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund oder aus den neuen Bundesländern. Über drei Viertel der Jugendlichen sind min. einmal pro Woche körperlich aktiv, über die Hälfte min. dreimal wöchentlich. Täglich aktiv sind gut ein Viertel der Jungen und ein Sechstel der Mädchen. Bei den 17-jährigen sind es nur noch jeder sechste und jede neunte. Die größten Aktivitätsdefizite weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus sowie Migrationshintergrund auf (vgl. LAMPERT et al. 2007).
- Motorische Leistungsfähigkeit: Getestet wurden die Dimensionen Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit. Über ein Drittel aller 3- bis 17-jährigen zeigen Mängel in Koordination und Beweglichkeit: Sie sind nicht in der Lage, 2 oder mehr Schritte auf einem 3 cm breiten Balken rückwärts zu balancieren, oder das Fußsohlenniveau bei der Rumpfbeuge zu erreichen. Hinweise auf Rückgang der Kraftfähigkeit um ins. 14 % konnten ermittelt werden. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund oder niedrigem sozialem Status zeigen insgesamt eine geringere motorische Leistungsfähigkeit (vgl. STARKER et al. 2007; KURTH 2006).
- Verhaltensauffälligkeiten: Jedes neunte Mädchen und jeder sechste Junge ist verhaltensauffällig. bzw. genzwertig auffällig. Am häufigsten dabei sind Verhaltensprobleme, emo-

tionale Probleme und Hyperaktivität. Bei Migrationshintergrund treten diese häufiger auf. Je niedriger der soziale Status, desto höher ist die Tendenz zu Hinweisen auf psychische Probleme. Psychische Probleme gehen dabei einher mit massiven Beeinträchtigungen für das Wohlbefinden und allgemeine sowie soziale Funktionsfähigkeit (vgl. HÖLLING et al. 2007).

- Psychische Gesundheit: Rund 22% aller 7- bis 17-jährigen zeigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten - verbunden mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ängste bei 10 %, Störungen des Sozialverhaltens bei 7,6 % und Depressionen bei 5,4 % sind die häufigsten Befunde. Nicht alle befinden sich dabei in entsprechender Behandlung. Risikofaktoren mit dem Faktor 4 sind ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten und niedriger sozioökonomischer Status. Personale, familiäre und soziale Ressourcen schützen vor psychischen Auffälligkeiten (vgl. RAVENS-SIEBERER et al. 2007; KURTH 2006).

Insgesamt zeichnet sich durch die KiGGS-Studie ein gesellschaftlich prekäres Bild. Der Gesundheitszustand von Migrantenkindern und Kindern aus sozial schwachen Herkunftsfamilien ist im Schnitt weitaus schlechter als der der restlichen Kinder - lediglich bei allergischen Erkrankungen sind diese „Risikokinder“ im Vorteil.

3.4. Notwendigkeit einer Gesundheitserziehung

Neben der ethischen Verantwortung für die Zukunft der Menschen (vgl. BIENER 2005, S. 17 f.) sind weitere Argumente für die Notwendigkeit einer Gesundheitserziehung die veränderte kindliche Lebenswelt, veränderter Gesundheitszustand und Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen, Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenem Verhalten und sozialer Schicht sowie der Kostendruck auf die gesetzlichen Krankenkassen. POPP betont, dass längst nicht alle Kinder mit den gleichen Lern- und Entwicklungsvoraussetzungen in die Grundschule kommen, sodass sich hieraus schon der Handlungsbedarf ergibt, die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern so zu stärken, dass ihnen gleich welcher sozialen Herkunft ein „gleichermaßen effektives Lernen“ (POPP 2006, S. 50) ermöglicht wird (vgl. ebd., S. 49 f.).

▷ Ethische Verantwortung für die Zukunft der Menschen

„Es wird geschätzt, dass über die Hälfte aller gegenwärtigen Leiden hätten verhindert werden können, wenn man vorher Ursachen und Lebensweisen positiv beeinflusst hätte. Wir wissen,

dass viele [der Herz- und Kreislauf-]Krankheiten durch Früherkennung oder kluge Lebensweise auszuschalten gewesen wären.” (BIENER 2005, S. 17). Damit wird nicht nur jeder einzelne für sein Schicksal in Verantwortung genommen, sondern auch entsprechende Fachkräfte und Institutionen öffentlichen Interesses, die die Menschen hierin unterstützen können. Vor allem Kinder und Jugendliche müssen somit hinreichend Wege zu gesundheitsförderlichem Verhalten aufgezeigt bekommen.

▷ **Veränderte Kindheit**

Gesellschaftliche Veränderungen kindlicher Lebenswelten sind aufgetreten, die von den Kindern und Jugendlichen nicht mehr ausreichend alleine gemeistert werden können. Immer mehr Kinder und Jugendliche sind betroffen vor allem von Scheidung der Eltern, Geschwisterlosigkeit und arbeitslosen Eltern bzw. Elternteilen, mit der damit verbundenen finanziellen Armut. Direkten Einfluss auf die Gesundheit von Kindern haben: Verhäuslichung und Verinselung, Mediatisierung der Kindheit und schulischer Leistungsstress.

1. „Verhäuslichung und Verinselung“ steht für eine Verlagerung des freien und spontanen Spiels im Freien auf der Straße im Zuge der Verstädterung und Anstieg des Automobilverkehrs nach Drinnen in speziell eingerichtete Kinderzimmer. Kindheit wird in Häuser verlagert und damit findet eine Verinselung von Kindheit statt.
2. Eine „Mediatisierung der Kindheit“ geht einher mit der Verhäuslichung und Verinselung. Ein gesteigerter Konsum neuer Medien wie Fernsehen, Computer und Spielkonsolen bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen ist eine typische Entwicklung für die Mediatisierung. Vor allem abends zwischen 18 und 21 Uhr ist der Fernsehkonsum am größten und vor allem ältere Kinder ab 9 Jahren entwickeln dabei Vorlieben für das Erwachsenenprogramm. Entwicklungsbedingt kann hier kein angemessener Umgang mit den Inhalten solchen Programms stattfinden. Generell verschaffen Medien nur sekundäre Erfahrungen und verhindern in dieser Zeit die primäre, direkte Erfahrung der Realität.
3. Schulischer Leistungsstress ist ein weiterer wichtiger Faktor der veränderten Kindheit. Vor allem mit der Zunahme temporärer Unsicherheiten wie Arbeitslosigkeit stieg der Druck in den Elternhäusern auf ihre Kinder. Selektion am Ende der Grundschulzeit und das Selbstverständnis der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft üben nach POPP starken Druck auf Kinder aus. Sie kommen so in Leistungsstress und leiden an negativen Emotionen wie Ärger und Angst. Über einen längeren Zeitraum hinweg können negative Stress-

empfindungen zur Schädigung des gesamten kardiovaskulären Systems (Blutgefäße) beitragen und im Lebensverlauf zu Herinfarkt führen (vgl. POPP 2006, S. 36 - 39).

▷ **Veränderter Gesundheitszustand**

Noch vor 100 Jahren lebensgefährliche Krankheiten wie Grippe oder Lungenentzündung können heute durch den medizinischen Fortschritt geheilt werden. In allen Altersgruppen kann eine Verschiebung des Spektrums der Beschwerden und Krankheiten deutlich verzeichnet werden, sodass mittlerweile Kinder und Jugendliche von Krankheiten betroffen sind, die früher nur bei älteren Menschen auftraten. Aufgrund von Bewegungsmangel weisen sie Haltungsschwächen, motorische Entwicklungsstörungen und Koordinationsstörungen auf. Eindeutige Zusammenhänge zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit sind in der Forschung bestätigt worden.

1. Ein verstärktes Auftreten körperlicher Erkrankungen bei Kindern liegt in ihrer veränderten, bewegungsarmen und stressigen Lebenswelt. Immer mehr Menschen leiden unter chronischen Erkrankungen. Chronische Krankheiten entstehen nur dann, wenn Risikofaktoren über einen längeren Zeitraum einwirken, und sind schwer heilbar. Damit entstehen vermehrte Kosten für das Gesundheitssystem. Gerade Kinder leiden stark unter psychosozialen Belastungen wie Missempfindungen und Schmerzen, eingeschränkter schulischer Leistungsfähigkeit, eingeschränkten gleichaltrigen Sozialkontakten und vermindertem Selbstwertgefühl mangels positiver Rückmeldung der sozialen Umwelt. Allergien verbreiten sich zunehmend ebenso wie Diabetes mellitus. Umwelteinflüsse sowie Lebensgewohnheiten der Kinder spielen dabei eine wichtige Rolle. Bei Diabetes können auch Stressreaktionen und falsche Ernährung als Faktoren ausgemacht werden.
2. Psychophysiologische und psychosomatische Gesundheitsbeschwerden wie Asthma, Neurodermitis, Magen- und Darmstörungen oder Adipositas haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Stressfaktoren der Außenwelt und Rückhalt in der eigenen Familie spielen hierbei eine große Rolle. Für die Entstehung von Adipositas werden primär Fehl- und Überernährung, Bewegungsmangel, genetische Faktoren, Essstörungen und Medikamente als Faktoren verantwortlich gemacht.
3. Kinder zeigen sich auch verstärkt psychosozial auffällig, vor allem bei Schwierigkeiten in der Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben. Dies äußert sich in Ängsten, Depressionen, aggressivem Verhalten, Psychosen, Leistungsstörungen und ADHS. So kann da-

von ausgegangen werden, dass sie alleine nicht zurechtkommen und Unterstützung oder Hilfe von anderen benötigen (vgl. ebd., S. 40 - 46).

▷ **Soziale Herkunft und Gesundheit**

Die KiGGS-Studie zeigt auf, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen Schichten und Kinder mit Migrationshintergrund gesundheitlich benachteiligt sind. Kinder sind laut Angaben der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen oder gefährdet.

Die BZGA stellt im Gesundheitsbericht 2006 fest, dass die 3 % Sozialhilfeempfangenden in Deutschland und 13,5 % einkommensarmen Menschen bedingt „durch stärkere Arbeitsbelastungen, schlechtere Wohnverhältnisse, vermehrten Zigarettenkonsum, häufigerem Übergewicht und größerem Bewegungsmangel einem teilweise deutlich erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt“ (BZGA 2006, S. 83) sind. Diese Belastungsfaktoren bilden, miteinander verknüpft, keine linear-kausale Verbindung, sondern ein Gefüge aus Ursachen und Folgen (vgl. POPP 2006, S. 48). Die o. g. Menschen „leiden verstärkt unter chronischen Erkrankungen und Depressionen“ (ebd.).

Die Säuglingsterblichkeit ist aufgrund von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft bei sozial schwachen Schichten und Migrantenfamilien deutlich höher. Karies tritt überproportional häufig bei den unteren sozialen Schichten auf. Verletzungen, Vergiftungen und Verbrennungen sind im Kindesalter bei nichtdeutschen Kindern erhöht, verbunden mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höherer Mortalität im Erwachsenenalter (vgl. BZGA 2002, S. 49 und 103). „Je höher der Anteil von Sozialhilfeempfängern in einem Stadtviertel [...], desto häufiger wurden 1996 bei den Schuleingangsuntersuchungen Adipositas, grobmotorische Koordinationsstörungen, Beeinträchtigungen der fein- und grobmotorischen Fertigkeiten, Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten festgestellt“ (ebd.; POPP 2006, S. 47). Wichtige Faktoren sind hierbei, die Unerwünschtheit des Kindes, Vernachlässigung, wenig oder einseitige Anregung, psychische Erkrankung der Bezugsperson, Gewalt in der Familie und Überforderung des Kindes (vgl. BZGA 2002, S. 101).

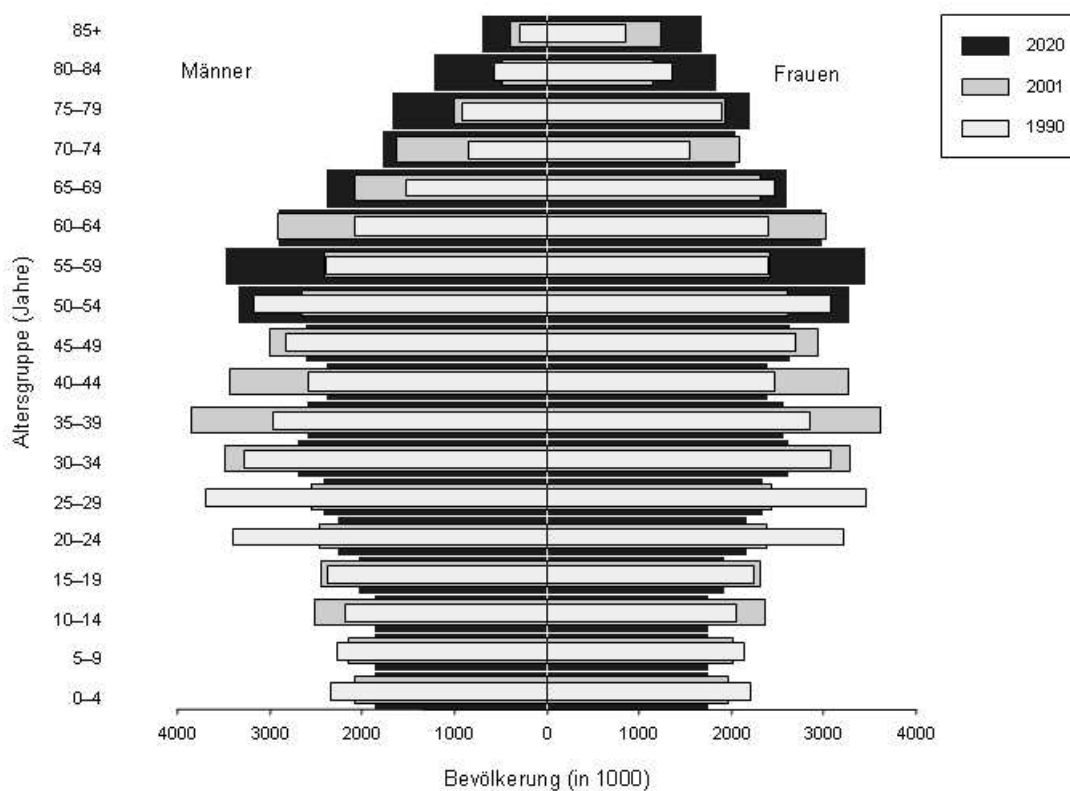
▷ **Kosten für das Gesundheitswesen**

In der Auflistung der Gründe für Gesundheitserziehung nicht zu vergessen sind die Kosten, die durch ungesunde Lebensweise für das Gesundheitssystem entstehen. Die Ausgaben für Gesundheit sind gegenüber 1993 um 43 % gestiegen und schneller gewachsen als die übrigen

Wirtschaftsbereiche, u. a. auch bedingt durch eine altersdemographische Entwicklung. Finanziert werden die Ausgaben zum größten Teil von Arbeitgebern, Privathaushalten und Privatorganisationen wie Kirchen oder Gewerkschaften (vgl. BZGA 2006, S. 185 ff. und 193). Beispielsweise sind die „Schäden durch den Genussmittelmisbrauch [...] weitaus teurer als die Steuereinnahmen der Behörden aus diesen Genussmitteln“ (BIENER 2005, S. 17). Muskel- und Skeletterkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Bundesdeutschland, sie sind auch die teuersten, wobei sie bei den reinen Behandlungskosten auf Platz drei liegen. Vor allem „Rückenschmerzen sind teuer für die Volkswirtschaft“ (BZGA 2006, S. 35), mit den damit verbundenen Folgekosten. 85% der Kosten kommen indirekt durch Arbeitsausfälle und nur 15 % direkt durch Therapiekosten zustande (vgl. ebd.). Platz eins der Behandlungskosten belegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems (vgl. ebd., S. 185).

Der immer weiter steigende Kostendruck im Angesicht einer alternden Bevölkerung (s. Alterspyramide, Abb. aus WHO Internetquelle 2007b) ist wohl einer der Hauptargumente für eine Gesundheitserziehung, frei nach dem Motto „Früh übt sich, wer ein Meister werden soll“.

Alterspyramide für Deutschland



Quelle: WHO Regional Office for Europe (2004c) und United Nations (2002).

3.5. Ziele einer Gesundheitserziehung

Ziele von Gesundheitserziehung nach SOMMER (1994, S. 43 f.), WULFHORST (2002, S. 25) und POPP (2006, S. 79 f.) sind:

1. Bereitschaft zum Gesundheitshandeln wecken durch Motivation, Aufklärung, Vermittlung von Wissen und Handlungskompetenzen, Bewusstmachen der Eigenverantwortung
2. Gesundheitsrisiken minimieren
3. Gesundheitsressourcen entwickeln
4. Entfaltung aller menschlichen Dimensionen als oberstes Bildungsziel mit der Förderung der Entwicklung von Selbstkompetenz, Sachkompetenz sowie Sozialkompetenz

Zu bemerken ist an dieser Stelle, dass auch ein Verhaltenstraining vom begrenztem Erfolg bleibt, wenn es sich bei dem Fehlverhalten, wie z. B. Rauchen oder Alkoholkonsum, um Ersatzbefriedigungen zur psychischen Stabilisierung der Persönlichkeit handelt. Daher kann eine Gesundheitserziehung nur dann effektiv wirksam werden, wenn die gesamte Persönlichkeit eines Menschen gestärkt wird. Umgekehrt lässt sich nach GRAF formulieren, dass eine Erziehung die Persönlichkeitsbildung auf positiven Werten wie Selbstverwirklichung, Selbstwertgefühl, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit aufbaut, gesundheitsschädigendes Verhalten vorbeugt und damit quasi automatisch Gesundheitserziehung ist, auch wenn sie nicht auf Krankheitsvorbeugung ausgerichtet ist. Somit muss Bildung als Ziel von Erziehung das vorrangige Ziel auch für Gesundheitserziehung sein (vgl. GRAF 1995, S. 33).

3.6. Konzepte von Gesundheitserziehung

Analog zu den Strategien Gesundheitsförderung und Prävention (s. Kap. 3.2.1) lassen sich zwei pädagogische Konzepte unterscheiden. Das autoritative Konzept der Verhaltenskorrektur mit dem moralischen Zeigefinger, entwickelt um 1920 mit den ersten Ansätzen von Gesundheitserziehung in Deutschland, und das partizipative Konzept der Kompetenzförderung, eine Entwicklung seit ca. 1980 (vgl. WALLER 2006, S. 219 f; Tabelle HURRELMANN 2006, S. 209):

	Autoritatives Konzept "Verhaltenskorrektur"	Partizipatives Konzept "Kompetenzförderung"
Ziel	Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten	Entwicklung von gesundheitsförderndem Verhalten
Pädagogische Orientierung	Persönliches Verhalten als Direktverantwortung für die Gesundheit	Gesundheitsverhalten als Ausdrucksform von Lebensbewältigung
Didaktik	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Autoritativ ▷ Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse über Krankheitsentstehung ▷ Moralisch-ethische Bewertung von Gesundheitsfachleuten ▷ Pädagoge als Rollenmodell 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Partizipativ ▷ Information über Gesundheits- / Krankheitsprozesse, um das eigene Verhalten zu verstehen ▷ Angebot der Beratung durch Gesundheitsfachleute ▷ Pädagoge als Begleiter / Coach
Erfolgskriterien	Änderung des Gesundheitsverhaltens	Kompetenz bei der Bewältigung von Gesundheitsstörungen

Die „Zeigefingermethode“ des autoritativen Konzeptes hat sich als unwirksam erwiesen, da sie die Abwehrhaltung fördert und damit nicht mehr zur erwünschten Verhaltensänderung führt (vgl. GRAF 1995, S. 33). Leider ist dieses Konzept in seiner Anwendung immer noch weit verbreitet (vgl. POPP 2006, S. 82). Über die Effektivität des partizipativen Konzeptes zur Förderung der Gesundheitskompetenz besteht nach heutiger Forschungslage Konsens (vgl. POPP 2006, S. 84), dennoch bleiben die Forschungsbemühungen hoch (s. BIENER 2005).

Ein Konzept erfolgreicher Gesundheitserziehung sollte folgende Merkmale aufweisen (vgl. POPP 2006, S. 84 f.):

- setting-bezogen und dynamisch: Gesundheitserziehung muss sich an den Lebenswelten der Kinder ausrichten und den darin ablaufenden Veränderungen anpassen
- lebensbegleitend: Gesundheitserziehung soll den Menschen in seiner Entwicklung im Lebensverlauf unterstützen und in den verschiedenen pädagogischen Einrichtungen verankert sein. Dafür ist eine Kooperation der Institutionen unabdinglich.
- positiv und salutogenetisch ausgerichtet: Es hat sich gezeigt, dass positive Beweggründe - wie z. B. Walken zur Steigerung des Wohlbefindens - größere Anreize schaffen als negative Beweggründe - wie z. B. Walken zur Gewichtsreduktion.

- aufklärend: Information als Basis von Handeln ist elementar, sie ist aber kindgerecht aufzubereiten. Ziel ist nicht die Wissensvermittlung, sondern das Verstehen und die Verinnerlichung im Sinne einer Aufklärung.
- handlungsorientiert: Durch die Beteiligung verschiedener Sinnesorgane können die Informationseinheiten auf mehreren Kanälen kodiert werden und so im Gehirn besser und dauerhafter gespeichert werden.
- ganzheitlich: Der Mensch muss als „Ganzheit“ betrachtet werden und demnach muss Gesundheitserziehung affektive, pragmatische, soziale und kognitive Aspekte miteinbeziehen.

3.7. Themenfelder von Gesundheitserziehung

Themen von Gesundheitserziehung sind Individual-, Umwelt- und Sozialhygiene, Ernährung, Bewegung, Stress und Entspannung, Umgang mit Körper und Sexualität, Kleidung, Sucht- und Drogenprävention, chronische Krankheiten und Schmerzbewältigung, Gesundheitsuntersuchungen, Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen, Gesundheitspolitik und -wirtschaft. Sie sind multidimensional und orientieren sich am Setting der Kinder (s. Kap. 2.3). Für Kinder bis 6 Jahre und Kinder ab 6 Jahre ergeben sich somit altergemäße Anpassungen der Themen an deren unterschiedlichem Setting bzw. Lebenswelt (vgl. GRAF 1995, S. 34; WALLER 2006, S. 219 ff.).

3.7.1. Kindergarten und Kindertagesstätte

Für Kindergärten und Kindertagesstätten gelten folgende Themenschwerpunkte (vgl. BZGA 2002, S. 12 u. 24; GRAF 1995, S. 34 f.):

- Entwicklungsförderung
- Unfallverhütung und Gewaltprävention
- Körperliche Aktivität im Spiel, Bewegungsförderung
- Vermittlung eines Organ- und Körperbewusstseins, Sexualaufklärung
- Zahngesundheitserziehung, hygienische Fertigkeiten und Gewohnheiten
- Gesunde Ernährung, Ernährungsverhalten

- Suchtprävention
- Stressbewältigung und psychosoziale Gesundheit
- Umwelterziehung
- Institutionen zur Erhaltung der Gesundheit: Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus
- Vermittlung positiver Werte wie Lebensfreude, Selbstverwirklichung, Leistungsfähigkeit
- Elternarbeit zu Themen wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Zahngesundheit, Hygiene
- Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen und der Impfbereitschaft

Im Bereich der Kindertagesstätten und Kindergärten ist ein situativer Ansatz geboten. Die Erzieher sollen Gelegenheiten ergreifen und bereitstellen, wenn ein Kind Interesse zeigt, aber sich nicht aufdrängen. Vorsichtig strukturierteres Material soll bei Bedarf hinzugezogen werden. Eine Zusammenarbeit mit den Eltern ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von Gesundheitserziehung. Die Themenbereiche sind einfach in den Betreuungsalltag zu integrieren, da diese Institutionen bereits Lebensumfelder der Kinder sind (vgl. GRAF 1995, S. 34) und daher als Setting analog zu Schule (vgl. Kap. 2.3) betrachtet werden können.

3.7.2. Schule

Für Schulen gelten folgende Themenschwerpunkte, wobei auch hier wieder die unterschiedlichen Altersstufen in der Art der Vermittlung zu beachten sind (vgl. GRAF 1995, S. 34 f.; POPP 2006, S. 56):

- Zusammenhänge zwischen gesundheitlichem Fehlverhalten und Krankheit
- Konsumverhalten, Verdeutlichung eigener Verantwortung für die Gesundheit
- Bedeutung der Werbung, Anleiten zur kritischen Betrachtung
- Grundlagen gesunder Ernährung, ernährungsabhängiger Krankheiten, Ernährungsverhalten, Ernährungserziehung
- Alkohol- und Drogenmissbrauch, Rauchen
- Umweltverschmutzung und Umwelterziehung

- Grundlagen der Unfallverhütung und der Ersten Hilfe
- Zusammenhänge zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit und Gesundheit
- Persönliche Hygiene und Zahngesundheitserziehung
- Lebensfreude und Emotionen
- Wohlfühlen in der Schule und Gestaltung von Lebenswelten
- Elternberatung
- Fernsehen
- Stress

Eine Integration der Themenbereiche in den schulischen Alltag gestaltet sich schwierig, da die Schule primär eine Lerninstitution und kein Lebensraum ist. Dennoch muss auch hier Gesundheit erfahrbar sein. Dies kann mit Projekten wie Klassenfrühstück, Besuch auf dem Wochenmarkt, aktive Pause, Schulgarten, Einrichten einer Zahnputzzeile etc. erreicht werden (vgl. genannte Projekte in NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 1991). Die persönliche Betroffenheit, Wahrnehmung von Verhalten, Handlungsmotiven, Gewohnheiten und Alternativen zur Handlungsregulation können z. B. im Theaterspiel erlebt werden (vgl. GRAF 1995, S. 33). Gerade die Ganztagschule bietet hierbei neue zeitliche und organisatorische (z. B. Schulküche) Rahmenbedingungen.

3.8. Empfehlungen für eine Gesundheitserziehung

Abschließend lassen sich nach Durchsicht der Fachliteratur einige Empfehlungen für die Schnittmenge Gesundheit und Erziehung geben:

- Gesundheitserziehung muss Freude machen, um das Prinzip der positiven Veränderung erfahrbar zu machen, und die Freude am Leben wecken und fördern, um Wirkungen zu erzielen. Moralisieren fördert die Abwehrhaltung und hat sich als unwirksam erwiesen, es ist als Methode für Gesundheitserziehung daher zu vermeiden (vgl. GRAF 1995, S. 33; SOMMER 1994, S. 45; WALLER 2006, S. 223).
- Gesundheitserziehung soll alle Lebensbereiche erreichen: denn Gesundheit ist multidimensional und daher mit Körper, Seele und Geist gleichzeitig verbunden (vgl. Kap. 2.1

und 2.3). Eine Gesundheitserziehung lässt sich daher in alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen einbinden (vgl. SOMMER 1994, S. 45; WALLER 2006, S. 224).

- Gesundheitserziehung soll in die allgemeine Erziehung eingebettet sein und darf keine Bindestrich-Disziplin (Gesundheits-Erziehung) sein: Gesundheit ist der Erziehung untergeordnet. Erziehung als Feld der Pädagogik muss kritisch gegenüber medizinischen Gesundheitsempfehlungen und -strategien bleiben und deren Ziele erziehungswissenschaftlich reflektieren. Oberstes Ziel ist immer noch Erziehung mit einer Ausrichtung auf Bildung. Eine Erziehung, die auf kompetente Menschen baut, Lebensfreude, Selbstwertgefühl und Leistungsfähigkeit fördert, ist in sich schon gesundheitsfördernd, da sie gesundheitsschädigendes Verhalten vorbeugt (vgl. GRAF 1995, S. 33; HÖRMANN 2002, S. 95 ff.; SOMMER 1994, S. 33 u. 37).
- Vorbildfunktion der pädagogischen Fachkräfte: Nur wer selbst entsprechend gesund lebt und handelt, kann gesundheitsbezogene Werte und Inhalte glaubhaft vermitteln (vgl. GRAF 1995, S. 34; BZGA 2002, S. 192).
- Die Methode muss dem Ziel entsprechen: Wer gesund leben soll und möchte, muss dies praxisbezogen erlernen und einüben. Partizipation statt Belehrung muss hier das Lernprinzip sein (vgl. BIENER 2005, S. 18; SOMMER 1994, S. 45; POPP 2006, S. 85; WALLER 2006, S. 221).

4. Yoga

Der folgende Abschnitt stellt das System „Yoga“ vor. Zunächst erfolgt eine Einführung darüber, was Yoga ist, welche geschichtliche Wurzeln es hat und seine geschichtliche Entwicklung in Deutschland, um die Grundlage für das Verständnis von Kinderyoga in Teil fünf zu legen. Hierzu ist es auch notwendig die verschiedenen Formen von Yoga darzustellen. Anschließend werden die recherchierten wissenschaftlichen Studien zur Wirkung von Yoga und Meditation auf Körper, Geist und Seele vorgestellt. Da in unserem Sprachraum Seele mit Psyche oder Geist gleichgesetzt wird (vgl. PRECHTL & BURKARD 1999, S. 527), werden die Wirkungsweisen von Yoga in die beiden Aspekte physiologische und psychologische Wirkungen unterschieden.

4.1. Was ist Yoga?

Yoga ist eine indische Erlösungslehre mit dem Ziel, die Vereinigung mit dem Göttlichen (Zustand des Samadhi, s. Kap. 4.4.1) zu erreichen, dazu dienen eine Reihe körperlicher und geistiger Übungen (vgl. EBERT 1988, S. 11 - 16).

Das Wort „yoga“ als Nomen des Sanskrit, einer alten indogermanischen Sprache und Fachsprache des Yoga (vgl. DEUTZMANN 2001, S. 45), bedeutet ursprünglich „Einspannen“ bzw. „Anschirren“ von Zugtieren vor einen Wagen. Da dies in der alltäglichen Handlung mit dem Instrument des „Jochs“ geschah, entwickelte sich „Joch“ später ebenfalls zu einer Bedeutung von „yoga“. Die wesentlichen Bedeutungsvarianten dabei sind (vgl. FUCHS 1990, S. 11 f.):

- Yoga als Vereinigung, denn unter einem Joch werden mehrere Zugtiere zu einer Zugkraft vereinigt und
- Yoga als Beherrschung, denn durch das Joch werden die Zugtiere beherrscht.

Yoga ist einer der vielschichtigsten Begriffe der indischen Literatur und taucht als Begriff mindestens in den vier folgenden Zusammenhängen auf (vgl. ebd., S. 12 f.):

1. als allgemeiner Ausdruck für „Fähigkeit“ oder „Zusammenfügung“.
2. als Ober- oder Unterbegriff für eine Reihe praktischer Heilswege: Die frühen Sanskrit-Texte der Upanishaden setzen die menschlichen Sinne mit den Zugtieren gleich. Somit wurde es aus religiöser Sicht erforderlich, die eigenen Sinne zu zügeln und unter Kontrolle zu bringen, ebenso wie ein Bauer es bei seinen Zugtieren tut. Yoga wurde zum

Synonym für das Anjochen der Sinne und des Geistes und zum Oberbegriff für eine Reihe praxisorientierter Heilswege, die mit psycho-physischen Methoden das Individuum aus dem leidvollen Kreislauf der Wiedergeburten befreien möchten.

