

KLAUS BÖS/WALTER BREHM/GERHARD HUBER/ULRIKE UNGERER-RÖHRICH¹

Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Zielgruppen im Kontext von „Public Health“ und Gesundheitssport

Die Bedeutung der körperlichen Aktivität und des Sports als präventives, therapeutisches und rehabilitatives Mittel hat sich in den letzten Jahren beträchtlich erweitert und liefert einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit oder zur Idee des „Public Health“. Zu den Leitideen des „Public Health“ gehört die Integration gesundheitlicher Aufgaben in die gesellschaftlichen Aktivitäten mit dem Ziel, „Bedingungen zu schaffen und sicherzustellen, in denen Menschen gesund sein können“ (Definition der Public Health Koordinierungsstelle). Dazu gehört sowohl die Gesundheitsförderung als auch die „Fürsorge für spezielle vulnerable Gruppen und die Bekämpfung häufiger bzw. gefährlicher Erkrankungen in der Bevölkerung.“ Vor diesem Hintergrund zeigt sich ein breites Spektrum an Zielgruppen, an Handlungsfeldern und daraus abzuleitenden Aufgaben für die Sportwissenschaft.

Die Kommission Gesundheit der dvs hat sich im Jahre 1995 konstituiert und sieht ihre Funktion u.a. darin, angesichts der verschiedenen Bezugsgruppen und Handlungsfelder für eine „sportwissenschaftliche Bodenhaftung“ sowohl in der Forschung als auch in der konzeptionellen Gestaltung zu sorgen. Ihr erstes Positionspapier hat die Kommission anlässlich ihrer Gründung erstellt. Dieses Schwerpunktthema war für den Sprecherrat Anlaß, die bisherigen konzeptionellen Überlegungen in einer graphischen Darstellung der Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Zielgruppen im Kontext von „Public Health“ und Gesundheitssport zu bündeln (Abb. 1).

Die thematischen Bezüge des gesundheitsorientierten Sports konzentrieren sich auf die *Aufgabenbereiche* Lehre, Forschung und Kommunikation/Kooperation:

- *Lehre*: Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Rahmen der universitären Veranstaltungen, Vernetzung mit spezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten
- *Forschung*: Insbesondere Entwicklung und Überprüfung von angemessenen Bewegungs- und Sportprogrammen für die Zielgruppen in den verschiedenen Handlungsfeldern, dazu müssen verstärkt Methoden aus dem Bereich der Medizin und der Psychologie, z.B. in Form eines Rehabilitationsassessments, integriert werden.
- *Kommunikation und Kooperation*: Dieser Bereich entspricht einem zentralen Gedanken der „Public Health“ Philosophie. So müssen hier Kommunikationswege und Kommunikationsstrategien zu
 - den beteiligten Professionen der Ärzte, der Psychologen und der Medizinfachberufe,
 - den beteiligten Institutionen wie Kostenträger, Schulen, Rehabilitationseinrichtungen, Vereine, Verbände sowie
 - der eigentlichen Zielgruppe, der Bevölkerung gefunden werden.

Zielgruppen der Aufgabenbereiche sind Kinder/Jugendliche, Erwachsene und Senioren in den *Handlungsfeldern* Kindergarten, Schule, Kommune, Verein, Betrieb, Studio und ambulante bzw. stationäre Rehabilitation.

Die einzelnen Zellen des so beschriebenen Spektrums der Kommissionsaufgaben waren bereits in unterschiedlichem Maße Gegenstand systematischer Betrachtungen (vgl. BÖS/BREHM 1998).

