



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

GESUND LEBEN - LERNEN - LEHREN
GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DER SCHULE

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Yvonne Johannes
Stefanie Hahn

Erstbetreuer: Prof. Dr. Bernhard Langer
Zweitbetreuer: M.Sc. Silke Brückner
Tag der Einreichung: 6. Mai 2013
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2013- 0676-9



Zusammenfassung

Die Institution Schule ist nicht nur ein Ort, an dem Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden. Sie stellt vielmehr ein wichtiges Setting dar, das in vielfältiger Weise Einfluss auf die Gesundheit der Lernenden und Lehrenden nimmt. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausgehend von einer aktuellen Bestandaufnahme zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen mit dem Thema der Gesundheitserziehung an Schulen.

Nach eingehender Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass die gesundheitliche Lage der Lernenden und Lehrenden problematisch ist und die Integration von Gesundheitserziehung sowohl in der Schul- als auch in der Lehramtsausbildung weiter voranschreiten muss. Die Analyse ergab außerdem, dass der aktuelle Fächerkanon ein Gesundheitsfach derzeit nicht zulässt und sich die Schulen an dem Leitbild der guten gesunden Schule orientieren sollten, welches zur Steigerung der Erziehungs-, Bildungs- und Schulqualität beiträgt. Zukünftig sollten Bestrebungen in die Richtung eines ganzheitlichen Konzeptes gehen, das ein Gesundheitsschulfach und die gute gesunde Schule in sich vereint.

Schlüsselwörter: Gesundheitserziehung, Gesundheitsfach, Gute gesunde Schule

Abstract

The school institution is not just a place where knowledge and skills are to be taught rather it is an important setting that has a bearing on the health of pupils and teachers in many ways. Based on a current survey of the health of students and teachers, this thesis is concerned with the subject of health education in the school setting.

After a thorough literature research it has become apparent that the health situation of pupils and teachers is problematic and the integration of health education in schooling and teacher training has to be advanced. The analysis has also shown that the current curriculum does not allow a health subject and the schools should orient itself towards the model of a good and healthy school, which contributes to the quality of education, training and school. Future efforts should go in the direction of a concept, which integrate health subject into a good and healthy school.

Keywords: Health Education, Health Subject, Good and Healthy School



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	5
Anhangsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung.....	7
2 SchülerInnen- und LehrerInnengesundheit in Deutschland.....	10
2.1 Zur Gesundheit von SchülerInnen.....	10
2.1.1 Rahmenbedingungen.....	11
2.1.1.1 Die soziale Lage.....	11
2.1.1.2 Die Situation in den Familien.....	13
2.1.2 Aktueller Gesundheitszustand.....	15
2.1.2.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren.....	15
2.1.2.2 Körperliche Entwicklung.....	17
2.1.2.3 Gesundheitliche Auffälligkeiten.....	18
2.1.3 Die Schule als Gesundheits- und Krankheitsfaktor.....	20
2.2 Psychosoziale Beanspruchungen des Lehrberufes.....	23
3 Gesundheitserziehung in der Schule.....	26
3.1 Begriffsabgrenzung Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung.....	26
3.2 Gesundheitserziehung im historischen Diskurs.....	31
3.3 Gesundheitserziehung zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.....	33
3.3.1 Das präventive Modell.....	34
3.3.2 Das Empowerment-Modell.....	36
3.3.3 Das Salutogenese-Modell.....	38
3.3.4 Das Health Literacy-Konzept.....	40
3.3.4.1 Definitionen, Ebenen und Konzeption von Health Literacy.....	41
3.3.4.2 Health Literacy von SchülerInnen.....	42
3.4 Gesundheitserziehung in der Lehramtsausbildung.....	44
3.5 Gesundheitsschulfach oder gute gesunde Schule.....	47



3.6	Die gute gesunde Schule	51
3.6.1	Strategien der guten gesunden Schule	51
3.6.2	Merkmale der guten gesunden Schule	53
3.6.3	Qualitätsentwicklung und -sicherung	56
3.6.3.1	Funktionen der Qualitätssicherung	57
3.6.3.2	Ebenen und Ansätze der Qualitätssicherung	58
3.7	Das Modellprojekt Anschub.de	60
3.7.1	SEIS - Selbstevaluation in Schulen	61
3.7.2	Schulprogrammentwicklung	65
3.7.3	Leitfaden einer guten gesunden Schule	66
3.7.4	Förderung der LehrerInnengesundheit	70
3.7.5	Wirksamkeit des Projektes	72
3.7.6	Finanzielle Förderung durch die Krankenkassen	74
4	Schlussbemerkung	77
	Literaturverzeichnis	80
	Verzeichnis der Internetquellen	87
	Anhang	95



Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Doppelstruktur von Gesundheitserziehung.....	34
Abbildung 2: Präventives Modell von Gesundheitserziehung.....	35
Abbildung 3: Empowerment-Modell, Rolle der Gesundheitserziehung	38
Abbildung 4: Das SEIS-Qualitätsverständnis 2008.....	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der traditionellen Gesundheitserziehung und der innovativen Gesundheitsförderung	33
Tabelle 2: Ziele der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Schulen	75

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Vergleich der Ausgaben Setting-Ansatz, Individueller Ansatz und BGF ...	95
Anhang 2: Musterfragebogen für SchülerInnen bis zur 6. Klasse	96
Anhang 3: Musterfragebogen LehrerInnen	109



Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Anschub	Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CNHEO	Coalition of National Health Education Organizations
DIN-ISO	Deutsche Industrie Norm-International Organization for Standardization
EFQM	European Foundation for Quality Management
GeKoKidS	Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRR	General Resistance Ressources
Ibbw	Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung e.V.
INIS	Internationalen Netzwerk Innovativer Schulsysteme
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
Masfg.rlp	Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland Pfalz
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
PISA	Programme for International Student Assessment
PiSA	Personen-in-Personen-Ansatz
QIP	Qualität in der Prävention
RKI	Robert Koch-Institut
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEIS	Selbstevaluation in Schulen
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence
THI	Taille-Hüft-Index
WHO	World Health Organization



1 Einleitung

„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der EntschlieÙung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen.“¹

Immanuel Kant - Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? (1784)

Die moderne Gesundheitserziehung knüpft an diese volksaufklärende Tradition an² und versucht unmündige SchülerInnen im Laufe ihrer Schulzeit zu eigenverantwortlichen, leistungsfähigen und gesundheitsbewussten jungen Persönlichkeiten heranreifen zu lassen, die in der Lage sind, ihre Zukunft selbstbestimmt zu gestalten.³ Mit der vorliegenden Arbeit wird u.a. aufgezeigt, dass die Voraussetzung dafür - nämlich ein gesunder Start ins Leben - in Deutschland nicht gleich verteilt ist.⁴ Insgesamt betrachtet, handelt es sich bei dieser Altersgruppe um die gesündeste der gesamten Bevölkerung.⁵ Allerdings zeigen genauere Untersuchungen, dass die Belastungen durch gesundheitliche Probleme, insbesondere bei sozial benachteiligten SchülerInnen, steigen.⁶ Das Spektrum der Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Dieser Wandel vollzog sich von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen und von den somatischen hin zu den psychischen Störungen. Die neue Morbidität ist wesentlich durch Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens geprägt.⁷ Es ist also naheliegend, dass Heranwachsende in defizitären gesundheitlichen Lebenslagen auch in ihren Bildungsanstrengungen und -erfolgen eingeschränkt sind. Aus dieser Problemlage ergibt sich ein eindeutiger Handlungsbedarf für die Gesundheitsförderung.⁸ Wir möchten mit unserer Arbeit darstellen, dass der Schule als Bildungs- und Erziehungsinstanz dabei eine besondere Rolle zukommt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Familien durch gesellschaftliche Wandlungsprozesse immer mehr an Sozialisationspotential verlieren.

¹ Von der Helm (2013), S. 1.
² Vgl. Ruhr Universität Bochum (2013), S. 1.
³ Vgl. Masfg.rlp (2005), S. 2.
⁴ Vgl. RKI (2008), S. 7.
⁵ Vgl. RKI (2004), S. 11.
⁶ Vgl. Paulus (2010), S. 7.
⁷ Vgl. RKI (2008), S. 43.
⁸ Vgl. Paulus/Franzkowiak (2011), S. 100.



Sie erreicht alle schulpflichtigen Kinder, auch jene aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Milieus. Die Schule bietet die Möglichkeit, den Circulus vitiosus von ungünstigen Herkunftsbedingungen, den daraus resultierenden geringeren Bildungschancen und dem schlechteren Gesundheitszustand zu unterbrechen oder zumindest deren Auswirkungen zu verringern. Die Schule wird zum Dreh- und Angelpunkt der Vermittlung von Norm- und Wertvorstellungen und kann so, ungünstige Herkunftsbedingungen ausgleichen.⁹ Mit der zunehmenden Bedeutung der Schule, steigt auch die Verantwortung der Lehrenden.¹⁰ Bildung trägt dazu bei, gesundheitsförderliche Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen herauszubilden.¹¹ Dies ist eine unabdingbare Voraussetzung, um selbstbestimmt Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen.¹² Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob die Themen der Gesundheitserziehung in die derzeit bestehenden Unterrichtsfächer einfließen oder in einem eigenen Schulfach gelehrt werden sollten. Unabhängig davon setzt eine professionelle Gesundheitserziehung voraus, dass die Lehrkräfte die entsprechenden Kompetenzen aufweisen, welche in der Lehramtsausbildung derzeit allerdings nicht oder nur unzureichend vermittelt werden.¹³ Die pädagogische Qualität ist außerdem von der individuellen Gesundheit der Lehrenden sowie von dem gesundheitsförderlichen Charakter der Arbeits- und Lernbedingungen abhängig.¹⁴ Das ganzheitliche Konzept der Gesundheitserziehung schließt sowohl die Veränderung des individuellen Verhaltens als auch die gesundheitsförderliche Gestaltung der äußeren Verhältnisse mit ein.¹⁵ Mit der Beschreibung des Konzeptes der guten gesunden Schule soll aufgezeigt werden, wie die zwei Strategien „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ und „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“ parallel verfolgt werden.¹⁶ Am Beispiel des Modellprojektes Anshub.de wird beschrieben, wie die Vorhaben in die Praxis umgesetzt werden können und so zur Qualitätssteigerung in den Bereichen der Bildung, Erziehung und Schule beitragen.¹⁷

⁹ Vgl. Paulus (2010), S. 8.

¹⁰ Vgl. Zaugg (2007), S. 5.

¹¹ Vgl. Richter (2005), S. 63.

¹² Vgl. Muntean (2000), S. 9.

¹³ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 26.

¹⁴ Vgl. Krause et al. (2010), S. 57.

¹⁵ Vgl. Drinck (2012), S. 431 f.

¹⁶ Vgl. Paulus (2010), S. 19.

¹⁷ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 13.



Um ein Fundament für den Themenschwerpunkt der Gesundheitserziehung im Setting Schule zu schaffen, werden zu Beginn der Arbeit wichtige Hintergrundinformationen zur gesundheitlichen Lage der SchülerInnen, deren Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der psychosozialen Belastungen des Lehrberufes. Im Kapitel 3 erläutern wir die Konzeption und die theoretischen Grundlagen der Gesundheitserziehung näher. Dazu wird auf die begriffliche Unterscheidung von Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung und den historischen Diskurs eingegangen. Im folgenden Kapitel wird die Doppelstruktur von Gesundheitserziehung thematisiert und die verschiedenen Leitorientierungen für die Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung vorgestellt. Im Anschluss daran beschreiben wir, inwiefern die Gesundheitserziehung in der Lehramtsausbildung berücksichtigt wird und stellen beispielhaft die kontroverse Diskussion zur Einführung eines Gesundheitsschulfaches dar. Es folgt ein Überblick über die Strategien, Merkmale sowie die Entwicklung und Sicherung der Qualität der guten gesunden Schule. Anschließend wird das Modellprojekt Anschub.de vorgestellt. Dabei gehen wir insbesondere auf das Selbstevaluationsinstrument SEIS, die Schulprogrammentwicklung, den Leitfaden zur Gestaltung einer guten gesunden Schule sowie zur Wirksamkeit und finanziellen Förderung des Projektes ein. Wir schließen unsere Bachelorarbeit mit einer persönlichen Einschätzung und Bewertung ab.