3. als Name für eines von sechs klassischen Systemen der indischen Philosophie: Wesentlich für die indische Philosophie sind die Yogasutras des Patanjali mit den dazugehörigen Kommentaren und Subkommentaren. Sie sind in Sanskrit verfasst und zeigen ein dualistisches Welt- und Menschenbild. Im zweiten Kapitel der Yogasutras wird der „achtgliedrige Yoga“ gelehrt, der synonym ist mit der Bezeichnung „Raja-Yoga“.
4. als Oberbegriff für die Vielzahl körperbezogener Übungstechniken: Diese gehen aus dem System des indischen „Hatha-Yoga“ hervor. Hatha-Yoga selbst ging aus dem Tantrismus hervor und hatte den Schwerpunkt auf die Herstellung und Erhaltung körperlicher und geistiger Gesundheit. Dazu wurde eine strenge Systematik aus Körperübungen (asanas) und Atemtechniken (pranayama) entwickelt, die aber religiös geprägt blieb und den Übenden auf die „höheren“ (mentalen und geistigen) Stufen des Raja-Yoga vorbereiten soll. Der indische Hatha-Yoga löste sich mit der Zeit immer mehr von seinen philosophischen und religiösen Inhalten ab und beinhaltet heute, vor allem in den westlichen Ländern, nur noch die körperlichen Aspekte.

Das höchste Ziel von Yoga ist das „Einswerden“ (vgl. TÄUBE 1987, S. 29), nicht nur mit sich selbst als Einheit von Körper, Geist und Seele, sondern auch mit der gesamten sichtbaren und nicht sichtbaren Schöpfung, um sich von jeder Form von (irdischem) Leiden zu befreien¹⁰. Techniken für das Erreichen dieses Zustands sind im wesentlichen Konzentration und Meditation. Um diese besser ausführen zu können, ist die Beherrschung des Körpers und die Zügelung des Atems mit der daraus resultierenden Beruhigung des Geistes notwendig (vgl. ELIADE 2004, S. 11 - 23 und 56 - 109).

Aus naturwissenschaftlicher Sicht ist Yoga eine Methode der Selbstdisziplinierung. Unter physiologischem Aspekt ist Yoga ein methodisches System zur Erlernung der bewussten Steuerung und Regelung motorischer, sensomotorischer, vegetativer und psychischer Funktionen. Es geht einher mit einer bewussten Selbsterfahrung, einem Erleben der o. g. Funktionen und kann damit als individuell praktizierte, subjektive erlebte „Physiologie“ bezeichnet werden (vgl. EBERT 1988, S. 18).

¹⁰Eine Nähe zum christlichen Gedankengut und Erlösungsgedanken wird hierbei offensichtlich. Allerdings wird im Christentum im Unterschied zum Yoga explizit ein ritueller Umgang mit einem personifizierten Gott gepflegt (vgl. EBERT 1988, S. 12)

Yoga findet sich in der Erwachsenenbildung, im Umfeld des Sport- und Gesundheitsbereichs, wird als Therapie angewendet und für bestimmte Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Behinderte, im Strafvollzug oder in der Arbeitswelt angeboten (vgl. FUCHS 1990, S. 6). Gelehrt wird Yoga in Deutschland in der Regel von ausgebildeten Yogalehrenden, Yoga-Schulen und Yoga-Verbänden wie z. B. Deutsche Yogagesellschaft e.V. (DYG) oder Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. (BDY).

4.2. Historische Wurzeln des Yoga

Die Wurzeln des Yoga sind Jahrtausende alt. Erste bildliche Darstellungen sind in der indischen Induskultur (Blütezeit um 2500 - 1800 v. Chr.) zu finden (vgl. EBERT 1988, S. 11). Die indische Philosophie wurzelt in den frühen Vedischen Texten¹¹ (1500 - 900 v. Chr.), den Upanishaden (philosophische Kommentare zu den Veden, ca. 900 - 200 v. Chr.) und Bhagavad-Gita¹² (ca. 500 v. Chr.). In den Veden finden sich einige Konzepte wie z. B. das Konzept der Lebensenergie (prana, s. auch Kap. 4.4.1), die im Yoga später eine große Rolle spielen werden (vgl. WAHSNER 2002, S. 34 und DEUTZMANN 2001, S. 55).

In den Upanishaden ist dann die wirkliche Basis des Yoga zu finden. Es werden hierin die Konzepte von Prana und Pratyahara (s. Kap. 4.4.2) sowie Atemübungen, Konzentrationstechniken, körperliche Übungen und deren Auswirkungen auf Psyche und Körper dargelegt. Yoga wird in den Upanishaden erstmals zu dem prädestinierten Mittel der Beherrschung von Sinnen und Gedanken erklärt (vgl. DEUTZMANN 2001, S. 56 ff.).

Im weiteren Verlauf entwickelt sich aus den Veden und Upanishaden das Yoga als brahmanisches philosophisches System¹³. Im indischen Verständnis von Philosophie ist neben dem theoretischen Betrachten der Welt auch die Art der Lebensführung mit eingeschlossen. Die Yoga-Philosophie bildet dabei ein Selbsterfahrungssystem, das eine rechte Erkenntnis der Zusammenhänge und einen rechten Lebenswandel ermöglicht. Grundlage ist eine typisch brahmanische Weltordnung, bei der jedes Handeln (karma) neben der unmittelbaren Wirkung auch Auswirkungen jenseits Raum und Zeit haben und auch erst im nächsten Leben eines Menschen

¹¹Die Veden stellen die ältesten Textdokumente der indoeuropäischen Sprachen dar, die überliefert sind und gelten als göttliches Wissen oder Wahrheit. Sie gelten als direkt vom Schöpfergott Brahma verfasst und Indologen schätzen sie auf die Zeit von 5000 bis 1000 v. Chr. verfasst (vgl. DEUTZMANN 2001, S. 51).

¹²Hier werden die Lehren der Veden und Upanishaden zusammengefasst und zusammengebracht, um sie den Menschen der damaligen Zeit nahe zu bringen. Sie empfiehlt z. B. selbstloses Handeln statt Askese. Es werden hier drei Yoga-Wege vorgestellt: Karma-Yoga als Weg des absichtslosen und selbstlosen Handelns, Bhakti-Yoga als Weg der verehrenden Hingabe an Gott und Jnana-Yoga als Weg der Erkenntnis durch Studium der heiligen Schriften und Meditation (vgl. DEUTZMANN 2001, S. 64 f.).

¹³Insgesamt entwickelten sich aus den Veden und Upanishaden sechs brahmanische philosophische Systeme. Diese sind neben Yoga Mimamsa, Vedanta, Samkhya, Vaisheshika und Nyaya (vgl. Ebert 1988, S. 11).

(nach der Wiedergeburt) Wirkung zeigen können. Yoga versteht sich als ein Weg zur Befreiung aus der Unwissenheit über das Wesen allen Seins und führt zur Erkenntnis, dem Status der Erleuchtung. Die leidauslösende Wirkung des Karma wird gelöscht, die Seele wird aus dem Rad der Wiedergeburten befreit und damit ist der Mensch vom irdischen Leiden erlöst (vgl. EBERT 1988, S. 11 f.).

Die Yoga-Sutren (Verse, Merksprüche) des PATANJALI (ca. 200 v. Chr.) bilden das Konzentrat der Yoga-Lehre, hier wird ein achtgliedriger Yogapfad gelehrt (s. Kap. 4.4.1). Diese Sutren galten im alten Indien als Geheimwissen, da sich der Sinn der Merksprüche nicht ohne Kommentar erschließt. Oft wurden die dazu notwendigen Informationen mündlich überliefert. Später wurden Kommentare zu den Yoga-Sutren niedergeschrieben (vgl. EBERT 1988, S. 12 f.).

Seitdem entwickelten sich etliche Unterarten und Varianten des Yoga, die sich in den Techniken der Übungen oder im Gegenstand der Konzentration (s. Kap. 4.4) unterscheiden. Die verbreitetste Form, der Hatha-Yoga (Weg des Körpers), entwickelte sich Ende des ersten Jahrtausends n. Chr. und enthält ein System psycho-physischer Techniken, die zur Erleuchtung führen sollen (mehr s. Kap. 4.4.2) (vgl. DEUTZMANN 2001, S. 72 f.).

4.3. Geschichte des Yoga in Deutschland

Seit dem ausgehenden 19. Jh. ist eine erstmals organisierte und systematische Rezeption von Yoga in Deutschland nachweisbar. Zunächst in der theosophischen Szene¹⁴ und der frühen Anthroposophie verhaftet, lassen sich Hinweise auf eine erste theoretische Erschließung und praktische Umsetzung von Yoga finden, auch wenn die meisten von ihnen dazu tendierten, Yoga-Lehren als Geheimwissen nur Eingeweihten mitzuteilen (vgl. FUCHS 1990, S. 31-54). Nach der Jahrhundertwende erschienen eine Reihe praktischer Lehrbücher, die sowohl theoretisches Wissen vermitteln als auch praktische Anleitung geben wollten, z. T. mit Nähe zum Okkultismus, Esoterik oder Mystik, aber auch mit pragmatischen Ansätzen. Der Yoga wurde dort weitgehend von mystischen und magischen Zielen entkoppelt und der körperlich-funktionelle Aspekt rückte in den Vordergrund. Damit konnte der erste gesundheitsbezogene (Hatha-)Yoga-Unterricht auf den Weg gebracht werden (vgl. FUCHS 1990, S. 55 - 65).

In den ersten Nachkriegsjahren des Ersten Weltkriegs wurde das Interesse an östlicher Kultur und Yoga intensiver und populärer¹⁵. In der Yoga-Forschung wurden nun auch psychologische

¹⁴Die Theosophie ist eine religiöse Weltanschauung, mit dem Ziel eine höhere Wahrheit, eine Vollendung des menschlichen Seins zu erreichen (vgl. WIKIPEDIA URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Theosophie> [Stand: 12.05.2007]).

¹⁵Als Indikator für das gestiegene Interesse steht der Erfolg der 1922 erschienenen indischen Dichtung „Siddhar-

Aspekte untersucht und in den 30er Jahren begann ein eigenständiger Yoga-Unterricht in der Öffentlichkeit. Psychologen und Psychoanalytiker versuchten die Wirkungsweise des Yoga durch die ihnen bekannten Methoden zu erklären und das Autogene Training gewann sogar einige seiner praktischen Elemente aus dem Yoga¹⁶(vgl. FUCHS 1990, S. 66 - 78).

Yoga konnte bis zum Ersten Weltkrieg neben der esoterischen Unterweisung in geschlossenen Organisationen wie der Theosophie nur mit Hilfe eines schriftlichen anonymen Kurses erlernt werden. Etwa in den 30er Jahren gründete Boris SACHAROW die erste Yoga-Schule moderner Prägung¹⁷, die „Erste Deutsche Yogaschule“. Dieser neue Unterrichtsstil, der die gesundheitsfördernde praktische Anwendung der Yoga-Übungen in den Vordergrund stellte, gewann zunehmend an Popularität und weitere solcher modernen (Hatha-)Yoga-Schulen wurden gegründet (vgl. ebd., S.83 - 88).

In der Zeit des Nationalsozialismus blieb auch die Rezeption von Yoga nicht frei von rassenideologischen Merkmalen¹⁸(vgl. FUCHS 1990, S.89 ff.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde für weitere Entwicklung von Yoga in der BRD die Säkularisierung - die Trennung des körperorientierten vom spirituellen Yoga - richtungsweisend, und der Hatha-Yoga erhielt neuen Aufschwung (vgl. ebd., S. 91 ff.). Es beginnt damit die eigentliche Verbreitung von Yoga, die sich chronologisch in mehrere Phasen unterteilen lässt. Yoga-Institute mit Forschungsbestrebungen und Organisationen wie der BDY oder DYG mit dem Bestreben nach Professionalisierung im Yoga wurden gegründet. Gerade die beiden großen Yoga-Verbände DYG und BDY, aber auch andere Institutionen bemühen sich seit 1979 stark um eine Standardisierung und Qualitätssicherung der Yogalehrer-Ausbildung, um verbindliche Mindestanforderungen durchzusetzen und um eine staatliche Anerkennung und eine Übernahme der Kosten durch Krankenkassen zu erreichen. Die Weiterbildung von Yogalehrern wird hauptsächlich von professionellen Pädagogen durchgeführt. Traditionelle Unterrichtsmethoden werden am aktuellen Kenntnisstand der Pädagogik gemessen und überprüft. Fachdokumentationen und eine stärkere Vernetzung der Yoga-Forschung und der Yoga-Praxis dienen der

tha“ von Herrmann HESSE.

¹⁶J.H. SCHULZ, Vater des Autogenen Trainings (AT), betonte die Verbindung seiner Technik mit dem Yoga als wesentlich für die praktische Arbeit. Er selbst spricht dabei aber nicht von einer Entlehnung des AT aus dem Yoga, sondern von Entsprechungen von AT und Yoga.

¹⁷Sie war der praktischen Unterweisung verpflichtet und SACHAROW vermittelte vor allem Körper- und Atemübungen mit Ansätzen zu Konzentrationaufgaben in seinem Unterricht. In der Zeit des Nationalsozialismus musste er zwar Tarnbezeichnungen für seine Yoga-Kurse erfinden, konnte den Unterricht aber ohne ideologische Einflüsse durchführen. Die „Erste Deutsche Yogaschule“ (EDY) wurde nach dem Tod von SACHAROW 1959 durch den Schüler Sigmund FEUERABENDT übernommen.

¹⁸Der Autor Ernst ISSBERNER-HALDANE betont in seinem Yoga-Buch die körperlichen Formen und Ausdrucksmerkmale, die jemand besitzen muss, dem man höheres Wissen anvertrauen darf und erläutert daraufhin sein gotisches, germanisches, ario-christliches Yoga, das sich grundlegend durch seine Tiefe vom indischen Yoga unterscheidet.

Steigerung von Seriosität und Solidität des Yoga sowie der Organisationen bzw. Forschungsinstitute. Seitdem ist eine allgemeine Anhebung des Niveaus in Yoga-Unterricht und Yogalehrer-Ausbildung festzustellen (vgl. ebd., S. 92 - 122 und FUCHS 2007).

In der DDR wurde Yoga in erster Linie missbilligend als religiöse Praxis verstanden und stand damit der sozialistischen Ideologie entgegen. Der „Deutsche Turn- und Sportbund“ der DDR er teilte in den 50ern ein Yoga-Verbot für alle von ihm organisierten Veranstaltungen. So lässt sich daraus schließen, dass einzelne Aktivitäten existiert haben müssen, obwohl es bis in die 70er hinein keine nennenswerte Yoga-Szene gab. Mit der politischen Klimaerwärmung zwischen DDR und BRD sowie politischer und gesellschaftlicher Reformen in der DDR erhielt auch eine eigene Yoga-Szene Antrieb und der „Arbeitskreis für Yoga und altindische Medizin“ wurde in Leipzig gegründet mit dem Ziel der interdisziplinären, wissenschaftlichen Erforschung des Yoga. Mitglied und Mitbegründer dieses Arbeitskreises war u. a. der Mediziner Dietrich EBERT, der mit seiner Forschungstätigkeit über „Physiologische Aspekte des Yoga und der Meditation“ maßgeblich zur gesellschaftlich Akzeptanz und öffentlichen Anerkennung von Yoga beitrug (vgl. FUCHS 2007).

Seit 1990 werden neuzeitliche aus den USA stammende Yoga-Formen wie „Power-Yoga“, „Fitness-Yoga“ oder „Yoga-Gymnastik“ auch im gesamtdeutschen Raum immer beliebter. Vor allem Printmedien wie Gesundheits- und Lifestyle-Magazine tragen hierzu bei. Es ist zu beobachten, dass die Deutschen an der Stärkung ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit interessiert sind und spirituelle Dimensionen ausblenden. Man kann dabei im religiösen Sinne von einer Säkularisierung bzw. Verweltlichung des Yoga sprechen. Beobachtungen zeigen aber auch, dass Menschen ab drei Jahren Yogapraxis stärkeren Fokus auf die spirituelle Ebene des Yoga setzen. Die aktuelle deutsche Yoga-Szene ist vielschichtig und widersprüchlich. Populäre Tendenzen einer radikalen Verweltlichung des Yoga stehen ernstzunehmenden Versuchen gegenüber, Yoga als bewährtes Mittel der Selbst- und Seinsfindung sowie als spirituellen Weg einzusetzen. Somit ist die Richtung der weiteren Entwicklung des Yoga in Deutschland ungewiss, so FUCHS (vgl. 2007).

4.4. Formen von Yoga

Einige bekannte Yogaformen sind (vgl. EBERT 1988, S. 13 und FUCHS 1990, S. 13):

Yogaform	Gegenstand der konzentrativen Übung
Hatha-Yoga	Körperfunktionen, Atem
Mantra-Yoga	Klang von Silben und Worten
Karma-Yoga	Handeln und selbstloses Tätigsein
Kriya-Yoga	körperliche und geistige Reinigung
Jnana-Yoga	Willen, Erkenntnis
Bhakti-Yoga	göttliche Liebe, Hingabe
Raja-Yoga (Königs-Yoga)	achtgliedriger Yoga-Weg

Allen Yoga-Arten gemeinsam sind folgende grundsätzliche Elemente (vgl. EBERT 1988, S.14):

1. Systeme von Verhaltensweisen regeln die Beziehung zu sich selbst und zur sozialen Umwelt.
2. Bewusster Vollzug von körperlichen und psychischen Übungen ist bindend. Die Übungen sollen regelmäßig ausgeführt werden.
3. Gedankliche Konzentration ist Voraussetzung für das Durchführen aller Übungselemente.
4. Passivierte Bewusstseins-einstellung, z. B. sich selbst beobachten, bildet die psychologische Basis für gedankliche Konzentration. Diese Form der Passivität unterscheidet sich von aktiver Konzentration und entspricht vielmehr einer psychologischen Haltung.

4.4.1. Der achtgliedrige Yoga-Weg

Yoga wird mittlerweile in vielen verschiedenen Formen angeboten, wie z. B. Power-Yoga oder Lach-Yoga. Traditionell ist jedoch der achtgliedrige Yoga-Weg, auch Ashtanga-Yoga genannt, das Kernstück und bildet das methodische Grundgerüst. Er wird auch heute noch in dieser Form gelehrt. Die ersten fünf Glieder werden auch als Kriya-Yoga bezeichnet, die letzten drei als Raja-Yoga im engeren Sinne. Der klassische achtgliedrige Yoga-Weg wurde in den Sutren (Verse, Merksprüche) des PATANJALI um die Jahrtausendwende formuliert (vgl. ebd., S. 14 ff. und TÄUBE 1987, S. 132):

1. Yama: Zucht, Gebot, moralisches Verhalten. Dazu zählen Aufrichtigkeit, Nicht-Töten bzw. Gewaltlosigkeit, Nicht-Stehlen, Enthaltensamkeit und Begierdelosigkeit.

2. Niyama: Selbstzucht bzw. Eifer, asketisches Verhalten. Dazu gehört die innere und äußere Reinigung des Körpers mit bestimmten Techniken (Shatkriyas), Zufriedenheit, Gottesdienst und Studium der heiligen Yoga-Quellen
3. Asana: Haltung, Körper-Übung, ruhiges Verweilen
4. Pranayama: Lenkung der Lebensenergie (prana, dt. in etwa: Atem), Beherrschung des Atems bzw. Atemtechnik
5. Pratyahara: Zurückziehen der Sinne und Beherrschen der Sinnesorgane
6. Dharana: Konzentration
7. Dhyana: Meditation
8. Samadhi: Einswerden, Erleuchtung, mystische Erfahrung. Diese Stufe ist das höchste Ziel des Yoga.

Einzelne Stufen dieses Weges wurden verfeinert und die besonders intensive Verfeinerung der Stufen drei und vier führten zur Entwicklung des Hatha-Yoga durch GORAKSHANATH ca. 500 Jahre später (vgl. EBERT 1988, S. 14 und S. 26).

4.4.2. Hatha-Yoga

In Europa hat wohl die meiste Verbreitung der Hatha-Yoga gefunden. Wörtlich heißt es „Sonne-Mond-Yoga“ und genauer „Verbindung von Sonne- und Mond-Atem“. Der Kopfstand (shirshasana) ist wohl die bekannteste Übung und bedeutet u. a. „eine Verpolung des Körpers im Spannungsfeld zwischen Sonne und Mond“ (s. ebd., S. 27). Er wird oft mit „Yoga der Körperbeherrschung“ übersetzt, obwohl neben den körperlichen Übungen auch geistige Übungen dazugehören (vgl. ebd., S. 13). Im allgemeinen wird Hatha-Yoga hierzulande mit dem Begriff „Yoga“ gleichgesetzt (vgl. TÄUBE 1987, S. 23).

Der Hatha-Yoga dient im yogischen Verständnis als Vorstufe bzw. Hilfestellung für den Raja-Yoga, der auch Königs-Yoga genannt wird (vgl. ebd., S. 132), und entspricht den Stufen drei und vier des achtegliedrigen Yoga-Weges (vgl. EBERT 1988, S. 14).

Manche Yoga-Autoren nennen bis zu 88 Asanas. Auf den historischen bildlichen Darstellungen des Yoga wird immer der Lotossitz gezeigt, so kann vermutet werden, dass dies die ursprünglichste und einzige Haltung zur Zeit PATANJALIS ist. Nach der Haltung des Rumpfes im Raum kann man heute sieben Typen von Asanas unterscheiden (vgl. ebd., S. 26 f.):

1. Entspannungshaltung im Liegen, ohne jede Muskelanspannung (shavasana)
2. Sitzhaltungen
3. Umkehrhaltungen, d. h. der Kopf befindet sich unterhalb des Rumpfes wie z. B. beim Kopfstand
4. Rumpftorsionen
5. Rumpfbiegen nach vorne
6. Rumpfbiegen nach hinten
7. ausgeprägte Balanceübungen

Nach der physiotherapeutischen Faustregel, dass jeder Dehnung eine Anspannung der zuvor gedehnten Muskelgruppe erfolgen soll, stellte VAN LYSEBETH 1975 hierzulande die sog. Rishikesh-Reihe (s. Anhang) mit neun Asanas vor, die diesem Prinzip entsprechen und aus jeder Grundform mindestens eine Haltung enthält. Ebenso könnte man eine Einteilung nach zweckgerichteten Unterscheidungen treffen. Für therapeutische oder medizinische Unterscheidungen allerdings sind genauere systematische Analysen der Wirkungen der vielen unterschiedlichen Asanas notwendig. Die häufigsten untersuchten und zitierten Asanas sind im Anhang zu finden. Für das Ausführen der Asanas ist die richtige Ernährung in Form einer gemäßigten Diät (mitahara) notwendig (vgl. GHAROTE 2001, S. 56 ff.).

Das Herbeiführen und das Erleben der gegensätzlichen körperlichen Zustände bildet im Grunde das Wesen der Asanas, ähnlich dem Räkeln und Recken. Vorübergehendes Dehnen, Strecken und Spannen führen dann zum tieferen Entspannen. Man könnte in diesem Sinne die Asanas als Kultivierung und Systematisierung des menschlichen Selbstentspannungsverhaltens verstehen (vgl. TÄUBE 1987, S. 133) .

Neben den Asanas werden auch Bandhas zum Hatha-Yoga gezählt. Sie gehören zu den Reinigungsübungen und stellen Verschlüsse dar, die nach traditionellen Vorstellungen die Pforten zum Körper verschließen, um eine Verteilung von Prana anzuregen. Die bekanntesten sind der Kinn-Verschluss, Zwerchfell-Verschluss und Becken-Verschluss. Die Verschlüsse werden durch starke Muskelkontraktion in den entsprechenden Körperbereichen ausgeführt (vgl. EBERT 1988, S. 28).

▷ **Indikationen und Kontraindikationen**

Für die Ausführung aller Asanas gilt (vgl. EBERT 1988, S. 26):

- Asanas so langsam wie möglich einnehmen
- wesentlich ist ein langes, ruhiges Verharren in der Stellung
- jegliche dynamische Kraftentfaltung vermeiden
- beim Verharren die Aufmerksamkeit auf der größtmöglichen muskulären Entspannung der nicht unmittelbar für die Stellung benötigten Muskeln ruhen lassen
- ruhige und entspannte Atmung
- Zielgröße ist Entspannung
- konzentrierte Ausführung

Folgende Kontraindikation gelten für das Üben von Hatha-Yoga (vgl. STÜCK 1998, S. 79 f.):

- Yoga sollte nicht von schwer psychisch gestörten Menschen ausgeübt werden.
- Das autodidaktische Erarbeiten der Yoga-Grundlagen aus der Sekundärliteratur ist nicht empfehlenswert.
- Die Konstitution der Wirbelsäule muss beachtet werden, um Bandscheibenvorfälle und Abklemmungen der Arterie vertebralis zu vermeiden.
- Bei Osteoporose kann es zu Knochenbrüchen durch Belastung kommen.
- Hypertoniker sollten keine blutdrucksteigernden Asanas wie die Umkehrstellungen durchführen
- Bei Problemen mit der Schilddrüse sollten Haltungen, bei denen es zum Druck auf die Schilddrüse kommt wie beim Schulterstand, vermieden werden.
- Nur bei gesunder Stoffwechsellage sollte Pranayama geübt werden.
- Bei Netzhautablösungen Asanas vermeiden, die zu einem erhöhten Augeninnendruck führen, wie z. B. Umkehrhaltungen und Atemanhalten.

4.5. Wirkung von Yoga

EBERT bezeichnet den Yoga-Übungsvorgang als „psychosomatische Funktionsaktualisierung“ (s. EBERT 1988, S. 136). Die Aufmerksamkeit des Übenden ist auf die Gegenwart gerichtet, gerade ablaufende Prozesse finden in Konzentration statt. Vorgänge wie z. B. Atmung und Haltung, die oft unbewusst ablaufen, werden bewusst „entautomatisiert“ (ebd.). So wird systematisch eine „psychosomatische Integration“ (ebd.) geübt, die Voraussetzung ist für die bewusste Steuerung der autonomen Funktionen wie z. B. Herztätigkeit, Kreislauf und eine verbesserte Wahrnehmung der eigenen Körperfunktionen. Es zeigt sich langfristig ein optimaler Homöostasezustand und eine geringere Anfälligkeit gegenüber Störungen aller Arten. Für die Medizin ergibt sich hieraus nach EBERT der Effekt der Physiohygiene und Psychohygiene. Dabei ist ungeklärt, ob der Zustand der Homöostase ein neu erworbener Zustand ist oder der Effekt eines von Belastung und Stress freien Menschen. Mittels Yoga lassen sich auf psychologischer Ebene Funktionen üben, die von einer durch äußere Zwänge bestimmten, unkonzentrierten und hektischen Persönlichkeit wegführen und hin zu einer mehr von äußeren Zwängen unabhängigen, konzentrierten, kontrollierten und stetigen Persönlichkeit. Mittels Meditation kann eine „Reinigung“ der Wahrnehmung, des automatisierten Bewusstseins und damit eine „Reinigung“ des Denkens erreicht werden. Vielen Übungselementen des Yoga kommt aus medizinischer Sicht therapeutische Wirkung zu, vor allem sprechen psychosomatische Krankheiten gut auf Yoga-Therapie an (vgl. ebd. und S. 132 f.). Aus Sicht der Physiologie kann eine Yoga-Praxis als Verfahren für Physiohygiene und Psychohygiene empfohlen werden. EBERT spricht sich an dieser Stelle für „eine gründlichere Erforschung der physiologischen Zusammenhänge“ (ebd., S. 137) aus, um „wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen für Indikationen und Kontraindikationen“ (ebd.) geben zu können (vgl. ebd.). Menschen mit Bluthochdruck z. B. müssen blutdrucksteigernde Asanas wie z.B. Umkehrhaltungen vermeiden. Pranayama darf nur bei normaler und gesunder Stoffwechsellage geübt werden und auch die Meditation ist in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzen. Die Konfrontation mit bisher unbewussten Erlebnisgehalten kann zur Desintegration der Persönlichkeit mit aufbrechenden Psychosen oder Suizidtendenzen führen. Meditation sollte daher nur unter Anleitung und von psychisch gesunden Menschen durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 135).

4.5.1. Physiologische Ebene

Im folgenden werden die wesentlichen physiologisch nachweisbaren Wirkungen einzelner Praktiken des achtgliedrigen Yoga-Weges aufgelistet. Eine detaillierte Beschreibung ist bei EBERT zu

finden.

Yama und Niyama

- Vorschriften (vgl. EBERT 1988, S. 19 ff.): Selbstdisziplinierung, Ausgeglichenheit durch Üben von mentaler Zufriedenheit, Zurückdrängen von Gedanken, die für eine Yoga-Praxis hinderlich sind (Töten, Lügen, Geiz, Zorn, Unwissen, Diebstahl, sexuelle und materielle Begierde), durch entgegengesetzte Gedanken.
- Reinigungsprozeduren (vgl. ebd., S. 21 ff.): Reinigung aller zugänglichen Körperteile, „Reinigung“ der Wahrnehmung durch starre Blickfixation, Belebung des vegetativen Nervensystems¹⁹, Senkung der Empfindlichkeit gegenüber Noxen²⁰ sowie eine Abhärtung der Schleimhäute durch entsprechende Maßnahmen.
- Yoga-Diät (vgl. ebd., S. 23ff.): Verhinderung von Überernährung und der Folgen durch fleischlose, vollwertige Kost. Entzündungshemmende Wirkung der Nahrung durch Entwässerung und hohe Vitaminzufuhr. Gesteigerte psychische und psychophysische Leistungsfähigkeit (z. B. verbessertes Sehvermögen, Senkung der Hörschwelle) nach Fastenkuren sowie psychophysische Leistungssteigerungen.

Asanas

- Muskuläre Entspannung und Spannung mit ökonomischem Einsatz der Muskulatur,
- Stimulierung der Magen-Darm-Motorik und des Kreislauf, u. a. Lösen von Obstipationen (Stuhlverstopfung) und Beseitigung von Stasen (Stauungen),
- Steigerung der Erythrozyten²¹- und Leukozytenzahl²²,

¹⁹Das vegetative Nervensystem kontrolliert lebenswichtige, unbewusst ablaufende Funktionen wie Atmung, Blutdruck, Herzschlag, Stoffwechsel und Verdauung, es wird unterteilt in Sympathikus, Parasympathikus und Darmwandnervensystem. Ein Gleichgewicht zwischen Sympathikus (Funktion der Leistungssteigerung) und Parasympathikus (Funktion der Regeneration) ist Voraussetzung für optimale Organfunktion. Das Darmwandnervensystem wirkt eigenständig, wird aber von Sympathikus und Parasympathikus beeinflusst. Auch andere Organe bzw. Organsysteme wie Sexualorgane, die inneren Augenmuskeln, das Blutgefäßsystem sowie endokrines System, werden vom vegetativen Nervensystem beeinflusst (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 676 - 691). Das endokrine System sind alle Organe und Gewebe, die Hormone (u. a. Östrogen, Testosteron, Insulin) produzieren. Die Hormone werden in die Blutbahn ausgeschüttet und wirken auf Wachstum, Entwicklung, verschiedene Organfunktionen und die Koordination von Stoffwechselvorgängen (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 363 - 368).

²⁰Unter Noxen werden schädigende Stoffe oder Umstände mit krankheitserregender Wirkung auf den Organismus verstanden. Zu den Noxen können schädigende chemische Substanzen, physikalische Ereignisse, psychosoziale Bedingungen oder belebte Noxen (u.a. Bakterien, Pilze, Parasiten, Viren) gehören (vgl. WIKIPEDIA URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Noxe>; <http://www.lsm-verlag.de/wort/1716.htm> [Stand: 21.05.2007]).

²¹Erythrozyten sind rote Blutkörperchen. Sie sind für den Transport von Sauerstoff und Kohlendioxid im Blut zuständig (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 286).

²²Leukozyten sind weiße Blutkörperchen. Sie wehren Krankheitserreger und Fremdstoffe ab (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 287).

- Steigerung von Ausdauer, Konzentration, Koordination, Kraft, Flexibilität, subtilerem Körperschema,
- Wahrnehmung von Organempfindungen,
- Stimulation reflexogener Zonen im Sinne der Reflexzonenmassage²³(vgl. ebd., S. 26 - 58).