Die Bereiche *Kindergarten und Schule* sowie *Rehabilitation* werden im folgenden exemplarisch ausgeführt,

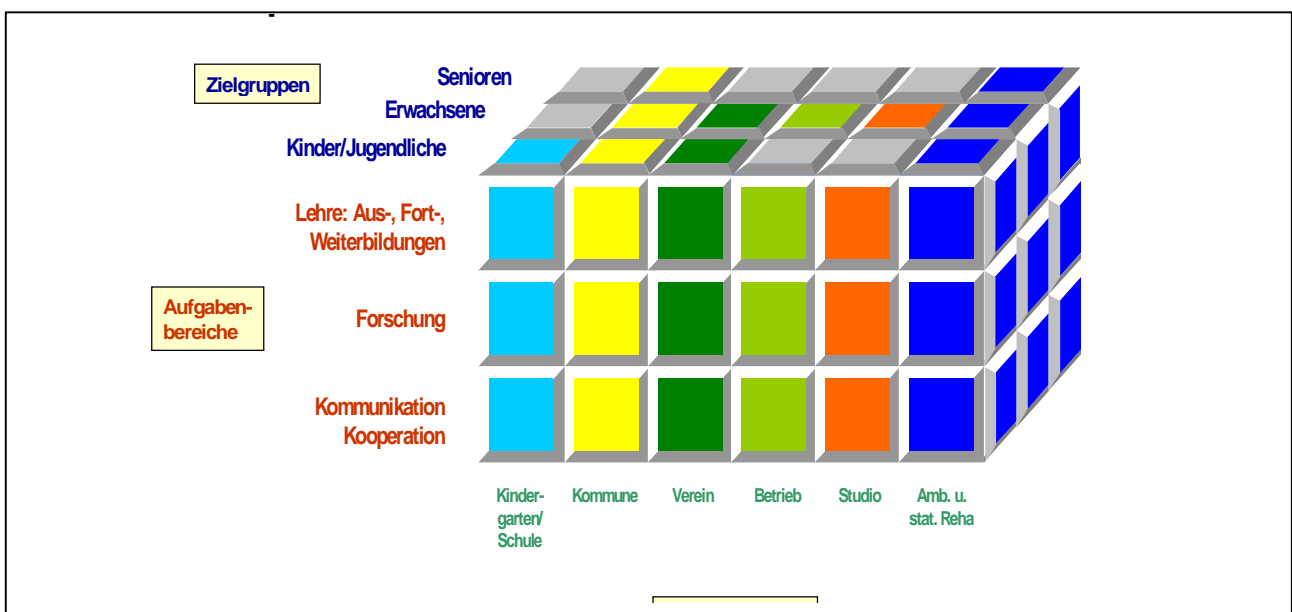


Abb. 1: Schwerpunkte der Kommission Gesundheit der dvs

1 Sprecherrat der Kommission Gesundheit der dvs

um sportwissenschaftlich begründete Positionen deutlich zu machen sowie aktuelle Perspektiven und Entwicklungen darzustellen.

Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule (Ulrike UNGERER-RÖHRICH)

Kinder sollen sich als *gesunde*, produktive und kompetente Mitglieder der Gesellschaft entwickeln können. Erziehungskonzepte für die Arbeit in Kindergarten und Schule müssen sich daher an aktuellen und zukünftigen Lebensbedingungen orientieren und Kinder und Jugendliche für die damit verbundenen Herausforderungen qualifizieren.

In Schule und Kindergarten müssen Kinder und Jugendliche (Basis-)Kompetenzen entwickeln bzw. erwerben, mit denen sie Anforderungen und Schwierigkeiten meistern, komplexe Problemstellungen als Herausforderungen sehen und an der Bewältigung aktiv mitwirken können (vgl. FTHENAKIS 1998). Sport und Bewegungsaktivitäten *können* zu diesen Prozessen einen positiven Beitrag leisten.