2 SchülerInnen- und LehrerInnengesundheit in Deutschland

Bildung ist einer der wichtigsten Wettbewerbsfaktoren mit unbestritten großer gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die aktuelle demographische Situation zeigt, dass das Potential der Erwerbstätigen in vielen westlichen Industrienationen zurückgeht. Umso wichtiger ist es, die Kinder und Jugendlichen durch eine gute Ausbildung bestmöglich auf das Berufsleben vorzubereiten. Damit wächst nicht nur die Bedeutsamkeit der Bildungsinstitutionen, auch die Arbeitsbedingungen für die Lehrenden haben sich grundlegend verändert. Sie müssen sich auf neue Familienformen und alternative Erziehungsmodelle sowie einem Schulmanagement, Bildungsreformen und deren Evaluation einstellen. Dieser Wandel zeigt auf, dass der Beruf der LehrerInnen gleichzeitig bedeutender und schwieriger geworden ist.¹⁸ In den folgenden Kapiteln werden zum Einstieg in das Thema der schulischen Gesundheitserziehung der aktuelle Stand der SchülerInnen sowie die besonderen Belastungen des Lehrberufes dargestellt.

2.1 Zur Gesundheit von SchülerInnen

Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter ist heutzutage relativ gut, dennoch dürfen die Gesundheitsrisiken nicht übersehen werden.¹⁹ Die Anzahl von Heranwachsenden, welche durch gesundheitliche Auffälligkeiten und Risikoverhalten belastet bzw. gefährdet sind, nimmt weiterhin zu. Diese Belastung ist bei SchülerInnen aus sozial niedrigeren Schichten, aus Familien mit Migrationshintergrund und bei denjenigen, die eine niedrig qualifizierende Schulform besuchen, besonders hoch. Zudem liegt hier oftmals eine Kumulation dieser Bedingungen vor.²⁰ Demnach sind die Möglichkeiten für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland nicht gleich verteilt. Um dieser Ungleichheit entgegenwirken zu können, sind genaue Kenntnisse über die gesundheitliche Lage, das Gesundheitsverhalten und die entsprechenden Rahmenbedingungen notwendig. Bisher wiesen die epidemiologische Datenlage und die Daten der Gesundheitsberichtserstattung zu dieser Zielgruppe allerdings erhebliche Informationslücken auf. Diese Defizite konnten mit dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) überwunden

¹⁸ Vgl. Zaugg (2007), S. 5.

¹⁹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 9.

²⁰ Vgl. Paulus (2010), S. 7.



werden. Erstmals liegen für Deutschland repräsentative Daten zu dem breiten Themenspektrum der Kinder- und Jugendgesundheit vor. Sie bilden die Grundlage für eine evidenzbasierte und zukunftsweisende Gesundheitspolitik.²¹ Welche Bedingungen eine gesunde Entwicklung ungünstig beeinflussen, wird im Folgenden dargestellt.

2.1.1 Rahmenbedingungen

Im Kindes- und Jugendalter vollziehen sich enorme physiologische, psychologische und soziologische Veränderungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Gesundheitsstörungen durch das Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren und infolge unterschiedlicher Kausalitäten entstehen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind zumeist nicht auf einen unmittelbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zurückzuführen. Dennoch wird die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen u.a. maßgeblich durch die soziale Lage und die Familiensituation beeinflusst und bestimmt.²²

2.1.1.1 Die soziale Lage

Die soziale Lage, in der SchülerInnen aufwachsen, bietet eine Vielzahl von Vor- und Nachteilen. Faktoren wie Bildung, Einkommen und Lebensform beeinflussen deren Entwicklungschancen entscheidend. Die *Einkommensarmut* der Eltern kann nicht nur zu einer Einschränkung des Konsum- und Freizeitverhaltens der Heranwachsenden führen, sondern im ungünstigsten Fall einen negativen Einfluss auf das Familienklima und das elterliche Erziehungsverhalten ausüben. Die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen können zu nachhaltigen Beeinträchtigungen führen.²³ Die Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen zeigen, dass Kinder aus benachteiligten Wohngebieten besonders häufig Karies, Adipositas, motorische Entwicklungsstörungen sowie sprachliche und psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen aufweisen. Vor allem aber leiden diese Kinder häufiger an Verhaltens-, Hyperaktivitäts- und emotionalen Problemen, werden häufiger Passivrauch ausgesetzt und nehmen an Früherkennungsmaßnahmen in geringerem Maße teil. Dieser Trend setzt sich im Jugendalter in abgeschwächter Form weiter fort. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben

²¹ Vgl. RKI (2008), S. 7 f.

²² Vgl. RKI (2008), S. 8.

²³ Vgl. RKI (2008), S. 17.



direkte Auswirkungen auf die schulischen Leistungen und das Sozialverhalten der betroffenen SchülerInnen und sind deshalb von hoher pädagogischer Bedeutsamkeit.²⁴

Bildung als Merkmal der sozialen Lage ist relevant für die Platzierung im gesellschaftlichen Gefüge und für die Ausprägung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensmuster.²⁵ Häufig wird der Zusammenhang übersehen, dass Faktoren, die den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter maßgeblich beeinflussen, oft schon im Kindes- und vor allem im Jugendalter geprägt werden. Dazu gehören die individuellen Verhaltensweisen, Faktoren der Lebensführung und des Lebensstils sowie die Verarbeitung der soziokulturellen, sozioökonomischen und sozioökologischen Umwelt.²⁶ Dabei haben soziale und materielle Armut in der Herkunftsfamilie einen signifikant negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation und den Bildungserfolg dieser Zielgruppe.²⁷

Der *Wandel von Haushalts- und Familienformen* steht ebenfalls in Zusammenhang mit der sozialen Lage der Heranwachsenden. Aufgrund der Zunahme von Trennungen und Scheidungen sind vermehrt alleinerziehende Mütter oder Väter zu finden. Familien mit Migrationshintergrund befinden sich häufig ebenfalls in einer nachteiligen sozialen Lage, welche durch kulturelle Unterschiede, sprachliche Barrieren und Migrationserfahrungen geprägt ist. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen die Beziehung zwischen niedrigem sozialen Status und dem vermehrten Auftreten von Gesundheitsdefiziten. Sie bestätigen damit die oben beschriebenen Resultate aus den Einschulungsuntersuchungen. Dies sind deutliche Hinweise darauf, dass eine niedrigere soziale Lage mit zahlreichen Faktoren verbunden sein kann, welche sich in ihrer Summe nachteilig auf die gesundheitliche Entwicklung und Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen auswirken.²⁸

²⁴ Vgl. Paulus (2010), S. 7.

²⁵ Vgl. RKI (2008), S. 17.

²⁶ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 9.

²⁷ Vgl. Paulus (2010), S. 7.

²⁸ Vgl. RKI (2008), S. 18 ff.



2.1.1.2 Die Situation in den Familien

Die Voraussetzung für eine gesunde soziale, psychische und körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist eine stabile Eltern-Kind-Beziehung.²⁹ Die Familie ist die primäre Sozialisationsinstanz. Sie bietet soziale Stabilität, emotionale Verbundenheit, Rückhalt und Unterstützung. Zum einen beeinflusst die unmittelbare soziale Bindung zwischen Eltern und Kindern die Gesundheit der Heranwachsenden, zum anderen werden ihre Umgangsformen sowie die Einstellung zur eigenen Person, zum Körper und zur Gesundheit durch die elterliche Lebensweise geprägt. Dabei spielen neben den finanziellen Möglichkeiten, das soziale und kulturelle Kapital sowie die elterliche Erziehungskompetenz eine große Rolle.³⁰ Allerdings haben sich in den letzten Jahrzehnten die sozialen Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung verändert. Ursächlich dafür sind die tiefgreifenden Veränderungen im ökonomischen und soziokulturellen System der modernen Industriegesellschaften. Das traditionelle Muster des Zusammenlebens von erwachsenen Partnern wird durch eine große Vielfalt unterschiedlicher Familienformen ergänzt.³¹ Durch rückläufige Kinderzahlen, sinkende Heiratsneigungen, einem hohen Anteil an nichtehelichen Geburten sowie steigende Scheidungsraten treten vermehrt alternative Familienformen wie nichteheliche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende, Stief- und Pendlerfamilien in den Vordergrund.³² Zudem zeichnet sich ein langfristiger Trend zu mehr Einpersonenhaushalten und einer niedrigeren durchschnittlichen Haushaltsgröße ab.³³ Da die Familienform den Rahmen für die Beziehungen zwischen Eltern und Kind vorgibt, sind auch diese einem Strukturwandel unterworfen, was wiederum unterschiedliche Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden hat.³⁴ Die Trennung der Eltern stellt, besonders in konfliktreichen Familien, einen hilfreichen Ausweg und langfristig eine Entlastung dar. Dennoch kommt es bei den betroffenen Kindern vor allem in den ersten zwei Jahren nach erfolgter Trennung der Eltern zu Stressreaktionen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit. SchülerInnen, die in Stief- oder Einelternfamilien aufwachsen, sind häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen als diejenigen, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenle-

²⁹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 83.

³⁰ Vgl. RKI (2008), S. 21 f.

³¹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 84.

³² Vgl. RKI (2008), S. 22.

³³ Vgl. BMAS (2013), S. 58.

³⁴ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 84.



ben.³⁵ Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es nicht das eine Familienmodell gibt, welches einzig und allein die gesunde Entwicklung von Kindern sicherstellen kann. Die Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung, Sicherheit und Eigenentfaltung müssen in jeder Eltern-Kind-Beziehung erfüllt werden.³⁶ Nicht nur die sich verändernden Familienkonstellationen und -formen können ein Risiko für die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen darstellen. Veränderungen der Lebens- und Berufsperspektiven der Eltern ziehen ebenfalls einschneidende Konsequenzen nach sich.³⁷ Die Erwerbstätigkeit der Eltern, insbesondere der Anstieg der erwerbstätigen Frauen, können gepaart mit ungünstigen Rahmenbedingungen negative Auswirkungen auf das Familienleben haben.³⁸ Demnach gehört es zum Alltag vieler SchülerInnen, dass sie nach der Schule zu Hause weder Vater noch Mutter antreffen. In dieser Situation sind die Eltern auf die Unterstützung von z.B. Verwandten, Freunden, Nachbarn oder Tagesmüttern angewiesen. Die daraus resultierenden organisatorischen Probleme und alltäglichen Schwierigkeiten verstärken sich in Einelternfamilien weiterhin.³⁹ Andererseits trägt die Erwerbstätigkeit von Müttern dazu bei, das Armutsrisiko der Familie deutlich zu verringern und die gegenwärtige sowie zukünftige wirtschaftliche Stabilität der Familie zu sichern.⁴⁰ Zudem erfüllen sich viele junge Frauen mit der Berufstätigkeit ihren Wunsch nach Eigenständigkeit und Selbstverwirklichung. Dadurch wird zwischen den Partnern eine höhere Gleichberechtigung hergestellt, was wiederum einen positiven Effekt auf das Zusammenleben haben kann und letztendlich auch den Kindern zu gute kommt. Allerdings kann die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bisher nur mit großem Organisationsaufwand hergestellt werden, da häufig weder im Berufs- noch im Erziehungsbereich günstige Voraussetzungen zu finden sind. Des Weiteren sind Haushalte mit Kindern im Vergleich zu kinderlosen Haushalten finanziell schlechter gestellt.⁴¹ Wobei laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales nur spezielle Familienformen wie kinderreiche, Migrations- und Einelternfamilien von einem überdurchschnittlich hohen Armutsrisiko betroffen seien.⁴² Dennoch hat die Gefährdung der kindlichen Entwicklungsbedürfnisse durch ungünstige materielle Bedingungen der Familie im Allge-

³⁵ Vgl. RKI (2008), S. 22 f.

³⁶ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 86 f.

³⁷ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 4.

³⁸ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 93 ff.

³⁹ Vgl. Klemm (1990), S. 47.

⁴⁰ Vgl. BMAS (2013), S. XXVII.

⁴¹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 95 ff.

⁴² Vgl. BMAS (2013), S. 59.



meinen deutlich zugenommen.⁴³ In Deutschland stellen Kinder und Jugendliche mittlerweile die Altersgruppe dar, die am häufigsten von Armut bedroht ist.⁴⁴ Kommt es zu solchen Extrembelastungen oder sind die Eltern durch massive Probleme im Beruf, in der Partnerschaft und/oder des Selbstwertes mit ihrem eigenen Leben überfordert, besteht die Gefahr der Vernachlässigung oder Misshandlung der Heranwachsenden. Aggression und Gewalt⁴⁵ in der Familie gefährden die Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit der Kinder massiv.⁴⁶ Festzustellen ist, dass die familiären Ressourcen und die Familienform weitgehend unabhängig voneinander die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen beeinflussen. Die KiGGS-Daten zeigen auf, dass bei Heranwachsenden im Alter von 11 bis 17 Jahren ein starker familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung innerhalb der Familie mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand und geringeren psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen einhergehen. Zudem profitieren die Jugendlichen auch in anderen Bereichen von den familiären Ressourcen. Sie sind seltener übergewichtig, schauen weniger fern und üben seltener Gewalt gegen sich oder andere aus.⁴⁷ Zu der Familiensituation kommen weitere Determinanten hinzu, die erhebliche Auswirkungen auf den Entwicklungs- und Gesundheitszustand der Heranwachsenden haben können.