Pranayama

- Phase der Inspiration: Gefühl der allgemeinen Spannungssteigerung mit Anspannung der Atemmuskeln, Erhöhung des Sympathikotonus²⁴, höhere Aufmerksamkeit und Reaktionszeitverkürzung,
- Phase der Expiration: Gefühl des Loslassens mit motorischer und vegetativer Entspannung (vgl. ebd., S. 59 - 85).

Meditation

- Globale motorische Relaxion, Senkung des Ruhe-Energieumsatzes, stärkere periphere Durchblutung, Senkung des Atemminutenvolumens,
- Unterdrückung der sinnlichen Wahrnehmung zur Wahrnehmung der durch sinnliche Wahrnehmung nicht erfassbaren Welt, Unterdrückung des aktiven Denkens, Abbau der linkshemisphärischen Dominanz der Großhirnrinde²⁵(Entautomatisierung des Bewusstseins, Reinigung der Wahrnehmung, Reinigung des Denkens) bis hin zur Dominanz der rechten Hemisphäre²⁶ (EBERT vermutet hierin den „erleuchteten“ Zustand des Samadhi),

²³Wirkungsweisen sind die Verbesserung der Durchblutung, Förderung des peripheren Lymphabflusses, Lösen von Muskelverspannungen, Verbesserung der Schlafqualität und Stabilisierung der psychischen Verfassung (vgl. HEISEL 2004, S. 108). Lymphe ist eine extrazelluläre Flüssigkeit im Gewebe, das verlorene Proteine des Blutplasmas wieder in den Blutkreislauf zurückführt (vgl. TORTORA / DERRICKSON 2006, S. 937 f.). Proteine des Blutplasmas sind u. a. für den Transport einiger Hormone und Vitamine zuständig und spielen bei Immunabwehr eine wichtige Rolle (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 334).

²⁴Spannungszustand des vegetativen Nervensystems. Ein erhöhter Sympathikotonus äußert sich in Erscheinungen wie Erröten, Schwitzen, Pulsbeschleunigung und Pupillenerweiterung (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 689 f.).

²⁵Die linke Gehirnhemisphäre ist für kognitive Prozesse und verbal-analytisches Denken zuständig und generiert zeitliche geordnetes und folgerichtiges Verhalten. Die rechte Hemisphäre dagegen steuert vorwiegend unwillkürliche, spontane Bewegungen und Verhaltensabläufe. Sie erfasst ganzheitlich sensorisches Eingangsmaterial und reagiert darauf. In ihr findet u. a. die Erkennung komplexer Muster, Traumerleben und Denken in Bildern statt. Mit zunehmender verbal-analytischer Kompetenz im Prozess des Spracherwerbs wird die Wahrnehmung durch vorgefertigte begriffliche Kategorien gefiltert und die linke Hemisphäre gewinnt an Dominanz (vgl. Ebert 1988, S. 114 f.).

²⁶Dabei bringt die rechte Hemisphäre alle Begriffe und Kategorien der linken Hemisphäre in einen ganzheitlichen Zusammenhang. Man kann dabei von einer „Einheitserfahrung“ sprechen (vgl. EBERT 1988, S. 118).

- funktionelle Deafferentierung (Ausfall sensitiver Informationen bzw. Afferenzen die von der Peripherie kommen)
- Senkung des Blutlaktatspiegels²⁷ (Senkung des Angstniveaus), Senkung des Cortisolspiegels²⁸(Antistresswirkung),
- gesteigerter und stabiler Alpha-Rhythmus²⁹ (Korrelationen zu psychologischen Phänomene wie Kreativität, Ideenfluss), Unterdrückung der Alpha-Blockade-Reaktion³⁰ (vgl. ebd., S. 86 - 118).

Langfristige Folgen bei regelmäßigem Üben

- Realisierung der oben beschriebenen Wirkungen (vgl. EBERT 1988, S. 119).
- Sensomotorisches System³¹ (vgl. ebd., S. 120 - 124): Präventive und korrigierende Übungs- und Heilwirkungen von Knochen und Knochengewebe v.a. der Wirbelsäule und Bandscheiben, Hinweise auf den Rückgang arthrotischer Wucherungen an der Wirbelsäule, gesteigerte Beweglichkeit in fast allen Gelenken - auch schon nach einem zehnwöchigen Übungsprogramm, gesteigerte Dehnbarkeit der Muskeln, bevorzugte Entwicklung der Halte-Muskelfasern (Kennzeichen sind eine geringe Ermüdung) mit zunehmender Ausdauerfähigkeit und verstärkter Durchblutung.
- Vegetatives System³²(vgl. ebd., S. 125 - 128): Erhöhung der Erregbarkeit des vegetati-

²⁷Laktat bzw. Milchsäure wird vom Körper gebildet, wenn nicht genügend Sauerstoff im Gewebe, z. B. nach Aktivität, zur Verfügung steht. Die Anhäufung von Laktat ist einer der Gründe für die Muskelermüdung (vgl. TORTORA / DERRICKSON 2006, S. 1111).

²⁸Cortisol ist ein Hormon der Nebennierenrinde und wird zu den Stresshormonen gezählt. Bei Stress steigt der Spiegel im Blut (vgl. TORTORA / DERRICKSON 2006, S. 746 - 749).

²⁹Hirnstrommessungen (EEGs) dienen zur Untersuchung der Hirnaktivität. Es werden vier physiologische Frequenzbereiche unterschieden: Beta-Rhythmus (Wachzustand, geistige Tätigkeit), Alpha-Rhythmus (entspannter Wachzustand bei geschlossenen Augen), Theta-Rhythmus (Schlaf) und Delta-Rhythmus (Tiefschlaf). Gesunde Menschen haben im entspannten Wachzustand einen vom Stoffwechsel beeinflussten dominierenden Alpha-Rhythmus mit Beimischungen von Beta-Rhythmen. Je geringer der Stoffwechsel ist, desto höher ist der Alpha-Anteil. EBERT gibt an, dass 15% der mitteleuropäischen Bevölkerung keinen Alpha-Rhythmus haben (vgl. EBERT 1988, S. 98).

³⁰Das Unterbrechen des Alpha-Rhythmus bei gesunden wachen Menschen (z.B. beim Öffnen der Augen oder durch Temperatur- oder Schmerzreize hervorgerufen) durch einen unmittelbar einsetzenden Beta-Rhythmus wird Alpha-Blockade-Reaktion genannt. In der Meditation kann die Alpha-Blockade-Reaktion nicht mehr ausgelöst werden, dies z. T. auch bei geöffneten Augen (vgl. ebd., S. 98 u. 103).

³¹Das sensomotorische System dient der Fortbewegung, Haltung, mechanischer Tätigkeit, Wahrnehmung und Kommunikation. Es besteht aus dem passiven Bewegungsapparat wie Knochen, Bänder und Sehnen, dem aktiven Bewegungsapparat wie Muskeln, efferente (der Muskulatur impulsgebende) Nerven und Bahnen, dem Messapparat wie afferente (von der Peripherie empfangende und zum zentralen Nervensystem weiterleitende) Nerven und Bahnen und dem zentralen Nervensystem (vgl. EBERT 1988, S. 120). Efferente und afferente Bausteine sind über das zentrale Nervensystem miteinander verknüpft (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 689).

³²Das vegetative System dient u. a. der Energieversorgung des Organismus. Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel sind einige dieser Systeme. Von ihrer ungestörten Funktionsweise hängt auch die ungestörte Funktionsweise der Motorik ab (vgl. EBERT 1988, S. 125).

ven Ruhetonus³³ als Adaption auf sportliche Betätigung im allgemeinen, Steigerung der vegetativen Effizienz, Steigerung der Vitalkapazität, Verlängerung der Atemanhaltezeit (Erhöhung der Willenskraft).

- Besondere physiologische Fähigkeiten (vgl. ebd., S. 129 - 132): subtile Muskulaturbeherrschung, außerordentliche Kraftaufbringung, gezielte Kontrolle der Durchblutungsverhältnisse (z. B. Unterdrückung von Temperaturregulierung des Körpers oder Anheben / Absenken der Körpertemperatur), Kontrolle der Herztätigkeit (z. B. Unterdrückung der Herztöne und Herzfrequenzsenkungen).

Weitere Modellversuche und Studien

FUCHS (2000) und LEITNER (1997) nennen einige weitere Studien, die die physiologische Wirkungsweise von Yoga bei nachfolgenden Krankheitsbildern untersucht haben:

- Signifikantes Absinken des Blutzuckerspiegels, Verbesserung des Harnzuckergehaltes und Gewichtsreduktion bei Patienten mit Diabetes mellitus (SHEMBEKAR & KATE 1980 in FUCHS 2000, S. 16 f.)
- Blutdrucksenkungen bei Hypertonie, Schmerzverringerungen bis zur Beschwerdefreiheit bei chronischem Lumbalsyndrom (Rückenschmerzen) sowie chronischem Kopfschmerzsyndrom und Verbesserungen von Schlafstörungen (n = 250; BLEY 1995 in FUCHS 2000, S. 11, und LEITNER 1997)
- Verbesserung des Blutdrucks bei Hypertonie und des Schmerzempfindens bei Kreuzschmerzen (n = 52; KÜHN 1996 in FUCHS 2000, S. 11 - 14)
- Eindeutiger therapeutischer Effekt bei Asthma bronchiale (GRUBER & EBER 1997 in Fuchs 2000, S. 15 f.)
- Signifikante Verbesserung der arteriellen Sauerstoffversorgung und der Ventilation der Lungenbläschen bei Herzinsuffizienz (Herzversagen, Herzschwäche), weniger Atemnot und weniger rasche Ermüdung unter Belastung durch Atemübungen bei stabilisierten Patienten (n = 50; FREY 1998 in Fuchs 2000, S. 14 f.)
- Deutliche Schmerzreduzierung und signifikante Steigerung der Kraft in der betroffenen Hand bei Karpaltunnelsyndrom (Erkrankung des Nervs an der Innenseite des Handgelenks; n = 42; GARFINKEL et al. 1998 in Fuchs 2000; S. 17)

³³Kennzeichen sind z. B. Erniedrigung des Blutdrucks und Herzfrequenz (vgl. FALLER / SCHÜNKE 2004, S. 690).

4.5.2. Psychologische Ebene

EBERT benennt stichpunktartig einige psychische Auswirkungen von Yoga-Praxis: Entspannung, Ruhe, Gelassenheit, Wachheit, harmonische Stimmung, gesteigerte Selbstwahrnehmung, Stressresistenz, Angstverminderung (vgl. EBERT 1988, S. 129) oder Erhöhung der Willenskraft (vgl. ebd., S. 128). Eine systematische Untersuchung wie EBERT sie für physiologische Effekte von Yoga verfasst hat, ist für psychologische Effekte nicht zu finden. Einige wenige Einzelstudien, Diplomarbeiten und Dissertationen geben Hinweise auf weitere psychologische Auswirkungen einer Yoga-Praxis:

- Verbesserung des Allgemeinbefindens, der Lebenszufriedenheit, emotionaler Stabilität und Selbstvertrauen, Verminderung von Angst, (BLEY 1995 in FUCHS 2000, S. 11, und LEITNER 1997).
- Verbesserung des Allgemeinbefindens (SHEMBEKAR & KATE 1980 in FUCHS 2000, S. 16 f.; FREY 1998 in Fuchs 2000, S. 14 f.) bei den Probanden.
- Verbesserung des Selbstkonzeptes, seelischer Ausgeglichenheit und subjektives Wohlbefindens (DÖBBEL 2004).
- Höherer Grad an Lebenszufriedenheit und gehobener Stimmung, niedriger Grad an Erregbarkeit, Aggressivität, Emotionalität und Empfindlichkeit (SCHELL 1995 in WAHSNER 2002, S. 132 f.).
- Förderlich bei Drogenentzug und Auflösen von Drogenabhängigkeit, Verringerung von Phobien und Ängsten, Abbau von Psychoneurosen und psychosomatischen Beschwerden, Verbesserung des allgemeinen Selbstwertgefühls, Gefühl von Getragensein und Geborgenheit (ENGEL 1995 in FUCHS 2000, S. 21; WAHSNER 2002, S. 143 ff.).

4.5.3. Yoga als Therapie

Die Yoga-Therapie ist ca. 100 Jahre alt und basiert auf dem Gedanken, dass der Mensch in einem Zustand der Homöostase unempfindlicher gegenüber Störungen aller Art wird, da in diesem Zustand alle für das physiologische Gleichgewicht zuständigen Mechanismen fehlerlos funktionieren (vgl. EBERT 1988, S. 132). Bestimmte Kombinationen von Übungen aus dem Yoga haben sich dabei als wirksam für bestimmte Krankheiten erwiesen. Besonders psychosomatische Leiden sprechen gut auf die Yoga-Therapie an. Erfolgreiche Therapieschemata werden zusammen mit einer sparsamen Yoga-Diät und Reinigungstechniken auf folgende Erkrankungen

angewendet: Übersäuerung des Magens, Arthritis, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Verstopfung, Diarrhoe (Durchfall), Hämorrhoiden, Kopfschmerzen, Hypertonie (Bluthochdruck), Hypotonie (Blutdruckerniedrigung), Rheumtismus, Sinusitis (Entzündung der Nasennebenhöhlen), Tuberkulose, Magengeschwür, Variskosis (Venenleiden), Angstsyndrome, depressive Zustände und Nervosität³⁴. Auch Meditation wird als Therapieform genutzt und wirkt erfolgreich bei Hypertonie, Sucht, Ängsten und Phobien, Angina pectoris, verminderter Stresstoleranz und Schlaflosigkeit (vgl. ebd., S. 132 ff.).

▷ **Yoga als Therapie im Vergleich zu Autogenem Training:** Yoga-Meditation als Therapie ist in der Wirksamkeit dem Autogenen Training überlegen, wiesen GRAWE, DONATI und BERNAUER 1994 in einer Meta-Studie über 15 Studien mit knapp 600 Patienten nach. Dies ist deshalb so bedeutsam, da das Autogene Training als Verfahren mit mustergültigem Wirkungsnachweis gilt (vgl. FUCHS 2000, S. 19 f.).

▷ **Yoga als Therapie im Vergleich zu Progressiver Muskelentspannung:** Der Assistenzarzt einer Rehabilitationsklinik MOBASSERI stellte in seiner Disseration 2006 fest, dass Sahaja-Yoga (Form der Yoga-Meditation) im Vergleich zu Progressiver Muskelrelaxion nach Jakobsen gleich gute Ergebnisse zeigt. Er untersuchte 37 Krebspatienten während ihres 3-wöchigen Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik auf aktuelle Befindlichkeit, Angst und Depression (vgl. 2006, S. 4, 36 und 102).

³⁴Eine genaue Auflistung der Übungskombinationen findet sich bei EBERT (s. 1988, S. 133).

5. Kinderyoga

Im Folgenden wird zunächst geklärt, was Kinderyoga ist, und Modellversuche sowie Studien zur Wirkungsweise werden aufgelistet. Die wenigen recherchierbaren evaluierten Programme für Kinderyoga werden vorgestellt. Dies sind die Programme von STÜCK (1998, 2000), AUGENSTEIN (2002, 2003) und GOLDSTEIN (2002, 2003) und wurden aus Forschungsvorhaben entwickelt. Zudem wird das Programm für Gesundheitswochen an Schulen von ILG & KNAPPE vorgestellt, in dem Yogaelemente eingesetzt werden, die Inhalte einer der größten indischen Yogaschulen für Kinder und Jugendliche (SATYANANDA 2004) und die Ausbildungsinhalte für Kinderyoga-Kursleiter des Yoga Vidya e. V. (BYVG 2006)³⁵ als einem der großen anerkannten hiesigen Ausbilder vorgestellt, um die Bandbreite an Kinderyoga-Programmen zu erhöhen. Neben den Yogaprogrammen für Kinder werden in diesem Kapitel auch ausgewählte Autoren für Kinderyoga BANNENBERG (2005), CHANCHANI & CHANCHANI (2002), FLOTO & VOGLER (1997), FURLAN (1991), DUNEMANN-GULDE (2005), PILGUJ (2002), PROßOWSKY (1999, 2007), RANK (2003) und THAPAR & SIINGH (2005) berücksichtigt. Die Auswahl erfolgte aufgrund eigener Recherchen sowie Literaturempfehlungen der Autoren der vorgestellten Yogaprogramme für Kinder.

Im Folgenden soll nachgeschaut werden, welche Empfehlungen und Gemeinsamkeiten sich aus den Kinderyogaprogrammen und Kinderyogabüchern für Kinderyoga ablesen lassen. Es wird den Aspekten nachgegangen, ab welchem Alter mit Yoga begonnen werden kann, welche didaktischen und methodischen Prinzipien genannt werden sowie welche Yogaelemente mit Kindern machbar sind und welche nicht. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel auf ihre Kindgerechtigkeit und Kindangemessenheit überprüft.

5.1. Was ist Kinderyoga?

Kinderyoga unterscheidet sich vom Yoga zunächst durch die Zielgruppe der Kinder bzw. Nicht-Erwachsenen (s. Kap. 4.1). Wesentliche Unterschiede zum Yoga für Erwachsene sind Art und Umfang der Übungen, die Art der Vermittlung und Zielstellung. Den Kern der Programme für Kinderyoga bilden Asanas, Pranayama und einführende Meditationsübungen (s. Kap. 4.4.1).

³⁵Verwendet wird hierfür die Mappe „Kinderyoga Übungsleiter-Ausbildung“ vom BUND DER YOGA VIDYA GESUNDHEITSBERATER, das ich für Studienzwecke im Oktober 2006 im Haus Yoga Vidya in Bad Meinberg von Narendra Hübner, einem der Kinder-Yoga Ausbilder im Hause, erhalten habe. Das Haus Yoga Vidya ist eines der Haupthäuser des Yoga Vidya e.V. Der Yoga Vidya e. V. ist Mitglied beim Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e. V. (BDY), die Ausbildung ist anerkannt vom Bund der Yoga Vidya Lehrer e. V. (BYV), dem Berufsverband der Yoga und Ayurveda Therapeuten e. V. (BYAT) und dem Berufsverband der Yoga Vidya Gesundheitsberater, Kursleiter und Therapeuten e.V. (BYVG).

Eine Reihe von Yogaprogrammen für Kinder wird mit westlichen Entspannungsmethoden wie Phantasie Reisen oder Massagetechniken angereichert (vgl. STÜCK 1998, S. 84 - 87). Kinderyoga berücksichtigt zudem einige Besonderheiten beim Üben mit Kindern. So ist die Stundengestaltung für Kinder dynamisch, erlebnisorientiert und abwechslungsreich denn statisch aufgebaut. Auch die physische und psychische Entwicklung von Kindern muss in ausreichendem Maß berücksichtigt werden (s. Kap. 6, vgl. BYVG 2006, S. 68). Im Unterschied zum Yoga für Erwachsene (s. Kap. 4.1) ist das zentrale Ziel beim Kinderyoga die Körpererfahrung. Der BYVG betont als Zielstellung von Kinderyoga die Erfahrung der Unterschiedlichkeit von Anspannung und Entspannung, die Gegensätze Bewegung und Ruhe, Kultivierung sozialen Verhaltens und die Erfahrung der Ganzheit von Körper, Geist und Seele (vgl. 2006, S. 68). FLOTO & VOGLER nennen als einzige als zentrales Ziel Harmonie mit der Umwelt (vgl. 1997, S. 9). Hier zeigt sich eine deutliche Prägung durch Yoga für Erwachsene.

STÜCK beschreibt eine große Unsicherheit über Inhalte, Arbeitsweisen, Indikationen und Kontraindikationen im Kinderyoga. Selbst in Indien, dem Vorreiter des Kinderyoga (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 44), gibt es keine speziellen Yogaprogramme für Kinder oder systematische Yogaarbeit mit Kindern, obwohl Yoga zunehmend an Indiens Schulen geübt wird. So sind z. T. widersprüchliche Hinweise und Inhalte für Kinderyoga zu finden und viele Yogalehrer unterrichten intuitiv. Praktisch als auch wissenschaftlich wurde das Feld des Kinderyoga bisher ungenügend bearbeitet (vgl. STÜCK 1998, S. 84).

Während sich die meisten Autoren von Yogaprogrammen für Kinder nicht bemühen, Yoga für Kinder von Yoga allgemein zu differenzieren (vgl. DUNEMANN-GULDE 2005; FLOTO & VOGLER 1997; FURLAN 1991; PROßOWSKY 1999, 2007; THAPAR & SINGH 2005), äußern sich wenige Autoren konkret. Es ist aber zu bemerken, dass in der vorliegenden Literatur zu Kinderyoga insgesamt wenig Hintergrundinformationen zu Yoga gegeben werden. Vielmehr handelt es sich bei den Büchern um praktische Handreichungen. BANNENBERG sieht den Unterschied zwischen Kinderyoga und Erwachsenen yoga lediglich in der spielerischen Art der Vermittlung und betont, dass die gleichen Übungen praktiziert werden (vgl. 2005, S. 18 ff.). CHANCHANI & CHANCHANI (2002) äußern sich konkret. Sie grenzen Kinderyoga für kleinere Kinder klar auf die ersten drei Stufen Yama, Niyama und Asana des achtgliedrigen Yoga-Weges des PATANJALI (s. Kap. 4.4.1) ein. Mit zunehmendem Alter können die Kinder die nächsten Stufen des Ashtanga-Yoga (vgl. Kap. 4.4.1) erlernen (vgl. CHANCHANI & CHANCHANI 2002, S. 16), dabei sollte der Lehrer auch weiterhin darauf verzichten, Kindern die fortgeschrittenen und esoterischen Aspekte von Pranayama, Bandhas, Shatkriyas oder Meditation (s. Kap. 4.4.1 und

4.4.2) zu lehren. Theoretische Aspekte von Yoga sollten älteren Kindern nahegebracht werden, aber auf informelle Weise³⁶ und der Praxis der Asanas untergeordnet (vgl. ebd., S. 138).

5.2. Ergebnisse der Modellversuche und Studien zu Kinderyoga bzw.

Yoga in der Schule

Im folgenden werden Modellversuche und Studien sowie Übungsprogramme zu Kinderyoga und Yoga in der Schule zusammengetragen, um evaluierte Wirkungsweisen aufzuzeigen. Die Zahl der Studien zu Kinderyoga bzw. Yoga in der Schule im deutschsprachigen und internationalen Raum ist überschaubar. STÜCK hat eine ausführliche Recherche der wissenschaftlichen Forschung bis 1996 in den einschlägigen Fachjournalen Medline, Psychlit und Psyndex vorgenommen und folgende Wirkungsweisen zusammengefasst (vgl. STÜCK 1998, S. 83 - 87; AUGENSTEIN 2003, S. 108 f.):

- Verbesserung der Fitness und der muskulären Leistungskraft im Kraus-Weber-Test³⁷ (n = 9; Alter: 12 - 20; GHAROTE 1976)
- Beruhigung, Verbesserung der Bewegungskontrolle, verlangsamte Atmung und Abbau von Spannung bei hyperaktiven Kindern (HOPKINS & HOPKINS 1976)
- Konzentrationsverbesserungen (HOPKINS & HOPKINS 1979)
- Verbesserung der Koordinationsfähigkeit und der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (CLANCE 1980)
- Verbesserung der physischen und mentalen Gesundheit in Bezug auf Gedächtnis, Konzentration, Lernfähigkeit und Blutstrom zum Gehirn bei geistig behinderten Kindern (PATHAK & MISHRA 1984)
- Yoga und Meditation als alternative Therapie zur Behandlung mit Psychopharmaka bei hyperaktiven Kindern erfolgreich (WOOD & FRITH 1984)
- Effekte auf verschiedene mentale Fähigkeiten wie Intelligenz und visuelles Erinnerungsvermögen (Alter: 12; SAHASI 1984)

³⁶Die Verhaltensregeln und Einstellungen von Yama und Niyama sowie der Hintergrund zu einzelnen Asanas werden nach CHANCHANI & CHANCHANI hauptsächlich über das Erzählen von Mythen seitens des Lehrers oder kurze Gespräche erlernt (vgl. 2003, S. 145).

³⁷Der Kraus-Weber-Test ist ein Test zur Erfassung von Haltung und minimaler muskulärer Leistungsfähigkeit (vgl. Bös 2001, S. 15 ff.).

- positive Veränderungen in Befinden, gesteigerte Leistungsfähigkeit, größeres Maß psychischer Stabilität und positive Veränderung des Sozialverhaltens (n = 12; Alter: Gymnasialstufe; UNGER & HOFMANN 1984)
- Verbesserungen bei Impulsivität, Hyperaktivität, Kommunikation, schulischer Leistungsfähigkeit und sozialen Beziehungen bei behinderten Kindern (ZIPKIN 1985)
- Verbesserung in Intelligenz und Sozialentwicklung bei geistig Behinderten (n = 45; Alter: 6 - 26; UMA, NAGENDRA, NAGARATHNA, VAIDEHI & SEETHALAKSHMI 1989)
- Verbesserung der Körperhaltung bei Haltungsschäden (n = 15; Alter: 10; SAVIC, PFAU, SKORIC & SPASOJEVIC 1990)
- Verminderung der Symptome und der Medikamenten-Einnahme bei Asthmatikern (n = 46; Alter: Jugendalter; JAIN, RAI, VALECHA & JHA 1991)
- Abnahme von Angst und Angstverhalten bei Anpassungsstörungen und Depressionen; Abnahme der Cortisolserumspiegels bei 30% der Probanden (n = 46; Alter: ungenannt; PALANIA-SOLAZZO 1992)
- Entwicklung von idealem Körpergewicht, Körperfestigkeit, kardiovaskulärer Leistungsfähigkeit und anerobischer (ausdauernder) Kraft (n = 40; Alter: 12 - 15; BERA & RAJAPURKA 1993)
- Verbesserung der Balancefähigkeit bei 45 Schulkindern (n = 45; Alter: 9 - 13; TELLES, HANUMANTHAIHAH, NAGARATHNA & NAGENDRA 1994)
- Verbesserung der Handruhe (n = 20; Alter: 17 - 22; TELLES, HANUMANTHAIHAH, NAGARATHNA & NAGENDRA 1994)
- Verbesserung der visuellen Diskrimination bzw. Reizunterscheidung (TELLES, NAGARATHNA & NAGENDRA 1995)

Weitere Studien zählt AUGENSTEIN auf (vgl. 2003, S. 108 - 111):

- Verbesserung der muskulären Leistungskraft im Kraus-Weber-Test im Gegensatz zur Kontrollgruppe (n = 120; Alter: 6 - 11; MOORTHY 1982)
- Verbesserung der muskulären Leistungskraft im Kraus-Weber-Test, im Gegensatz zur Kontrollgruppe nachweisbare Übungseffekte noch nach 6 Wochen nach Beendigung des Trainingsprogramms (n = 180; Alter: 6 - 11; MOORTHY 1983)

- Verbesserung der räumlichen Vorstellungskraft von 84% im Vergleich zur Kontrollgruppe durch Pranayama (n = 108; Alter: 10 - 17; NAVEEN, NACHRANNTA, NAGENDRA, TELLES 1997)
- Senkung von Puls und Atemfrequenz bei Mädchen (n = 20; Alter: 12 - 16; TELLES, NARENDRAN, RAGHURAJ, NAGARATHNA, NAGENDRA 1997)
- Überdurchschnittliche Entwicklungsfortschritte in der Persönlichkeitsentwicklung bei Gedächtnis, Kreativität, Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstdisziplin (n = 351; Kindesalter; Bihar Yoga Bharati 1999)

Speziell durch Meditation sind folgende Wirkungsweisen evaluiert (vgl. ENGEL 1999 in AUGENSTEIN 2003, S. 112 f.):

- Verbesserung der Feldunabhängigkeit³⁸ (n = 82, Alter: 7 - 10; GELDERLOOS et al. 1987)
- Verbesserung kognitiver Fähigkeiten in Informationsverarbeitung, Flexibilität und Merkfähigkeit (n = 135; Alter: durchschnittlich 7,9; WARNER 1986)
- Verbesserung der Merkfähigkeit und der Feldunabhängigkeit (n = 37; Alter: durchschnittlich 4,5; DIXON 1989)
- Verbesserung der analytischen Intelligenz, des Selbstkonzeptes und der allgemeinen Ausführung von Aufgaben (n = 64; Alter: durchschnittlich 9,2; DILLBECK et al. 1990)
- Verbesserung der Merkfähigkeit und der allgemeinen kognitiven Entwicklung (n = 92; Alter: durchschnittlich 7,8; ALEXANDER, KURTH et al. 1990)

In den o. g. Datenbanken, der Datenbank JADE und Science Citation Index Expanded (SCI-E) sowie in der vorliegenden Literatur konnten zusätzlich mit den Stichworten „yoga kind*“ und „yoga child*“ folgende Studien ermittelt werden:

³⁸Feldunabhängigkeit ist die Fähigkeit, Informationen unabhängig vom Kontext zu sehen. Feldunabhängigkeit und Feldabhängigkeit sind Konzepte kognitiver Stile (intraindividuell stabile Informationsverarbeitungstendenzen als Persönlichkeitsmerkmale). Feldunabhängige Lerner neigen stärker zu eigener Reorganisation und Restrukturierung von Informationen, brauchen tendenziell weniger Führung und sind insgesamt auch weniger sozialer Interaktion orientiert. Sie sind experimentierfreudig und arbeiten eher konzeptionell. Feldabhängige Lerner sind eher bereit, Sachverhalte so zu akzeptieren, wie sie ihnen präsentiert wurden. Sie sind leichter sozial beeinflussbar und haben oft Probleme, Informationen in einem komplexen Umfeld zu lokalisieren. Sie arbeiten faktenorientiert und brauchen mehr Führung. In der Regel sind Kinder vorwiegend feldabhängig und neigen mit zunehmendem Alter stärker zur Feldunabhängigkeit. Insgesamt sind sie stärker extern orientiert als Feldunabhängige und die soziale Interaktion hat für sie eine höhere Bedeutung (vgl. STÄDTLER 2003, S. 564; BLUMSTENGEL URL: <http://dsor.upb.de/~blumstengel/Individuelle-Lernstile.html> [Stand: 28.05.2007]).

- Reduzierung der Atemfrequenz bei Sehbehinderung im Gegensatz zur Kontrollgruppe mit körperlicher Arbeit im Garten (n = 28; Alter: 12 - 17; TELLES & SRINIVAS 1998)³⁹
- Verbesserung der Affektkontrolle und der emotionalen Ausgeglichenheit, Verbesserung der statischen Balancefähigkeit und des körperlichen Wohlbefindens; Abbau von Spannungszuständen, Aggression und Angst, Verringerung von Ich-Dominanz, geringeres Gefühl der Hilflosigkeit bei schulischen Belastungen (n = 110; Alter: 12 - 13; STÜCK 1998)
- Verbesserung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit hinsichtlich optischer Illusionen (n = 14; Alter: 12 - 17; TELLES & MANJUNATH 1999)
- Verbesserung in Konzentration, Körperhaltung und sozialem Verhalten (n = 28) sowie motorischer Leistungsfähigkeit (n = 64; Alter: 8 - 11; AUGENSTEIN 2002)
- Verbesserung von Aufmerksamkeit und Sozialverhalten, Abnahme von Hyperaktivität und Impulsivität bei expansiven Störungen (n = 19; Alter: 7 - 10; GOLDSTEIN 2002)
- Verringerung des BMI⁴⁰ bei Adipositas (n = 30; Alter: High-School; SHETTY 2006)

5.3. Yogaprogramme für Kinder

Nachfolgend werden die drei recherchierbaren nationalen evaluierten Yogaprogramme für Kinder von STÜCK (1998, 2000), AUGENSTEIN (2002, 2003) und GOLDSTEIN (2002, 2003) in den wesentlichen Aspekten ihrer Untersuchung, der Methodik, Didaktik und den erzielten Ergebnissen beschrieben. Um das Spektrum der Yogaprogramme für Kinder zu erweitern, werden für den nationalen Raum das Programm für Gesundheitswochen an Schulen von ILG & KNAPPE, in dem Yogaelemente eingesetzt werden, die Ausbildungsinhalte für Kinderyoga-Kursleiter des Yoga Vidya e. V. (BYVG 2006) als einem der großen anerkannten hiesigen Ausbilder und für den internationalen Raum das Kinderyoga der indischen Bihar School of Yoga nach SATYANANDA (2004) vorgestellt. In Indien ist die Entwicklung bezüglich Kinderyoga am weitesten fortgeschritten (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 44), sodass der Einbezug von indischen Yogaprogrammen für diese Arbeit sinnvoll erscheint. Auch diese Yogaprogramme werden in ihren wesentlichen Aspekten, ihrer Methodik, Didaktik und den erzielten Ergebnissen beschrieben, soweit dies möglich ist. Die didaktischen und methodischen Merkmale werden darauf-

³⁹Die Autoren merken hierzu an, dass die physiologische Erregung bei sehbehinderten Kindern höher ist als bei Kindern ohne visuelle Einschränkung.