Für Kinder und Jugendliche sind Kindergarten und Schule die Institutionen, in denen sie u.a. zu regelmäßiger Sport- bzw. Bewegungsaktivität angehalten werden können bzw. wo ihnen Raum für Bewegungsaktivitäten eingeräumt werden sollte. Dem entsprechend ist hier auch ein Ort, um Gesundheitsförderung durch körperliche Aktivität zu initiieren und sie als Gewohnheit auszubilden, also in den sich entwickelnden Lebensstil zu integrieren. Nach salutogenetischen Modellvorstellungen sollen diese Initiativen neben einer Reduzierung von möglichen Defiziten wie z.B. Bewegungsmangel vor allem auch sportliche Aktivität als Schutzfaktor hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit und vor allem der sozialen Erfahrungen ausbilden. Von diesen Wirkungen mögen viele im Sport aktive Menschen subjektiv auch überzeugt sein, einen Beleg über die langfristigen Effekte sportlicher Aktivität auf Aspekte der physischen Gesundheit (vgl. KNOLL 1997) und der psychischen Gesundheit (vgl. SCHLICHT 1994) kann die Sportwissenschaft so allgemein nicht liefern. So ist in den letzten Jahren die unspezifische Wirksamkeitserwartung sportlicher Aktivität einer kritischen Auseinandersetzung gewichen.

Im Bereich der *Forschung* müssen Konzepte entwickelt und überprüft werden, bei denen durch spezifische Gestaltungen der sportlichen Aktivität auf spezifische Qualitäten der Gesundheit gezielt wird. Konzepte sind daran zu messen, ob sie Kindern helfen resilient zu werden. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, interdisziplinär zu arbeiten. Berliner Gesundheitswissenschaftler haben einen Modellversuch „Selbstwirksame Schule“ initiiert. In einem solchen Kontext dürfte die körperliche Aktivität nicht fehlen und es wäre zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen Sport und Bewegung hinsichtlich des Merkmals „Selbstwirksamkeit“ zu gewünschten Effekten beitragen kann. Umgekehrt ist auch die Sportwissenschaft nur selten Motor für interdisziplinäre Forschung. Insgesamt gibt es weder aus der Sportwissenschaft noch mit sportwissenschaftlicher Beteiligung notwendige gesicherte Grundlagen zur Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule. Es bedarf einer Weiterentwicklung von Gesundheitsförderkonzepten und deren Evaluation, bei der vor allem die Prozessqualität, also Interaktionen und Erfahrungen der Kinder in Kindergarten und Schule, beachtet werden. Längsschnittlich an-

gelegte Effektivitäts- und Effizienzuntersuchungen, die methodisch fundiert sind und einen angemessenen Untersuchungszeitraum umspannen, fehlen noch weitgehend.

Wenn Gesundheitsförderung erfolgreich in Kindergarten und Schule realisiert werden soll, so müssen die Akteure entsprechend qualifiziert werden. Für die Ausbildung von Erziehern/innen sind Fachschulen zuständig, für die sich die Sportwissenschaft bislang nicht interessiert hat. Schaut man auf den Bereich der *Lehre* in den Lehramtsstudiengängen, so ist die Thematik „Gesundheit“ in keiner Weise als verbindlich zu sehen. Es ist zu überlegen, ob mit der Diskussion zur Modularisierung in den Studiengängen, entsprechende Absprachen über gesundheitsthematische Grundlagen für die Lehrstudenten/innen vereinbart werden können. Das soll auf keinen Fall die wünschenswerte Vielfalt in den Lehramtsstudiengängen eingrenzen, aber ein gewisses Mindestwissen in heute als zentral eingestuften Themenfeldern sollte verbindlich werden und ist auch vor dem Hintergrund der Legitimierungsdiskussion von Sportunterricht von Bedeutung (vgl. GRUPE/KRÜGER 1997). Für die Erarbeitung entsprechender Empfehlungen für das Sportstudium will sich die Kommission Gesundheit der dvs einsetzen.

Sportlehrer/innen sollten Kenntnisse darüber besitzen, wie in der Schule Gesundheitsförderung erfolgreich realisiert werden kann und wie im Sportunterricht in der Schule Ressourcen weiterentwickelt bzw. wie Kinder resilient werden können. Aus der Resilienzforschung (vgl. OPP/FINGERLE/FREYTAG 1999) haben sich in den letzten Jahren neue Wege ableiten lassen, um Kinder bei der Entwicklung ihrer Widerstandskräfte zu unterstützen und entwicklungsgefährdete Kindern zu fördern.