2.1.2 Aktueller Gesundheitszustand

Mit Hilfe von KiGGS können diese wichtigen Faktoren identifiziert und Aussagen zu deren Einfluss auf die Gesundheit dieser Zielgruppe gemacht werden. Auffällig dabei ist, dass bei vielen dieser Aspekte gesundheitsbezogene soziale Ungleichheiten bestehen. Die Daten zeigen auf, dass ein niedriger sozioökonomischer Status häufig mit größeren gesundheitlichen Problemen einhergeht.⁴⁸

2.1.2.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren

Die verschiedenen Einwirkungen während der Schwangerschaft stellen wichtige Weichen für den späteren Gesundheitszustand des Kindes. Sie können zur späteren Ent-

⁴³ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 101.

⁴⁴ Vgl. RKI (2008), S. 7.

⁴⁵ Weiterführende Literatur: Hurrelmann (1994), S. 105 ff.

⁴⁶ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 101 ff.

⁴⁷ Vgl. RKI (2008), S. 24.

⁴⁸ Vgl. RKI (2008), S. 41.



stehung von Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes, Allergien und Asthma beitragen. Darüber hinaus können die Intelligenz, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) und ein späteres Suchtverhalten sowie verschiedene andere Gesundheitsfaktoren und Eigenschaften vor der Geburt des Kindes mitgeprägt werden. Eine besondere Rolle spielt das Verhalten hinsichtlich des Alkohol- und Tabakkonsums in der Schwangerschaft. Gebären übergewichtige Frauen schwere Neugeborene, haben diese im späteren Leben ein erhöhtes Risiko, ebenfalls übergewichtig zu sein.⁴⁹ Darüber hinaus geht ein steigender sozialer Status mit einem signifikant steigenden Geburtsgewicht einher.⁵⁰ Die Analyseergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys⁵¹ weisen hinsichtlich des Tabak- und Alkoholkonsums auf einen großen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf hin. Etwa jede fünfte Frau gab an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, wobei der Sozialstatus eine besondere Rolle spielt. Der Anteil der Raucherinnen mit niedrigem sozialen Status ist im Vergleich zu denjenigen mit einem hohen Sozialstatus etwa viermal so hoch. Zudem rauchten Frauen mit Kindern ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger als Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund.⁵² Der Zigarettenrauch bewirkt während der Schwangerschaft und Stillperiode erhebliche Gesundheitsschäden am Fötus und in der ersten Wachstumsphase des Säuglings. Durch das Rauchen besteht ein erhöhtes Abortrisiko oder kann einen plötzlichen Kindstod auslösen. Außerdem kann es zu einer vorzeitigen Plazentaablösung, reduziertem Geburtsgewicht sowie Fehlbildungen kommen.⁵³ Etwa jede siebte Frau trank während der Schwangerschaft Alkohol. Hier zeigt sich hinsichtlich des sozialen Status ein anderes Bild. Im Vergleich zur unteren Sozialstatusgruppe gaben mehr als doppelt so viele Frauen aus der oberen sozialen Schicht an, während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben. Lediglich 5 % der Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund konsumierten während der Schwangerschaft Alkohol, aber dreimal so viele Frauen mit Kindern ohne Migrationshintergrund.⁵⁴ Dieses Verhalten hat weitreichende Folgen. Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft kann bei den Neugeborenen bleibende körperliche und geistige Schäden verursachen. Die schwers-

⁴⁹ Vgl. RKI (2008), S. 41 f.

⁵⁰ Vgl. RKI (2008), S. 78.

⁵¹ Bei der Erhebung des KiGGS wurden insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche erfasst. (vgl. Bergmann et al. (2007), S. 672).

⁵² Vgl. RKI (2008), S. 79.

⁵³ Vgl. Haustein/Groneberg (2008), S. 395 f.

⁵⁴ Vgl. RKI (2008), S. 79.



te Form dieser Schädigung ist das Fetale Alkoholsyndrom. Die betroffenen Kinder weisen körperliche Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten auf.⁵⁵

2.1.2.2 Körperliche Entwicklung

Wichtige Indikatoren zur Einschätzung des altersgerechten Wachstums⁵⁶ von Kindern und Jugendlichen sind u.a. Körperhöhe und -gewicht. Mit dem Beginn der geschlechtlichen Reifung kommt als Indikator für eine adäquate Entwicklung die Einschätzung des Reifegrades hinzu. Wichtige Kriterien dafür sind neben den Veränderungen zahlreicher anderer Parameter das Einsetzen der Regelblutung sowie Stimmbruch und Schambehaarung. Das individuelle Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe wird sowohl von genetischen Faktoren als auch durch Umwelteinflüsse mitbestimmt. Angenommen wird, dass seit dem vorherigen Jahrhundert die gesellschaftlichen Veränderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Betreuung, Ernährung und sozialen Bedingungen zu einem beschleunigten Wachstum und Reifeentwicklung geführt haben, was als säkulare Akzeleration bezeichnet wird. Das bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen gleichen Alters heute größer und schwerer sind als vor 100 Jahren und ca. zwei Jahre früher die geschlechtliche Reife erlangen.⁵⁷ Jedoch zeigt der Vergleich der Daten aus dem KiGGS mit früheren deutschen Untersuchungen und anderen europäischen Studienergebnissen keinen signifikant früheren Beginn der Reifeentwicklung. Allerdings konnte in allen Altersgruppen ein negativer Zusammenhang zwischen dem Körperfettanteil und dem sozialen Status aufgezeigt werden. Das bedeutet, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus einen höheren prozentualen Körperfettanteil⁵⁸ aufweisen als diejenigen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Die Zunahme des Körpergewichts hat u.a. Einfluss auf den Beginn der sexuellen Reifung. Durchschnittlich haben Mädchen ihre erste Regelblutung mit 12,8 Jahren und Jungen gelangen durchschnittlich mit etwa 13,5 Jahren in den Stimmbruch. Da alle Parameter, die mit dem Körperfettanteil in Verbindung stehen, einen signifikanten Gradienten bezüglich des Sozialstatus aufwei-

⁵⁵ Vgl. BZgA (2013), S. 1.

⁵⁶ Der individuelle Wachstumsverlauf kann beispielsweise in Form eines Somatogramms dargestellt werden. Dies ist eine Grafik von Größe und Gewicht eines Kindes im Zeitverlauf. Durch den Vergleich mit bevölkerungsspezifischen Durchschnittswerten können in der kinderärztlichen Betreuung Abweichungen im Wachstum erkannt werden. (vgl. RKI (2008), S. 42).

⁵⁷ Vgl. RKI (2008), S. 42 f.

⁵⁸ Bei den 3- bis 6-Jährigen wurden beispielsweise folgende Werte ermittelt: „Jungen: niedriger Status 16,2%, mittlerer Status 15,6%, hoher Status 14,8%; Mädchen: niedriger Status 17,5%, mittlerer Status 17,5%, hoher Status 16,3%“ (RKI (2008), S. 81).



sen, reifen Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Mädchen mit Migrationshintergrund schneller heran als andere. Dies erfordert, besonders in den Schulen, entsprechende Schlussfolgerungen für die sexualerzieherische Arbeit und ein rechtzeitiges Ansprechen der körperlichen Veränderungen während der Pubertät.⁵⁹

2.1.2.3 Gesundheitliche Auffälligkeiten

Weltweit stellen *Übergewicht und Adipositas* (starkes Übergewicht) bei Kindern und Jugendlichen ein wachsendes Gesundheitsproblem dar.⁶⁰ Bei der Beurteilung des Körpergewichts dieser Zielgruppe müssen die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen berücksichtigt werden. Die von Kromeyer-Hauschild et al. vorgestellten Perzentile dienen als Referenzdaten zur Verteilung des BMI.⁶¹ Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter schlägt vor, den 90. und 97. Perzentil als Grenzwert zur Definition von Übergewicht bzw. Adipositas zu verwenden.⁶² Auf der Grundlage dieser Referenzdaten wurde im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys festgestellt, dass 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig und davon 6,3% adipös sind. Die Verteilung in den Altersgruppen zeigt, dass unter den 14- bis 17-Jährigen die meisten übergewichtigen (17%) und adipösen (8,5%) Kinder und Jugendlichen zu finden sind. In der Altersgruppe von 7 bis 10 Jahren sind 15% übergewichtig bzw. 6,4% der Kinder adipös und bei den 3- bis 6-Jährigen 9% übergewichtig bzw. 2,9% adipös. Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie bei Kindern von übergewichtigen Müttern besteht ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas.⁶³ Dieses Gesundheitsproblem ist sehr komplex und bedarf gesundheitspolitischer Maßnahmen, die dem entgegenwirken und dennoch kein falsches Schlankeitsideal propagieren oder zu einer Verringerung der sozialen Akzeptanz von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen führen.⁶⁴

⁵⁹ Vgl. RKI (2008), S. 81 ff.

⁶⁰ Vgl. RKI (2008), S. 46.

⁶¹ Vgl. Kromeyer-Hauschild et al. (2001), S. 807 ff.

⁶² Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der deutschen Adipositas-Gesellschaft (2012), S. 19.

⁶³ Vgl. Kurth/Schaffrath Rosario (2007), S. 739.

⁶⁴ Vgl. RKI (2008), S. 46.



Die *Probleme der psychischen Gesundheit* von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen das individuelle Wohlbefinden der Betroffenen teilweise erheblich und sind mit Belastungen für das soziale Umfeld verbunden. Derzeit wird das Verständnis von der Verursachung und Entwicklung der meisten psychischen Störungen durch die Annahme eines multifaktoriellen Entstehungsmodells dominiert. Hierbei tragen sowohl genetische und physiologische Aspekte als auch psychosoziale und andere Umgebungsfaktoren zur Entstehung und dem Verlauf psychischer Störungen bzw. Erkrankungen bei.⁶⁵ In KiGGS wurden Eltern⁶⁶ mit Hilfe eines Fragebogens (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) zu Verhaltensauffälligkeiten und Stärken ihrer Kinder in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme sowie Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten befragt. Die Auswertung ergab, dass 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen hinsichtlich des SDQ-Gesamtproblemwertes verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig sind. Über ein adäquates prosoziales Verhalten verfügen 92,5% der Mädchen und 86,3% der Jungen. Am häufigsten treten Probleme beim Verhalten (11,9% der Mädchen, 17,6% der Jungen), emotionalen Bereich (9,7% der Mädchen, 8,6% der Jungen) und bezüglich einer Hyperaktivitätsstörung (4,8% der Mädchen, 10,8% der Jungen) auf. Hinweise auf psychische Probleme zeigen 23,2% der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem, 13,4% mit mittlerem und 8,1% mit hohem Sozialstatus. Zudem wurde festgestellt, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger betroffen sind als Kinder von Nicht-Migranten. Die psychischen Probleme stellen nicht nur aktuelle Belastungssituationen dar, sondern können bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben oder in entsprechende Störungen bzw. Auffälligkeiten des Erwachsenenalters übergehen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass beginnende psychische Probleme frühzeitig erkannt und ihnen vorbeugend begegnet werden muss. Dabei sind insbesondere schwer erreichbare Gruppen wie beispielsweise sozial Benachteiligte oder Kinder mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.⁶⁷ Aber auch die Schule als Institution kann, wie im Folgenden dargestellt, sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Heranwachsenden ausüben.

⁶⁵ Vgl. RKI (2008), S. 48.

⁶⁶ Befragt wurden Eltern von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren. (vgl. Hölling (2007), S. 787).

⁶⁷ Vgl. Hölling (2007), S. 784.