⁴⁰Der Body-Mass-Index (BMI) gilt als der beste indirekte Maßstab für Körperfettmasse für Erwachsene und Kinder. Korrelationen liegen hier bei 95%. Der BMI errechnet sich aus der Division von Körpergewicht in Kilogramm und das Quadrat der Körpergröße im Meter (vgl. RKI 2003, S. 7).

hin mit den Konzepten der nationalen und indischen Kinderyogabuchautoren BANNENBERG (2005), CHANCHANI & CHANCHANI (2002), FLOTO & VOGLER (1997), FURLAN (1991), DUNEMANN-GULDE (2005), PILGUJ (2002), PROßOWSKY (1999, 2007), RANK (2003) und THAPAR & SIINGH (2005) zusammengefasst. Die Auswahl der Autoren erfolgte nach Empfehlung von STÜCK, AUGENSTEIN, GOLDSTEIN und BYVG sowie nach eigenen Recherchen zu den Stichworten „Kinderyoga“ bzw. „yoga for children“. Eine ausführliche Darstellung der Konzepte der Kinderyogabuchautoren kann in dieser Arbeit nicht erfolgen, um den Umfang dieser Arbeit angemessenen zu halten.

5.3.1. STÜCK: Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule

Marcus STÜCK legte 1997 seine Dissertation „Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule“ vor. Er untersuchte 110 12 und 13-jährige, die er einer selbst entwickelten Übungsreihe zweimal wöchentlich für 60 Minuten unterzog. Der Umfang des Trainings lag bei 18 Trainingseinheiten (vgl. STÜCK 1998, S. 91). Die Schüler wurden aufgrund ihres pubertären Entwicklungsstandes in geschlechtshomogenen Gruppen mit maximal sechs Teilnehmenden aufgeteilt (vgl. ebd. S. 101).

2000 veröffentlichte STÜCK das „Handbuch zum Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule“ mit Trainingshinweisen, Arbeitsblättern als Kopiervorlagen und Abbildungen für einzelne Übungselemente. Weiterhin beschreibt er Trainingsvarianten und gibt Empfehlungen für den Einsatz von Musik und Aromasubstanzen beim Training.

▷ **Didaktik / Methodik:** Eine Übungsstunde, begleitet von Meditations- und Entspannungsmusik von einem Tonband, bestand aus in drei Teilen:

1. Anfangsentspannung (10 Minuten): Shavasana (Entspannungslage) und eine von vier zu erlernenden Atemtechniken (rhythmisches Atmen, zwei Ausatem-Techniken und Wechselatmen).
2. Yogateil (30 Minuten): Arbeit mit Yogareihen und Musik, Erlernen von 23 ausgewählten Asanas. Jedes Kind soll seine eigene Reihe entwickeln und als Yogalehrer anleiten.
3. Abschlußteil (20 Minuten): Massage, Phantasiereisen, Meditation, Interaktions- und sensorielle Übungen in spielerischer Form zur Vermittlung von Selbstinstruktion.

Die Anfangsentspannung sollte eine konzentrative Entspannung durch Konzentration auf einzelne Körperteile bewirken und zur Vorbereitung auf eine der vier Atemtechniken dienen. Die

Atemtechniken sollten der Bewältigung von Stresszuständen dienen und auch im Alltag selbstständig weitergeübt werden. 23 Asanas wurden in Vorversuchen für eine Eignung erprobt, und sollten in den 18 Übungsstunden vermittelt werden (Abb. im Anhang).

Yoga-Reihen mit unterschiedlicher Anordnung der Asanas und einem in sich geschlossenen Bewegungszyklus sollten auch selbstständig zuhause geübt werden, um zu einer Selbstentspannung zu befähigen. Einer der bekanntesten Übungsreihen ist der Sonnengruß (Abb. im Anhang).

Yoga-Reihen haben sich laut STÜCK in ihrer dynamischen und fließenden Bewegungsabfolge als besonders geeignet für Kinder erwiesen - im Gegensatz zu einer statischen Ausführung einzelner Asanas. Als weitere Übungsvariante sollte jeder Schüler eine eigene Yoga-Reihe entwickeln und als Yoga-Lehrer der Gruppe die eigene Reihe vorstellen und vermitteln. Dies sollte zur intensiveren Auseinandersetzung mit Yoga sowie zur Motivation und Kreativität beitragen.

Zum Abschluß sollten in spielerischer Form verschiedene Massagetechniken (zu zweit oder mit einem Ball), Meditationsübungen (z. B. Kerzenmeditation), Wahrnehmungsübungen (zum Ertasten oder Riechen) und interaktive Übungen (z. B. das Vertrauensspiel) vorgestellt werden und insgesamt sechs Phantasiereisen (z. B. „Der Springbrunnen“; s. ebd., S. 100) durchgeführt werden. Dieser Teil sollte dazu dienen, die Kinder von der psychomotorischen Aktivität des Yogateils zu einer intrapsychischen Aktivität bzw. emotionalen Innenschau und zu einer Erfahrung von Ruhe und Stille ohne körperliche Bewegung zu bringen. Die Schüler sollten sich mit sich selbst befassen, ohne sich von äußeren Reizen ablenken zu lassen. Die Phantasiereisen sollten dem Erlernen von Selbstinstruktion (z. B. „STOP - ruhig und klar geht's wunderbar“) dienen (vgl. ebd., S. 91 - 101).

Die Übungsstunden liefen strukturiert ab, beginnend mit der Anfangsentspannung, dem anschließenden Yogateil als Kernstück und einem Abschlussteil.

Die Atemtechniken wurden vor den Asanas durchgeführt, weil die Kinder hier am konzentriertesten und aufnahmefähigsten waren. Im Anschluss daran sprachen die Kinder über ihrer aktuellen Empfindung, Übungsfortschritte und ihre Erfahrung im Alltag mit der Atemübung. Erklärt wurden die Atemtechniken jeweils am Ende der vorhergehenden Stunde.

Auf kindgerechte und anschauliche Art sollte den Kindern das Wesen von Yoga nähergebracht werden, hierzu wurde in der ersten Stunde eine Einführungsgeschichte zur Entstehung des Yoga erzählt (s. ebd., S. 93 f.). Drei Grundregeln für das Ausüben von Asanas folgten nach einer Demonstration eines schwierigen Asana durch den Yoga-Lehrer (vgl. ebd., S. 92 f.):

1. Konzentration auf die Asana.

2. Harmonische, fließende Bewegungen mit Ein- und Ausatmung koppeln, d. h. gleichmäßiges Atmen, der Atem führt die Bewegungen.
3. Asana soll stabil, fest und angenehm sein, d. h. Schmerzen und Muskelzittern vermeiden.

Die verschiedenen Asanas wurden geübt, wiederholt und sollten auch als Aufgabe zuhause durchgeführt werden. Als Hilfestellung legten sich die Schüler einen Hefter mit allen Asanas, Yogareihen und Atemtechniken an.

Phantasiereisen wurden mit einem „Entspannungssäckchen“ als Hilfsmittel unterstützt. Dieses mit Reis gefüllte Stoffsäckchen wurde auf Wunsch während der Phantasiereise auf die Augen des Kindes gelegt und löste so einen angenehmen Effekt aus. Um den Effekt der Selbstinstruktion zu verstärken, wurden nach der Phantasiereise zusätzliche Hilfsmittel wie das Anfertigen von Merkkarten und Zeichnungen genutzt.

▷ **Ergebnisse:** Eine unmittelbare Entspannungswirkung und Verbesserung des Wohlbefindens der Schüler nach der Trainingseinheit konnte nachgewiesen werden. Dieser Befund bestätigt auch die Ergebnisse aus der Yoga-Praxis von Erwachsenen. Die Techniken wurden über das Training hinaus selbstständig zuhause weitergeübt und zur Selbstregulation (u. a. zur Verbesserung des Wohlbefindens, als Konzentrationshilfe, in Belastungssituationen und zur Ärgerkontrolle) eingesetzt. Die emotionale Ausgeglichenheit verbesserte sich, ebenso die Selbstbeherrschung und internale Kontrolle über aggressive Impulse. Impulsivität und Ängstlichkeit, als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Stressbewältigung, verringerten sich und die Schüler zeigten eine Ausbalancierung bzw. Harmonisierung der Persönlichkeit. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Kinder mit Stresszuständen entspannter und weniger erregt umgingen. Ebenso zeigte sich ein Abbau von Hilflosigkeit bei schulischen Anforderungen als Effekt der Stabilisierung der Persönlichkeit und erlernter Selbstregulation. Weitere Verbesserungen zeigten sich in der Konzentrationsleistung und der statischen Balancefähigkeit. Eine Steigerung des Selbstvertrauens oder größeres Engagement bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen konnte nicht nachgewiesen werden. Soziale Angst (Scheu und Zurückhaltung) konnte langfristig abgebaut werden, zeigte sich aber nicht als kurzfristiger Effekt. Es zeigte sich, dass Yoga als alleinige Methode nicht ausreicht, um Prüfungsängste zu reduzieren - hierzu müssten noch Methoden wie die Vermittlung von Lerntechniken eingesetzt werden. Als Mittel zur Persönlichkeitsstabilisierung jedoch ist STÜCKs Yogaprogramm sinnvoll unterstützend einsetzbar. Abschließend stellte STÜCK fest, dass das Entspannungstraining eine Bereicherung des Schulalltags der Schüler war und sich Yoga als Entspannungsmethode für Kinder eignet. Die Ergebnisse der Studie

lassen schlußfolgen, dass das vorgestellte Entspannungstraining mit Yogaelementen zur Bewältigung für schulische Belastungen für Schüler attraktiv ist sowie effektiv und praktikabel auch als längerfristiges Kursangebot einsetzbar ist (vgl. ebd., S. 159 - 163).

5.3.2. AUGENSTEIN: Körperorientiertes Programm (KOP)

Suzanne AUGENSTEIN, Yogalehrerin und Gründerin der Gesellschaft für Zentrierung und Pädagogik (GZP), hat in ihrer Dissertation 2002 ein von ihr entwickeltes Hatha-Yoga basiertes „Körperorientiertes Programm“ (KOP) vorgestellt und evaluiert. Das KOP hat zum Ziel (vgl. GZP Internetquelle 2007a):

- Entwicklung motorischer und koordinativer Grundfähigkeiten,
- Stärkung der Muskulatur des Halteapparates,
- rücksichtsvoller Umgang miteinander und
- Einhalten von Regeln.

▷ **Didaktik / Methodik:** Das KOP-Basistraining besteht aus einer Reihe einfach auszuführender Asanas, die die wichtigsten Funktionsgruppen des Halteapparates unterstützen, Flexibilität und Körperkoordination fördern. Die Asanas sind in einen spielerischen Ablauf integriert und auch die Schulung von Konzentration und Sozialverhalten erfolgt überwiegend körperorientiert. Mittel zur Konzentrationsschulung sind verschiedene Gleichgewichtshaltungen des Yoga, ergänzt um kindgerechte meditative Übungen mit konzentrationsfördernden Materialien. Partner- und Gruppenübungen dienen der Schulung des Sozialverhaltens, dem Erlernen und Üben eines friedlichen Miteinander, Wahrnehmen und Respektieren von Grenzen sowie Einhalten von Regeln (vgl. GZP Internetquelle 2007b). Die Übungen des Basisprogramm sind im Anhang zu finden.

Folgende Prinzipien für das Ausführen der Asanas gilt es zu beachten (vgl. ebd., S. 136 ff.):

- Leistungsorientierung an den eigenen Möglichkeiten: Orientierung an den körperlichen Voraussetzungen der Kinder, Angebot von gleichwertigen Übungsalternativen.
- Akzeptieren von Verschiedenheit zur Stärkung des Selbstwertgefühls. Vermeidung von Konkurrenzdenken. Lernen, dass es bei der Ausführung kein „besser“ oder „schlechter“ gibt, sondern Unterschiede (z. B. analog zur Tierwelt: Nicht alle Schmetterlinge haben den gleichen Flügelschlag).

- Grenzen wahrnehmen und akzeptieren: im Übungsverlauf sollen die eigenen Grenzen allmählich erweitert werden.
- Gegenwartsorientierung um einen inneren Abstand zu Problemen und Sorgen zu schaffen und so inneres Erleben zu ermöglichen.

Neben den körperlichen Übungen werden zur Überwindung geistiger Zerstreuung und zur Zentrierung nach PATANJALI folgende Elemente eingesetzt (vgl. ebd., S. 134 f.):

- Verhaltensregulierung für eine spannungsfreie Atmosphäre,
- Atemübungen zur Konzentrationsförderung und
- Meditation über ein kindgerechtes, attraktives Objekt zur Körper- und Atemsensibilisierung.

Vermieden werden sollen Verhaltensweisen wie Grobheit, Aufdringlichkeit, Maßlosigkeit, Feigheit, Unehrlichkeit, Neid, Rechthaberei, Intrigen, Schmeichelei, Angeberei, Geringschätzung und Selbstüberschätzung. Stattdessen soll eine Einstellung geschaffen werden, die liebevoll, mitfühlend, heiter und gelassen ist.

Die Atemübungen zur Konzentrationsförderung werden über Bewegungsabfolgen und ohne Anhalten des Atems durchgeführt.

Als Fixpunkt für eine Meditation können grundsätzlich alle körperlichen und geistigen Vorgänge dienen, z. B. das unabsichtliche Heben und Senken der Bauchdecke bei der Atmung. Für eine kindgerechte Anpassung wurde als attraktives Objekt ein imaginärer Marienkäfer gewählt. Seine Wanderbewegungen wurden für eine Konzentration auf verschiedene Körperfunktionen und Körperstellen benutzt. Bei unruhigen Kinder war es hilfreich ,für das Fixieren der Aufmerksamkeit, ein Reissäckchen auf die Augen oder den Bauchnabel zu legen (vgl. ebd., S. 134 f.).

Folgende weitere Prinzipien gelten für die Durchführung des KOP (vgl. ebd., S. 156):

- Blickkontakt zu allen Kindern durch entsprechende Ausrichtung der Übungsmatten, idealerweise kreisförmig.
- Unruhige Kinder zwischen ruhige Kinder plazieren.
- Positive Ausrichtung: Lernen durch Erfolg. Eine entsprechende, aufmerksame Auslotung des Anfangsniveaus ist hierfür Bedingung. Individuelle Schwierigkeitsgrade anbieten.

- Vorsichtiger Umgang mit Lob, um keinen Wettbewerb entstehen zu lassen und die Kinder ihren eigenen Maßstab entwickeln lernen.
- Allen Kindern gerecht werden.
- Hinweise geben, worauf es bei der Ausführung der Übungen ankommt.
- Haltungskorrekturen sensibel durchführen, damit kein Eindruck einer negativen Kritik entsteht.
- Kinder berühren, um über den Körper Kontakt herzustellen.

▷ **Ergebnisse:** AUGENSTEIN fasst die Ergebnisse ihrer Studie „Auswirkungen eines Kurzzeitprogramms mit Yogaübungen auf die Konzentrationsleistung bei Grundschulkindern“ wie folgt zusammen (vgl. 2002, S. 241 f.): Das von ihr entwickelte „Körperorientierte Programm“ (KOP) auf der Grundlage von PATANJALI und MONTESSORI wurde von den ausübenden Kindern sowie deren Eltern und Lehrern positiv beurteilt - auch von übergewichtigen und verhaltensauffälligen⁴¹ Kindern. Die Kinder übten das KOP selbstständig und ohne Aufforderung (vgl. ebd., S. 214) weiter als Mittel zur Selbstregulation. Die Konzentrationsleistung verbesserte sich während des Übungszeitraum auf einen mindestens durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich (vgl. ebd., S. 221). Die motorischen Leistungen verbesserten sich deutlich gegenüber den anderen Kontrollgruppe im Versuchszeitraum. Eine Zunahme positiver Verhaltensaspekte war beobachtbar. Auch übergewichtige und verhaltensauffällige Kinder profitierten vom KOP. Insgesamt beurteilt sie das KOP als eine für Kinder attraktive und wirksame Methode für Verbesserungen in Haltung, Konzentration und sozialem Verhalten. Es werden auch Kinder erreicht, die eine Förderung besonders nötig haben, so AUGENSTEIN.

5.3.3. GOLDSTEIN: Programm für überaktive Kinder

Nicole GOLDSTEIN untersuchte in ihrer Dissertation 2002 die Wirkung von Hatha-Yoga bei 20 Kindern im Grundschulalter mit expansiven Störungen (Hyperkinetische Störungen mit und ohne Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit und ohne Hyperaktivität), die sich bereits in entsprechender ärztlicher Behandlung befanden. Die Kinder durchliefen zwei achtwöchige Übungseinheiten mit einer sechswöchigen Trainingspause eines von

⁴¹Als Maßstab für Verhaltensauffälligkeiten diente die Bamberger Liste der Verhaltensauffälligkeiten für Lehrerinnen und Lehrer (BLVL) (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 273 f.).

GOLDSTEIN entwickelten strukturierten und dem Hatha-Yoga entlehnten Übungsprogramms (vgl. 2002, S. 161).

In ihrem Buch „Hyperaktiv - na und ...?“ erweitert sie das Übungsprogramm und gibt eine Handreichung an Kopiervorlagen zu Asanas für Kinder und Arbeitsblätter für konzentrierte Übungen mit optischen Rätseln, Logikrätseln, Punkträtseln und Praxisbeispielen für Therapie und Unterricht (vgl. GOLDSTEIN 2003).

▷ **Didaktik / Methodik:** GOLDSTEIN entwickelte aus ihrer Studie heraus ein Programm zur Arbeit mit hyperaktiven Kindern. Grundlegender Übungsaufbau einer Yogastunde war (vgl. 2002, S. 74 f.):

- Begrüßung und freies Spiel (10 bis 15 Minuten).
- Asanas (30 Minuten) mit Sonnengruß und Atemübungen. Die Körperhaltungen wurden den Vorlagen des Kinderyoga nach SATYANANDA entnommen.
- Konzentrierte Übungen und Meditation (10 Minuten).
- Abschluss (5 bis 10 Minuten) mit Malen der Lieblingskörperhaltung in das dafür vorgesehene Übungsheft.

Folgende methodische Prinzipien legte GOLDSTEIN zuvor fest (vgl. ebd., S. 72 ff.):

1. Prinzip von Regeln: Im Sinne von Yama und Niyama (vgl. Kap 4.4.1).
 - a) Komm regelmäßig und mache fleißig mit.
 - b) Jeder hat seine eigene Übungsmatte, die nicht von anderen betreten werden darf.
 - c) Achte darauf, deine Grenzen einzuhalten und hör auf, sobald etwas wehtut.
 - d) Wenn du dich bei einer Übung unwohl fühlst und sie deswegen auslassen möchtest, dann tu dies.
2. Prinzip von „leicht zu schwierig“: Der Aufbau der Übungseinheiten beinhaltete eine allmähliche und langsame Steigerung der Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit sowie Flexibilität und Körperkraft.
3. Prinzip der Übungswiederholung und der Übungsvariation: Verbesserung der Qualität des Übens durch Wiederholung. Jede neue Asana wurde in der nächsten Übungseinheit

wiederholt und später in Variationen aufgegriffen. Die Variationen dienten der inneren Differenzierung.

4. Prinzip von Anspannung / Dehnung und Entspannung: Aufgreifen des effektivsten Prinzips des Hatha-Yoga. Der Körper wurde durch Bewegung und Dehnung beansprucht. Danach folgte eine Phase der Entspannung zum Nachspüren der Wirkung auf den Körper und zum Spüren des Bodenkontaktes. Zwei- bis dreimal wurde in einer Übungseinheit eine längere Pause durch die Rückenlage oder das eingerollte Blatt von ein bis fünf Minuten gemacht. Am Schluß jeder Übungseinheit folgte ein meditativer Block zur physischen und geistig-emotionalen Entspannung.
5. Prinzip der Anschaulichkeit: Vermittlung der Übungen auf verschiedene Arten und über verschiedene Wahrnehmungskanäle.
 - a) Vormachen der Asanas,
 - b) Beschreiben der Asanas,
 - c) Haltung bzw. Bewegung selbst finden lassen,
 - d) Einsatz von Gegenständen zur Verdeutlichung (Bild von Tieren),
 - e) Malen der Asanas,
 - f) Heft mit ausgewählten Übungsaufzeichnungen durch die Kinder.
6. Prinzip des Wechsels der Sozialformen: zur Auflockerung, Kennenlernen der Kinder und zur Variation der Übungen.
 - a) Übungen allein im Gruppenverband,
 - b) Partnerübungen,
 - c) Übungen mit der gesamten Gruppe.

Die Übungsstunde begann mit den Begrüßung der Kinder. Danach wurde ihnen ein freies Spiel zum Aufwärmen angeboten. Im Anschluss folgte die jeweilige Yogastunde. Die 16 Übungsstunden untergliederten sich in vier Blöcke zu je vier Übungseinheiten. Nach jeweils drei Übungsstunden wurden in der vierten Einheit die Asanas der ersten drei wiederholt und gefestigt. Die letzte und 16. Übungseinheit sollte dann nach den Wünschen der Teilnehmer gestaltet werden. Alle Übungen wurden aus folgenden Positionen heraus ausgeführt: aus dem Stand, dem Kniestand, dem Sitz, dem Vierfüßlerstand, der Bauchlage und der Rückenlage. Die Körperhaltungen

wurden den Vorlagen des Kinderyoga nach SATYANANDA entnommen. Diese beziehen häufig bildhafte Vergleiche aus dem Alltagsleben mit ein (z. B. Seilziehen). Kern des Yogateils war der Sonnengruß, der schrittweise erarbeitet wurde und in der siebten und achten Übungsstunde erst vollständig ausgeführt wurde. Am Schluß jeder Übungseinheit wurden immer andere Konzentrations- oder Stilleübungen durchgeführt, um nochmals zur Ruhe zu kommen und das Erlebte nachklingen zu lassen. Danach wurde eines von zwei indianischen Liedern, die die Erd- und Naturverbundenheit des Menschen ausdrücken, gesungen. Am Ende der Übungsstunde bekamen die Kinder den Auftrag, eine Asana oder einen Gegenstand der stillen Übung, der ihnen besonders gut gefallen hat, in das dafür bereitgestellte Übungsheft zu malen. Ein Beispiel für die 11. Übungsstunde findet sich im Anhang.

▷ **Ergebnisse:** Vor allem die Kinder, die ausschließlich mit Ritalin als Therapieform behandelt wurden, zeigten die größten Effektstärken. Das Ritalin erhöht die Reizverarbeitung und die Aufmerksamkeitsleistung. Yoga fördert die Selbstregulation von impulsivem und hyperaktivem Problemverhalten ebenfalls über die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung, sodass hier ein verstärkter Effekt zu vermuten ist. Eine Reihe von Kindern zeigte keine Verringerung im hyperaktiven Problemverhalten. Insgesamt zeigte sich eine signifikante Abschwächung der Hyperaktivität und der Impulsivität, eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und positive Auswirkungen auf das expansive Sozialverhalten. Die Ergebnisse der Studie legen es nahe, Hatha-Yoga als Interventionsmaßnahme zur Prävention, Intervention oder therapiebegleitend einzusetzen und anzuerkennen. Zu untersuchen wären weiterhin das Zusammenwirken von Hatha-Yoga mit anderen für expansive Störungen bewährten Therapiemaßnahmen. GOLDSTEIN betont, dass weitere Studien zeigen müssen, ob die Pilotstudie einer größer angelegten Studie standhält (vgl. 2002, S. 209 und 224 - 233).

5.3.4. ILG und KNAPPE: Konzept für Gesundheitswochen für Schulen

ILG und KNAPPE haben zusammen mit einigen anderen Autoren ein Konzept für Gesundheitswochen für Grundschulen entwickelt. Darin ist ein Bewegungstraining mit Yogaelementen eingearbeitet. Basierend auf ihrem Leitfaden, der Bewegung als Quelle für Gesundheit sieht, soll die gesundheitsorientierte Handlungsfähigkeit der Kinder gestärkt werden. Im Rahmen ihres Projektes haben sie mehrere Hefte mit Empfehlungen für Gesundheitswochen im Eigenverlag herausgegeben. Die zahlreichen Übungsbeispiele sind anschaulich mit vielen Bildern versehen und im Unterricht unmittelbar einsetzbar. Sie enthalten folgende Themenbereiche (vgl. WAHS-

NER 2002, S. 138 ff.):

- **Freudvolles Bewegen:** Anregungen für eine enge Zusammenarbeit von Lehrern untereinander sowie zwischen Lehrern, Eltern und Sportvereinen im Rahmen der Gesundheitswochen. Auch mit längerfristiger Perspektive.
- **Bewegtes Lernen:** Übungen für das Spielen im Freien sowie für den Klassen- und Sportraum.
- **Singen und Spielen:** Singspiele für den Unterricht und die Hofpause.
- **Auflockerungsübungen:** Bewegung mit / ohne Gegenstände bzw. Geräte.
- **Musik und Bewegung:** mit Kinderliedern, Tänzen etc.
- **Fair Play nicht nur im Sport:** spielerisches Erlernen von Fairness im Umgang mit Mitschülern.
- **Basteln, Spielen, Bewegen:** mit verschiedenen Beispielen.
- **Bewegung und Energie:** spielerische Bewegungs- und Konzentrationsübungen.
- **Bewegung, Atmung, Entspannung:** Übungen, die dem Yoga entnommen oder nachgebildet sind.

Ziele des Programmes „Bewegung, Atmung, Entspannung“ sind das Erlernen ausgewählter Yoga-Übungen, das Erleben des eigenen Körpers in Bewegung und Ruhe und die selbstständige Durchführung eines Yogaprogramms (vgl. ILG & KNAPPE 1998, S. 6).

▷ **Didaktik / Methodik:** Eine Atmosphäre von Ruhe, Geborgenheit und Heiterkeit muss gewährleistet werden, damit die Kinder sich auf den eigenen Körper konzentrieren können und hinderliche Verhaltensweisen wie sportliches Wettfeiern, Erfolgsstreben im Sinne von Sieg und übermäßige Ausgelassenheit für die Ausübung von Yoga vermeiden werden (vgl. ILG & KNAPPE 1998, S. 5). Im einzelnen soll kindgerechte Entspannung über folgende Elemente gewährleistet werden (vgl. ebd., S. 22 - 27):

- Erleben von Entspannung im Sitzen und Liegen
- Entdecken von Entspannung über eine Entspannungsgeschichte bzw. Phantasiereise

- Erleben von Schwere, Lockerheit und Entspannung über eine gesprochene Körperwanderung und anschließender Zurücknahme der Entspannung
- Erleben von Ruhe und Schwere über eine gesprochene Körperwanderung und anschließender Zurücknahme der Entspannung
- Erleben von Wärme über eine gesprochene Körperwanderung und anschließender Zurücknahme der Entspannung

Die Erfahrung von Bewegung und Atmung und deren Verbindung erfolgt mit Übungen in den verschiedenen Körperhaltungen Stehen, Stützen und Sitzen sowie Rücken- und Bauchlage.

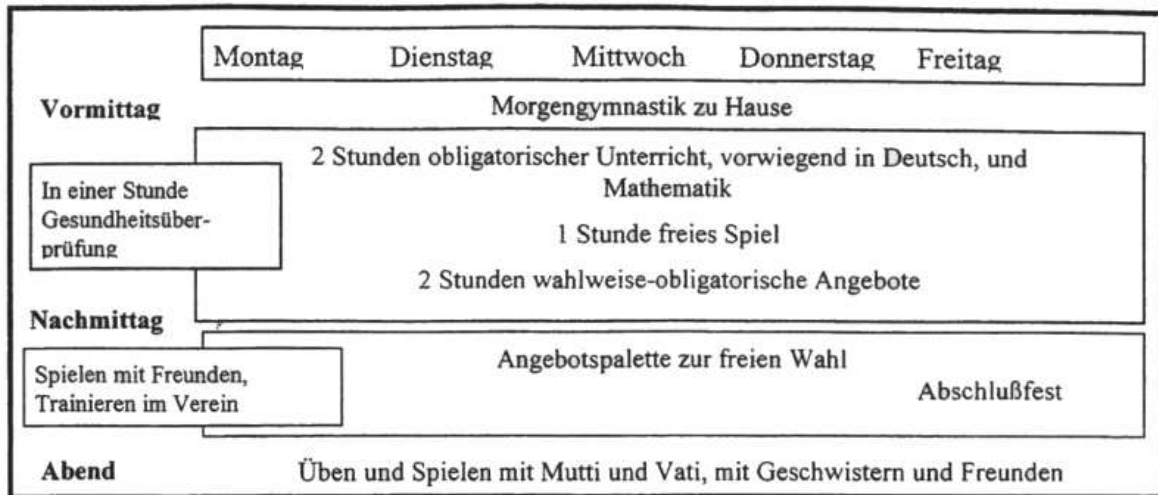
Folgende Prinzipien gelten für die Gesundheitswochen, um eine gesundheitsfördernde Einstellung und Motivation bei den Grundschulkindern zu wecken (vgl. ILG & KNAPPE 1999, S. 83):

- Erleben von Bewegung als freudvolles Ereignis
- Sammeln von Erfahrungen
- Konzentriertes Aneignen von Wissen vermittelt durch die Möglichkeiten der einzelnen Schulfächer und Klassenstufen

Besonders wichtig für das Gelingen der Gesundheitswochen ist dabei die pädagogische Kompetenz der Lehrkräfte hinsichtlich (vgl. ebd., S. 96 f. und 100):

- taktvollem individuellem Eingehen auf das Schulkind
- Engagement und Lockerheit
- Optimismus und Zielstrebigkeit
- Bereitstellung der Atmosphäre ungetrübter Spielfreude und Bewegungslust: Vermeiden von Leistungskontrollen und -bewertungen, gesundheitlichen Einstufungen etc. Vermeiden von Unter- und Überforderung sowie zu autoritärer Führung
- Gewähren von Spielraum für Phantasie und Kreativität
- Einfordern von Persistenz beim Üben
- Aufforderung und Anregung zum Mitgestalten und selbstständigen Gestalten geben

Der Aufbau einer Gesundheitswoche gliedern ILG & KNAPPE wie folgt (vgl. 1998, S. 7):



Die Kinder sollen sich die zu erlernenden Übungen in den wahlweise-obligatorischen Angeboten oder den Angeboten am Nachmittag aneignen. Empfohlen wird jedoch, Yogaübungen und Yogaverhaltensweisen bereits einige Zeit vor der Gesundheitswoche in Sportstunden zu erlernen, wiederholen und zu vertiefen, um sie in der Gesundheitswoche zur Auflockerung nutzen zu können. Für die einzelnen Fächer werden folgende Empfehlungen geben:

- Deutsch / Heimat- und Sachkunde: Berichte von der Wirksamkeit der Asanas, Yoga-Geschichten, Entspannungsübungen, Gespräche über Sinn und Zweck von Yogaprogrammen
- Sport: Erlernen und Anwenden von Asanas
- Musik: Auswahl und bewusstes Annehmen von Entspannungsmusik, Kennenlernen ostasiatischer Instrumente
- Zeichnen: Darstellung der Asanas mit selbstgewählten Techniken
- alle Fächer: Anwenden der Asanas zur Auflockerung

Die Verbindung zwischen Bewegung und Atmung wird über Asanas im Stehen, Stützen und Sitzen sowie in Bauch- und Rückenlage erlernt. Dabei ist der Einklang zwischen Atmung und Bewegung zu beachten und ein ruhig fließender Atem ohne Pausen, der das Tempo der Bewegung bestimmt. Die Bewegungen sollen ebenfalls ruhig fließend sein. Bei einigen Asanas wird ein Verharren in der jeweiligen Stellung für einige Atemzüge verlangt. Die Entspannungsübungen werden mithilfe von Körperwanderungen und Geschichten durchgeführt, Musik und Klänge können zur Unterstützung dabei eingesetzt werden (vgl. ebd., S. 5 ff.). Zu den einzelnen

Übungen werden konkrete Ausführungshinweise gegeben, ein Übungsplan oder Ablauf eines Yogaprogrammes fehlt allerdings.