Auch über die in den Prüfungsordnungen der einzelnen Bundesländer verankerten Praxisinhalte des Sportstudiums sollte diskutiert werden. Viele Ordnungen gehen nach wie vor von einzelnen Sportarten aus und berücksichtigen zu wenig, die Interessen der zukünftigen Adressaten. Man sollte jedoch hinschauen, wo und wie sich Kinder bewegen und daraus Konsequenzen ziehen. Der Vorschlag der MARBURGER SPORTPÄDAGOGEN (1998) „Grundthemen des Bewegens“ zu berücksichtigen könnte hier genauso Orientierungen bieten, wie die aktuellen Überlegungen für den Lehrplan NRW, in dem unter anderem die „Erschließung der Bewegungs-, Spiel- und Sportkultur“ gefordert wird. Die Bedeutung dieser Fragen ist auch in anderen dvs-Gremien deutlich, wie die „dvs-Informationen“ 1/1999 zu Fragen der Ausbildung im Sport zeigen.

Natürlich muß man Überlegungen zur Lehre im Kontext mit Fragen zur pädagogischen Schulentwicklung diskutieren. Das Verständnis von Schule verändert sich hinsichtlich der Entwicklung der einzelnen Schule (vgl. WENZEL 1998). Sollen Sport und Bewegung bei der Gestaltung von Schulkultur Beachtung finden, so muß die Sportwissenschaft ihren Beitrag zur Schule als Lern- und Lebenswelt präzisieren und die Studenten/innen entsprechend qualifizieren.

Mindestens genauso bedeutsam ist es, die Gesundheitsthematik auch verstärkt in der Fort- und Weiterbildung zu thematisieren. Diesem Bereich wird – politisch unterstützt und gefördert – vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und die Sportwissenschaft ist gefordert, zu-

sammen mit den auf Landesebene agierenden Fortbildungseinrichtungen und dem Sportlehrerverband tragfähige Konzepte sowohl zur individuellen Fortbildung als auch zur Organisationsentwicklung zu konzipieren.

Es gibt noch lange nicht genug Orte, wo Diskussionen über ein verändertes Verständnis von Gesundheit, über salutogenetisches Denken und die sich daraus ergebenden Konsequenzen stattfindet. Um mit größeren Schritten konsensfähige Verständigungen zu erzielen, müssen Netzwerke geschaffen werden, die die *Kommunikation und Kooperation* in diesem Bereich verbessern. Das Netzwerk „gesundheitsfördernder Schulen“ ist ein gutes Beispiel. Auch der Arbeitskreis Bewegungserziehung im Elementarbereich in Hessen steht für gelungene Vernetzung: Institute für Sportwissenschaft, Fachschulen für Erzieherinnen, Versicherungsträger, Träger der Jugendhilfe, Jugendsportverbände und Fortbildungseinrichtungen haben sich zusammengeschlossen, um für Kinder im Elementarbereich kindgerechte Bedingungen zum Aufwachsen zu schaffen bzw. zu verbessern. Das bedeutet vor allem, Kindern eine geeignete „Bewegungswelt“ zu ermöglichen, die für eine gesunde Entwicklung wichtig ist. Zwar haben wir noch ein deutliches Defizit hinsichtlich fundierter Konzepte zur Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule, unsere vorhandenen sportwissenschaftlichen Erkenntnisse müssen wir jedoch besser kommunizieren und hier sieht die Kommission Gesundheit noch vielfältigen Handlungsbedarf.