2.1.3 Die Schule als Gesundheits- und Krankheitsfaktor

Geht es um die Bedeutung der Schule für die kindliche Entwicklung, steht häufig die Vermittlung von Fachkompetenz im Vordergrund. Die öffentliche Diskussion beschäftigt sich insbesondere seit dem Erscheinen der ersten PISA-Studie (Programme for International Student Assessment) mit der Frage, wie die Vermittlung von mathematischen, naturwissenschaftlichen oder Lesekompetenzen und dessen volkswirtschaftliche Verwertbarkeit verbessert werden kann. Dabei geraten andere wichtige Aspekte wie der Einfluss der Schule auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen, auf ihre Kompetenzen im Umgang mit sich und anderen sowie auf ihre Gesundheit in den Hintergrund. Während der Schulzeit müssen sich die Heranwachsenden mit einer Reihe von Anforderungen auseinandersetzen. Dazu gehören zum einen die schulischen Leistungen, aber auch das Erlangen emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern, die soziale Entwicklung, der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen, die Übernahme von Geschlechtsrollen und schließlich die Berufswahl bzw. -vorbereitung.⁶⁸ Über die Platzierung in der Gesellschaft bestimmt heute nicht mehr die soziale Herkunft, sondern die individuell erbrachte, ökonomisch verwertbare Leistung. Ausgangspunkt dafür sind die schulischen Leistungen. Erfolg oder Misserfolg in der Schullaufbahn werden als entscheidende Vorbedingungen für die Sicherstellung des sozialen Status bzw. für einen möglichen sozialen Aufstieg der Familie gewertet. Demnach steigen in der Wahrnehmung der Eltern die lebensgeschichtliche Bedeutung der Schulzeit ihrer Kinder und entsprechend die elterlichen Erwartungen an die Bildungseinrichtungen. Die Institution Schule soll zum einen die freie Entwicklung und Entfaltung zu einer eigenständigen Persönlichkeit der Kinder fördern, zum anderen durch die Vermittlung von inhaltlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten die Voraussetzungen für einen guten Schulabschluss schaffen. Ein hochwertiger Schulabschluss ist zwar eine notwendige Voraussetzung, aber keine Garantie für den Zugang zu bestimmten Berufslaufbahnen. Um bei dem Wettbewerb um anspruchsvolle Ausbildungs- und Berufsplätze mithalten zu können, müssen die Kinder in den Augen ihrer Eltern einen möglichst hohen Schulabschluss erreichen.⁶⁹ Dies erzeugt bei den Heranwachsenden eine hohe subjektive Anspannung und Belastung, welche sich in psychosozialen und psychosomatischen Symptomen äußern kann. Erfolg und Misserfolg gegenüber den schu-

⁶⁸ Vgl. Bilz/Melzer (2011), S. 121.

⁶⁹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 128 ff.



lischen Leistungen wird in die individuelle Verantwortung der Kinder oder Jugendlichen gelegt. Viele von ihnen verstehen die Schule als eine Art Arbeitsplatz. Sie sehen in den schulischen Aktivitäten weniger einen unmittelbaren Nutzen als die Vorbereitung auf und die Vergabe von Abschlusszertifikaten, welche als Berechtigungsnachweise für bestimmte weiterführende Bildungs- und Ausbildungsgänge notwendig sind. Der tieferen Sinn des Schulbesuches enthüllt sich demnach erst mit dem Verlassen der Schule und dem Eintritt in das Berufsleben. Bringt die Schulzeit jedoch keine für die nachfolgende Berufs- und Lebenslaufbahn instrumentelle Verwertbarkeit mit sich, wird diese Phase des Lebens als verlorene Lebenszeit definiert. Durch diese Konstellation geraten Jugendliche mit Leistungsschwierigkeiten in ein Dilemma. Sie können sich der mehrjährigen Schulausbildung nicht entziehen, obwohl sie darin keinen Nutzen für weitere soziale Karriereschritte sehen. Die Zeit des Heranwachsens ist einer repräsentativen Befragung zufolge deutlich durch die schulischen Anforderungen charakterisiert. Demnach werden Leistungsschwierigkeiten als spürbare Beeinträchtigungen des Wohlbefindens wahrgenommen, welche eindeutig mit Auffälligkeits- und Belastungssymptomen zusammenhängen. Dazu gehören Drogenkonsum, delinquentes Verhalten, negative Gefühlserebnisse, psychosoziale Störungen und psychosomatische Gesundheitsbeeinträchtigungen. Diese sind vor allem bei Jugendlichen mit schwierigen schulischen Leistungssituationen und einem hohen Erwartungsdruck der Eltern anzutreffen. Die Befragung macht deutlich, dass sich die Jugendlichen der Tatsache bewusst sind, dass ihr Erfolg oder Misserfolg in der Schullaufbahn über die späteren Lebenschancen entscheiden, aber einen Erfolg nicht garantieren können.⁷⁰ Schulstress kann sowohl von subjektiven als auch von objektiven Auslösern hervorgerufen werden. Allerdings können keine spezifischen schulischen Faktoren ausfindig gemacht werden, welche ursächlich für Nervosität, Konzentrationsschwächen, Angst oder bestimmte Krankheiten sind. Außerschulische Faktoren wirken ebenfalls stark in die Schule hinein und sind für die teilweise gravierenden Beeinträchtigungen des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens mitverantwortlich. Zudem haben die Schul- und Unterrichtsorganisation, die Auslese- und Beurteilungsprozesse, der Lerninhalt und das Verhalten der Lehrenden einen Einfluss auf die Überforderungssymptome der Kinder und Jugendlichen. Bei der Entstehung von Stress spielen neben der objektiven Belastung auch subjektive Faktoren eine entscheidende Rolle. Ob objektive Beanspruchungen subjektiv als belastend erlebt werden, hängt von der individuellen

⁷⁰ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 133 ff.



Einschätzung der Beanspruchung selbst, der eigenen Bewältigungsfähigkeiten und der Folgen einer Nichtbewältigung ab. Ein weiterer Faktor, welcher die Stressentstehung beeinflusst, ist das Verhalten der sozialen Umwelt. Die Wahrnehmung und Interpretation objektiver Anforderungen durch die Eltern, Lehrer, Mitschüler und Freunde entscheidet mit über die subjektive Verarbeitung dieser Anforderung. In der Institution Schule stellt die Beziehungsqualität zwischen SchülerInnen und LehrerInnen eine Quelle für Stress dar, welche für beide Seiten gleichermaßen belastend sein kann. Die Lehrenden müssen auf die Irritationen, Verunsicherungen sowie auf den Erwartungs- und Leistungsdruck ihrer SchülerInnen in pädagogisch angemessener Form reagieren. Dabei stoßen die Lehrkräfte oftmals an ihre Grenzen und geraten selbst unter erheblichen Stress. Ein Zustand des Ausgebranntseins, der Gleichgültigkeit und der Depression sind in diesen Situationen keine Seltenheit. Es gibt unterschiedliche individuelle Kriterien, die eine Person für Auszerrungsprozesse besonders anfällig machen, aber die eigentlichen Ursachen liegen offensichtlich in den kontextuellen und strukturellen Rahmenbedingungen für den Arbeitsprozess. Damit wird die Frage aufgeworfen, welche strukturellen und qualitativ-inhaltlichen pädagogischen Maßnahmen ergriffen werden müssen, um das Belastungspotential der Lehrenden und Lernenden zu verringern und möglichst abzubauen.⁷¹ Die Bedeutung der Schule als Einflussfaktor auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sollte aber auch als Chance begriffen werden. Zwar konnten Zusammenhänge zwischen schulischen Umweltbedingungen und gesundheitlichen Problemen aufgezeigt werden, allerdings können günstige Bedingungen in gleicher Weise positiv auf die Gesundheit der Heranwachsenden einwirken. Die Institution Schule ist nicht nur ein Ort, an dem Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, sie ist vielmehr eine wichtige Entwicklungsumwelt, die in vielfältiger Weise Einfluss auf die persönliche und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in einer entscheidenden Altersphase nimmt.⁷² Die Schule ist aber auch Arbeitsort von PädagogInnen und nimmt demzufolge auch auf ihre Gesundheit Einfluss.

⁷¹ Vgl. Hurrelmann (1994), S. 138 ff.

⁷² Vgl. Bilz/Melzer (2011), S. 127.



2.2 Psychosoziale Beanspruchungen des Lehrberufes

Obwohl die häufige Frühpensionierung bei Lehrkräften zu einem vielbeachteten Thema wurde und seinen Niederschlag in der öffentlichen Diskussion sowie in zahlreichen Medienberichten fand, stehen wenig systematisch erhobene Daten⁷³ im Bildungsbereich mit direktem Bezug zum Gesundheitszustand von Lehrkräften in Deutschland zur Verfügung. Die PädagogInnen wurden zwar vielfach zu unterschiedlichen Aspekten ihrer Gesundheit befragt, jedoch erlauben diese Studien keine Aussagen über zeitliche Veränderungen oder basieren auf nicht-repräsentative Stichproben. Bei etwa jeder zweiten Lehrkraft, die aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig aus dem Beruf ausscheidet, wird die Hauptdiagnose „Psyche/Verhalten“ gestellt. Hierbei erscheinen vor allem die Diagnosen „Depression“ und „Erschöpfungssyndrome“ bedeutsam. Der Lehrberuf ist folglich psychisch sehr beanspruchend und gilt als typischer Burnout-Beruf. In den Studien werden unterschiedliche Verfahren zur Erhebung von Burnout verwendet und kommen demzufolge zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Einige Auswertungen von Befragungen⁷⁴ zeigen ein sehr dramatisches Bild zur LehrerInnen-gesundheit. Andere Studien, welche z.B. auf Selbstaussagen von PädagogInnen zu ihrer Arbeitsfähigkeit basieren, weisen auf einen deutlich höheren Anteil gesunder Lehrkräfte hin, werden allerdings in bildungspolitischen und öffentlichen Diskussionen sehr viel weniger zur Kenntnis genommen. Dennoch besteht ein hohes Risikopotential für sich entwickelnde Gesundheitsgefährdungen und folglich ein dringender Handlungsbedarf.⁷⁵

Die PädagogInnen sind in ihrem Beruf starken Belastungen ausgesetzt.⁷⁶ Dabei sind die psychosozialen Fehlbeanspruchungen für die Arbeitssituation von besonderer Bedeutung.⁷⁷ Diesen Risiken zu begegnen, liegt nicht nur im Interesse der Lebensqualität der Lehrkräfte, sondern auch im Interesse der Erfüllung ihrer pädagogischen Aufgabe. Nur gesunde LehrerInnen können eine hohe Qualität des Lehrens und Lernens gewährleisten. Dieses Berufsbild ist mit erhöhten psychosozialen Beanspruchungen verbunden, da die Lehrkräfte durch die Wahrnehmung von Verantwortung für und den ständigen Umgang mit anderen Menschen stark gefordert sind. Die Auseinanderset-

⁷³ Zu diesen systematisch erhobenen Daten gehören v.a. die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes (vgl. Krause et al. (2010), S. 59).

⁷⁴ Weiterführende Literatur: Krause et al. (2010), S. 59 ff.

⁷⁵ Vgl. Krause et al. (2010), S. 57 ff.

⁷⁶ Vgl. Schaarschmidt (2011), S. 151.

⁷⁷ Vgl. Krause et al. (2010), S. 65.



zung mit Gedanken und Gefühlen aus zwischenmenschlichen Beziehungen werden als belastender erlebt, weil diese meist nachhaltiger und intensiver sind als solche aus sachbezogenen Interaktionen. Sind außerdem negative Emotionen wie Ärger, Enttäuschung, Kränkungen, Ängste oder Hilflosigkeit involviert, wird die Distanzierung vom Berufsalltag erschwert und die Betroffenen kommen weniger zur Ruhe.⁷⁸ Stressoren dieser Art stehen in einem engen Zusammenhang mit der Qualität der sozialen Beziehung zu den Schülern, Eltern, Kollegen und der Schulleitung sowie mit der Arbeitsorganisation. Fehlbelastungen entstehen, wenn die Arbeitsanforderungen die zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigen. Das Missverhältnis zwischen den Zielen, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Zielerreichung im Arbeitsalltag wirkt sich negativ auf das Befinden der Lehrkräfte aus. Als besonders belastend werden zu große Klassen, schwierige SchülerInnen und Lärm sowie ein zu hohes Unterrichtsdeputat empfunden.⁷⁹ Erschwerend kommt hinzu, dass die LehrerInnen den Großteil der Vor- und Nachbereitung an den Abenden und Wochenenden zu Hause erledigen müssen. Auf diese Weise reichen der Beruf und die damit verbundenen Probleme in alle Lebensbereiche der PädagogInnen hinein. Fehlende Erholungsmöglichkeiten sind auch innerhalb der Schule bezeichnend. Die Lehrenden müssen über mehrere Stunden hinweg große Kraftanstrengungen und Konzentrationsleistungen erbringen, ohne zwischenzeitlich die Möglichkeit der Erholung und Entspannung zu haben. Die Unterrichtspausen werden oftmals sogar zum Höhepunkt der Stresseinwirkung, da sie von Lärm und Trubel geprägt sind.⁸⁰ Darüber hinaus ist der bestehende Reformdruck mit Veränderungsschwierigkeiten und einer zunehmenden Arbeitsmenge verbunden, was wiederum zu Überforderungen führen kann.⁸¹ Die Verantwortungsbereiche der Schule nehmen kontinuierlich zu, ohne dass auf bereits Bestehendes verzichtet wird. Die Lehrkräfte müssen sich somit auf mindestens zwei Fachdisziplinen spezialisieren und darüber hinaus im Sinne der Gesundheitserziehung sozialpädagogische Aufgaben hinsichtlich z.B. Drogen-, AIDS- (Acquired Immune Deficiency Syndrome) und Gesundheitsberatung übernehmen. Weitere Forderungen kommen hinzu, wenn bedacht wird, dass Schule nicht nur auf das Leben vorbereiten und sich am Leistungs niveau späterer Berufsfelder orientieren, sondern den SchülerInnen auch Spaß ma-

⁷⁸ Vgl. Schaarschmidt (2011), S. 151.