▷ **Ergebnisse:** Mögliche Wirkungen der Entspannungsübungen sind Verringerung des Muskeltonus, Senkung des Cortisolspiegels im Blut, stärkere Durchblutung der Haut, Verlangsamung und Abflachung der Atmung sowie Blutdrucksenkung als physiologische Veränderungen. Mögliche psychische Veränderungen sind Abnahme von vorhandener Angst, Zunahme von Selbstvertrauen, Steigerung von Achtsamkeit, Verringerung motorischer Unruhe und hyperaktiver Tendenzen sowie Nachlassen von Depressivität und Gehemmtheit (vgl. ebd., S. 28). Tatsächlich konnten positive Entwicklungen bei körperlichen und psychischen Beschwerden nachgewiesen werden (vgl. ILG & KNAPPE 1999, S. 159 - 163). Die Akzeptanz unter den Schülern ist sehr hoch, die meisten können bereits nach wenigen Übungen entspannen und üben mit Hilfe des Anleitungsmaterials auch zuhause weiter (vgl. ebd., S. 118). Insgesamt haben sich die Gesundheitswochen als effektiv für die Gestaltung freudvollen Bewegens, zum Wissenserwerb, für Sinnfindungen und für die Initiierung selbstständiger Bewegungshandlungen erwiesen (vgl. ebd., S. 99). Weitere Studien sind geplant, meist in Form von Dissertationen, und die Universität Bremen plant ein Schulversuchs- und Begleitforschungsprojekt (vgl. WAHSNER 2002, S. 140).

5.3.5. Kinderyoga nach SATYANANDA

Swami SATYANANDA, Schüler des Arztes und Yogameisters SIVANANDA, gründete u. a. 1964 die Bihar School of Yoga, die erste Yoga Universität,⁴² und 1987 die Yoga Research Foundation⁴³, eine Forschungseinrichtung, die bestrebt ist, das wissenschaftliche Wissen über Yoga zu erweitern. Über 20 Jahre hielt er internationale Vorträge und verfasste rund 80 Bücher. Heute lebt er als Paramahansa Sannyasin⁴⁴.

In dem Buch „Yoga Education for Children“ begründet er die Notwendigkeit einer Erziehung durch Yoga, um eine optimale physische und psychische Entwicklung von Kindern zu fördern und zu unterstützen. Er gibt konkrete Übungshinweise und stellt eine umfangreiche Sammlung an Asanas für Kinder unterschiedlichen Alters vor. Er unterscheidet zwei Altersgruppen bei

⁴²Homepage URL: <http://www.yogavision.net/bsy/about.htm> [Stand: 07.05.2007]

⁴³Homepage URL: <http://www.yrf.org> [Stand: 07.05.2007]

⁴⁴Paramahansa ist eine Bezeichnung für einen hinduistischen Asketen höchsten Ranges bzw. einen spirituellen Menschen, der seine Sinne durch Meditation besiegt hat (vgl. WIKIPEDIA URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Paramahansa> [Stand: 07.05.2007]). Sannyasin bezeichnet im Hinduismus einen Menschen, welcher der Welt entsagt hat und in völliger Besitzlosigkeit lebt. Sein ganzes Streben ist auf moksha (die Befreiung vom Karma und vom Kreislauf von Geburt und Tod) durch Vereinigung mit Gott oder dem der höchsten Wirklichkeit gerichtet (vgl. WIKIPEDIA URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Sannyasin> [Stand: 07.05.2007]).

Kindern: Vorschulkinder und Schulkinder im Alter von 7 bis 14 Jahren. Nach SATYANANDA kann eine spielerische Yoga-Praxis mit Kindern im Alter von zwei Jahren begonnen werden (vgl. SATYANANDA 2004, S. 28). Strukturierter Yoga-Unterricht sollte erst mit acht Jahren begonnen werden, dann beginnend mit dem Sonnengruß, dem Singen von Mantren und Pranayama. Leichtere Asanas können praktiziert werden (Empfehlungen hierzu in ebd., Kap. 16 bis 31). Bei Anzeichen von beginnender Pubertät sollten mehr Asanas und Pranayama geübt werden. Mit Ende der Pubertät können alle schwierigeren Asanas geübt werden (vgl. ebd., S. 65).

▷ **Didaktik / Methodik für Vorschulkinder:** SATYANANDA betont den Zusammenhang zwischen gesunder körperlicher und geistiger Entwicklung. Gestützt auf MONTESSOURI nennt er Spiel und Imagination als zentrale Elemente der Vermittlung von Yoga für Vorschulkinder, zum Erlernen von Problemlösen, Handhabung von Werkzeugen, Erlernen sozialen Verhaltens. Er betont den Schutzraum durch die Spielhandlungen vor realem Misserfolg oder Fehlern. Wiederholung von Handlungen ist im Spiel ein wichtiges Element, das auch für das Yoga mit dieser Altersgruppe zu beachten ist (vgl. SATYANANDA 2004, S. 26 - 30).

Yogaeinheiten sollten nicht länger als eine Stunde dauern, da Kinder dieses Alters sich noch nicht so lange konzentrieren können. Der Anteil der Asanas kann dabei 30 bis 40 Minuten betragen. Der Einsatz folgender methodischer Hilfsmittel hat sich bewährt:

- **Bilder:** Visuelle Stützen sollten zur Unterstützung des Lernprozesses genutzt werden. Bilder unterstützen den Abruf kognitiver Repräsentation von dreidimensionalen Vorgängen beim Betrachten in zweidimensionaler Form, einer wichtigen Fähigkeit für schulisches Lernen. Viele Asanas haben die Bezeichnungen von Tieren, Blumen und Objekten. Abbildungen dieser Art bieten ebenfalls einen visuellen Anker.
- **Wandtafel:** Sie dient dem Anzeichen von schematischen Darstellungen der Asanas. Die Kinder können sie dann in ihre Hefte übertragen und die Asanas so schematisch nochmals nachvollziehen.
- **Rhythmusinstrumente:** Sie dienen als auditive Hilfsmittel, um die Aufmerksamkeit der Kinder zu lenken.

Eine Yogastunde sollte mit körperlichen Übungen beginnen, gefolgt von Atemübungen und abschließend Entspannung, Konzentration oder Meditation. Geeignete Asanas sind solche mit Tiernamen. Sie können gut in Geschichten eingebunden werden und bilden den Yoga-Zoo. Weitere geeignete Asanas sind Lotosblüte, Baum, Brücke und Teekanne. Als Atemübungen eignen

sich die Hummelatmung und die Bauchatmung in Rückenlage mit einem Papierboot auf dem Bauch zur Visualisierung, das mit der Bauchdeckenbewegung wellenförmig aufsteigt und absinkt. Die Entspannung erfolgt über Shavasana (Entspannungslage), Konzentration und Meditation erfolgt über das Lenken der Aufmerksamkeit auf externe Reize, das Singen von Mantrén oder Kinderliedern in verschiedenen Sprachen. Das Singen in verschiedenen Sprachen dient der Schaffung einer internationalen kulturellen Atmosphäre und vermittelt eine Grundhaltung des Yoga (vgl. ebd., S. 93 - 100 und 33). Konkrete Übungsvorschläge werden keine gegeben.

▷ **Didaktik / Methodik für Schulkinder von 7 bis 14 Jahre:** Erst ab dem Schulalter sollte mit strukturierten Formen von Yogaangeboten gearbeitet werden. Im antiken Indien war das Alter von 7 Jahren mit dem Ende der Kindheit verbunden. Traditionell erhalten Kinder in diesem Alter ihre ersten Yogainstruktionen. Das Lungenvolumen vergrößert sich und ist ideal für das Üben von Pranayama. Kognitive Abstraktionsleistungen entwickeln sich und ermöglichen das Verständnis moralischer Prinzipien und Werte. Disziplin und Konzentration können und sollen von Kindern dieses Alters verlangt werden und gerade das Üben von Yoga bietet sich hierzu an, so SATYANANDA. Um die Verhaltensregeln des Yoga zu vermitteln, sollten Kinder in internationaler kultureller Atmosphäre unterrichtet werden (vgl. ebd., S. 30 - 33).

Asanas sollten in dynamischer Form geübt werden, Perfektion ist nicht oberste Priorität bei der Ausführung - mit zunehmender Übung stellt sich dies von selbst ein. Übungsvariationen dienen der Aufrechterhaltung der Motivation der Kinder. Um ein Gruppengefühl zu erzeugen, sollte mit Kindern im Sitzkreis gearbeitet werden. Auch für Schulkinder gilt die Übungsreihenfolge Asanas, Atemübungen, Entspannung, Konzentration und Meditation. Dabei gilt das Prinzip der Arbeitens von der einfachen zur komplexen Technik, konkreter von einer Vorbereitungsphase der Körpererfahrung über natürliche Atmung, mentale Aktivität und Spannungsabbau zu einer aktiveren Phase der Arbeit an sich selbst und der Phase der Vertiefung. Die körperliche und mentale Entwicklung der Kinder ist vorrangig zu beachten (vgl. ebd., S. 101 und 131 f.). SATYANANDA stellt nun eine Reihe von Asanas mit Variationen, Yogaspielen verbunden mit Geschichten, Atem- und Entspannungsübungen vor, Übungen für den Klassenraum zur Verbesserung von Körperwahrnehmung, Malen von Mandalas und andere visuelle Konzentrationsübungen, Verbindungen von Atmung mit Klängen oder geometrischen Zeichnungen (z. B. Kreis, Quadrat, Treppe) oder Visualisationen zur Entspannung.

5.3.6. Kinderyoga nach BYVG

Der BUND DER YOGA VIDYA GESUNDHEITSBERATER (BYVG) stellt den Nutzen von Yoga für Kinder in dem Ausbildungsleitfaden der „Kinderyoga Übungsleiter-Ausbildung“ des Yoga Vidya e. V. zu Beginn klar heraus: „Yoga verbessert das Selbstbewusstsein, das soziale Verhalten und das Vertrauen. Yoga macht kreativ, neugierig, offen und feinfühlig. Es weckt Lebensfreude und hilft dem physischen Körper, ins Gleichgewicht zu kommen. Im Kinderyoga geht es darum, den Kindern den Unterschied von Anspannung und Entspannung beizubringen, die Gegensätze Bewegung und Ruhe bewusst zu machen, soziales Verhalten zu kultivieren und die Ganzheit von Körper, Geist und Seele zu erfahren“ (2006, S. 68).

Auch hier werden Kinder nach Alter unterschieden: Kinder im Vorschulalter und Schulkinder, wobei laut BDYG schon so früh wie möglich mit einer Yogapraxis begonnen werden kann (vgl. ebd.).

▷ **Didaktik / Methodik für alle Altersgruppen:** Generell gilt für alle Kinder, dass die körperliche und psychische Entwicklung beim Üben berücksichtigt werden muss (vgl. BYVG 2006, S. 68).

Eine Kinderyogastunde gliedert sich üblicherweise in folgende Abschnitte (vgl. ebd., S. 73 f.):

1. Begrüßungsritual: z. B. das Anzünden einer Kerze, das „Namaste“⁴⁵, eine andere Geste, eine kurze Übungsreihe, das Singen des Mantras „Om“ und eines anschließenden Mantras⁴⁶.
2. Bewegungsspiel: sollte vor der Entspannung stattfinden. Sehr aktive Kinder können dabei aber noch unruhiger werden, dann sollte lieber eine ruhige Begrüßungsreihe angewendet werden.
3. Entspannung: Shavasana (Entspannungslage), event. im Anschluss eine kurze Traumreise
4. Übungsreihe: Asanas zur Dehnung und Kräftigung des Körpers. Den Kindern soll hierbei spielerisch der Atem bewusst gemacht werden.

⁴⁵Namaste (sanskrit) heißt „Ich verbeuge mich vor dir“. Beim Namaste werden die Hände in Gebetshaltung vor die Brust gebracht und man verneigt sich voreinander.

⁴⁶Oft wird dreimal hintereinander der Laut „Om“ (auch „AUM“ gesprochen) zusammen gesungen, darauf folgt dreimal „Shanti“ (sanskrit für „Frieden“) und abschließend dreimal „Frieden“, dies wird abkürzend oft „Om Shanti“ genannt. Der Om-Laut gilt als heilig. Er steht für den transzendenten Urklang und nach altindischer Vorstellung ist aus dessen Vibrationen das Universum entstanden. Das Sanskrit-Symbol ist aus den drei Buchstaben A - U - M zusammengesetzt. Om steht dabei für alle Trinitäten wie z. B. Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft (vgl. BYVG 2006, S. 16).

5. (Massagespiel: Partnerübungen mit gegenseitigem Körperkontakt zur Stärkung des Gruppengefühls. Kann vor oder statt der Endentspannung ausgeführt werden. Muss nicht Bestandteil einer Kinderyogastunde sein.)
6. Endentspannung: Dauer richtet sich nach dem Alter der Kinder.
7. Abschiedsritual: analog zum Begrüßungsritual.

Generell sollten einige wenige, aber klare Regeln aufgestellt werden, die nach Bedarf und im Verlauf erweitert werden können:

- „Alle Kinder gehen vor der Stunde auf Toilette, damit niemand was von der Stunde verpasst.
- Wir bleiben auf unserer eigenen Matte, soweit nichts anderes gesagt wird.
- Während der Stunde versuchen wir, keine Fragen zu stellen.
- Jede Übung ist freiwillig. Wer nicht mitmacht, schaut den anderen leise zu.
- Wir respektieren die anderen. So werden auch wir respektiert.“ (ebd., S. 82)

Der Yogalehrer muss spontan auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen können, dies ist wichtiger als ein Konzept oder die Durchführung einer Yogastunde nach Plan. Um die Kinder auf die Yogastunde einzustimmen, muss der Raum entsprechend vorbereitet werden. Es soll sich nur wenig darin befinden, um nicht abzulenken. Er muss sauber und gut gelüftet sein. Die Matten sollen in einer klaren und für die Übungen geeigneten Form angeordnet werden. Auch ein kleiner Altar mit spirituellen Bildern, Naturmaterialien und Kerzen begünstigen eine passende Atmosphäre. Auch der Lehrer selbst soll sich auf die Stunde einstimmen, indem er zu Beginn sowie am Ende der Stunde ein Mantra singt (vgl. ebd., S. 69).

▷ **Didaktik / Methodik für Kinder im Vorschulalter:** Geeignet sind körperliche Übungen, die in Spiele und Geschichten eingebettet werden. Für die Übungen ist zu beachten, dass die Kinder zwar körperlich sehr flexibel sind, aber wenig Muskelkraft haben. Es sollte keine Dauerleistung oder andere besondere Kraft von den Kindern gefordert werden, da die Gelenke noch locker und instabil sind. Bei Nichtbeachten besteht das Risiko eines vorzeitigen Endes des Wachstumsprozesses mit einer frühzeitigen Verhärtung der Knochen. Auch würden die inneren Organe zu sehr belastet. Da die Beine besonders schnell wachsen, ist es sinnvoll, dies mit

verschiedenen Gangarten wie Springen oder Gleichgewichtsübungen im Stand zu unterstützen. Es gilt die richtige Haltung zu fördern, um Wachstumsunterschieden in den Beinen, Beckenfehlstellungen oder den großen Kopf im Verhältnis zum Körper auszugleichen. Übungen sind: Gehen mit Gegenstand auf dem Kopf oder den Händen, Gewichtsverlagerungen, auf verschiedenen Böden barfuß gehen, Massieren der Füße, Greifen mit den Füßen, richtiges Abrollen des Fußes und Kräftigung der Schulter- und Nackenmuskulatur z. B. mit den Asanas Kobra, Vogel oder Boot. Dabei darf die Lockerung der Schultermuskulatur nicht abrupt sein. Durch zu starke Lockerung der Bauch- und Beckenmuskulatur entsteht eine falsche Aufrichtung, denn diese Körperpartien dienen der Aufrichtung des Körpers. Zu starke Rückbeugen wie z. B. beim Rad oder der Königskobra sollen somit vermeiden werden (vgl. ebd., S. 68 f.).

▷ **Didaktik / Methodik für Schulkinder:** Sie können schon mehr Asanas ausführen. Die Muskulatur nimmt rasch zu, aber das Knochensystem immer noch sehr biegsam. Die Hände sollten nicht zu stark beansprucht werden, da die Handgelenke um das sechste Lebensjahr verknöchern. Gegen Ende der Pubertät ist die Verknöcherung der Wirbelsäule abgeschlossen. Da sich das Hormonsystem noch entwickelt, dürfen keine langen Haltungen der Übungen erfolgen. Besonders die Atemübungen sind empfehlenswert, um den Körper zu entspannen und mit Sauerstoff zu versorgen. So darf der Atem nicht angehalten werden. Singen z. B. von Mantren ist gut für die Entwicklung der Stimme, fördert Atmung und Ausdruckskraft, so der BYVG (vgl. ebd.).

5.4. Altersempfehlungen

AUGENSTEIN benennt in ihrer Arbeit verschiedene Autoren mit unterschiedlichen Zeitpunkten für Kinder, um mit einer Yoga-Praxis zu beginnen. Einfache Übungen können nach MAHESWARANANDA ab dem zweiten Lebensjahr begonnen werden. DESIKACHAR gibt an, dass Kinder beginnen könnten, sobald sie alt genug seien, um selbstständig zu essen. Für Kinder mit Down-Syndrom wird sogar eine Yoga-Praxis ab dem dritten Lebensmonat befürwortet (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 143). Nach SATYANANDA kann eine spielerische Yoga-Praxis mit Kindern im Alter von zwei Jahren begonnen werden (vgl. SATYANANDA 2004, S. 28). Der BYVG spricht sich gegen eine Alterseinschränkung aus. Lediglich die Übungsmethode variiert nach Alter. PILGUJ spricht sich für einen möglichen Beginn von Yogapraxis für Kinder ab dem Alter von 3 Jahren aus (vgl. 2002, S. 11).

5.5. Didaktische und methodische Prinzipien des Kinderyoga

Analog zur Standard-Übungsreihe von Hatha-Yoga für Erwachsene (sog. Rishikesh-Reihe, vgl. Kap. 4.4.2 und Anhang) lässt sich folgender Aufbau einer Kinderyogastunde nach Durchsicht der aufgezeigten Konzepte herausstellen:

1. Begrüßungsritual: Ausführen einer Handlung oder Geste, kurze Übungsreihe oder gemeinsames Singen eines Mantras bzw. Kinderliedes.

optional Bewegungsspiel: Je nach (wahrgenommenem) Bedürfnis der Kinder.

2. Entspannung: Die Entspannung soll zu Beginn der Übungsstunde stattfinden, um die erforderliche Konzentration für das Ausüben des Asanas zu erreichen.

3. Übungsreihe: Asanas zur Dehnung und Kräftigung des Körpers. Den Kindern soll hierbei spielerisch der Atem bewusst gemacht werden.

optional Massagespiel / Gruppenübungen: Partnerübungen mit gegenseitigem Körperkontakt zur Stärkung des Gruppengefühls. Kann vor oder statt der Endentspannung ausgeführt werden. Muss nicht Bestandteil einer Kinderyogastunde sein.

4. Endentspannung: Dauer richtet sich nach dem Alter der Kinder.

5. Abschiedsritual: analog zum Begrüßungsritual.

Fasst man die aufgezeigten Konzepte und Bücher für Kinderyoga zusammen, zeigen sich folgende didaktische Prinzipien für Kinderyoga⁴⁷:

Prozessorientierung

- Genaue Beobachtung der Kinder, Empathie und flexible Anpassung an veränderte Situationen (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.) - quasi pädagogische Basiskompetenzen.
- Frustrationstoleranz zeigen gegenüber Störungen seitens der Kinder (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).

⁴⁷Exemplarisch wird zu den einzelnen Stichpunkten jeweils ein Autor genannt.

Situationsorientierung

- Spielerische Annäherung an das Yoga und seine Prinzipien: Spielerische Elemente müssen in ein Yogaprogramm aufgenommen werden, um dem Spiel als kindlicher Ausdrucksform Rechnung zu tragen (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 149).
- Zusammenstellung der Gruppe: Übende müssen zusammenpassen, um Konzentration beim Üben zu ermöglichen (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Gruppengröße beschränken für individuelles und konzentriertes Arbeiten. Gefahr der Überlastung des Yoga-Lehrers bei zu großen Gruppen (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Schaffung einer pädagogischen Atmosphäre zum Vermeiden von hinderlichen Verhaltensweisen für eine Yogapraxis wie Wettfeiern, Erfolgsstreben oder übermäßige Ausgelassenheit (vgl. ILG & KNAPPE 1998, S. 5).

Spaß und Erfahrung der Bewegung statt Perfektion

- Dynamische Yogaformen sollen mit statischen Haltungspositionen wechseln, um dem kindlichen Bedürfnis nach Bewegung gerecht zu werden. Statische Haltearbeit muss mit kindgerechten Halteanreizen angeboten werden, z. B. dem Sprechen von Versen (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 149).
- Anregung statt Zwang: Bei Desinteresse sollen die Kinder nicht zum Üben gezwungen werden. Üben ohne Erfolgsdruck und Vermittlung von Erfolgserlebnissen zur positiven Verstärkung (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Jedes Kind sollte seinen eigenen Stil beim Ausüben finden (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).

Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Entwicklung

- Da Kinder im Vorschulalter sich noch nicht so lange konzentrieren können, sollte eine Yoga-Übungseinheit nicht länger als eine Stunde dauern (vgl. SATYANANDA 2004, S. 93).
- Kinder brauchen mehr Abwechslung als Erwachsene, gleichzeitig müssen Übungen für das Erlernen wiederholt werden. Deshalb sollten die Übungen in verschiedenen Varianten und Kontexten wiederholt werden (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 149).

- Meditative Übungen müssen kindgerecht angeboten werden, d. h. über ein kindgerechtes, attraktives Objekt stattfinden. Im Grundschulalter sollten sie nur wenige Minuten dauern, um die Kinder nicht zu überfordern (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 149).
- Kinder in die Gestaltung einbinden - zur Übernahme von Verantwortung (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Die Yogalehrenden sollen authentisch sein (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Die Yogalehrenden sollen als Vorbilder dienen. Sie sollen die Übungen vormachen und mitmachen, damit die Kinder nicht nur durch Anweisung, sondern auch durch Beobachtung die richtige Ausführung der Asanas erlernen können (vgl. CHANCHANI & CHANCHANI 2003).

Ganzheitliche Ausrichtung

- Alle Menschen werden im Yoga als untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele betrachtet (vgl. EBERT 1988, S. 132). Dieses Prinzip gilt auch für beim Kinderyoga (vgl. PILGUJ 2002, S. 30).

5.6. Machbare Yogaelemente für Kinder

Bisher gibt es kaum wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zu geeigneten Yoga-Übungen für Kinder. In der entsprechenden Literatur über Yoga für Kinder werden hauptsächlich erfahrungsbasierte Empfehlungen gegeben (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 143).

Yama und Niyama

- können direkt via Aufstellen von Regeln nahegebracht werden, z. B. respektvoller Umgang miteinander und sich selbst gegenüber, Beachten eigener und anderer Grenzen (Prinzip der Gewaltlosigkeit des Yama) und eifriges Mitmachen (Prinzip des Eifers des Niyama) (vgl. GOLDSTEIN 2002, S. 72 ff.).
- können indirekt über die Schaffung einer pädagogischen Atmosphäre nahegebracht werden. Hierbei geht es um das Vermeiden von hinderlichen Verhaltensweisen für eine Yogapraxis wie Wetteifern, Erfolgsstreben oder übermäßige Ausgelassenheit (vgl. ILG & KNAPPE 1998, S. 5).

Singen

- Das Singen soll auf die kommenden Elemente vorbereiten. Es können Kinderlieder oder Mantren gesungen werden (vgl. SATYANANDA 2004, S. 100).

Atemtechniken

- Einfache Atemtechniken wie die Hummelatmung können schon ab einem Alter von zwei Jahren ausgeführt werden (vgl. ebd., S. 72).
- Ein früher Beginn mit Atemübungen ist empfehlenswert, um die Lungenentwicklung zu begünstigen (vgl. ebd., S. 3).
- Vor allem die Wechselatmung und Wellenatmung sind zwei für Kinder besonders wichtige Atemtechniken (vgl. ebd.).
- Bei Atemübungen mit Kindern wird auf das Anhalten des Atems verzichtet (vgl. ebd., S. 264 - 270).
- Schwerpunkte bei den Atemübungen sollen rhythmisches Aus- und Einatmen, Atemverlängerung und Atembeobachtung sein. Erfahrung statt Perfektion steht hier im Vordergrund (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).

Asanas und Entspannung

- Dem kindlichen Entwicklungsstand angemessene Asanas. Eine umfassende Sammlung an Übungen ist bei SATYANANDA (2004) zu finden.
- Eine gemäßigte Yogadiät (mithara) ist für Kinder nicht angezeigt, allerdings sind Ansätze davon auch für Kinder umsetzbar. Grundsätzlich sollte z. B. nicht mit vollem Bauch geübt werden (vgl. GHAROTE 2001, S. 56 ff.; BANNENBERG 2005, S. 37).

Konzentration und Meditation

- Visualisierung und das Singen von Klangfolgen sind geeignete Übungsmethoden (vgl. SATYANANDA 2004, S. 100).
- Die Länge der Meditation muss dem kindlichen Entwicklungsstand angepasst werden. Generell sollten es nicht mehr als wenige Minuten sein und über ein attraktives Objekt stattfinden (AUGENSTEIN 2002, S. 135 und 149) .

5.7. Nichtmachbare Yogaelemente für Kinder

- Kontraindikationen, die für Erwachsene gelten, müssen auch für Kinder beachtet werden, vor allem bei gleichen Übungen (vgl. Kap. 4.4.2 und STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Besonderheiten des aktiven und passiven Bewegungsapparates in der Wachstumsphase beachten: keine extremen Dehnungen oder Haltungen, Minimieren der Belastung der Halswirbelsäule. Keine Reinigungsübungen, Bandhas oder fortgeschrittene Atemübungen mit Anhalten des Atems vornehmen (vgl. STÜCK 1998, S. 87 ff.).
- Kein Austoben: Der ungerichtete Abbau von Energie kann im freien Spiel oder an anderen Orten erfolgen, stattdessen kontrollierte Formen der dynamischen Bewegung bei Ausüben der Asanas statt Austoben (vgl. AUGENSTEIN 2002, S. 149).

6. Die Entwicklung von Kindern und das Kinderyoga

Kindsein ist geprägt von einer raschen körperlichen und geistigen Entwicklung, die im Umgang mit Kindern und damit auch bei Kinderyoga entsprechend berücksichtigt werden muss. Systematische Yogaarbeit mit Kindern gibt es nach STÜCK bislang nicht. Oft geschieht die Arbeit mit Kindern hierbei intuitiv und von der Arbeit mit Erwachsenen abgeleitet. Er beschreibt eine große Unsicherheit über Inhalte, Arbeitsweisen, Indikationen und Kontraindikationen im nationalen wie internationalen Kinderyoga (vgl. 1998, S. 81). Der Klärung dieser Unsicherheit soll der folgende Teil dienen.

Zunächst werden die für diese Arbeit notwendigen Entwicklungsaspekte von Kindern aufgezeigt, um daraus Implikationen für Kinderyoga ableiten zu können. Anschließend werden die Übungsprogramme und Bücher für Kinderyoga aus Teil fünf dahingehend überprüft, ob sie den aus der kindlichen Entwicklung und Bedürfnissen ermittelten Implikationen für Kinderyoga standhalten und als kindgerecht bezeichnet werden können. Um ein vollständiges Bild der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Yoga und kindlicher Entwicklung zu zeichnen, werden die Effekte von Kinderyoga auf die Entwicklung motorischer Fähigkeiten aufgezeigt, denn diese bilden die Grundlage für Steuerungsprozesse kindlicher Haltung und Bewegung, also der Fähigkeiten, die die Grundlage für Steuerungsprozesse kindlicher Haltung und Bewegung bilden. Hierbei kann sich das Potential des Kinderyoga für die Entwicklung von Kindern gegenüber anderen körperorientierten Bewegungsformen zeigen.

6.1. Die Entwicklung von Kindern

Notwendige darzustellende Entwicklungsaspekte von Kindern für diese Arbeit sind körperlicher, emotionaler und kognitiver Art, wobei jeweils nur einzelne Aspekte herausgehoben werden. Die körperliche Entwicklung von Kindern wird in den für eine Yogapraxis relevanten Aspekten untersucht, die Besonderheiten beim kindlichen Wachstum zeigen: Binde- und Stützgewebe, Organe (vgl. SPIEGELHOFF 2007) und die Sinne (vgl. ZIMMER 2001, S. 37 ff.). Die emotionale Entwicklung von Kindern wird anhand der sozioemotionalen Entwicklung aufgezeigt, die kognitive Entwicklung anhand der Intelligenzentwicklung, um praktische Ableitungen für Kinderyoga herstellen zu können. Außerdem werden Bedingungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern genannt, um aus allen genannten Aspekten der kindlichen Entwicklung Implikationen für Kinderyoga ableiten zu können.

6.1.1. Körperliche Entwicklung von Kindern

Stütz-, Halte- und Bewegungsorgane sind im Kindesalter bis zur Pubertät noch nicht ausreichend ausgebildet und schränken die Leistungsfähigkeit ein. Die motorische Lernfähigkeit ist in der Zeit bis zur Pubertät sehr gut. In der Pubertät kommt es wachstumsbedingt zu vorübergehenden Leistungseinbußen, nach Abschluss der Pubertät ist der Körper voll belastbar (vgl. HEBESTREIT 2002, S. 2).