Perspektiven in der ambulanten und stationären Rehabilitation (Gerhard HUBER)

Die dvs-Kommission Gesundheit sieht unter den im Überblick vorgestellten Handlungsfeldern insbesondere für den Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitation bedeutende Entwicklungschancen und konsequenterweise auch einen intensiven sportwissenschaftlichen Handlungsbedarf. Wie die daraus resultierenden Veränderungen in Forschung und Lehre aussehen müssen, wird vor allem von den Erfordernissen und Rahmenbedingungen innerhalb dieses Handlungsfeldes, also innerhalb des Gesundheitssystems, bestimmt. Die Frage lautet also weniger, wie Sportlehrer/innen in diesem Arbeitsfeld eine Beschäftigung finden können, sondern welche Ziele hat die Rehabilitation und welchen Beitrag können entsprechend ausgebildete Sportlehrer/innen zur Erreichung dieser Ziel beitragen.

In Deutschland gibt es derzeit ca. 1.400 Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 185.000 Betten.² Dieses System befindet sich in einem dramatischen Umbruch, welcher durch ein ganzes Bündel von gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Faktoren ausgelöst und beeinflusst wird.

Die wichtigsten dieser Faktoren seien hier kurz skizziert:

- *Demographischer Wandel durch Veränderung der Altersstruktur:* Mit einer Erhöhung des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung wächst die auch Bedeutung von rehabilitativen Ansätzen.
- *Veränderung des Krankheitsspektrums:* Damit im Zusammenhang ist wird das Krankheitsgeschehen in überwiegendem Maße von chronischen und degene-

rativen Erkrankungen bestimmt, bei denen die „Grenzen rein biomedizinischer Modelle sowohl in der Ursachenfindung, wie in der Behandlung“ (ELLGRING 1990, 47) deutlich zutage treten.

- *Entwicklung einer „salutogenetischen“ Perspektive:* Neben den Faktoren, die zur Verursachung der Krankheiten beitragen, werden verstärkt auch die Faktoren und Ressourcen berücksichtigt, die „Gesundheit“ als positiven Zustand entstehen lassen und aufrechterhalten. Als grundlegendes und gleichzeitig markantestes Modell für diese Entkopplung von der medizinischen Dominanz kann der salutogenetische Ansatz von ANTONOVSKY (1979) gesehen werden.
- *Ökonomische Bewertung des Systems der Gesundheitsversorgung:* Die Ausgaben für Gesundheit haben im Jahr 1998 die 500 Mrd. Grenze deutlich überschritten. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, wenn Leistungen in diesem System verstärkt nach den Kriterien der „Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (§2 Abs. 1, SGB V) und ihrer Effektivität bewertet werden und sich „Qualitätssicherung“ zu einem der meist benutzten Begriff im Gesundheitssystem entwickelt hat.
- *Veränderungen des Angebotsspektrums im Gesundheitswesen:* Unter der Vielzahl der aktuell und überwiegend unter finanziellem Druck entstehenden Veränderungen im Gesundheitswesen ist insbesondere die Verlagerung therapeutisch-rehabilitativer Maßnahmen in den ambulanten Bereich mit einer direkten Anknüpfung an die Lebensbezüge der Betroffenen für den rehabilitativen Sport von Bedeutung. Gleiches gilt für die zunehmenden Bedeutung von zukunftsorientierten Ansätzen wie „Disease Management“ und „Managed Care“.

Wenn auch die Analyse von CACHAY/THIEL (1998) zu einer etwas anderen Einschätzung gelangt, so ist auch bei einer vorsichtigen Bewertung dieser Entwicklungen davon auszugehen, daß die Bedeutung bewegungsbezogener und sportlicher Interventionen in der Rehabilitation in Zukunft noch deutlich zunehmen wird. Als Belege für die bereits jetzt eingeleitete Entwicklung können die folgenden Punkte angeführt werden:

- Seit Beginn der 90er Jahre wurden von den Kostenträgern (zuerst Berufsgenossenschaften und später auch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) unter der strategischen Leitlinie „*ambulant vor stationär*“ ambulante therapeutische Maßnahmen in der Versorgung von Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat etabliert. Diese wurden zunächst als *besonders indizierte Therapie* („BiTh“) später als *Erweiterte Ambulante Physiotherapie* („EAP“) oder unter der Bezeichnung der „AOTR“ (*Ambulante Orthopädisch – Traumatologische Rehabilitation*) zu einem festen Bestandteil des Rehabilitationsangebots mit inzwischen über 300 darauf spezialisierten Rehabilitationszentren. Innerhalb dieser Ansätze ist erstmalig die Beteiligung eines akademisch ausgebildeten Sportlehrers mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation zwingend vom Kostenträger vorgeschrieben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Orthopäde, Physiotherapeut/Masseur und Sporttherapeut dazu beiträgt, den Ansatz der ambulanten Rehabilitation zu optimieren (vgl. dazu FROBÖSE/NELLESSEN 1998).

„Die Vorteile der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie passen gleichfalls in das Konzept des

2 Alle Zahlenangaben stammen aus dem Statistischen Jahrbuch 1998 (Stat. Bundesamt Wiesbaden).

Gesundheitsstrukturgesetzes, welches unter anderem fordert, mehr Behandlungsmaßnahmen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, um auf diesem Weg Kosten einzusparen, ohne auf medizinischem Wege Nachteile für den Verletzten hinnehmen zu müssen" (PEIL 1996, 35).

- In den überarbeiteten Vereinbarungen mit den Kostenträgern wird sich der Personalschlüssel verändern: die Zahl der Sporttherapeuten wird in Relation zur Patientenzahl bis auf vier je Einrichtung erhöht.
- Auch im Bereich der stationären Heilmaßnahmen konnte sich die Sporttherapie insbesondere seit Einführung der Anschlußheilbehandlung (AHB) als wichtige Arbeitsrichtung etablieren (SCHÜLE 1996). Ein wichtiges Indiz für die sich abzeichnende Professionalisierung ist die Tatsache, daß in fast allen Bundesländern das Berufsbild des akademisch ausgebildeten Sportlehrers in die Tarifverträge mit den Rehabilitationskliniken aufgenommen wurde. In der von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, dem bedeutendsten Kostenträger für Rehabilitationsmaßnahmen, regelmäßig herausgegebenen Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) finden sich vermehrt Aufgaben, die ausschließlich von besonders qualifizierten Sportlehrern erfüllt werden können.
- Die Wiederaufnahme gesundheitsfördernder Leistungen in den Aufgabenkatalog der Krankenkassen wird von der rot-grünen Koalition auf den Weg gebracht und von den Kassen werden momentan Kriterien zur Qualitätssicherung dieser Angebote erarbeitet. Dadurch ergeben sich wieder verstärkt Chancen für die Sportwissenschaft.
- Der Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) hat in Form eines sporttherapeutischen Indikationskataloges und verschiedener Positionspapiere zur Qualitätssicherung Arbeitsgrundlagen für die berufspolitische Vertretung geschaffen (vgl. dazu HUBER/BALDUS 1997; SCHÜLE/HUBER 1999). Diese bilden die Grundlage sowohl für Verhandlungen mit den Kostenträgern als auch für Intervention auf dem formal – juristischen Weg.

Faßt man diese hier nur kurz dargestellten Entwicklungen zusammen, so zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der steigenden Bedeutung in diesem sich entwickelnden Arbeitsfeld und der sportwissenschaftlichen Partizipation. Die Veränderungen der Rahmenbedingungen haben die wissenschaftlich fundierte Praxisentwicklung in dem Anwendungsfeld überholt.

Aus dieser Konstellation ergibt sich ein ganzes Bündel von Aufgaben für die sportwissenschaftlichen Hochschuleinrichtungen. Mit höchster Priorität sollten die folgenden Punkte in Angriff genommen werden:

- *Weitere Analyse des Arbeitsgebietes Rehabilitation:* Dies bezieht sich vor allem auf die Anforderungen des Arbeitsfeldes und die Ableitung von möglichen Tätigkeitsbereichen und für akademisch ausgebildete Sportlehrer innerhalb der Rehabilitation. Hier sind es unter anderem die „edukativen“ Elemente der Rehabilitation sowie die Forderung nach Evaluation und Qualitätssicherung, für die gerade Sportlehrer/innen mit akademischer Ausbildung und pädagogischer Basisqualifikation Kompetenzen einbringen könnten.