⁷⁹ Vgl. Krause et al. (2010), S. 65 f.

⁸⁰ Vgl. Schaarschmidt (2011), S. 151.

⁸¹ Vgl. Krause et al. (2010), S. 66.



chen soll.⁸² Kennzeichnend für die derzeit vorherrschende Form der Lehrtätigkeit ist demzufolge ein starkes Missverhältnis zwischen permanenter Anspannung und ständiger psychosozialer Präsenz sowie fehlende Entspannungs- und Regenerationsmöglichkeiten.⁸³

Allerdings können die oben beschriebenen psychosozialen Faktoren des Lehrberufes gleichzeitig auch Ressourcen darstellen. Ein hoher Zusammenhalt, erlebte soziale Unterstützung und Wertschätzung durch das Kollegium und die Schulleitung sowie eine effiziente Organisation können Beanspruchungen mindern und zur Förderung der Gesundheit beitragen. Nicht nur die spezifischen Anforderungen des Unterrichts bestimmen das Wohlbefinden sowie die psychische und physische Beanspruchung der Lehrkräfte. Die Qualität des sozialen Systems Schule hat ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf das Erleben und Verhalten und letztendlich auf die Gesundheit der LehrerInnen. Die Förderung der Gesundheit des pädagogischen Fachpersonals wird von den Betroffenen selbst und von Außenstehenden oftmals als Aufgabe der einzelnen Lehrkraft verstanden. Demzufolge sollen sie ihren Lebensstil ändern, Kompetenzen erwerben und ihre physische Konstitution stärken, um den Anforderungen des Lehrberufes gewachsen zu sein. Diese einseitige Betrachtungsweise überträgt die Verantwortung für den Erhalt der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit allein auf das Individuum. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass eine Veränderung der Verhältnisse in den Schulen ebenfalls notwendig ist.⁸⁴ Die individuelle Gesundheit der PädagogInnen, gesundheitsförderliche Arbeits- und Lernbedingungen sowie pädagogische Qualität stehen in einem engen Zusammenhang zueinander.⁸⁵

⁸² Vgl. Heindl (1993), S. 197 f.

⁸³ Vgl. Schaarschmidt (2011), S. 151 f.

⁸⁴ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 144 ff.

⁸⁵ Vgl. Krause et al. (2010), S. 57.



3 Gesundheitserziehung in der Schule

Die Gesundheitserziehung ist Gegenstand aller Bildungsbereiche und -stufen des deutschen Bildungssystems.⁸⁶ Umso unverständlicher ist, dass es überwiegend bei Forderungen nach gesundheitsförderlichen Maßnahmen bleibt und dieser Bereich ein nicht nur von den LehrerInnen vernachlässigtes Themenfeld darstellt.⁸⁷ Auch wenn die westliche Welt durch Fortschritte in Umwelt, Ernährung, sozialer Sicherheit und medizinischer Behandlung eine gute Basis geschaffen hat, ist die Bildung des Einzelnen in Bezug auf eine gesunde Lebensführung häufig unzureichend.⁸⁸ Auch die zuvor ausführlich beschriebene gesundheitliche Lage der SchülerInnen und LehrerInnen lässt erkennen, dass die Gesundheitserziehung eine unersetzliche Disziplin darstellt, deren Bedeutung in der Vergangenheit zwar nicht verkannt, in der Praxis jedoch nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Mit dem nächsten Abschnitt unserer Arbeit möchten wir das Hauptaugenmerk auf das Konzept der guten gesunden Schule richten. Dazu wird u.a. das Praxisfeld der Gesundheitserziehung mit seinen wissenschaftlichen Begriffen und Bezügen in seiner Ausführlichkeit vorgestellt, auf Kontroversen in Bezug auf ein mögliches Gesundheitsschulfach eingegangen und die Gesundheitserziehung an einem Praxisbeispiel illustriert.

3.1 Begriffsabgrenzung Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung

Die Differenzierung der verschiedenen Termini ist wichtig, um ein begriffliches Durcheinander, Verwirrungen und Unproduktivitäten zu vermeiden. Dennoch ist die Begriffsvielfalt notwendig, um die unterschiedlichen Perspektiven pädagogischer Interventionen in das Gesundheitsverhalten von Menschen differenziert erfassen zu können. Bevor die genannten Begriffe beschrieben werden, soll auf die Definition von Gesundheit eingegangen werden, da dies das zentrale Thema ist, auf welches sie sich beziehen und in unterschiedlicher Weise einwirken.⁸⁹

Im Rahmen der internationalen Konferenz von Alma-Ata 1978 wurde *Gesundheit* als ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen sowie sozialen Wohlbefindens be-

⁸⁶ Vgl. Wulfhorst (2002), S. 9.

⁸⁷ Vgl. BMFT (1997), S. 116 zit. nach Wulfhorst (2002), S. 9.

⁸⁸ Vgl. Muntean (2000), S. V.

⁸⁹ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 10.



schrieben.⁹⁰ Die World Health Organization (WHO) präzierte diese Definition dahingehend, dass Gesundheit für ein positives Konzept steht, welches die Bedeutung sowohl körperlicher Fähigkeiten als auch der sozialen und individuellen Ressourcen in gleicher Weise betont. Ihrer Auffassung nach ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als vorrangiges Lebensziel zu verstehen.⁹¹ Das Verständnis von Gesundheit wurde von Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese stark beeinflusst (siehe Kapitel 3.3.3).⁹² Er beschreibt die komplementäre Beziehung zwischen den Konzepten der Krankheitsentstehung und Gesundheitserhaltung. Demnach sind Menschen nicht entweder gesund oder krank, vielmehr bewegen sie sich auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.⁹³ Diese Dynamik des Gesundheits-/Krankheitsprozesses beschreibt auch Klaus Hurrelmann. Er schlägt in Anlehnung an die Gesundheitsdefinition der WHO folgende Begriffsbestimmung vor: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.“⁹⁴ Gesundheit ist demnach mehr als das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.⁹⁵

Die Autoren des Handbuches Gesundheitserziehung verfolgen u.a. das Ziel, die beiden Konzepte Gesundheit und Erziehung miteinander zu verbinden. Nach ihrer Einschätzung sind diese Begriffe noch nicht in der Weise etabliert, dass ein breiter Konsens hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit besteht und sie sich immer noch im Prozess der wissenschaftlichen Diskussion befinden.⁹⁶ Im deutschen Sprachgebrauch wird zwischen den Begriffen Erziehung und Bildung unterschieden, welche als sich ergänzende Teilstrategien zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens verstanden werden

⁹⁰ Vgl. WHO (1978), S. 1.

⁹¹ Vgl. WHO (1986), S. 1.

⁹² Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann, 2009, S. 9.

⁹³ Vgl. Antonovsky (1997), S. 29 f.

⁹⁴ Hurrelmann (2006), S. 7.

⁹⁵ Vgl. WHO (1978), S. 1.

⁹⁶ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 9.



können.⁹⁷ Lange Zeit wurden die beiden Termini methodisch voneinander abgegrenzt, was zu erheblichen Irritationen führte. Heute wird zunehmend dazu übergegangen, sie nach ihrer Zielsetzung und eingesetzten Strategien zu unterscheiden.⁹⁸ International ist das Konzept *Erziehung* wenig umstritten und auch in Deutschland sind sich die Fachvertreter zunehmend darin einig, dass Erziehung und nicht Bildung die treffendste Bezeichnung für alle Interventionen pädagogischer Art mit der Bestrebung der gezielten Einflussnahme auf die Persönlichkeitsentwicklung ist.⁹⁹ Die Bezeichnung *Gesundheitserziehung* ist die deutschsprachige Variante des international weit verbreiteten Begriffs „Health Education“, welcher allerdings häufig als zu eng, direktiv und technokratisch empfunden wird. Der Begriff „Health Promotion“ hingegen ist weiter und stellt die pädagogischen Interventionsstrategien in einen breiteren konzeptionellen Rahmen. Dennoch ist Gesundheitserziehung/Health Education nach Meinung der Autoren der aussagekräftigste Begriff, um die Interventionen zu beschreiben, welche das Ziel verfolgen, das individuelle und kollektive Gesundheitsverhalten von Menschen zu beeinflussen.¹⁰⁰ Die strukturierte Beeinflussung des gesundheitsrelevanten Verhaltens erfolgt durch die Vermittlung von Gesundheitswissen sowie die Prägung gesundheitlicher Kompetenzen und wird meist von einem Edukator in einem gesellschaftlichen, verpflichtenden Rahmen - beispielsweise an Schulen - durchgeführt. Als Edukator wird eine durch Wissen, Autorität oder Kompetenz überlegenen Position bezeichnet, welche durch Eltern, Erzieher oder Lehrkräfte eingenommen werden kann.¹⁰¹ Die dadurch resultierenden Verhaltensveränderungen tragen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit bei und befähigen einen Menschen, aktiv an der Gestaltung der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt teilzunehmen.¹⁰² Die gesundheits-erzieherische Methode basiert auf einer systematisch aufbereiteten und didaktisch strukturierten Wissensvermittlung und Einstellungsbildung. Darüber hinaus gibt sie Anleitungen zur Aufnahme und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlichen Verhaltens, dem Setzen von Anreizen und Sanktionen sowie der Interaktionsstruktur direkter, personaler Kommunikation.¹⁰³ Zielgruppe der Erziehung als Konzept zur Verhaltensveränderung sind vor allem Kinder und Jugendliche, denen neben Handlungsweisen auch

⁹⁷ Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16.

⁹⁸ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 12.

⁹⁹ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 9.

¹⁰⁰ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 9 f.

¹⁰¹ Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16.

¹⁰² Vgl. Wulfhorst (2012), S. 729.

¹⁰³ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 11.



Werte und Normen vermittelt werden sollen.¹⁰⁴ Die Besonderheit dieser Zielgruppe ist die starke Gegenwartorientiertheit. Die präventiv ausgerichtete Gesundheitserziehung muss daher vor allem auf die körperliche Aktivität sowie das aktuelle Wohlbefinden und weniger auf die spätere Lebenserwartung der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sein. Außerdem ist zu bedenken, dass das gesundheitsfördernde Verhalten häufig mit zumindest vorübergehend starken Anforderungen an die Steuerung des eigenen Verhaltens und das Ertragen von Verzichtshaltungen und Unlustzuständen verbunden ist.¹⁰⁵ Zudem kann häufig eine affektive Ablehnung des Erziehungsbegriffs festgestellt werden, indem immer wieder auf den autoritären Beigeschmack verwiesen oder festgestellt wird, dass der Erziehungsbegriff mit Tendenzen der Unterdrückung, Entmündigung, Gängelung oder Engstirnigkeit belastet sei.¹⁰⁶

Der Begriff *Bildung* bezeichnet hingegen die weniger direktiven pädagogischen Interventionen.¹⁰⁷ Unter *Gesundheitsbildung* werden zumeist diejenigen Eingriffsstrategien zusammengefasst, welche dem Adressanten verschiedene Möglichkeiten zur Steuerung des eigenen Gesundheitsverhaltens und zur Verbesserung des gesundheitsrelevanten Selbstverstehens anbieten. Das Individuum entscheidet selbstbestimmt, ob und welche Angebote es wahrnimmt.¹⁰⁸ Der Strukturierungs- und Verbindlichkeitsgrad ist gegenüber dem Ansatz der Gesundheitserziehung deutlich niedriger¹⁰⁹ und betont die Selbstbestimmung von selbstständig entscheidenden und handelnden Subjekten, die unter spezifischen Bedingungen leben und diese mitgestalten.¹¹⁰ Die Gesundheitsbildung bezeichnet organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse. Diese Prozesse ermöglichen eine gezielte Einflussnahme des Einzelnen auf Gesundheitsfaktoren. Dazu gehören die jeweiligen Lebensbedingungen und das Gesundheitshandeln. Ziel der Gesundheitsbildung ist die Einflussnahme auf die Gesundheitsvorstellungen, auf die Art der Kommunikation über Gesundheit im sozialen Kontext, auf das Handeln, auf die Bewältigungsstrategien und Strategien zur Gestaltung der Lebensbedingungen. Zudem soll durch die Vermittlung geeigneter Kompetenzen eine Erweiterung der Handlungschancen von Individuen und Gruppen in gesundheitlichen Belangen erreicht werden. Die Zweiteilung von Verhältnis- und Verhaltensprävention wird damit konzeptio-

¹⁰⁴ Vgl. Nöcker (2011), S. 107.