Binde- und Stützgewebe:

- **Knochen:** Gefäße der Knochenhaut ernähren die Knochen. In der Wachstumsphase werden dafür Blutzellen, vor allem Erythrozyten (rote Blutkörperchen), gebildet, die später zurückgehen, wenn das Wachstum beendet ist. Der Knochen wird im gesamten Lebensverlauf funktionell der Muskelspannung angepasst. Diese reguliert den Anbau oder Abbau von Knochenmasse. Bei Belastung wird auch die Knochendichte größer, bei zu geringer Belastung kommt es sogar zum Knochenschwund. Eine regelmäßige Beanspruchung ist demnach wichtig für das gesamte Skelett (vgl. SPIEGELHOFF 2007, S. 291 f.). Die Wachstumsknorpel, die später zu Knochen werden, sind in der Phase der Pubertät besonders empfindlich gegen Fehl- und Überbelastungen. Mit Abschluss der Pubertät ist das Skelett voll belastbar (vgl. HEBESTREIT 2002, S. 2).
- **Knorpel:** Damit Knorpel bis ins hohe Alter hinein elastisch bleibt, muss er regelmäßig Zug und Druck ausgesetzt sein. Dies ist die Voraussetzung für seine Ernährung. Bei Zwischenwirbelscheiben ist der Wechsel von Be- und Entlastung, z. B. in horizontaler Lage, für deren Ernährung förderlich. Einseitige oder statische Beanspruchung beeinträchtigt diese (vgl. SPIEGELHOFF 2007, S. 292; HEBESTREIT 2002, S. 2).
- **Muskeln:** Das Muskelwachstum bleibt zunächst hinter dem Wachstum des restlichen Körpers zurück. Mit zunehmendem Alter erhöht sich die relative Muskelmasse. Regelmäßige Ausdauerbelastung sorgt für eine bessere Ernährung der Muskulatur und Differenzierung der Skelettmuskulatur sowie Muskelfaserarten. Statische Muskelarbeit führt bei Kindern zu schneller Ermüdung und sollte daher vermieden werden (vgl. HEBESTREIT et al. 2002, S. 3).
- **Wirbelsäule:** Um das 6. Lebensjahr wird die physiologische Krümmung der Wirbelsäule ausgebildet. In der Pubertät kommt es zur einer Streckung des Körpers mit einem Miss-

verhältnis zwischen Wirbelsäulenlänge und Muskelkraft. Dies kann zu Haltungsschwächen und Koordinationsstörungen führen (vgl. HEBESTREIT 2002, S. 2).

Organe: Zu wenig oder untrainierte Organe können sich nicht vollständig entwickeln und bleiben schwach in der Leistung. Ausreichende Bewegung und Frischluftzufuhr sind die wesentlichen Bausteine für eine gesunde Organentwicklung (vgl. GRAF 1995, S. 42).

- **Lunge und Atmung:** Brustkorb, Zwerchfell und Atemmuskulatur wachsen im Kleinkindalter im Verhältnis zum Rest des Körpers nur wenig. Die Bauchatmung wird bevorzugt, dies ändert sich gegen Ende des Vorschulalters in die Brustatmung. Die Atmung von Kindern im Alter von 3 bis 4 Jahren ist flach und ein großer Teil der eingeatmeten Luft wird unverbraucht wieder ausgeatmet ohne die Lungenbläschen zu erreichen. Um dies zu kompensieren, atmen Kleinkinder schneller als ältere Kinder. Mit der Entwicklung der Atemmuskulatur im Vorschulalter wird die Atmung tiefer und effektiver, die Atemfrequenz wird langsamer. Für die gesunde Ausbildung des Atemsystems ist ausreichende Frischluftzufuhr wichtig (vgl. GRAF 1995, S. 42).
- **Herz und Kreislauf:** Im Alter von 3 und 4 Jahren ist das Herz-Kreislaufsystem bei Belastung schnell erschöpft, Blutdruck und Pulsfrequenz sind noch hoch. Das Herz wächst im Alter von 6 bis 11 Jahren besonders intensiv. Mit ansteigender Herzgröße und Effektivität der Herzarbeit, sinken Blutdruck und Pulsfrequenz, der Körper wird leistungsfähiger. Damit sich das Herz-Kreislaufsystem gesund entwickeln kann, ist ausreichende Bewegung unter Frischluftzufuhr notwendig (vgl. GRAF 1995, S. 42).
- **Nerven:** Funktionen der Hirnzentren und Nervenbahnen sind beim Kleinkind noch nicht voll entwickelt, die Koordination von Bewegungen ist mangelhaft. Durch häufiges Wiederholen von Bewegungsformen werden Wege der Nervenbahnen verfestigt und Bewegungsmuster ausgebildet. Für die Entwicklung der Hirnfunktion ist es bedeutsam, dass das Kind durch entsprechende körperliche und geistige Reize aus der Umwelt angeregt wird (vgl. GRAF 1995, S. 41).

Sinne: Alle Sinne entwickeln sich sehr schnell und sind bei ausreichendem Training im Vorschulalter bereits voll ausgebildet. Nur das Gehör ist erst um das Alter von 8 Jahren ausgereift. Bei Nichtnutzung oder Unterbeanspruchung verkümmern die Sinnesorgane sogar. Wahrnehmungsstörungen sind weniger organbedingt als umweltbedingt. Ihre Ursache liegt in einem

Mangel an Entwicklungsreizen oder unausgewogenen Reizeinflüssen (vgl. GRAF 1995, S. 41; ZIMMER 2005, S. 9 und 160 f.).

6.1.2. Emotionale Entwicklung von Kindern

Ein Aspekt der emotionale Entwicklung von Kindern ist die der sozioemotionalen Anpassung. Sie beschreibt das „Wie“ des Verhalten eines Kindes und wird als Temperament bezeichnet. Ein Teil der Temperamentscharakteristika findet sich im späteren Lebensverlauf als Persönlichkeit wieder. Kinder unterscheiden sich dabei nach THOMAS & CHESS in den neun Dimensionen Aktivitätsniveau, Regelmäßigkeit, Annäherung / Vermeidung, Anpassungsfähigkeit, Reaktivität, Reizschwelle, Stimmung, Ablenkbarkeit und Aufmerksamkeit / Ausdauer. Merkmale wie Intelligenz, Interessen, Werthaltungen und Einstellungen gehören dagegen nicht zum Temperament.

Erziehungsstil und Kindmerkmale stehen in einem Wechselverhältnis. Unterschieden werden autoritärer, permissiver und autoritativer Erziehungsstil.

Ein autoritärer Erziehungsstil lässt Kindern wenig Freiraum, bestraft bei Fehlverhalten hart und gibt kaum positive Rückmeldung. So erzogene Kinder entwickeln wenig Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen. Übersteigt das Kindesverhalten die Ressourcen der Eltern, entwickeln diese häufiger einen autoritären Erziehungsstil .

Ein permissiver Erziehungsstil, der die Ausformungen nachgiebig oder vernachlässigend haben kann, stellt kaum Anforderungen an die Kinder und übt kaum Kontrolle aus. Vernachlässigend erzogene Kinder zeigen häufig psychische und Verhaltensprobleme, entwickeln ein niedriges Selbstwertgefühl und negative Selbstwahrnehmung. Nachgiebig erzogene Kinder entwickeln großes Selbstvertrauen in ihre sozialen Fähigkeiten, zeigen sich aber interesselos und haben stärkeres Potential zum Suchtmittelmissbrauch. (vgl. KRUSE 2004, S. 53 - 61).

Ein autoritativer Erziehungsstil, der den Kindern Grenzen setzt, aber auch akzeptierend ist und Verhandlungsspielraum zwischen Eltern und Kindern einräumt, hat sich in Bezug auf deren emotionale Entwicklung optimal gezeigt⁴⁸ (vgl. SCHNEEWIND 2002, S. 119).

6.1.3. Kognitive Entwicklung von Kindern

Motor der kognitiven Entwicklung ist Bewegung. Die Möglichkeiten, die dem Kind nach der Geburt an Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen zur Verfügung stehen, sind dabei von

⁴⁸Eine gelungene emotionale Entwicklung misst sich dabei an den Zielen Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Fähigkeit zu Verstehen, Selbstverantwortlichkeit, Kooperation, Selbstmotivation, Persistenz und Empathie (vgl. SCHNEEWIND 2002, S. 120).

entscheidender Bedeutung. Die so gewonnen Sinnesreize vernetzen sich im kindlichen Gehirn. Je mehr Vernetzungen im Gehirn durch unterschiedliche Sinnesreize gebildet werden, desto besser und leichter gelingt zukünftige Informationsverarbeitung, deren dauerhafte Speicherung und damit auch die kognitive Leistungsfähigkeit. Je häufiger diese Verbindungen genutzt werden, desto stabiler werden sie. Wesentlich dabei ist, dass Kinder aus eigener Sinneserfahrung und eigener Aktivität lernen. Verbindungen, die nur wenig genutzt werden, werden sogar wieder abgebaut (vgl. ZIMMER 2004, S. 41 - 44).

Die kognitive Entwicklung von Kindern drückt sich vor allem in deren Intelligenzleistung aus. Mit zunehmendem Alter wächst Intelligenz quantitativ, unterliegt aber auch qualitativen Veränderungen. Im ersten Lebensjahrzehnt steigt die Intelligenzleistung stark an, im zweiten Lebensjahrzehnt flacht das Wachstum ab und erreicht einen Höhepunkt im Alter von 18 bis 20 Jahren. Dabei entwickeln sich kristalline (auf Erfahrung und Wissen basierende) und fluide (von intellektueller Beschäftigung und Aktivität abhängige) Intelligenz gleichermaßen schnell. Neben den genetischen Anlagen eines Kindes zeigen sich für die Intelligenzentwicklung eine Reihe umwelt determinierter Einflüsse. Elternverhalten bzw. Erziehungsstil spielen eine wichtige Rolle und sind maßgebend für die physische, psychische und kognitive Stimulation der Kinder generell. Allerdings kann lediglich bei großer Deprivation bzw. Einschränkung ein negativer Entwicklungseinfluss nachgewiesen werden. Intellektuelle Leistungen sind zwar trainierbar, aber von kurzer Dauer und geringem Steigerungseffekt. Zu frühe und zu späte Interventionen bleiben dabei sogar ohne Effekt. Dabei gelten folgende Annahmen für die Beziehung zwischen Kind und Umwelt: Kinder wählen selbst Reize aus ihrer Umwelt aus und verarbeiten die Informationen gemäß ihrer vorhandenen kognitiven Schemata. Sie reagieren besonders stark auf Stimuli, die ihnen eine Rückkopplung zeigen, vor allem durch Menschen, Tiere oder bestimmte Spielzeuge (vgl. KRUSE 2004, S. 45 - 53).

Nach dem Entwicklungspsychologen PIAGET lassen sich folgende fünf unterschiedliche Stufen in Entwicklung von Intelligenz und Denken unterscheiden (vgl. ZIMMER 2004, S. 47), die sich in den unterschiedlichen Formen des Spiels wiederfinden (vgl. OERTER 2002, S. 223 - 231 und 256):

1. Sensomotorische Periode: umfasst die ersten beiden Lebensjahre. Erkenntnisse werden vor allem über Wahrnehmung und Bewegung gewonnen. Sie zeigt sich im sensomotorischen Spiel. Später kommen Informationsspiel und Konstruktionspiel⁴⁹ hinzu.

⁴⁹Das Informationsspiel dient der Erkundung von Gegenständen in Funktion, Beschaffenheit, Aussehen und gebotenen Möglichkeiten.. Das Zerlegen z. B. ist eine Form davon. Das Konstruktionspiel dient der Herstellung eines Zielgegenstandes mithilfe von anderen Gegenständen (vgl. OERTER 2002, S. 223 f.)

2. Symbolisches bzw. vorbegriffliches Denken: tritt mit der Vorstellung auf und zeigt sich in den Symbolspielen⁵⁰. Symbolspiele treten ab einem Alter von 1 Jahr auf, werden über die Vorschulzeit immer häufiger und treten dann bis zur Grundschulzeit immer seltener auf.
3. Anschauliches Denken: entwickelt zwischen 4 und 7 Jahren. Dem Kind sind erste Begriffsbildungen mit anschaulichem Charakter möglich. Symbolspiele werden komplexer, Sozialspele wie kooperative Rollenspele werden bedeutsamer und steigen in ihrer Komplexität. Im Übergang zum Grundschulalter treten Regelspele⁵¹ häufiger auf. Beim einfachen Sozialspele wird mit Spielpartnern kommuniziert und Gegenstände werden ausgetauscht. Metakommunikation, d. h. Vereinbarungen darüber, was gespielt werden soll, tritt erst ab einem Alter von 3,5 Jahren auf und stellt zunehmende Komplexität dar.
4. Konkrete Denkoperationen: entwickeln sich ab dem 7. Lebensjahr. Geistige Handlungen sind nicht mehr von realen Gegebenheiten abhängig. Komplexere Regelspele wie Schach werden allmählich verstanden. Vereinbarte Spielregeln werden auch unabhängig von äußerer Kontrolle eingehalten.
5. Formale Denkoperationen: ereten ab dem 11. Lebensjahr auf, das Denken läuft dann in Form abstrakter Überlegungen ab. Komplexe Spielformen der Regel- und Rollenspele sind von Interesse. Wichtig werden die Orientierung an Verhaltensnormen und der Leistungsvergleich mit anderen für die realistische Selbsteinschätzung.

Ein weiterer Aspekt der kognitiven Entwicklung von Kindern ist die Entwicklung der Konzentrationsleistung. Generell ist sie von vielen Faktoren abhängig⁵² und unterliegt tageszeitlichen Schwankungen⁵³. Ab dem Grundschulalter sind Kinder in der Lage, auch längere Zeit konzentriert zu arbeiten, dabei gelten folgende Richtwerte (vgl. WARNKE & SATZGER-HARSCH 2004, S. 56):

⁵⁰Beim Symbolspiel werden Spielgegenstände so umgedeutet, dass diese eine funktionelle Ähnlichkeit für andere, nicht verfügbare Gegenstände bekommen bzw. zum Symbol für diese werden - auch Fiktionsspele oder Als-ob-Spele genannt (vgl. OERTER 2002, S. 224 f.).

⁵¹Regelspele sind fast immer mit Wettbewerb verbunden. Meist ist eine bestimmte Fähigkeit erforderlich, die zuvor erlernt worden sein muss. Der Leistungsvergleich mit anderen macht dann den Reiz dieser Spielform aus (vgl. ebd. S. 224).

⁵²Einflussgrößen für Konzentration werden in sechs Gruppen unterschieden und sind körperlicher, intellektueller, emotionaler, motivationaler, sozialer und umgebungsbedingter Art (vgl. WESTHOFF 1991, S. 55). Weitere Informationen finden sich ebenda und bei ROTH (1997).

⁵³Ein erstes Hoch der Konzentrationsleistung befindet sich z. B. zwischen 10 und 11 Uhr, ein Tagestief zwischen 14 und 15 Uhr, ein zweites Hoch zwischen 16 und 17 Uhr. Danach fällt die Tagesleistung der Konzentration kontinuierlich ab (vgl. WARNKE & SATZGER-HARSCH 2004, S. 53).

Alter	Konzentrationsdauer
5 - 7 Jahre	15 Minuten
8 - 9 Jahre	20 Minuten
10 - 12 Jahre	25 Minuten
ab 12 Jahre	30 Minuten

Nach Ablauf dieser Richtzeiten erlangen Kinder nach einer Pause von fünf bis zehn Minuten wieder die volle Konzentrationsleistung. In dieser Minipause ist es sinnvoll, eine Entspannungsübung zu machen, etwas zu trinken oder frische Luft zu schnappen. Spätestens nach einer Stunde sollte dann eine längere Pause gemacht werden (vgl. ebd., S. 52 - 56).

6.1.4. Bedingungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern

Für eine gesunde Entwicklung von Kindern müssen deren Grundbedürfnisse befriedigt werden. Diese stehen miteinander in wechselseitiger Beziehung und sind nach ZIMMER vor allem (vgl. 2001, S. 14 - 20; 2005, S. 12 und 26 f.):

- **Liebe und Geborgenheit:** Die ersten und wichtigsten Bezugspersonen sind in der Regel die Eltern. Eine liebevolle Bindung zwischen Bezugsperson bzw. Eltern und Kind gibt diesem Geborgenheit und lässt es Vertrauen entwickeln - nicht nur in andere Menschen, sondern auch in sich selbst und seine Fähigkeiten. Diese emotionale Sicherheit bildet die Basis für die weitere Gestaltung von sozialen und Leistungssituationen.
- **Anerkennung und Bestätigung:** Ermutigung und Bestätigung in der Leistung motivieren Kinder in ihren Bemühungen. Sie sind Voraussetzung für Interesse und Persistenz. Erwartungen und Anforderungen stellen Herausforderungen dar, dabei ist die richtige Balance zwischen Unter- und Überforderung zu finden. Versagen bei Überforderung führt zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, bei Unterforderung entwickeln Kinder ein zu niedriges Anspruchsniveau und können kein Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit entwickeln.
- **Spiel- und Erfahrungsräume:** Im Spiel verarbeiten Kinder ihre Lebensrealität. Sie können dabei spezifische Entwicklungs- und Beziehungsthematiken bearbeiten, die mit anderen Mitteln nur schwer zu bewältigen wären, wie z. B. das Autofahren, Reise in ein fernes Land oder den Wechsel in eine Märchenwelt. Kinder beobachten andere im Spiel und verbessern ihr eigenes Spielniveau bei der Beobachtung von höherem Spielniveau

(vgl. OERTER 2002, S. 228 u. 233 f.). Eine Einschränkung der Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten führt zum Verlust sinnlicher Erfahrungen, die die Basis für grundlegende Entwicklungsprozesse bildet (s. Kap. 6.1.1 und 6.1.3).

- **Übernahme von Verantwortung:** Sie ist verbunden mit der Annahme von Herausforderungen und dient so der Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl.
- **Gelegenheiten zur Selbsttätigkeit und Eigenaktivität:** Sie ermöglichen sinnliche Erfahrungen und bilden damit die Basis für kindliche Entwicklungsprozesse.
- **Soziale Beziehungen und verlässliche Bindungen:** Eine stabile und sozial-emotionale Bindung zwischen Bezugsperson bzw. Eltern und Kind lässt das Kind Vertrauen in andere Menschen, sich selbst und seine Fähigkeiten entwickeln - und bildet die Basis für die Gestaltung von sozialen Situationen. Neben dem Umgang mit Erwachsenen ermöglicht vor allem der Umgang mit anderen Kindern soziale Erfahrungen - wie sich behaupten und nachgeben, teilen und abgeben, aushandeln und bestimmen, respektieren und akzeptieren. Dies zeigt sich vor allem in den einfachen und komplexen Formen des Sozialspiels.
- **Frei verfügbare und frei gestaltbare Zeit:** Fehlt die Zeit zur Informations- und Reizverarbeitung, zeigen sich Stresssymptome wie Bewegungsunruhe, Nervosität und Konzentrationsmangel. Diese Zeit im Sinne eines Freiraums sollten Kinder sich nehmen dürfen und sie so gestalten können, wie es ihren Anforderungen und ihrer Art der Reizverarbeitung entspricht.
- **Sinnliche und sinnvolle Erfahrungen:** Sinnliche Erfahrungen vielfältiger Art, d. h. sinnvoll und damit voller Sinne, sind elementar für motorische und kognitive Entwicklungsprozesse (s. Kap. 6.1.1 und 6.1.3).

6.2. Implikationen für Kinderyoga aus der Entwicklung von Kindern

Die körperliche, emotionale und kognitive Entwicklung sowie die Bedürfnisse von Kindern bringen bestimmte Anforderungen im Umgang mit ihnen mit sich. Im folgenden werden Bedingungen, die sich aus der Entwicklung und den Bedürfnissen von Kindern ergeben, für Kinderyoga formuliert.

6.2.1. Implikationen für Kinderyoga aus der körperlichen Entwicklung von Kindern

Aus der körperlichen Entwicklung von Kindern hinsichtlich Binde- und Stützgewebe, Organe und Sinne ergeben sich die nachfolgende Bedingungen für Kinderyogaprogramme:

Knochen: Ausreichende Belastung ohne Überbelastung durch Ausübung entsprechender Asanas.

Knorpel: Asanas dürfen in der Wachstumsphase nur kurz gehalten werden, um Deformierungen zu vermeiden. Eine große Bandbreite an Asanas mit Zug- und Druckbewegungen auf den Knorpel fördern seine Ernährung.

Muskeln: Keine statische Muskularbeit. Muskelausdauertraining nur soweit die Kinder dies schaffen. Demnach sollten verschiedene Schwierigkeitsgrade in der Ausführung der Asanas angeboten werden, um jedes Kind gemäß seiner Entwicklung fördern zu können.

Wirbelsäule: Vor allem in der Pubertät sollten die Muskeln, die die Wirbelsäule stützen, durch entsprechende Asanas gestärkt werden. Ebenso sollte die Koordination gefördert werden.

Lunge und Atmung: Ein Training der Atemmuskulatur erscheint schon bei 3 bis 4-jährigen Kindern sinnvoll, um die Atmung zu vertiefen und zu verlangsamen und damit die Lungenbläschen besser mit Sauerstoff zu versorgen. Ein Atemanhalten ist hierbei kontraproduktiv.

Herz und Kreislauf: Der Yogaübungsteil sollte ohne Leistungsdruck erfolgen, um die Kinder nicht über ihre Maßen zu beanspruchen. Mit ansteigender Herzgröße kann die Dauer des Asananteils verlängert werden. Da ausreichende Bewegung förderlich ist, ist ein dynamischer Übungsablauf optimal.

Nerven: Um die Koordination von Bewegungen zu fördern erscheint es sinnvoll, Übungen öfter zu wiederholen. Bewegungsspuren werden so vertieft und damit automatisiert. Wird in spielerischer Form geübt, kann das Nervensystem in erforderlicher körperlicher und geistiger Form angeregt werden.

Sinne: Die Förderung der Sinnesentwicklung ist für die gesunde Entwicklung von Kindern besonders wichtig, dabei ist das Spiel das zentrale Element. Phantasiereisen und Sinnesreisen fördern die Aufmerksamkeit für die angesprochenen Sinne. Durch Üben und Nachahmen entsprechender Asanas werden visuelles, vestibuläres und kinästhetisches⁵⁴ System herausgefordert, Partnerasanas fördern vor allem das taktile System. Es erscheint sinnvoll, Sinnesspiele wie Riech-, Schmeck- und Tastspiele für eine Yogapraxis mit Kindern miteinzubeziehen, um auch

⁵⁴Eine Auflistung der Sinnessysteme findet sich bei ZIMMER (2005). Das vestibuläre System dient der Gleichgewichtsregulation, das kinästhetische der Tiefensensibilität und Bewegungsempfindung (vgl. S. 60 f.).

das olfaktorische, gustatorische⁵⁵ und auditive Sinnessystem miteinzubinden. Da sich der bewusste Einsatz aller Sinne bei Kindern mit Freude und Spaß verbindet (vgl. ZIMMER 2005, S. 9), stellt die entsprechende Sinnesanregung einen motivationalen Faktor dar.

In Entsprechung der körperlichen Eignung der Kinder für Sportarten sollte die körperliche Beanspruchung im Kinderyoga mit sportlichen Empfehlungen vergleichbar sein (vgl. KLIMT 1992, S. 177)⁵⁶:

Altersstufe (in Jahren)	Normalsport	Leistungssport	Mannschafts- spiele	Spitzensport
Kleinkind (3 - 5)	ja, spielerisch	nein	nein	nein
Grundschul- kind (6 - 9)	ja	ja (bestimmte Sportarten)	nein	nein
Übergang Kind- heit / Jugend- alter (10 - 14)	ja	ja (außer Sporttauchen)	ja	nicht empfohlen, aber unter bestimmten Vor- aussetzungen toleriert

6.2.2. Implikationen für Kinderyoga aus der emotionalen Entwicklung von Kindern

Temperamentsunterschiede bei Kindern stellen keinen Makel dar und können nur bedingt beeinflusst werden. Falls eine Kinderyogapraxis durch zu große Temperamentsunterschiede der Kinder gestört wird, ist es sinnvoll, die Kinder in Gruppen zusammenzufassen, bei denen keine extremen Temperamentsunterschiede mehr vorliegen. Interessen, Werthaltungen und Einstellungen bei Kindern können und dürfen beeinflusst werden, soweit es für das Ausüben von Kinderyoga förderlich und sinnvoll ist. Gemäß den Ausprägungen eines autoritativen Erziehungsstils sollte das Vereinbaren und Einhalten von Regeln, die für das Ausüben von Kinderyoga sinnvoll sind, zwischen den Kindern und der übungsleitenden Person ein weiterer Bestandteil von Kinderyoga sein, ebenso wie das Wahrnehmen und Akzeptieren kindlicher Bedürfnisse und Grenzen. So sollte im Kinderyoga Verhandlungsspielraum zugunsten der Kinder eingeräumt werden.

⁵⁵Das olfaktorische System ist für das Riechen und das gustatorische System für das Schmecken zuständig (vgl. ZIMMER 2005, S. 60 f.).

⁵⁶Genauere Angaben zur körperlichen Belastungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen finden sich bei KLIMT (1992) und HUBER (1988).

6.2.3. Implikationen für Kinderyoga aus der kognitiven Entwicklung von Kindern

Da die Förderung kognitiver Fähigkeiten lediglich von geringem Erfolg ist, muss beim Kinderyoga lediglich darauf geachtet werden, dass keine hemmende Deprivation stattfindet. Da Kinder aus den ihnen zur Verfügung stehenden Umweltreizen selbst auswählen, erscheint es dennoch sinnvoll, eine entsprechende Vielfalt von Reizen anzubieten. Ebenso erscheint es sinnvoll, Rückmeldungen durch den oder die Übungsleitenden zu geben und entsprechendes Spielzeug bzw. Materialien bereitzustellen, sofern es für das Kinderyoga ebenfalls sinnvoll ist.

Nach PIAGETS Stufenmodell der kognitiven Entwicklung kann ab der Stufe des symbolischen Denkens, also wenn Kinder Sachverhalte und Handlungen ab dem Alter von 1 Jahr transformieren können, mit einzelnen Yogaübungen begonnen werden. Erst ab der Phase des anschaulichen Denkens bzw. der Fähigkeit zur Metakommunikation mit 3,5 Jahren erscheint die Teilnahme an kurzen Yogaprogrammen sinnvoll, da es den Kindern dann möglich ist, vereinbarte Handlungsstränge bzw. Geschichten kognitiv nachzuvollziehen. Ab dem Übergang zum Grundschulalter können die Yogaprogramme komplexer und länger werden, da die Kinder an Steigerung ihrer Ausdauer interessiert sind und die Fähigkeit zu konkreten Denkopoperationen die Kinder für die Einhaltung von Regeln auch ohne starke Kontrolle sensibilisiert. Ab einem Alter von 10 Jahren bzw. der Phase der Fähigkeit zu abstrakten Denkopoperationen müssen nicht mehr alle Übungen in einen Handlungsstrang miteinbezogen werden, sondern können auch aufgrund ihrer Funktion bzw. Effektes auf den Körper ausgeübt werden.

Das Vorhandensein von Rollenbildern bzw. Vorbildern sind wichtige Elemente für die Entwicklung von Kindern und zeigt sich im Rollenspiel von Kindern. So sollten beim Kinderyoga die Yogalehrenden geeignete Vorbilder für die Kinder sein hinsichtlich Verhalten, aber auch in der Ausführung der Asanas.

Kinderyogastunden sollte nicht länger als eine Zeitstunde dauern. Durch den häufigen Wechsel von Anspannung und Entspannung im Kinderyoga ist es gewährleistet, dass Kinder nicht über ihre Konzentrationsleistungsgrenzen hinausgeführt werden. Meditative Übungen sollten sich in der Dauer ebenfalls an den altersabhängigen Richtwerten der Konzentrationsleistung von Kindern richten.

6.2.4. Implikationen für Kinderyoga aus den Grundbedürfnissen von Kindern

Die in Teil 6.1.4 aufgezählten Bedürfnisse von Kindern für deren gesunde Entwicklung ergeben nachfolgende Implikationen für Kinderyogaprogramme:

Liebe und Geborgenheit: Schaffung einer angenehmen Übungsatmosphäre. Berücksichtigung von Äußerungen und Wünschen der Kinder.

Anerkennung und Bestätigung: Üben ohne Leistungsdruck. Jedes Kind soll entsprechend seiner Möglichkeiten üben können und dürfen. Dafür sollten die Asanas in unterschiedlichen Ausführungsgraden angeboten werden. Individuelle Leistungssteigerungen sollten zeitweise durch Lob bestätigt werden. Um dies zu gewährleisten, sollten die Übungsgruppen nur so groß sein, dass jedes Kind die erforderliche Aufmerksamkeit seitens des Yogalehrers bekommen kann.

Spiel- und Erfahrungsräume: Spielerische Gestaltung des Asanateils, Einbeziehen von Phantasie- und Sinnesreisen sowie Sinnesspielen. Möglichkeiten zur Beobachtung der korrekten Ausführung der Asanas durch Beobachtung. Um Konkurrenzdruck und damit verbundenen Leistungsdruck zu vermeiden, sollte die übungsleitende Person selbst das Modell für die Beobachtung sein. Auch die Erfahrung von Ruhe als Gegenpol zur Bewegung ist ein wichtiger Erfahrungsraum, der positiv besetzt sein sollte. Somit ist das Angebot und die Durchführung von meditativen Übungen als Training von Ruheverhalten sinnvoll.

Übernahme von Verantwortung: Kinder lernen, auf ihren Körper zu hören und Verantwortung für diesen zu übernehmen. Widerstrebt ihnen eine Übung, dürfen sie nicht gezwungen werden, diese auszuüben. Auch die Gestaltung einzelner Elemente des Kinderyoga durch die Kinder ist zur Förderung der Übernahme von Verantwortung möglich.

Gelegenheiten zur Selbsttätigkeit und Eigenaktivität: Ausführung der Asanas, Anregung zur Ausübung im eigenständig organisierten Rahmen.

Soziale Beziehungen und verlässliche Bindungen: Ausüben von Partnerasanas, gleichbleibender Stil des Yogalehrers.

Frei verfügbare und frei gestaltbare Zeit: Kann im Rahmen eines organisierten Übungsprogramms nicht gewährleistet werden. Durch die Förderung des Körpergefühls kann darauf hingearbeitet werden, dass Kinder ein Bedürfnis für frei verfügbare und frei gestaltbare Zeit entwickeln und artikulieren bzw. einfordern.

Sinnliche und sinnvolle Erfahrungen: Einbeziehen von Phantasie- und Sinnesreisen sowie Sinnesspielen, Üben von Asanas, die Tiere, Gegenstände oder Handlungen nachahmen.

6.3. Validität und Kindgerechtigkeit des Kinderyoga

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die in Teil fünf genannten methodischen und didaktischen Merkmale sowie die genannten machbaren und nicht-machbaren Yogaelemente für

Kinder den Implikationen entsprechen, die sich aus den aufgezeigten Entwicklungsaspekten von Kindern ergeben. Bei den unterschiedlichen Autoren zeigen sich lediglich unterschiedliche Ausprägungen des Interpretationsspielraums der aufgeführten Implikationen für Kinderyoga. Somit können die Programme für Kinderyoga aus Teil fünf als kindgerecht und kindangemessen bezeichnet werden. Lediglich der Einbezug von Sinnesspielen wurde in keinem der Kinderyogaprogramme oder Kinderyogabücher erwähnt. Es wäre sinnvoll, auch dieses Element in Yogaprogramme für Kinder mitaufzunehmen.

6.4. Förderung zentraler motorischer Fähigkeiten durch Kinderyoga

Motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten sind Komponenten körperlicher Leistungsfähigkeit. Dabei wird Motorik „als die Gesamtheit aller Steuerungs- und Funktionsprozesse verstanden [...], die der Haltung und Bewegung zugrunde liegen“ (Bös 2003, S. 86). Die motorischen Fähigkeiten gliedern sich in die konditionellen Fähigkeiten „Kraft“, „Schnelligkeit“ und „Ausdauer“ sowie koordinative Fähigkeiten „Beweglichkeit“ und „Koordination“. Aus diesen motorischen Fähigkeiten entwickeln sich dann die motorischen Fertigkeiten wie Laufen, Hüpfen, Kriechen oder technische Fertigkeiten der Sportarten (vgl. HEBESTREIT et al. 2002, S. 3 - 6). Motorische und kognitive Entwicklung stehen miteinander in enger Beziehung (s. Kap. 6.1.1, 6.1.3 und 6.1.4). Insgesamt ist zu beobachten, dass die motorische Leistungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen in den letzten 25 Jahren durchschnittlich um 10% gesunken ist. Diese Leistungsverschlechterung lässt sich mit dem zunehmenden Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang bringen - und dies obwohl Sporttreiben unter ihnen generell sehr beliebt ist. Die Ausübung bestimmter Sportarten oder die Ausübung in organisiertem Rahmen kann somit die fehlende Alltagsmotorik nicht kompensieren (vgl. Bös 2003, S. 105 f.).