- *Schaffung eines Qualifikationssystem mit arbeitsmarktrelevanten Inhalten:* Es ist zukünftig notwendig, Ausbildungsinhalte verstärkt an den Erfordernissen des Arbeitsfeldes auszurichten. Diese dringend notwendige Umorientierung ist auch deshalb schwer zu verwirklichen, weil die personellen, räumlichen und apparativen Infrastrukturen in den sportwissenschaftlichen Einrichtungen nur in geringem Masse für eine derartige Ausrichtung geeignet sind. Im Zuge der Profilierung der Institute muß dies verändert werden. Dazu gehört auch die konsensuale Festlegung von Qualifikationskriterien.
- *Kooperation von Hochschulen und Berufsverband:* Ohne berufspolitische Organisation und Vertretung scheint eine dauerhafte Etablierung innerhalb des Gesundheitswesens mit seinen gesetzlichen und institutionellen Verflechtungen nicht möglich. Dafür entsteht aber erst langsam ein Bewußtsein. Die oben erwähnten Entwicklungen entstanden nicht von alleine und bedürfen in Zukunft der permanenten und intensiven berufspolitischen Arbeit.
- *Schaffung von berufs begleitenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durch Kooperation von Hochschulen und Berufsverband:* Im Arbeitsfeld ist eine permanente Weiterbildung unerlässlich. Auch dafür muß sowohl das Bewußtsein als auch die Infrastruktur geschaffen werden.

Literatur

- ANTONOVSKY, A.: Health, stress, and coping. London, San Francisco 1979
- BÖS, K./BREHM, W.: Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998
- CACHAY, K./THIEL, A.: Ausbildung ins Ungewisse? Beschäftigungschancen für Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler im Gesundheitssystem. Aachen 1998
- ELLGRING, H.: Verhaltensmedizin. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch. Göttingen 1990, 45-50
- FROBÖSE, I./NELLESSEN, G. (Hrsg.): Training in der Therapie Wiesbaden 1998
- FTHENAKIS, W.F.: Einleitung. In: FTHENAKIS, W.F./EIRICH, H. (Hrsg.): Erziehungsqualität im Kindergarten. Freiburg 1998, 13-22
- GRUPE, O./KRÜGER, M.: Einführung in die Sportpädagogik. Schorndorf 1997
- HUBER, G./BALDUS, A.: Qualitätssicherung in Bewegungsprogrammen. In: Gesundheitssport und Sporttherapie 13 (1997), 1, 4-9
- KNOLL, M.: Sporttreiben und Gesundheit – Eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf 1997
- MARBURGER SPORTPÄDAGOGEN: „Grundthemen des Bewagens“. Eine bewegungspädagogische Erweiterung der Sportlehrer-ausbildung. In: sportunterricht 47 (1998), 318-324
- OPP, G./FINGERLE, M./FREYTAG, A.: Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München 1999 (im Druck)
- PEIL, J.M.: Erweiterte ambulante Physiotherapie/ambulante Rehabilitation. In: Zeitschrift für ambulante Rehabilitation ZAT-Journal 4 (1996) 1/2, 33-37
- SCHLICHT, W.: Sport und Primärprävention. Göttingen 1994
- SCHÜLE, K./HUBER, G.(Hrsg.): Grundlagen der Sporttherapie. Wiesbaden 1999 (im Druck)
- WENZEL, H.: Neue Konzepte zur pädagogischen Schulentwicklung und die Qualifikation der Akteure. In: KEUFFER, J. u.a. (Hrsg.): Schulkultur als Gestaltungsaufgabe. Partizipation – Management – Lebensweltgestaltung. Weinheim 1998, 241-259