¹⁰⁵ Vgl. Laaser/Hurrelmann (1998), S. 400.

¹⁰⁶ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 12.

¹⁰⁷ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 9.

¹⁰⁸ Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16 f.

¹⁰⁹ Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16 f.

¹¹⁰ Vgl. Blättner (2011), S. 129.



nell aufgelöst. Gesundheitsbildung ist nicht nur auf die Veränderung von Verhalten, sondern auf das soziale Handeln gerichtet, beschreibt eher formelle Lernprozesse und impliziert die Befähigung sowie zunehmende Entscheidungs- und Handlungsmacht.¹¹¹ Das gemeinsame Merkmal von Gesundheitserziehung und -bildung ist die Kombination von Wissens-, Einstellungs- und Kompetenzvermittlung. Die gesundheitspädagogischen Bemühungen verfolgen das Ziel, eine Verinnerlichung des Wissens und den Übergang der vermittelten Informationen in die Selbststeuerung des Individuums zu erreichen. Beide Konzepte verfolgen gleichermaßen das Ziel der Stärkung der Gesundheitspotentiale und der Optimierung des Gesundheitsverhaltens.¹¹² Als Bezugsdisziplin wird die Gesundheitspädagogik herangezogen, die in den Fächerkanon der Gesundheitswissenschaften eingeordnet wird.¹¹³ Das Erkenntnisinteresse der Gesundheitspädagogik liegt eindeutig bei der Entwicklung von Veränderungsstrategien, welche direkt in das Verhalten von Menschen eingreifen. Gesundheitspädagogik wird als das Teilgebiet der Pädagogik verstanden, welches die Möglichkeiten von Erziehung und Bildung analysiert, um das gesundheitsfördernde Verhalten von Menschen zu fördern.¹¹⁴

Die Ottawa Charta definiert *Gesundheitsförderung* als ein Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie so zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit befähigen soll. Nur wenn sowohl der Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Hoffnungen und Wünsche wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt bewältigen bzw. gestalten können, ist das Erlangen eines umfassenden, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens möglich. Aus diesem Grund liegt die Verantwortung für die Gesundheitsförderung bei allen Politikbereichen und nicht allein beim Gesundheitssektor. Das Ziel sollte über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinausgehen, hin zu der Förderung eines umfassenden Wohlbefindens.¹¹⁵ Bezogen auf die Institution Schule bedeutet dies, dass Gesundheitsförderung sich an den Chancen orientiert und alle Personen in den Blickpunkt nimmt, welche an der schulischen Gesundheitsförderung beteiligt sind. Das Thema Gesundheit in der Schule geht alle an. Gesundheitsförderung ist ein soziales und sozialpolitisches Projekt, das die sozio-kulturellen Lebensweisen der Schüler-

¹¹¹ Vgl. Blättner (2011), S. 129.

¹¹² Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16 f.

¹¹³ Vgl. Wulfhorst (2012), S. 729.

¹¹⁴ Vgl. Hurrelmann (2006), S. 16 f.

¹¹⁵ Vgl. WHO (1986), S. 1.



und Lehrerschaft, Schulleitung und nicht unterrichtender Mitarbeiter in das Zentrum der Aufmerksamkeit stellt.¹¹⁶

3.2 Gesundheitserziehung im historischen Diskurs

Bei den aktuellen Diskussionen über die Gesundheitserziehung an Schulen handelt es sich keinesfalls um Wege, die völlig neu beschritten werden.¹¹⁷ Die Wurzeln der Gesundheitserziehung reichen zurück bis in die Antike. Wobei der Beginn der systematischen Gesundheitserziehung an Schulen dem 18. Jahrhundert zuzuordnen ist. Als wegbereitend galten mehrere von Medizinern verfasste Bücher, die Eingang in den Unterricht fanden. Als bedeutendste Werke seien hier „Der Gesundheitskatechismus zum Gebrauche in den Schulen und beym Unterricht“ (1794) von Bernhard Christoph Faust und „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ (1797) von Christoph Wilhelm Hufeland genannt.¹¹⁸ Mit diesen Empfehlungen legten sie den Grundstein für die Gesundheitserziehung und -aufklärung an Schulen in Deutschland.¹¹⁹ Das 19. Jahrhundert wurde durch die „Hygiene“ geprägt.¹²⁰ Rudolf Virchow (1821-1902), welcher mit der medizinischen Reform in Verbindung gebracht wird, gilt als der berühmteste Vertreter dieser Bewegung. Er forderte, dass die Gesundheitspflege an Schulen den zuständigen Ärzten überlassen wird und strebte den Ausbau eines schulärztlichen Dienstes an.¹²¹ Es erschienen Gesundheitsbücher in hohen Auflagen, die hauptsächlich im Biologieunterricht Anwendung fanden.¹²² Der Nationalsozialismus führte zu einer Reduzierung der Gesundheitspflege auf rassenhygienische Ziele und verhinderte gleichzeitig eine Weiterentwicklung dieser Profession.¹²³ Während sich die gesundheitserzieherischen Maßnahmen in den Nachkriegsjahrzehnten vorwiegend auf praktische Hinweise und Belehrungen in Bezug auf gesunde Ernährung, Zahnkaries und Körperhygiene beschränkten, rückte in den 70er Jahren vor allem die Wissensvermittlung zu den Themenschwerpunkten „Bewegung“, „Stress“ und „Rauchen“ in den Vordergrund.¹²⁴ Besonders in der DDR wurde den gesundheitserzieherischen Maßnah-

¹¹⁶ Vgl. Paulus (2000), S. 11.

¹¹⁷ Vgl. Drinck (2012), S. 429.

¹¹⁸ Vgl. Greinke (1979), S. 11 ff.

¹¹⁹ Vgl. Troschke (2002), S. 29.

¹²⁰ Vgl. Winkler (1998), S. 32.

¹²¹ Vgl. Lorentz (1959) S. 201 zit. nach Greinke (1979), S. 18.

¹²² Vgl. Greinke (1979), S. 19.

¹²³ Vgl. Winkler (1998), S. 33.

¹²⁴ Vgl. BZgA (2006) zit. nach Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 163.



men im Rahmen der Volksgesundheit ein sehr hoher Stellenwert beigemessen.¹²⁵ Die Gesundheitserziehung sollte hier in einer Synergie von Gesundheit, Bildung und Kultur erreicht werden.¹²⁶ Im Vergleich mit der BRD nahm die Gesundheitserziehung in der Lehrerausbildung der DDR einen weit größeren Raum ein. Allerdings hatte dieses Fach auch die politisch-ideologische Erziehung zum Ziel.¹²⁷ In den 80er Jahren wurde die bis dato praktizierte Aufklärungsarbeit um Abschreckungsmaßnahmen ergänzt. Bilder, Filme und Plakate von Tumoren, Aidskranken oder Drogentoten wurden eingesetzt, um Menschen von gesundheitsschädlichem Verhalten abzuhalten. Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, die auf der ersten internationalen Konferenz der WHO (1986) verabschiedet wurde, läutete einen grundlegenden Perspektivenwechsel ein, der sich auch unmittelbar auf die gesundheitserzieherischen Maßnahmen auswirkte. Die vorwiegend präventive Einflussnahme auf Risikoverhaltensweisen wurde ergänzt durch salutogenetisch orientierte Konzeptionen, die verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze miteinander vereinen. Die Lebensräume und sozialen Verhältnisse, in denen die Menschen leben, lernen und arbeiten, rückten stärker in den Mittelpunkt. Die Veränderung der Verhältnisse - und damit ist auch die Schule als Lebenswelt gemeint - ist Bestandteil einer modernen Gesundheitsförderung geworden.¹²⁸ Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Themen und Handlungsfelder der traditionellen Gesundheitserziehung stark den Inhalten der heutigen Gesundheitsförderung ähneln. Wenngleich zu erwähnen ist, dass sich diese in einer deutlich veränderten Denkrichtung widerspiegeln.¹²⁹ Die Gesundheitserziehung hat sich im Zeitverlauf von der Ausrichtung am traditionellen, biomedizinischen, gesundheitserzieherischen Ansatz abgekehrt¹³⁰ und ordnet sich nun als Teilstrategie in das Gesamtkonzept der „Gesundheitsförderung“ ein (siehe Tabelle 1).¹³¹

¹²⁵ Vgl. Winkler (1998), S. 39.

¹²⁶ Vgl. Ludwig (1973), S. 84.

¹²⁷ Vgl. Winkler (1998), S. 39.

¹²⁸ Vgl. BZgA (2006) zit. nach Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 163.

¹²⁹ Vgl. Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 163.

¹³⁰ Vgl. Baumgarten (2009), S. 245.

¹³¹ Vgl. Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 163.



Traditionelle Gesundheitserziehung	Innovative Gesundheitsförderung
beschränkt sich weitgehend auf physische Gesundheit, daher eingeeengte Gesundheitsdefinition	nimmt physische, psychische, soziale und umweltbezogene Aspekte in die Gesundheitsdefinition auf
berücksichtigt im Zusammenhang der Einstellung zur Gesundheit nur beschränkt die Bedeutung von psychosozialen Faktoren und Aspekten wie Selbstbild und Verantwortung	betrachtet die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und der individuellen Verantwortung für die Lebensgestaltung als wichtiges Element
vermittelt Kenntnisse über Fakten im Zusammenhang mit Krankheiten, wobei häufig mit Angstappellen und Abschreckung gearbeitet wird	ist auf gesundheitsbezogenes Können ausgerichtet und fördert die aktive Beteiligung und Eigeninitiative der Schüler
ist auf die Vermittlung im Klassenraum begrenzt	bezieht alle Aspekte des Schullebens (Pausenhof, Cafeteria usw.) sowie die nähere Umgebung ein
beschränkt sich auf Zielgruppe der Schüler	hat als Zielgruppe neben den Schülern auch die Lehrkräfte und legt auf die Unterstützung und Mitarbeit der Eltern Wert

Tabelle 1: Gegenüberstellung der traditionellen Gesundheitserziehung und der innovativen Gesundheitsförderung¹³²

3.3 Gesundheitserziehung zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Aus den vorangestellten Ausführungen geht hervor, dass die pädagogischen Maßnahmen im Sinne der Gesundheitserziehung das Ziel haben, das Gesundheitsverhalten der Menschen positiv zu beeinflussen und die Gesundheit zu erhalten und/oder wiederherzustellen. Dabei beziehen sich die Interventionen sowohl auf Einzelpersonen als auch auf ganze Populationen. Gleichzeitig zielen die Maßnahmen auf jene Umweltbedingungen ab, welche das Gesundheitsverhalten bestimmen. Die Menschen sollen befähigt werden, ihre natürliche und gesellschaftliche Umgebung selbstständig und aktiv zu gestalten und Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Mit dieser Ausrichtung ordnet sich die Gesundheitserziehung, wie in Abbildung 1 dargestellt, in zwei übergeordnete Strategien ein, welche als „Krankheitsprävention“ und „Gesund-

¹³² Winkler (1998), S. 37 in Anlehnung an Barkholz/Homfeldt (1994), S. 30.

heitsförderung“ bezeichnet werden.¹³³ Als deren gemeinsames Ziel gilt die Erreichung individueller und kollektiver Gesundheitsgewinne.¹³⁴ Gleichwohl ist zu erwähnen, dass den beiden Interventionsformen höchst unterschiedliche Paradigmen zugrunde liegen. Während sich Maßnahmen im Sinne der Krankheitsprävention auf die Reduktion von Krankheiten und Risikofaktoren konzentrieren, versuchen gesundheitsförderliche Interventionen, die individuellen Gesundheitsressourcen zu stärken. Das bedeutet, dass zwar beide Strategien ein erklärtes Ziel verfolgen, sich diese aber durch unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenen Wirkprinzipien grundsätzlich voneinander unterscheiden.¹³⁵ Die folgenden Systematisierungsansätze sollen dazu beitragen, die Position der Gesundheitserziehung besser zu bestimmen.¹³⁶