Hinweise, wie stark Yoga die einzelnen motorischen Grundfertigkeiten Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination in ihrer Entwicklung unterstützt, konnten lediglich in der Studie von AUGENSTEIN gefunden werden. Sie führte an den Probanden den Haki⁵⁷ mit seinen sechs Einzeltests durch, die die

1. Halteleistung, Haltegefühl und Haltekoordination des Arms,
2. Kraft der Bauchmuskulatur,

⁵⁷Haki ist der „Haltungstest für Kinder“ im Alter von 6 bis 10 Jahren zur Erfassung der Leistungsfähigkeit der Haltemuskulatur. Der Haki besitzt eine hohe Aussagekraft (vgl. Bös 2001, S. 231 ff.).

3. Dehnfähigkeit des Hüftbeugers und der vorderen Oberschenkelmuskulatur,
4. Beweglichkeit des Beckens,
5. Kraft der Rückenstrecker- und Arm- und Schultermuskulatur und
6. Kraft der Schultergürtel- und Armmuskulatur

messen (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 224). Mit dem Haki werden somit die Fähigkeitsdimensionen Koordination, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit gemessen. Schnelligkeit ist die einzige Dimension, die mit Yoga nicht geübt wird, und ist daher für diesen Abschnitt der Arbeit nicht weiter relevant.

Die Teilnehmer der Versuchsgruppe hatten sich in allen sechs Bereichen im Vergleich zur Voruntersuchung und gegenüber der Vergleichsgruppe verbessert. Vor allem in der Dehnfähigkeit des Hüftbeugers und der vorderen Oberschenkelmuskulatur wurden die größten Erfolge erzielt, der Zuwachs lag um 230 %. Der geringste Zuwachs infolge des Yogatrainings zeigte sich beim ersten Test zur Messung der Halteleistung, Haltegefühl und Haltekoordination des Arms bei ca. 20 %. Die Kontrollgruppe, die ein psychomotorisches Training erhielt, zeigte ebenfalls Leistungssteigerungen, jedoch im Mittel nur knapp in halber Höhe im Vergleich zur Yogagruppe. Lediglich in Test sechs zeigten sie etwas mehr als die doppelte Leistungssteigerung:

	Zuwachs der Yogagruppe	Zuwachs der Psychomotorikgruppe
Test 1	20 %	15 %
Test 2	70 %	25 %
Test 3	230 %	100 %
Test 4	80 %	0 %
Test 5	90 %	20%
Test 6	30%	70%

Die Vergleichsgruppen ohne Training stagnierten oder verschlechterten sich sogar in ihren Leistungen (vgl. ebd., S. 224 ff.). Dies ist besonders bemerkenswert, da diese weiterhin am Schulunterricht teilnahmen und damit auch am normalen Sportunterricht. Kinderyoga scheint demnach durchaus geeignet zu sein, die Defizite durch fehlende Alltagsmotorik in allen Dimensionen motorischer Fähigkeiten bis auf Schnelligkeit aufzufangen.

Insgesamt ist Yoga besser zur Förderung motorischer Fertigkeiten in den Dimensionen Koordination, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit geeignet als Psychomotorik. Die Überlegenheit der Psychomotorikgruppe in Test sechs wäre für ein generell empfehlendes Urteil aber noch

zu überprüfen. Eventuell hat dies übungsmethodische Ursachen und der Vorteil verringert sich oder verschwindet bei der Auswahl anderer geeigneterer Yogaübungen⁵⁸. Zudem ist die Stichprobe für eine generelle Aussage der Überlegenheit von Yoga zu Psychomotorik recht klein (n = 64). Die Ergebnisse der Modellversuche und Studien zu Kinderyoga bzw. Yoga in der Schule aus Kap. 5.2 geben weitere deutliche Hinweise sowohl auf die positive Förderung motorischer Fähigkeiten, Fertigkeiten und deren Effekte in kognitiven Leistungen.

⁵⁸Zur Stärkung der Kraft der Schultergürtel- und Armmuskulatur wurde die dynamische Ausübung der Stellung des Hundes nach unten und nach oben geübt (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 166).

7. Gesundheitserziehung durch Yoga

In diesem Teil wird der Frage nachgegangen, ob yogisches und internationales Gesundheitsverständnis prinzipiell miteinander vereinbar sind, um weitere Aussagen über das Verhältnis Gesundheit, Erziehung und Yoga treffen zu können. Eine prinzipielle Vereinbarkeit beider Ansätze ist dafür notwendige Voraussetzung. Weiterhin wird nachgeschaut, ob die aufgezeigten gesundheitlichen Effekte und Ziele von Kinderyoga mit den Zielen von Gesundheitserziehung vereinbar sind oder übereinstimmen. Ebenso werden die Prinzipien von Kinderyoga und Gesundheitserziehung miteinander verglichen, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob beide Maßnahmen miteinander vereinbar sind.

7.1. Yogisches und internationales Gesundheitsverständnis

Im Yoga wird der Mensch als untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele betrachtet. Der Zustand der Homöostase (Gleichgewicht) aller menschlichen Dimensionen entspricht einem optimalen Zustand, der die Basis für die höheren Ziele des Yoga (samadhi) bildet. Ein reibungsloser Ablauf bzw. die Freiheit von Störungen ist die Voraussetzung dafür (vgl. EBERT 1988, S. 132; DEUTZMANN 2002, S. 110 und 229).

Der Zustand der Homöostase als Ideal findet sich ebenfalls in der internationalen Medizin (vgl. TORTORA & DERRICKSON 2006, S. VI). Der salutogenetische Ansatz des Medizinsoziologen ANTONOVSKY impliziert eine positive Ausrichtung, Prozesshaftigkeit, subjektive Wahrnehmung, Kontinuität und Integrativität von Gesundheit (vgl. Kap. 2.2) und stellt so das Bestreben um Ausgleich und damit um Gleichgewicht in den Vordergrund. Hierbei geht es nicht um ein statisches Gleichgewicht, sondern um ein von der jeweiligen aktuellen Lebenssituation geprägtes neues und damit dynamisches Gleichgewicht. Die Begriffsbestimmung der WHO von Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being“ ist nicht ganz deckungsgleich mit seiner deutschen Übersetzung als „Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, denn das englische „state“ ist in seiner Bedeutung weitaus dynamischer als seine deutsche Übersetzung als „Zustand“, der in seiner Bedeutung das Statische impliziert. FRANZKOWIAK schlägt für eine entsprechend angepasste deutsche Version des ursprünglichen Gesundheitsbegriffs der WHO „Potential für umfassendes Wohlbefinden“ vor (vgl. 2002, S. 19 f.). „Potential“ birgt in seiner Bedeutung Gelingen und Misslingen, eine Prozesshaftigkeit und impliziert damit ebenfalls das Bemühen um Gleichgewicht bzw. Homöostase. Unabhängig von der Art der Übersetzung wird in der Begriffsbestimmung der WHO von

Gesundheit ein ganzheitliches Verständnis des Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele deutlich.

Somit kann festgehalten werden, dass yogisches und internationales Gesundheitsverständnis in ihrem Bestreben um Homöostase aller menschlichen Kräfte und innermenschlichen Vorgänge prinzipiell miteinander übereinstimmen und so weitere Vergleiche zwischen Kinderyoga und Gesundheitserziehung vorgenommen werden können.

7.2. Vergleich der Ziele von Gesundheitserziehung mit den Zielen und nachgewiesenen Effekten von Kinderyoga

Nur wenn die gesamte Persönlichkeit eines Menschen gestärkt wird, kann Gesundheitserziehung effektiv wirksam werden. Somit beugt die Vermittlung positiver Werte wie Selbstverwirklichung, Selbstwertgefühl, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit als Basis einer Persönlichkeitsbildung gesundheitsschädigendes Verhalten vor und ist damit quasi automatisch Gesundheitserziehung (vgl. GRAF 1995, S. 33).

Nachfolgend werden die in Teil 5.1 und 5.2 aufgezeigten Ziele und nachgewiesenen Effekte von Kinderyoga den in Teil 3.5 formulierten Zielen von Gesundheitserziehung zugeordnet, um der Fragestellung, ob Gesundheitserziehung durch Kinderyoga erreicht werden kann, näherzukommen:

Ziele von Gesundheitserziehung	nachgewiesene Effekte / Ziele von Kinderyoga
1a. Bewusstmachen von Eigenverantwortung	Schulung der Körperwahrnehmung
1b. Vermittlung von Wissen	Vermittlung körperbezogenen Wissens über Spannung und Entspannung, Atmung
1c. Vermittlung von Handlungskompetenzen	physische und mentale Entspannung, Verbesserung der Körperhaltung
1d. Motivieren zum Gesundheitshandeln	Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens, Förderung emotionaler Ausgeglichenheit, Verringerung des BMI bei Adipositas
2. Gesundheitsrisiken minimieren	Abbau von psychischen und physischen Spannungszuständen
3. Gesundheitsressourcen entwickeln	Förderung einer idealen Persönlichkeitsentwicklung und emotionaler Ausgeglichenheit

Ziele von Gesundheitserziehung	nachgewiesene Effekte / Ziele von Kinderyoga
4. Entwickeln von Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz	Verbesserung der Körperhaltung, des körperlichen Wohlbefindens und emotionalen Ausgeglichenheit sowie des sozialen Verhaltens
5a. Selbstverwirklichung	Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens, emotionalen Ausgeglichenheit, Förderung einer idealen Persönlichkeitsentwicklung
5b. Selbstwertgefühl	s. o.
5c. Lebensfreude	s. o.
5d. Leistungsfähigkeit	Verbesserungen in Wahrnehmung, Kognitions- und Konzentrationsleistungen

In der obigen Gegenüberstellung der Ziele von Gesundheitserziehung und der Ziele sowie nachgewiesenen Effekte von Kinderyoga zeigt sich eine große Übereinstimmung. Hinsichtlich der Fragestellung, ob sich Gesundheitserziehung mit Kinderyoga erreichen lässt, kann die Antwort damit positiv ausfallen.

7.3. Vergleich der Prinzipien von Gesundheitserziehung und Kinderyoga

Die Prinzipien, die sich im Kinderyoga in Teil 5.5 zeigen, werden den Prinzipien in Teil 3.6 und 3.8, an denen sich Gesundheitserziehung idealerweise orientiert, im Folgenden zugeordnet, um auch hier Übereinstimmungen und Differenzen aufzuzeigen:

Prinzipien von Gesundheitserziehung	Prinzipien von Kinderyoga
1. Partizipation	Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Entwicklung: Kinder in die Gestaltung miteinbinden, Prozessorientierung
2. Information über Gesundheits- / Krankheitsprozesse, um das eigene Verhalten zu verstehen, Aufklärung	Informationsvermittlung durch die Yogalehrenden, Erschließen von Wissen über Körpererfahrung
3. Angebot der Beratung durch Gesundheitsfachleute	Yogalehrende als Experten
4. Pädagoge als Begleiter / Coach und als Vorbild	Yogalehrende als Begleiter, Anleiter und Vorbild

Prinzipien von Gesundheitserziehung	Prinzipien von Kinderyoga
5. Setting-bezogen und dynamisch	Prozessorientierung, Situationsorientierung, Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Entwicklung
6. Lebensbegleitend	Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Entwicklung
7. Positive, salutogene Ausrichtung	Spaß und Erfahrung der Bewegung statt Perfektion
8. Handlungsorientiert	Erfahrung der Bewegung
9. Ganzheitliche Ausrichtung	Ganzheitliche Ausrichtung

In Betrachtung der Gegenüberstellung der Prinzipien von Gesundheitserziehung und Kinderyoga zeigt sich ebenfalls eine große Übereinstimmung. Lediglich in Punkt drei differieren die Prinzipien von Gesundheitserziehung und Kinderyoga. Beratung ist nicht explizit Teil von Kinderyoga, ist aber im Zuge einer Situations- und Prozessorientierung möglich.

Auch die Fragestellung, ob die Prinzipien von Gesundheitserziehung und Kinderyoga übereinstimmen und Kinderyoga damit als Maßnahme zur Gesundheitserziehung geeignet ist, kann abschließend positiv beurteilt werden.

8. Zusammenfassung und Fazit

Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbildung hat auf der wissenschaftlichen Ebene mit Anerkennung zu kämpfen, denn seitens der Pädagogik gibt es keine wissenschaftliche Entsprechung des Feldes Gesundheit (vgl. Kap. 3.1 und 3.2.1). Die Pädagogik agiert hier - wie in vielen anderen Bereichen - interdisziplinär. Gesundheitserziehung ist somit auf der praktischen Seite nur eine von vier weiteren Methoden, mit denen Menschen zu Gesundheit verholfen werden soll - und dabei die einzige primär pädagogische Methode (vgl. Kap. 3.2.2). Dabei ist eine erfolgreiche Gesundheitserziehung bzw. Anleitung, wie Gesundheit erreicht werden kann, dringend notwendig. Dies zeigen die aktuellen Ergebnisse der bundesweit repräsentativen Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit KiGGS. Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen ist bedenklich und verschlechtert sich zunehmend in motorischer Leistungsfähigkeit, Anzahl der übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen, essgestörten und allergisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und deren psychischen Gesundheit. Hierbei sind Störungen im Sozialverhalten, Ängste und Depressionen unter Kindern und Jugendlichen am weitesten verbreitet (vgl. Kap. 3.3) - und dies obwohl Gesundheit in Deutschland schon lange ein Thema ist (vgl. Kap. 3.6). Eine erfolgreiche Gesundheitserziehung ist mehr als eine Bindestrich-Disziplin, sie muss Methoden, Konzepte und Ziele im Gesundheitsbereich hinterfragen und erziehungswissenschaftlich reflektieren. Sie muss positiv und an der Lebenswelt der Individuen ausgerichtet sowie dynamisch, partizipativ und handlungsorientiert sein, wenn sie zum Erfolg führen soll (vgl. Kap. 3.6 und 3.8).

Direkte Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen und seiner kontinuierlichen Verschlechterung lassen sich zur veränderten Kindheit erkennen. Diese ist zunehmend verhäuslicht, mediatisiert und zudem von schulischem Leistungsstress geprägt. Ein sich verschlechterender Gesundheitszustand lässt darauf schließen, dass es den Kindern und Jugendlichen zunehmend weniger gelingt, sich den Erfordernissen ihrer Lebenswelt anzupassen. Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Schichten und aus Migrantenfamilien betrifft dies in besonderem Maße (vgl. Kap. 3.3 und 3.4). Hieraus ergibt sich eine soziale Verantwortung. Den Kindern und Jugendlichen müssen adäquate Hilfestellungen gegeben werden, um ihre Lebensweise erfolgreich ihrer Lebenswelt anzupassen und somit im Sinne ANTONOVSKYS positiv und gesund zu gestalten (vgl. Kap. 2.2 und 3.4). Dies ist der Punkt, an dem Gesundheitserziehung ansetzt. Um die Lebensweise der Lebenswelt anzupassen, muss nicht nur die Verantwortung für sich selbst bewusst sein, sondern auch gesundheitsbezogenes Wissen und Handlungskompetenzen verfügbar sein. Soll es dabei nicht nur beim Bewusstsein, Wissen

und Fähigkeitspotentialen bleiben, muss mit entsprechenden Anreizen zum Gesundheitshandeln motiviert werden, um vorhandene Gesundheitsrisiken zu minimieren und Gesundheitsressourcen zu entwickeln. Eine Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz, Selbstwertgefühl, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit von Individuen in ihrer Entwicklung zu unterstützen, ist Hauptaufgabe von Gesundheitserziehung im speziellen, aber auch von Erziehung im allgemeinen, und ermöglicht so langfristig die Selbstverwirklichung des Einzelnen. Eine allgemeine Erziehung, die darauf baut, ist automatisch Gesundheitserziehung im speziellen, da sie gesundheitsschädigendes Verhalten vorbeugt (vgl. Kap. 3.5 und 3.8).

Für eine positive bzw. gesunde Lebensweise ergeben sich Themenfelder unterschiedlicher Art. Bewegung, Ernährung, Hygiene, Fühlen und Denken sind hierbei die grundlegenden Kategorien. Diese sind auch Themen im Kinderyoga⁵⁹, im Detail können aber nicht alle in Teil 3.7 aufgeführten Themenfelder gleichermaßen abgedeckt werden. Für den Bereich Kindergarten und Kindertagesstätte können 10 von 13 genannten Items⁶⁰ und für den Bereich Schule 8 von 14 genannten Items⁶¹ auf primäre und sekundäre Weise abdeckt werden.

Das heute vorherrschende internationale Gesundheitsverständnis sieht Gesundheit multidimensional und mit Körper, Geist und Seele gleichzeitig verbunden. Kinderyoga ist ebenfalls ganzheitlich ausgerichtet und stärkt jede dieser drei Dimensionen. Die positiven Effekte von Kinderyoga sind dabei durch die aufgezeigten Studien und Modellversuche offensichtlich: Verbesserung der Körperhaltung und des körperlichen Wohlbefindens, Verringerung des BMI bei Adipositas, physische und mentale Entspannung, Verbesserungen in Wahrnehmung, Kognitions- und Konzentrationsleistungen, Förderung einer idealen Persönlichkeitsentwicklung und emotionaler Ausgeglichenheit, Abbau von psychischen und physischen Spannungszuständen sowie Verbesserung sozialen Verhaltens. Diese Stärkungen der körperlichen Ressourcen und die nachgewiesene positive Persönlichkeitsbildung durch Kinderyoga beugen gesundheitsschädigendes Verhalten vor und sind damit quasi automatisch Gesundheitserziehung (vgl. Kap. 3.5 und 3.8). Kinderyoga entspricht zudem den Empfehlungen für Gesundheitserziehung (vgl. Kap. 3.8): Es macht Freude, erreicht alle Lebensbereiche, kann in die allgemeine Erziehung eingebettet

⁵⁹GHAROTE gibt eine zusammenfassende Darstellung der yogischen Ernährungsweise. Diese ist nur für fortgeschrittene Yogaschüler verbindlich (vgl. 2001, S. 56 ff.), kann mit Kindern aber auch prinzipiell besprochen werden. Allerdings ist die yogische Ernährung in keinem der genannten Yogaprogramme erwähnt worden. Die einzigen Hinweise zur Ernährung finden sich darin, dass vor dem Yogäuben nicht zu viel oder zu schwer gegessen werden soll (vgl. BANNENBERG 2005, S. 37; CHANCHANI & CHANCHANI 2002, S. 32; PILGUJ 2002, S. 22).

⁶⁰Dies sind alle Items bis auf die Themenfelder Institutionen zur Erhaltung der Gesundheit, Elternarbeit und Förderung der Impfbereitschaft und Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen.

⁶¹Nicht abgedeckt werden die Themenfelder Werbung und Werbungskritik, Drogenmissbrauch (Prävention aber sehr wohl), Erste Hilfe, Elternberatung und Fernsehen.

werden, Yogalehrende haben Vorbildfunktion nicht nur für Kinder und Kinderyoga ist auf die gesamte Entwicklung der Kinder ausgerichtet.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sie unterscheiden sich grundlegend von ihnen. Maßgebend dafür sind ihre körperliche, geistige und emotionale Entwicklung, sodass Yoga für Erwachsene in Art und Umfang der Übungen, der Übungssystematik und den Wirkungen nicht einfach auf Kinder übertragen werden kann. Für Kinder ergeben sich aufgrund ihrer Entwicklung spezielle Anforderungen an Yogaprogramme. Sie dauern maximal eine Stunde, sind bewegungsorientierter und spielerisch aufgebaut. Einschränkungen ergeben sich in der Auswahl der geeigneten Asanas und Atemübungen sowie der Art der Meditation, die gegenstandsorientiert statt gegenstandslos ist (vgl. Kap 4.4.2 mit 5.5 und 5.6). Es zeigen sich Ähnlichkeiten bei der Wirkung von (Hatha-)Yoga auf Erwachsene und auf Kinder in den verschiedenen Ebenen Physe und Psyche bei den gleichen Übungselementen (vgl. Kap. 4.5 und 5.2) und so gelten Kontraindikationen für Erwachsene auch für Kinder (vgl. Kap. 4.4.2 und 5.5 bis 5.7).

Alle vier einleitend formulierten Fragestellungen zur Eignung von Kinderyoga als Maßnahme zur Gesundheitserziehung konnten positiv beantwortet werden (vgl. Kap. 6.3 und 7):

1. Die gemeinsamen Merkmale der gegenwärtigen Konzepte von Kinderyoga lassen sich als kindgerecht bzw. kindangemessen bezeichnen. Sie entsprechen dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Entwicklung und die Bedürfnisse von Kindern. Es ist dabei zu erwägen, Sinnesspiele ebenfalls als Element in Kinderyogaprogramme mitaufzunehmen.
2. Yogisches Gesundheitsverständnis ist mit dem heutigen internationalen Gesundheitsverständnis prinzipiell vereinbar.
3. Die Ziele und nachgewiesenen Effekte von Kinderyoga entsprechen den Zielen von Gesundheitserziehung.
4. Die Prinzipien von Kinderyoga entsprechen den Prinzipien von Gesundheitserziehung.

Yoga wurde von DEUTZMANN (2002) schon prinzipiell als Mittel zur Gesundheitsförderung für Erwachsene empfohlen. Die Vereinbarkeit des Gesundheitsverständnisses und die Entsprechungen von Effekten, Zielen und Prinzipien von Kinderyoga und Gesundheitserziehung lassen eine entsprechend eindeutige Empfehlung für die Zielgruppe der Kinder zu. Kinderyoga ist damit prinzipiell auch als Maßnahme zur Gesundheitserziehung geeignet.

Kinderyoga schlägt viele Fliegen mit einer Klappe: Es gleicht Defizite bei körperlichen und psychischen Missständen aus und fördert die gesunde Entwicklung von Kindern in den Dimensionen Körper, Geist und Seele. Zum einen scheint Kinderyoga geeignet zu sein, die motorischen Fähigkeiten von Kindern zu fördern, mehr als es der Sportunterricht leisten kann. Kinderyoga scheint auch geeignet zu sein, die Defizite infolge mangelnder Alltagsbewegung aufzufangen. Lediglich die motorische Fähigkeit Schnelligkeit wird im Kinderyoga bzw. im Yoga nicht geübt. Kinderyoga fördert die motorischen Fähigkeiten von Kindern insgesamt mehr noch als die anerkannte Psychomotorik. Dennoch sind weitere Untersuchungen des Verhältnisses von Kinderyoga und Psychomotorik wünschenswert, um diese Aussage abzusichern und auf eine breitere Datenbasis zu stellen (vgl. Kap. 6.4).

Eine erfolgreiche Gesundheitserziehung ist ein im Vergleich zur Kuration kostengünstiges Mittel (vgl. Kap. 3.4) und Yoga wird bereits von den Krankenkassen auch als Maßnahme finanziell gefördert (vgl. Kap. 1). Kinderyoga ist ebenso kostengünstig wie Yoga für Erwachsene⁶² und bietet sich daher als Mittel zur Gesundheitserziehung geradezu an. Im Rahmen von Gesundheitsförderung nach dem von der WHO formulierten Setting-Ansatz (vgl. Kap. 2.3), erscheint es ideal, Kinderyoga als Elemente in die Projekte „Gesundheitsfördernde Schule“ und „Gesundheitsförderung im Kindergarten“ miteinzubinden.

⁶²Lediglich eine Decke, bequeme Kleidung und etwas Zeit werden für Yogaübungen benötigt (vgl. DEUTZMANN 2002, S. 181).

9. Ausblick und Diskussion

Vor allem übergewichtige und verhaltensauffällige Kinder profitieren von den Effekten von Kinderyoga am meisten, so AUGENSTEIN in ihrer Studie (vgl. 2002, S. 214). So ist es empfehlenswert, Kinderyoga als Angebot in Schulen mitaufzunehmen, da diese Institution qua Schulpflicht alle Kinder erreicht und deren Setting darstellt. Einzelne Übungen können in spielerischer Form auch schon in den Kindergartenalltag oder in Bewegungsangebote für Vorschulkinder integriert werden. Dies entspräche dem von der WHO formulierten Setting-Ansatz (vgl. Kap. 2.3) und würde die Gesundheitsförderung in Schule bzw. Kindergarten bereichern.

GHAROTE berichtet von einer brasilianischen Schule, die mit Yoga die Disziplinprobleme ihrer Schüler in den Griff bekommen hat (vgl. 2001, S. 35). Eine Greifswalder Grundschullehrerin berichtet von positiven Erfahrungen mit den Element „Bewegung, Atmung, Entspannung“ der Gesundheitswochen von ILG & KNAPPE. Auch hier zeigten sich die Kinder infolge des Bewegungsangebotes mit Yogaelementen weniger verhaltensauffällig (vgl. BROSEMANN & STEIN 2001, S. 151). In Indien wird Yoga in Schulen bereits praktiziert (vgl. AUGENSTEIN 2003, S. 45).

Wesentliche Argumente für die Aufnahme von Kinderyoga in Schulen sind die positiven Gesundheitseffekte und geringer Kostenaufwand (s. o.). Lediglich entsprechend ausgebildete Fachkräfte wären hierfür erforderlich. Ob dies durch eine Zusatzausbildung von Lehrpersonen oder durch Kinderyogalehrer geschieht, läge im Ermessen der Schule bzw. hinge vom Budget und vom verfügbaren Angebot entsprechender Fachkräfte ab. Die Implementation von Yoga in Schulen kann in unterschiedlichen Formen geschehen: als generelles Schulfach, als Zusatzangebot oder als Fördermaßnahme für benachteiligte Kinder, im Rahmen von Gesundheitsprojekten oder als Pausenangebot. In Zeiten, in denen die Schule von Eltern frei gewählt werden kann und Kinder nicht mehr nach Wohnbezirk einer bestimmten Schule zugeordnet werden, stellt das Angebot von Yoga eine zusätzlich Maßnahme zur Profilierung und Attraktivitätssteigerung für Schulen dar.

Meines Erachtens muss für eine Einbindung von Yoga in staatliche Systeme jedoch weitere Aufklärungsarbeit geleistet werden, um dem Yoga das Etikett des Exotischen und Mystischen oder Sektiererhaften zu nehmen. Betrachtet man die geschichtliche Entwicklung von Yoga in Deutschland, sind diese Vorurteile durchaus nicht unberechtigt. Immer wieder wurde Yoga nur von bestimmten Gruppen mit ideologischen Färbungen oder als Geheimlehre verbreitet. Die wissenschaftliche Aufarbeitung des Yoga ist im Verhältnis zur Geschichte des Yoga relativ kurz, jedoch ist in den neueren Ausgaben von Gesundheitsmagazinen und populären Zeitschriften die

zunehmende öffentliche Akzeptanz von Yoga zu beobachten. Kinderyoga scheint weniger bekannt zu sein, gerade hier müssen Kinder, Erziehungsberechtigte und entsprechende Fachkräfte aus Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sport und Gesundheitswissenschaften erreicht werden, um auch dafür die nötige Akzeptanz zu schaffen und Kinderyoga schließlich in öffentliche Institutionen als Angebot zu integrieren.

Literatur

ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hg. von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1997.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN: Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006. URL: http://www.vdak.de/vertragspartner/Praevention/leitfaden_praevention_2006.pdf [Stand: 12.05.2007].

AUGENSTEIN, S.: Auswirkungen eines Kurzzeitprogramms mit Yogaübungen auf die Konzentrationsleistung bei Grundschulkindern. Dissertation, Universität Essen, 2002.

AUGENSTEIN, S.: Yoga und Konzentration. Theoretische Überlegungen und empirische Untersuchungsergebnisse. Immenhausen bei Kassel: Prolog, 2003.

BANNENBERG, T.: Yoga für Kinder. München: Gräfe und Unzer, 2005.

BIENER, K.: Gesundheitserziehung. Bern: Hans Huber, 2005.

BÖS, K. (Hg.): Handbuch motorische Tests. 2. Auflage. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, 2001. ILG, H.; KNAPPE, W.: Bewegung als Quelle der Gesundheit. Teil 1 Schulkindalter, Leitfaden für Lehrpersonen und Eltern. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 2001.

BÖS, K.: Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: SCHMIDT, W.; HARTMANN-TEWS, I.; BRETTSCHEIDER, W.-D. (Hrsg.): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf: Hofmann, 2003, S. 85 - 107.

BRETZ, S.: Das Yoga Vidya Asana-Buch. Band 1: Übungsreihen, Grundstellungen, Variationen. Horn Bad Meinberg: Yoga Vidya Verlag, 2004.

BROSEMANN, G.; STEIN, J.: Rückblenden und Erfahrungen einer Lehrerin an einer bewegungsorientierten Grundschule in Greifswald. In: ILG, H.; MENIGSEN, W.: Schul- und Unterrichtsbelastungen bei SchülerInnen und Lehrpersonen - Möglichkeiten der Bewältigung durch bewegungsbetonte Gesundheitsförderung. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 2001.

BYVG: BUND DER YOGA VIDYA GESUNDHEITSBERATER: Kinderyoga Übungsleiter-Ausbildung. Bad Meinberg: Bund der Yoga Vidya Gesundheitsberater, Stand: 2006.

BZGA: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Erw. Neuauflage. Köln, 2001.

- BZGA: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: „Früh übt sich ...“ - Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Köln, 2002.
- BZGA: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006.
- CHANCHANI, R.; CHANCHANI, S.: Yoga for children. 11. Auflage. New Dehli: UBSPD, 2002.
- DEUTZMANN, H.: Yoga als Gesundheitsförderung. Grundlagen, Methoden, Ziele und Rezeption. Wuppertal: Yogaschule Wuppertal / Institut für Gesundheitsförderung, 2002.
- DISCHLER, L. (Hg.): Weltgesundheits-Organisation (WHO) (Satzung mit englischem und deutschem Text) und Internationale Gesundheits-Ordnung (Deutsche Übersetzung). Frankfurt a. M. [u. a.]: Alfred Metzner, 1952.
- DÖBBEL, S.: Der Einfluss von Yoga-Training auf die Dimensionen des Selbstkonzeptes, das Körperbild sowie das Wohlbefinden. Ein Vergleich von drei Expertisegruppen. Diplomarbeit, Technische Universität Dresden, 2004.
- DUNEMANN-GULDE, A.: Yoga und Bewegungsspiele für Kinder. München: Kösel, 2005.
- EBERT, D.: Physiologische Aspekte des Yoga, 2. Aufl. Leipzig: Thieme, 1988.
- ELIADE, M.: Yoga. Unsterblichkeit und Freiheit. Frankfurt a. M.: Insel Taschenbuch, 2004.
- FALLER, A.; SCHÜNKE, M.: Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion. 14. Auflage. Stuttgart [u. a.]: Thieme, 2004.
- FALLER, H.: Massenbewegung. Die Zeit - Leben. Heft 44/2006. URL: <http://www.zeit.de/2006/44/Yoga?page=all> [Stand: 15.04.2007].
- FEUERABENDT, S.: Heilen mit Yoga. 100 Übungen aus der Yogatherapie für ein gesundes Leben. München: Knauer, 2005.
- FLOTO, G.; VOGLER, V.: Alles über Yoga mit Kindern. Ravensburg: Ravensburger, 1997.
- FUCHS, Ch.: Yoga in Deutschland - Rezeption. Organisation. Typologie. Stuttgart: Kohlhammer, 1990.
- FUCHS, Ch.: Yoga im Spiegel der Wissenschaft. Göttingen: BYD, 2000.
- FUCHS, Ch.: Anmerkungen zur Geschichte und Gegenwart des Yoga in Deutschland. URL: <http://www.yoga-akademie.de/YoInDeutsch.html> [Stand: 15.04.2007].
- FURLAN, E.: Komm wir spielen Yoga. Freiburg im Breisgau: Bauer, 1991.
- Gharote, M. L.: Wege des Yoga. Anwendung in Therapie und Alltag. 2. Auflage. Düsseldorf: GGF, 2001.