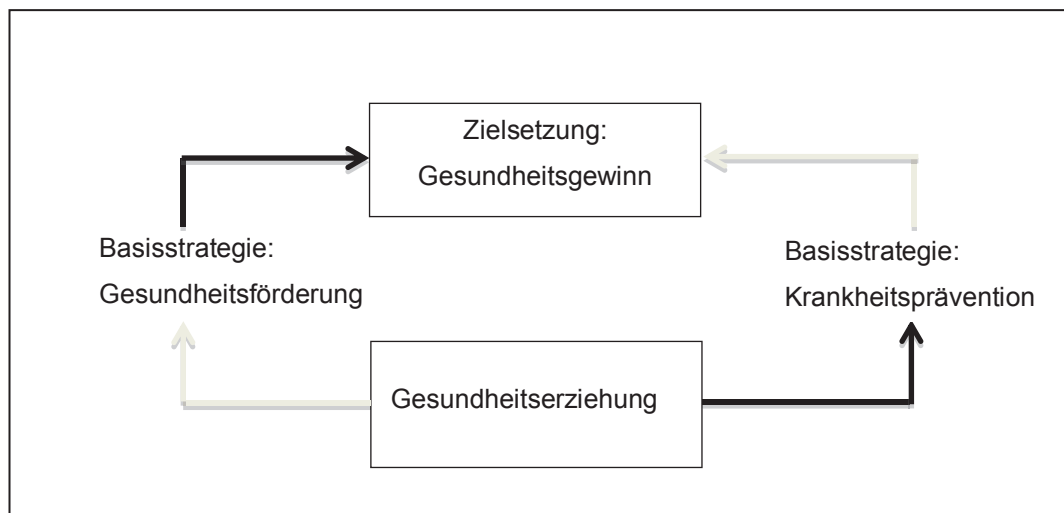


Abbildung 1: Doppelstruktur von Gesundheitserziehung¹³⁷

3.3.1 Das präventive Modell

Das präventive Modell von Gesundheitserziehung setzt das menschliche Verhalten mit der Entstehung und Bewältigung von vermeidbaren Erkrankungen zueinander in Beziehung. Demnach sei die Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten durch Strategien zur Verhaltensänderung in einem linearen Modell erreichbar. Wobei die konkrete Benennung der Präventionsziele und deren Umsetzung in die Praxis den Professo-

¹³³ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 19.

¹³⁴ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 19.

¹³⁵ Vgl. Hurrelmann (2000), S. 98 ff.

¹³⁶ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 19.

¹³⁷ Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 20.

nellen obliegen. Abbildung 2 zeigt, dass auf der Grundlage dieses Modells Gesundheitserziehung als die geeignete Methode erscheint, Kinder und Jugendliche zur Einhaltung empfohlener Lebens- und Verhaltensstile zu bewegen, zur Krankheitsprävention auf allen Ebenen (primär, sekundär, tertiär) beizutragen und Kosteneinsparungen durch eine angemessene Leistungsanspruchnahme zu bewirken.¹³⁸ An dieser Ausrichtung ist die häufig kritisierte Verbindung zum biomedizinischen Modell deutlich zu erkennen, welches noch heute die Schulmedizin und Prävention bestimmt.¹³⁹

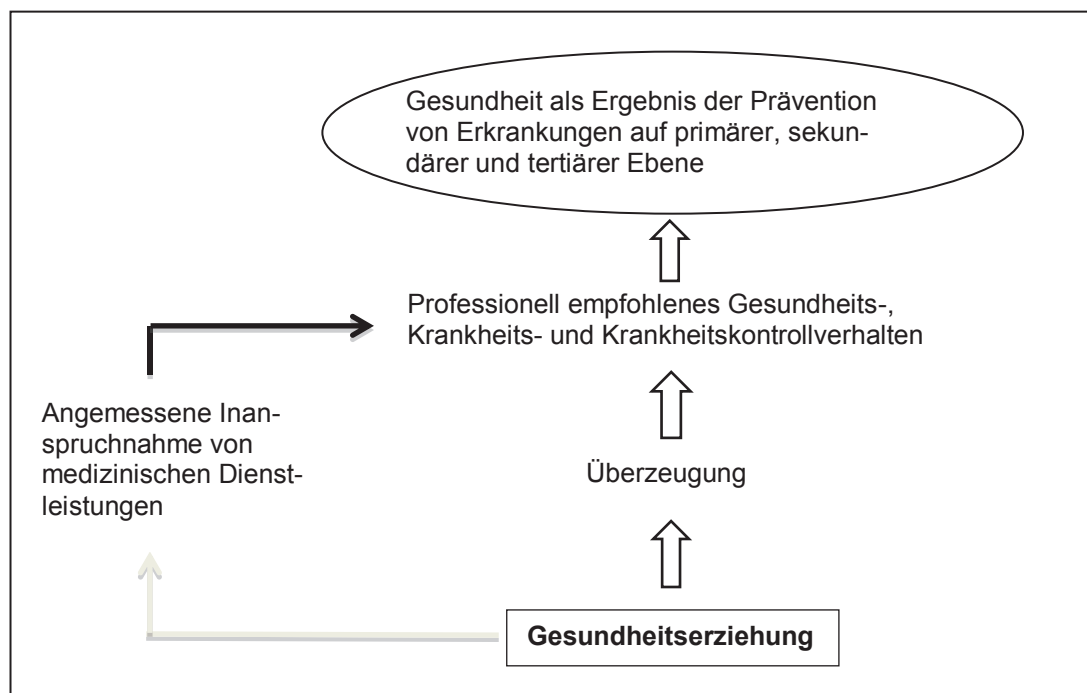


Abbildung 2: Präventives Modell von Gesundheitserziehung¹⁴⁰

Unter dem Deckmantel der Früherkennung und Gesundheitserziehung lassen sich pragmatische Präventionskonzepte finden, die in erster Linie den Forderungen der Gesundheitspolitik nach innovativen präventiven Konzepten entsprechen. Erst nach genauerer Betrachtung fällt die erneute Orientierung am biomedizinischen Denken auf. In der Vergangenheit konnte wissenschaftlich nicht belegt werden, dass Zwang oder gutes Zureden zu einer Optimierung des Lebensstils führen und sich infolge dessen die Entstehung von Krankheiten vermeiden lässt. Insgesamt ist festzustellen, dass die

¹³⁸ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 19.

¹³⁹ Vgl. BZgA (2006), S. 18.

¹⁴⁰ Tones (2006), S. 831 übersetzt von Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 21.



Bedeutung der Krankheitsvermeidung weiterhin einen hohen Stellenwert einnimmt, obwohl die Erfolge dieses traditionellen Ansatzes als eher gering zu betrachten sind. Ursächlich dafür sind, dass sich die implizierten Werte und Annahmen dieses Modells über Menschen und die Gesellschaft in Verbindung mit den ideologischen Zielsetzungen als nicht kompatibel mit den heutigen Vorstellungen eines modernen, demokratisch-pluralistischen Systems herausgestellt haben. Diese Inkompatibilität wurde durch die WHO im Sinne der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung aufgegriffen, überarbeitet und schließlich in neue Konzeptionen überführt.¹⁴¹ In einem von fünf identifizierten Handlungsfeldern wird aufgezeigt, was Gesundheitsförderung für die Teilstrategie Gesundheitserziehung bedeutet:¹⁴² „Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.“¹⁴³

3.3.2 Das Empowerment-Modell

Seit der Veröffentlichung der Ottawa Charta gilt Empowerment als zentrale Handlungsstrategie für die ganzheitlichen Gesundheitsmaßnahmen.¹⁴⁴ Im Kern verfolgt dieser Ansatz das Ziel, die Menschen dabei zu unterstützen, ihre (unentdeckten) individuellen Stärken und Ressourcen auszuschöpfen bzw. sich den Zugang zu neuen Gesundheitsressourcen zu erschließen.¹⁴⁵ Dabei wird Empowerment nicht nur als ein Prozess zur Selbstverwirklichung verstanden, sondern auch als ein durch sich selbst erreichter Zustand bezeichnet.¹⁴⁶ Nach dem Motto „Jeder ist seines Glückes Schmied, aber nicht gleichzeitig verantwortlich für sein Unglück“ propagiert Empowerment Hilfe zur Selbsthilfe und versucht dabei, Schuldgefühle möglichst zu vermeiden.¹⁴⁷ Der Begriff „Empowerment“ wird in der fachspezifischen Literatur häufig mit „Selbstbestimmtheit“, „Handlungskompetenz“ oder „Ermächtigung“ übersetzt. In der deutschsprachigen

¹⁴¹ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 20 f.

¹⁴² Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 22.

¹⁴³ WHO (1986), S. 4.

¹⁴⁴ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 22.

¹⁴⁵ Vgl. Kunze/Loss (2011), S. 1.

¹⁴⁶ Vgl. WHO (2006), S. 4.

¹⁴⁷ Vgl. Bröckling (2003), S. 334.



Literatur hat sich bislang keine einheitliche Übersetzung durchsetzen können.¹⁴⁸ Die Vermutung liegt nahe, dass Empowerment als ein Schlagwort fungiert, welches die verschiedensten Grundannahmen, Strategien und Interventionen subsumiert.¹⁴⁹ Neben der begrifflichen Unschärfe wird auch die hinter dem Konzept stehende Theorie kritisiert. Wer es sich zum Ziel macht, die Menschen zu einer höheren Selbstbestimmtheit zu befähigen, unterstellt ihnen zuvor eine vorhandene Machtlosigkeit.¹⁵⁰ Den in Bezug auf das Empowerment-Modell aufkommenden „leeren, naiven Philosophierereien über eine neue, positive Gesundheit“¹⁵¹ stehen jedoch positive/ganzheitliche Konzeptualisierungen gegenüber, die operationalisierbar und messbar sind sowie mit den Bestrebungen der Präventivmedizin in Beziehung stehen. Das von dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelte Salutogenese-Modell (1979) wird als Beispiel eines solchen Konzeptes verstanden.¹⁵² Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im traditionell präventiven Modell Gesundheitserziehung von allen anderen Eingriffslogiken bzw. Interventionsstrategien losgelöst wird und sich ausschließlich auf die aus der Beeinflussung des Individualverhaltens resultierende Krankheitsvermeidung und deren Folgen konzentriert. Im Vergleich dazu zeichnet sich das als Weiterentwicklung angesehene Empowerment-Modell durch ein neues Verständnis von Gesundheitserziehung aus. Sie wird als eine von vielen Strategien angesehen, welche Krankheiten vermeiden und positive Gesundheit ganzheitlich, d.h. auf der Individual- und Gemeinschaftsebene, fördern.¹⁵³

¹⁴⁸ Vgl. Kunze/Loss (2010), S. 1.

¹⁴⁹ Vgl. Bröckling (2003), S. 324.

¹⁵⁰ Vgl. Bröckling (2003), S. 327 ff.

¹⁵¹ Tones (2006), S. 832.

¹⁵² Vgl. Tones (2006), S. 832.

¹⁵³ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 22.