- GOLDSTEIN, N.: Körperorientierte Übungen des klassischen Hatha-Yogas als Interventionsmaßnahme bei Grundschulkindern mit expansiven Störungen. Dissertation, Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2002.
- GOLDSTEIN, N.: Hyperaktiv - na und ... ? Yoga-Übungen für überaktive Kinder. Dortmund: Borgmann, 2003.
- GRAF, D.: Gesundheitserziehung im Kindesalter. 6. Aufl. Hamburg: BÜCHNER, Handwerk und Technik, 1995.
- GZP a: GESELLSCHAFT FÜR ZENTRIERUNG UND PÄDAGOGIK: URL: <http://www.zentrierungspaedagogik.de/musikundtheater/chinesischeoper/index.html> [Stand: 23.05.2007].
- GZP b: GESELLSCHAFT FÜR ZENTRIERUNG UND PÄDAGOGIK: URL: <http://www.zentrierungspaedagogik.de/musikundtheater/50135494d813a2016/index.html> [Stand: 23.02.2007].
- HEBESTREIT, H.; FERRARI, R.; MEYER-HOLZ, J.; LAWRENZ, W.; JÜNGST, B.-K. (Hg.): Kinder- und Jugendsportmedizin. Grundlagen, Praxis, Trainingstherapie. Stuttgart [u. a.]: Thieme, 2002.
- HEISEL, J.: Physikalische Medizin. Stuttgart [u. a.]: Thieme, 2004.
- HÖLLING, H.; ERHART, M., RAVENS-SIEBERER, U.; SCHLACK, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 784 - 793.
- HÖLLING, H.; SCHLACK, R.: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 794 - 799.
- HÖRMANN, G.: Gesundheitserziehung. In: HOMFELDT, H. G. (Hrsg.): Studienbuch Gesundheit. Neuwied [u. a.]: Luchterhand, 2002.
- HÖRSTER, R.: Bildung. In: Krüger, H.-H.; Helsper, W. (Hg.): Einführung in die Grundfragen und Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. 5. Auflage. Opladen: Leske + Budrich, 2002, S. 43 - 52.
- HUBER, E. G.: Sport im Kindes- und Jugendalter aus ärztlicher Sicht. München: Hans Mersele, 1988.
- HURRELMANN, K.; BRÜNDEL, H.: Einführung in die Kindheitsforschung. 2. Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz, 2003.
- HURRELMANN, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theo-

rien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. vollst. überarb. Auflage. Weinheim [u. a.]: Juventa, 2006.

HURRELMANN, K.; LAASER, U.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RAZUM, O. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Auflage. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2006, S. 749 - 780.

HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RAZUM, O.: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RAZUM, O. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Auflage. Weinheim [u. a.]: Juventa, 2006, S. 11 - 46.

ILG, H.; KNAPPE, W.: Bewegung, Atmung, Entspannung. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 1998.

ILG, H.; KNAPPE, W.: Bewegung als Quelle der Gesundheit. Teil 1: Schulkindalter, Leitfaden für Lehrpersonen und Eltern. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 1999.

IYENGAR, B. K. S.: Licht auf Yoga. Weilheim / Obb.: Barth, 1969.

KAISER, A.; KAISER, R.: Studienbuch Pädagogik. Grund- und Prüfungswissen. 10. überarb. Auflage. Berlin: Cornelsen, 2001.

KLIMT, F.: Sportmedizin im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart [u. a.]: Thieme, 1992.

KRUSE, L.: Emotionale, kognitive und körperliche Entwicklung bis zum 25. Lebensjahr. Stabilität, Veränderung, Synchronizität. Hamburg: Dr. Kovac, 2004.

KURTH, B. - M.: Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2006, 49, 10, S. 1050 - 1058.

KURTH, B. - M.; SCHAFFRATH ROSARIO, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 736 - 743.

LAMPERT, T.; MENSINK, G. B. M.; ROMAHN, N.; WOLL, A.: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 634 - 642.

LEITNER, B.: „Kobra“, übernehmen Sie! Studie bestätigt: Yoga-Übungen helfen bei körperlichen Beschwerden und verbessern die psychische Befindlichkeit. In: Psychologie heute, 1997,

3, S. 8 - 9.

MOBASSERI, R. M.: Sahaja Yoga im Vergleich mit der Progressiven Muskelrelaxion nach Jacobsen: Komplementäre Behandlung von Patienten mit lokalisiertem Mamma- oder Prostatakarzinom im Rahmen einer stationären Anschlussheilbehandlung - eine Pilotstudie. Dissertation, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, 2006.

NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM: Empfehlungen zur Gesundheitserziehung in allgemeinbildenden Schulen. Hannover: Niedersächsisches Kultusministerium, Referat Presse- u. Öffentlichkeitsarbeit, 1991.

OERTER, R.: Kindheit. In: OERTER, R.; MONTADA, L. (Hg.): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz, 2002, S. 209 - 257.

PILGUJ, S.: Yoga mit Kindern. Übungen und Fantasiereisen zu Hause erleben. Stuttgart: Urania, 2002.

POPP, C.: Gesundheitserziehung in der Grundschule. Theoretische Grundlegung und explorative Studie. Hamburg: Dr. Kovac, 2006.

PRECHTL, P.; Burkard, F.-P. (Hg.): Metzler Philosophie Lexikon. Begriffe und Definitionen. 2. Auflage. Stuttgart [u. a.]: Metzler, 1999.

PRISMA (Hg.): Yoga. Heft 42/2006. URL: http://www.prisma.de/thema.html?wid=_2006_42_yoga [Stand: 02.11.2006].

PROßOWSKY, P.: Hokus Pokus Asana. Yogaspiele für jeden Monat des Jahres. Braunschweig: Aurum, 1999.

PROßOWSKY, P.: Kinder entspannen mit Yoga. Von der kleinen Übung bis zum kompletten Kurs. 2. Auflage. Mühlheim a. d. Ruhr: Verlag an der Ruhr, 2007.

RANK, Ch.: Der kleine Yogi. Kinderleichtes Yoga. Münster: Menschenkinder, 2003.

RAVENS-SIEBERER, U.; WILLE, N.; BETTGE, S.; ERHART, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 871 - 878.

RKI: Robert Koch-Institut (Hg.): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16, 2003.

ROTH, R.: Paß auf, mein Kind! genügt nicht: Hilfen zur Konzentrationsentwicklung für Eltern und Pädagoge. Eschborn b. Frankfurt a. M.: Klotz, 1997.

SCHAUB, H.; ZENKE, K. G.: Wörterbuch Pädagogik. 6. Auflage. München: dtv, 2004.




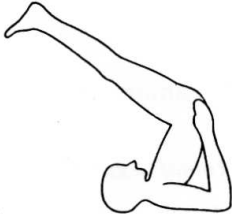
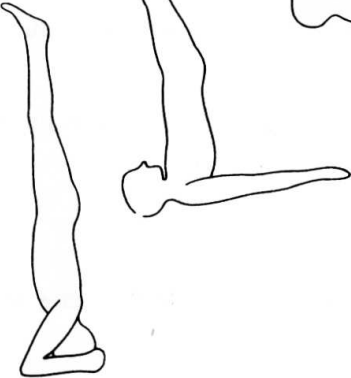

- SCHLAUD, M.; ATZPODIÉN, K.; THIERFELDER, W.: Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 - 6, S. 701 - 710.
- SATYANANDA, S.: Yoga Education for Children. Munger: Yoga Publications Trust, 2004.
- SCHNEEWIND, K. A.: Familienentwicklung. In: OERTER, R.; MONTADA, L. (Hg.): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz, 2002, S. 105 - 128.
- SHETTY, A.: Effect of pranayama and yoga on obesity with children. In: Circulation, Vol. 113 (2006-02-28), Nr. 8, E356, S. 225.
- SOMMER, A.: Gesundheitspädagogik - Skizzierung eines Konzeptes auf pädagogisch-anthropologischer Grundlage. In: KNÖRZER, W. (Hg.): Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. Heidelberg: Haug, 1994.
- SPIEGELHOFF, W.: Anatomie und Physiologie des Menschen. In: BDY: Berufsverband Deutscher Yogalehrer (Hg.): Der Weg des Yoga. Handbuch für Übende und Lehrende. 5. Auflage. Petersberg: Via Nova. 2007, S. 287 - 309.
- STÄDTLER, T.: Lexikon der Psychologie. Stuttgart: Kröner, 2003.
- STARKER, A.; LAMPERT, T.; WORTH, A.; OBERGER, J.; KAHL, H., BÖS, K.: Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2007, 50, 5 / 6, S. 775 - 783.
- STÜCK, M.: Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule: wie man Belastungen abbauen kann. Donauwörth: Auer, 1998.
- STÜCK, M.: Handbuch zum Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule. Donauwörth: Auer, 2000.
- STÜCK, M.; GLÖCKNER, N.: Yoga for children in the mirror of the science: working spectrum and practice fields of the Training of Relaxation with Elements of Yoga for Children. In: Early Child Development and Care, Vol. 175, Nr. 4, Mai 2005, S. 371 - 377.
- TÄUBE, A. R.: Die Lotosblüte bekommt Stacheln. Innere Erfahrung und Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch, 1987.
- TELLES, S.; MANJUNATH, N. K.: Improvement in visual perceptual sensitivity in children following yoga training. In: Journal of Indian Psychology, Vol. 17, Nr. 2, 1999, S. 41 - 45.
- TELLES, S.; SRINIVAS, R. B.: Autonomic and Respiratory Measures in Children with Impaired Vision Following Yoga and Physical Activity Programs. In: International Journal of Rehabilitation and Health, 1998, Vol. 04, Nr. 2, S. 117 - 122.

- THAPAR, M.; SIINGH, N.: Guten Morgen, liebe Sonne. Mit Kindern Geschichten erzählen und Yoga machen. Darmstadt: Schirner, 2005.
- TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. H.: Anatomie und Physiologie. Weinheim: WILEY-VCH, 2006.
- WAHSNER, R.: Yoga - Lebensphilosophie und Erfahrungswissenschaft. Frankfurt a. M. [u. a.]: Lang, 2002.
- WALLER, H.: Gesundheitswissenschaft. 4. überarb. u. erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.
- WARNKE, A.; SATZGER-HARSCH, U.: ADHS. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. Stuttgart: Trias, 2004.
- WESTHOFF, K.: Das Akku-Modell der Konzentration. In: BARCHMANN, H.; KINZE, W.; ROTH, N.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter - interdisziplinäre Aspekte. Berlin: Verlag Gesundheit, 1991.
- WHO: World Health Organisation: URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEU/annex/20041126_1?language=German [Stand: 20.04.2007].
- WHO: World Health Organisation: Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 1998.
- WINKLER, M.: Erziehung. In: Krüger, H.-H.; Helsper, W. (Hg.): Einführung in die Grundfragen und Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. 5. Auflage. Opladen: Leske + Budrich, 2002, S. 53 - 69.
- WULFHORST, B.: Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RAZUM, O. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Auflage. Weinheim [u. a.]: Juventa, 2006, S. 819 - 844.
- WULFHORST, B.: Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim [u. a.]: Juventa, 2002.
- ZIMMER, R.: Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau [u. a.]: Herder, 2000.
- ZIMMER, R.: Was Kinder stark macht. Fähigkeiten wecken - Entwicklung fördern. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau [u. a.]: Herder, 2001.
- ZIMMER, R.: Handbuch der Sinneswahrnehmung. Grundlagen einer ganzheitlichen Bildung und Erziehung. 13. Auflage. Freiburg im Breisgau [u. a.]: Herder, 2005.

A. Anhang

A.1. Asanas des Hatha-Yoga

Hinweise zur genauen Ausführung der Asanas finden sich z. B. bei BRETZ (2004).

Asana	deutsche Haltungsbezeichnung	Ausführung
Shavasana	„Totenhaltung“, ● Entspannungshaltung	
<i>Sitzarten</i>		
Padmasana	● Lotossitz	
Vajrasana	„Festhaltung“, ● Fersensitz	
Sukhasana	„leichte Haltung“, ● Schneidersitz	
<i>Umkehrhaltungen</i>		
Viparitarani	„umgekehrte“ Haltung ● halber Schulterstand	
Sarvangasana	● Schulterstand, ● Kerzenhaltung	
Shirshasana	● Kopfstand	
<i>Rumpftorsionen</i>		
Matsyendrasana	„Sitz des Matsyendranath“, ● Drehsitz	

Ardamatsyendrasana ● halber Drehsitz



Vakrasana ● Rückendrehung



Rumpfbiegungen nach vorn

Pashcimottanasana Kreuzbiegungshaltung,
● Zangenhaltung



Halasana ● Pflughaltung
(ist auch eine Umkehrhaltung)



Yoga-Mudra ● Symbol des Yoga



Yoganidrasana ● Schlafhaltung

Rumpfbiegungen nach hinten

Matsyasana ● Fischhaltung



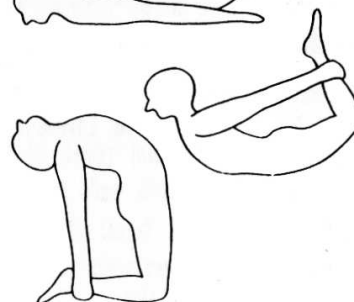
Bhujangasana ● Kobrahaltung



Shalabasana ● Heuschreckenhaltung



Dhanurasana ● Bogenhaltung



Cakrasana ● Radhaltung



Balancehaltungen

Parvatasana

● Berghaltung



Kukkutasana

● Hahnenhaltung



Vokasana

● Baumhaltung



Bakasana

● Krähenhaltung



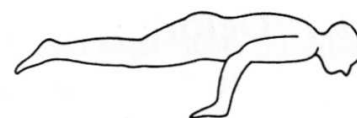
Vristcikasana

● Skorpionhaltung



Mayurasana

● Pfauenhaltung



(Abb. EBERT 1988, S. 29 - 31).

A.2. Der Sonnengruß

Der Sonnengruß (surya namaskar), auch Sonnentanz genannt, ist eine der bekanntesten dynamischen Übungsreihen (Abb. STÜCK 1998, S. 95 und 97):

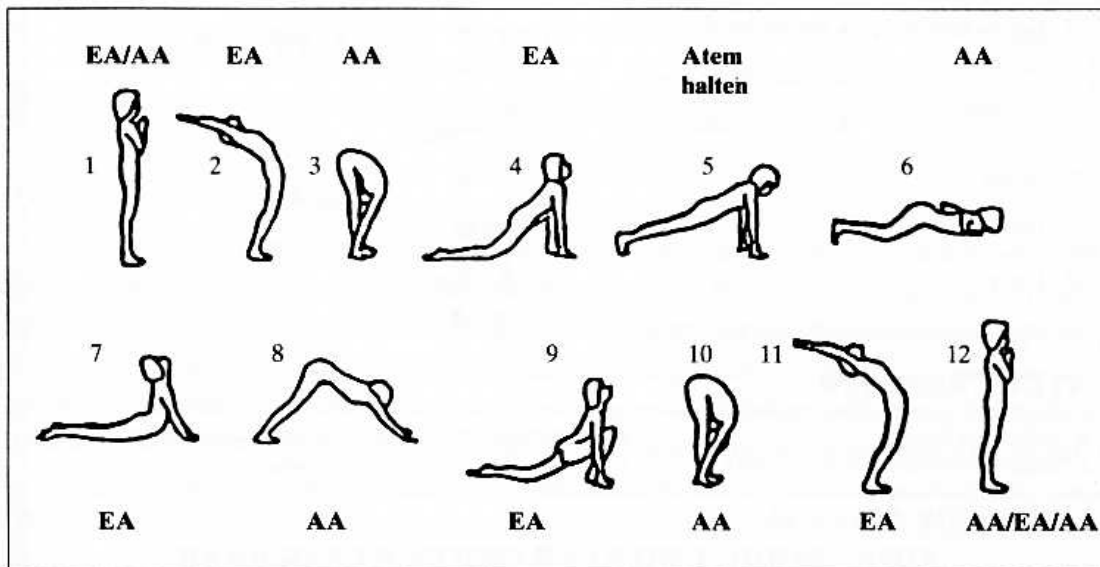
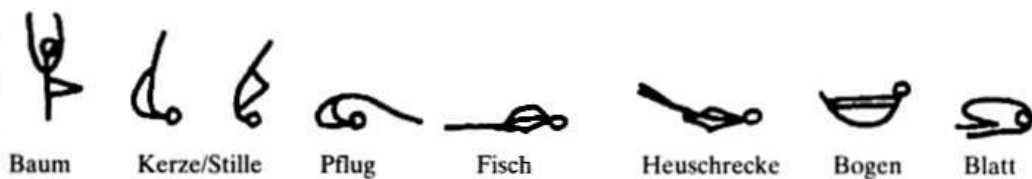


Abb. 6.2: Der Sonnentanz (EA – Einatmung; AA – Ausatmung)

Tafel 6.6

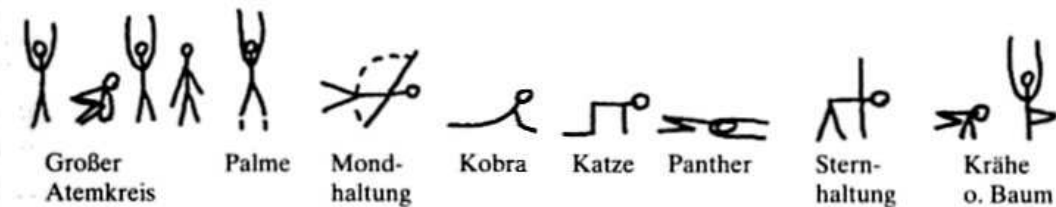
1. Stille Reihe:



2. Sonnen-Reihe:



3. Mond-Reihe:



A.3. Die Rishikesh-Reihe

Die Rishikesh-Reihe legt eine bestimmte Reihenfolge der Asanas im Übungsverlauf fest. Der Arzt und Yogameister Swami SIVANANDA (1887-1963) lehrte diese damals schon sehr alte Reihe in seinem Ashram (Übungsraum) in Rishikesh. VAN LYSEBETH und SACHAROW (s. Kap. 4.2) waren einige seiner europäischen Schüler (vgl. BRETZ 2003, S. 7). Auch die Yoga-Yidya Übungsreihe basiert auf der Rishikesh-Reihe (Abb. aus BRETZ 2004, S. 14 f.). Hinweise zur genauen Ausführung sind ebendort zu finden.



Anfangs- Entspannung
1-5 Minuten



Mantras
Om Om Om
Shanti - Frieden



Kapalabhati
3 Runden: 40, 60, 80 Aus-
atmungen. Anhalten 45, 60,
75 Sekunden.



Wechselatmung
5-10 Runden. Rhythmus
4:12:8 oder 4:16:8



**Meditation oder Entspannung im
Liegen.** 1 Minute



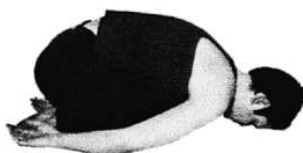
Sonnengebet
6-12 Runden



Zwischen- Entspannung
Immer zwischen 2 Übungen.
5-8 Atemzüge, oder bis der
Atem wieder ruhig ist.



Bauchmuskel- Übung
Ca. 1-2 Minuten.



Stellung des Kindes
5-8 Atemzüge



Kopfstand
1-3 Minuten



Stellung des Kindes
5-8 Atemzüge



Schulterstand
2-4 Minuten



Pflug
30-120 Sekunden



Fisch
1-2 Minuten (halb so lange wie Schulterstand)



Vorwärtsbeuge
2-5 Minuten



Schiefe Ebene
30-60 Sekunden



Bauch-Entspannung
Vor bzw. nach jeder Rückbeuge.
Jeweils 5-8 Atemzüge



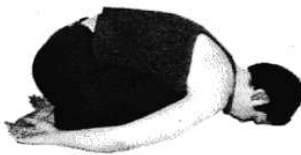
Kobra
2-3 Mal 30 Sekunden oder ein Mal
1-2 Minuten.



Heuschrecke
1-3 Mal.



Bogen
1-3 Mal, eventuell Schaukeln



Stellung des Kindes
5-8 Atemzüge



Drehsitz
Jede Seite 1-2 Minuten



Krähe
Mehrmals versuchen



Stehende Vorwärtsbeuge
30-120 Sekunden



Dreieck
Jede Seite 30-45 Sekunden



Tiefenentspannung
10 Minuten. Schritte: Körperteile anspannen, locker lassen. Autosuggestion. Geistige Entspannung. Visualisierung.



















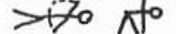






Meditation
1-20 Minuten.



Om
Segens-Mantra, Om Shanti

A.4. Übungsreihe nach STÜCK











Die Asanas wurden in Vorversuchen für eine Eignung erprobt. Insgesamt 23 Asanas wurden so als geeignet für die Kinder ermittelt und sollten in den 18 Übungsstunden vermittelt werden (Abb. STÜCK 1998., S. 96):

Tafel 6.5	
ALLE YOGAÜBUNGEN AUF EINEN BLICK	
1. Großer Atemkreis	
2. Sonnentanz	
3. Delphin	
4. Halber Kopfstand	
5. Blatt	
6. Kerze; Stille	
7. Pflug	
8. Halbe Brücke	
9. Ganze Brücke	
10. Fisch	
11. Schildkröte	
12. Rutschbahn	
13. Kreuzspinne	
14. Kobra	
15. Heuschrecke	
16. Bogen	
17. Krähe; Baum; Palme; Spatz	
18. Mondhaltung; Sternhaltung	
19. Katzenhaltungen • wechselseitige Katze • gleichseitige Katze • schleckernde Katze	
20. Hund	
21. Panther	
22. Löwe	
23. Elefantenhoren, Schmetterlingsflügel	
ATEMÜBUNGEN:	
• Ballon aufblasen	• Rhythmisches Atmen (Ein- und Ausatmung zählen)
• Indische Geheimtechnik (Ujjayi)	• Wechselatmen (Nadi Shodhana)
MEIN STOP-SPRUCH:	
STOP – RUHIG UND KLAR GEHT'S WUNDERBAR	

A.5. Übungsreihe nach AUGENSTEIN

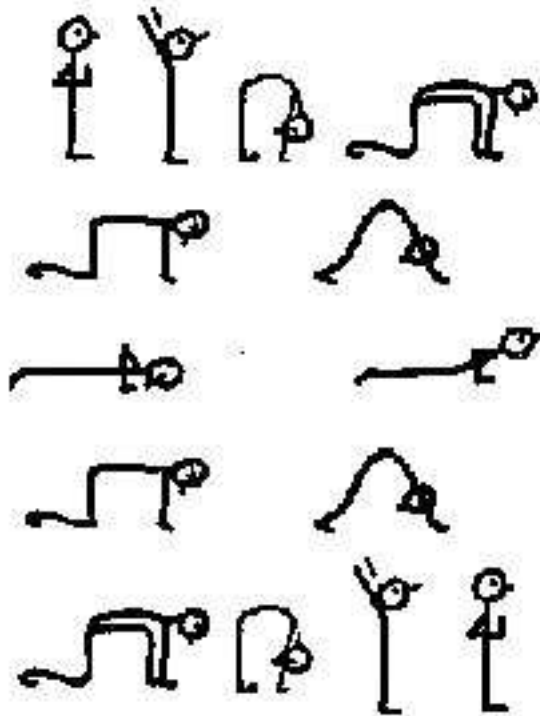
Die Übungen des Basisprogramm des KOP nach AUGENSTEIN sind (Abb. aus AUGENSTEIN 2002, S. 265 fff.):

Adler		Wir begrüßen den Adler, der uns den Weg zum Wald zeigt (aus der Stehhaltung die Arme seitlich auf Schulterhöhe ausbreiten, Finger strecken und den Oberkörper aus der Brustwirbelsäule heraus nach links und rechts drehen).
Vorbereitung für das Boot	 	Er führt uns zum See (rhythmisches Gehen zur Handtrommel, dabei die Arme auf und ab bewegen).
Boot	  	Hier steigen wir in ein Boot und rudern zur Insel (im Langsitz die Knie anwinkeln, Arme nach vorn strecken, Gewicht etwas nach hinten verlagern, Beine strecken und heben. Ruderbewegungen: Beine anwinkeln und sinken lassen). Jetzt lassen wir uns einfach treiben (im Langsitz Knie anwinkeln, Gewicht etwas nach hinten verlagern, Beine strecken, Arme nach vorn strecken).
Ruhelage		Wir ruhen uns von der Bootsfahrt aus (in der Ruhelage Hände auf die Bauchdecke legen, Fingerspitzen berühren sich, das Heben und Senken der Bauchdecke spüren).
Schmetterling	  	Auf dem Berg lebt der Schmetterling (Langsitz, Knie anwinkeln, die Fußsohlen aneinander legen, Knie nach außen und unten dehnen, auf und ab bewegen). Der Schmetterling riecht süßen Blumen-duft (tief atmen). Auf einer besonders schönen Blume lässt er sich nieder und trinkt Nektar (vorbeugen). Dabei faltet er abwechselnd seine Flügel zusammen und breitet sie weit aus (in der Rückenlage die Arme auf Schulterhöhe ausbreiten, Füße aneinander legen, die Knie zum Boden sinken lassen. Dann die Arme in die Senkrechte bewegen, bis die Handflächen sich berühren, gleichzeitig die Knie aufrichten, und nebeneinander stellen).
Katzenhaltungen	  	Die kleine Katze kommt. Sie macht einen Buckel, dann streckt sie sich und dann hebt sie den Kopf und den Po (abwechselnd den Rücken im Vierfüßlerstand runden, strecken und in die Hohlstellung bewegen). Dazu singt sie ihr Katzenlied (in der Hohlstellung Miau und in der Buckelstellung Mio tönen). Nun ruht sie sich aus und schnurrt (in der Embryonalhaltung einige Male schnurren, mmm).
Tiger	 	Der Tiger kommt (im Vierfüßlerstand rechtes Knie heben, Kopf senken und Stim und Knie zusammenführen, dann das Gleiche mit dem linken Knie). Der Ti- TA- Tiger, streckt sich immer wieder (im Vierfüßlerstand rechten Arm und linkes Bein in Verlängerung des Rumpfes diagonal dehnen und umgekehrt).
Hund nach unten		Der Hund ist gerade aufgewacht und streckt sich erst einmal richtig durch (im Vierfüßlerstand die Zehen aufstellen und den Po nach oben schieben, die Beine strecken).
Hund nach oben	 	Neugierig schaut der Hund nach oben (aus der Hundstellung über die schiefe Ebene mit angespannten Pomuskeln in die Rückbeuge gehen, den Blick nach oben richten. Dann Ausruhen in der Embryonalhaltung).

Kobra		Eine Schlange zischt und schaut sich um: sss (in der Bauchlage die Hände in Brusthöhe aufsetzen, Kopf und oberen Rücken aufrichten, über die linke und rechte Schulter schauen).
Heuschrecke (halbe und ganze Heuschrecken)	 	Auf der Wiese sitzt die Heuschrecke (zuerst die Beine abwechselnd in der Bauchlage gestreckt heben, dann beide Beine heben).
Regenbogen		Von weitem sehen wir einen Regenbogen (in der Bauchlage die Unterschenkel aufrichten, die Füße fassen und in die Bogenhaltung dehnen).
Igel		Ein kleiner Igel kommt schnaufend herbei, sucht sich ein weiches Plätzchen im Gras und ruht sich aus. Er schnauft sich noch einmal richtig aus und rollt sich ganz zusammen, legt die Stacheln an seinen Körper, denn nun fühlt er sich sicher und geborgen. Um ihn herum liegen seine Igelgenossen. Ein leichter Sommerregen fällt auf seinen Rücken (Einrollen in die Embryonalhaltung, die Arme neben den Körper legen und entspannen. Kursleiter geht umher und simuliert mit den Fingerspitzen Regentropfen, die auf den Rücken trommeln. Als Fixpunkt für die Aufmerksamkeit kann das Geräusch eines Regenmachers dienen).
Spielphase		(Zunächst die Kinder fragen, welche Tiere auf der Insel waren. Übungen nochmals vormachen, eventuell Kinder vormachen lassen. Nach dem Takt der Handtrommel im Kreis laufen. Bei einem zweimaligen Anschlag gehen die Kinder in eine Haltung. Zwei - drei Wiederholungen).
Stab Mit einfacher Drehhaltung	 	Wir nehmen Abschied von der Insel und schauen uns noch einmal um (aufrecht im Langsitz über die linke und rechte Schulter schauen).
Boot		Wir steigen wieder in das Boot und rudern zurück (Ruderbewegung und die Stellung des Bootes wie am Anfang).
Adler		Wir verabschieden uns vom Adler (im aufrechten Stand das rechte Bein von vorn über das linke Bein kreuzen, bis der Fußrücken an der linken Wade liegt. Die Unterarme senkrecht stellen und den rechten Arm von vorn über den linken kreuzen, dann vor den linken Arm dehnen und die Finger der linken Hand in die rechte Handfläche legen).
Baum		Wir verabschieden uns von den Bäumen (Baumstellung wie am Anfang). Die Bäume stehen ganz still.
Meditative Übung		

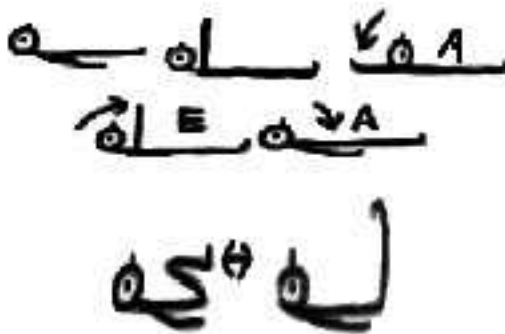
A.6. Beispiel einer Übungsstunde nach GOLDSTEIN

Beispiel für die 11. Übungsstunde (vgl. GOLDSTEIN 2002, S. 115 ff.):



Der Sonnengruß wird einmal vorgemacht und einmal von den Kindern wiederholt.

Sonnengruß (*Surya Namaskara*)



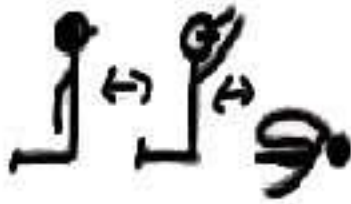
Es wird die Vier-Phasen-Atmung der 10. Stunde wiederholt.

Die kleine dynamische Kerze - in der Rückenlage Knie zur Brust hochziehen, abwechselnd beide Beine nach oben ins Lot strecken und wieder mit gebeugten Knien sinken lassen.

Kleine Kerze / *Urdha prasarita padasana*



Rückenlage / (*shavasana*)



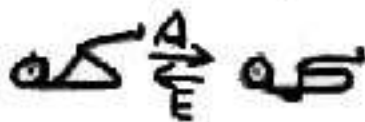
Karana aus dem Kniestand



Seilziehen



Boot (*navasana*)



Käferlage I (*apanasana*)



Rückenlage I (*shavasana*)



Klangmeditation

Karana aus dem Kniestand - im Kniestand befindlich werden die Arme nach oben geführt, um sich dann in die *yogamudra*-Haltung zu begeben.

In sitzender Haltung bewegen die Kinder mit ausgestreckten Beinen die Arme abwechselnd auf und ab, in der Vorstellung, daß sie mit Hilfe eines Seiles einen Eimer Wasser aus einem tiefen Brunnen ziehen.

Aus dem Langsitz wird der Oberkörper nach hinten geneigt, aber durch beide Arme abgestützt. Beide Beine werden schräg angehoben

Beine werden im Atemrhythmus angezogen - dabei atmet man beim Anziehen der Knie aus und beim lösen der Haltung ein.

Meditation mit Klangkörpern - es wird dem Klang nachgelauscht bis er verklingt. Dabei werden die Kinder mit einbezogen, in dem sie jeweils einen Klangkörper benutzen und alle dem Klang nachlauschen.