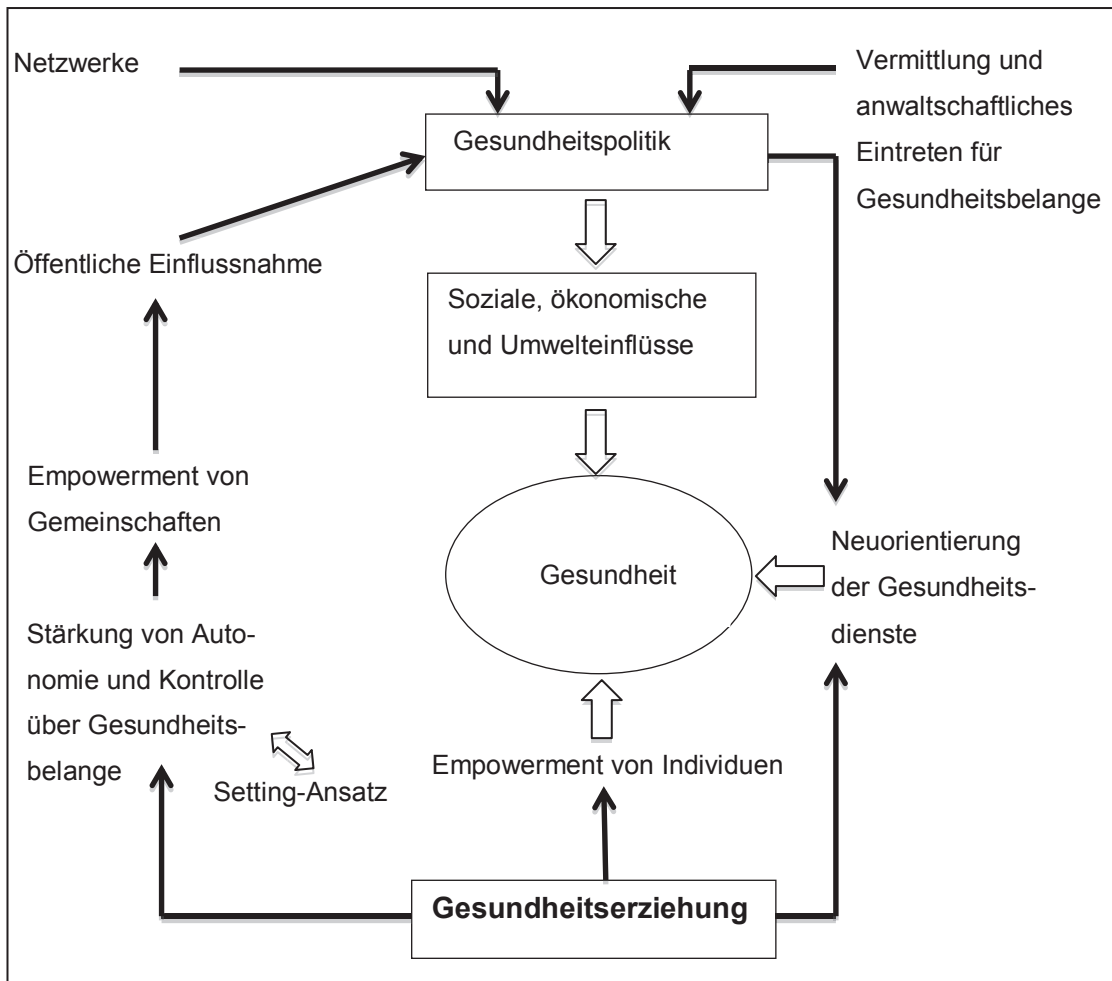


Abbildung 3: Empowerment-Modell, Rolle der Gesundheitserziehung¹⁵⁴

3.3.3 Das Salutogenese-Modell

Antonovsky konzentrierte sich mit seinen Überlegungen auf die Frage, wie es Menschen unter dem Einfluss von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren schaffen, gesund zu bleiben und durch welche Fähigkeiten sie sich auszeichnen. Sein Modell der Salutogenese ist als Kritik an der pathogenetisch-kurativ orientierten Forschung anzusehen.¹⁵⁵ Er versteht Gesundheit und Krankheit nicht als sich einander ausschließende Zustände, sondern als Extrempole auf einem Kontinuum. Lebende Organismen können weder den Zustand der vollkommenden Gesundheit noch den der vollkommenden Krankheit erreichen. Vielmehr bewegt sich jeder Mensch entlang dieses Kontinu-

¹⁵⁴ Tones (2006), S. 832 übersetzt von Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 21.

¹⁵⁵ Vgl. BZgA (2006), S. 27



ums.¹⁵⁶ Stressoren werden nach Antonovsky als Anforderungen definiert, die auf den Organismus einwirken und einen physiologischen Spannungszustand hervorrufen. Dabei sind zur Wiederherstellung des Urzustandes „nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende“¹⁵⁷ Anpassungsleistungen erforderlich.¹⁵⁸ Welche Konsequenzen sich ergeben, ist von der Auseinandersetzung mit den Stressoren abhängig. Die Stressoren werden aber nicht per se als gesundheitsschädlich betrachtet. Bei einer erfolgreichen Bewältigung können sie sogar gesundheitsförderliche Auswirkungen haben. Ob eine erfolgreiche Stressbewältigung gelingt, hängt von Faktoren ab, die Antonovsky als generalisierte Widerstandsressourcen (engl. General Resistance Resources – GRR) bezeichnet. Sie lassen sich im Individuum selbst (z.B. Intelligenz, Bewältigungsstrategien und Selbstvertrauen), in seiner Umwelt (z.B. gute gesunde Schule oder an den Bedürfnissen von Kindern angepasste Wohnverhältnisse) als auch in der Gesellschaft (z.B. funktionierende gesellschaftliche Netze sowie der politische und soziale Frieden) finden. Sofern dem Individuum in einem ausreichenden Maße Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, wirken Stressoren sich nicht gesundheitsschädlich aus. In diesem Fall werden die Personen immer wieder die Erfahrung machen, dass sie den Stressoren nicht schutzlos ausgeliefert sind. Sie sind davon überzeugt, dass sie verstehen, was in ihrer Umwelt passiert, erkennen ihre eigene Kraft und fassen Mut, ihr eigenes Leben zu meistern.¹⁵⁹ Die Wahrnehmung, dass das Leben, sinnvoll, lohnend, verständlich und handhabbar ist, bezeichnet Antonovsky als „Sense of Coherence“ (SOC).¹⁶⁰ Die Ausprägung des Kohärenzgefühls bestimmt die Position auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum.¹⁶¹ Ist der SOC besonders ausgeprägt, kann von einer guten Gesundheit bzw. von einer schnellen Gesundung ausgegangen werden.¹⁶² Schulkonzepte, die nach diesem Prinzip arbeiten, unterstützen und stärken die Kinder und LehrerInnen dahingehend, dass sie Zutrauen zu sich selbst entwickeln, ihre Investition und ihr Engagement in die Zukunft als emotional (wieder) sinnvoll und ihr Leben und alles, was sie umgibt, als (wieder) erklär- und begreifbar einschätzen.¹⁶³

¹⁵⁶ Vgl. Antonovsky (1997), S. 29 f.

¹⁵⁷ Antonovsky (1979), S. 72.

¹⁵⁸ Vgl. BZgA (2006), S. 33.

¹⁵⁹ Vgl. Franke (2009), S. 85.

¹⁶⁰ Vgl. Klemperer (2010), S. 125.

¹⁶¹ Vgl. Franke (2009), S. 85.

¹⁶² Vgl. BZgA (2006), S. 28.

¹⁶³ Vgl. Verein Anshub (2010a), S. 23.



Die gegenwärtige Situation in der Gesundheitsförderung ist dadurch geprägt, dass viele Leistungsanbieter von gesundheitsfördernden Maßnahmen einen höchst unterschiedlichen Kenntnisstand aufweisen.¹⁶⁴ „Vielfach wird ohne genaue Kenntnis des Modells eine Wende gefordert oder bereits eingeführte Maßnahmen unter dem Etikett der Salutogenese weitergeführt.“¹⁶⁵ Dieses Modell hat für die Profession „Gesundheitswissenschaften“ als zentrale Orientierungsdisziplin der Gesundheitserziehung eine grundlegende Bedeutung. Denn Antonovsky hat mit seinem Konzept gleich in zweierlei Hinsicht neue Maßstäbe gesetzt. Es fördert zum einen die gesundheitswissenschaftliche Forschung auf interdisziplinärer Ebene in Bezug auf Ressourcen und gesundheitliche Schutzfaktoren und schärft zum anderen den Blick für die bisher zu wenig beachtete Beziehung und Wechselwirkung zwischen Risiko- und Protektivfaktoren. Antonovskys Modell der Salutogenese belegt, wie wichtig eine Rahmentheorie der Gesundheit bzw. der Gesunderhaltung ist. Bislang fehlt es jedoch an einem systematischen Ansatz in der Gesundheitsförderung.¹⁶⁶ Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem SOC besteht. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass der Zusammenhang zwischen physischer Gesundheit und dem SOC nur sehr gering ausgeprägt ist.¹⁶⁷ In dieser Hinsicht sind weitere Studien wünschenswert. Insgesamt bleibt abzuwarten, ob sich dieses Konstrukt im Rahmen der Gesundheitserziehung durchsetzen wird.

3.3.4 Das Health Literacy-Konzept

Die zuvor genannten Modelle machen deutlich, wie wandelbar die Leitorientierungen für die Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung sind. Wir möchten diese, in der Fachwelt doch breit diskutierten Konzepte, um den im angloamerikanischen Raum geprägten Terminus „Health Literacy“ ergänzen.¹⁶⁸ In diesem Konzept wird die Möglichkeit gesehen, die historisch gewachsene Kluft zwischen dem pathogenen und salutogenen Ansatz zu schließen.¹⁶⁹

¹⁶⁴ Vgl. BZgA (2006), S. 72.

¹⁶⁵ BZgA (2006), S. 72.

¹⁶⁶ Vgl. BZgA (2006), S. 93.

¹⁶⁷ Vgl. BZgA (2006), S. 147.

¹⁶⁸ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 23.

¹⁶⁹ Vgl. Zeyer/Odermatt (2010), S. 105.



3.3.4.1 Definitionen, Ebenen und Konzeption von Health Literacy

Health Literacy wird in der deutschsprachigen Literatur häufig mit „Gesundheitsalphabetisierung“, „Gesundheitsmündigkeit“ oder „Gesundheitskompetenz“ übersetzt. Diese Termini spiegeln aber nicht den umfassenden Charakter des Konzeptes wieder. Aus diesem Grund wird auch in der deutschen Fachliteratur immer wieder der englische Begriff verwendet.¹⁷⁰ Seit den 1970 Jahren wird Health Literacy überwiegend mit der Gesundheitserziehung an Schulen (Bildung zu Gesundheitsfragen) in Zusammenhang gebracht. Im weiteren Zeitverlauf wurde der Begriff einer systematischen Aufarbeitung zugeführt und fand besonders in der Medizin und in der Entwicklungszusammenarbeit Anwendung. Während sich Health Literacy im medizinischen Sektor auf den individuellen Ansatz zur Verbesserung des Patientenwissens konzentrierte, lag der Schwerpunkt im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit auf der Erwachsenenbildung und dem Empowerment. Aus der medizinischen Perspektive wird Gesundheitskompetenz ganz allgemein als die Fertigkeit angesehen, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und anzuwenden. Das Ziel ist, dass sich die Individuen souverän im Versorgungsdschungel zurechtfinden und die präventiven und kurativen Empfehlungen entsprechend umsetzen. Mit der Förderung dieser Kompetenzen werden eine Verstärkung der Therapietreue (Compliance) und eine Verbesserung der klinischen Ergebnisse in Zusammenhang gebracht. Strategisch sollen diese Ziele durch verständlichere Informationen und einen besseren Zugang zu diesen erreicht werden.¹⁷¹ Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung ist der Begriff jedoch weiter gefasst. Die WHO definiert Health Literacy als kognitive und soziale Fähigkeiten, die die Motivation und die Möglichkeiten von Individuen beeinflussen, Informationen zu verstehen und so zu benutzen, dass sie die Gesundheit fördern und/oder aufrechterhalten. Darunter wird also mehr subsumiert, als die Fähigkeit, Broschüren zu lesen und erfolgreich Termine zu vereinbaren. Health Literacy trägt auch ganz entscheidend zum Empowerment bei. Denn es wird nicht nur der Zugang zu Gesundheitsinformationen verbessert, sondern gleichzeitig versucht, die Menschen zu befähigen, diese Informationen auch sinnvoll in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern (z.B. Schule und Familie) einzusetzen.¹⁷² Gesundheitskompetenz vereint sowohl das alltägliche als auch das spezielle Wissen und die Fertigkeiten in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, mit Gesund-

¹⁷⁰ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 23.

¹⁷¹ Vgl. Abel et al. (2010), S. 1.

¹⁷² Vgl. WHO (2013), S. 1.



heit und Krankheit und den gesundheitsbeeinflussenden Lebensbedingungen. Health Literacy kann als Gesundheitsressource dienen und im Idealfall zu einer Verbesserung der Gesundheit sowie der Rahmenbedingungen beitragen. Vermittelt werden diese Kompetenzen in erster Linie über Kultur, Bildung und Erziehung.¹⁷³

Nutbeam unterscheidet drei Formen der Health Literacy in Bezug auf ihre unterschiedlichen Wirkungen. Es handelt sich dabei um die funktionale Form, die kommunikative Form und die kritische Form.¹⁷⁴ Die funktionale Form bezieht sich auf die Grundfähigkeiten im Lesen, Schreiben und Verstehen von (gesundheitsbezogenen) Texten. Unter der kommunikativen Form werden fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten subsumiert, die eine Voraussetzung zur aktiven Teilnahme am Lebensalltag darstellen. Dazu zählen Informationsbeschaffung und -austausch mittels Kommunikation genauso, wie die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag. Um vorhandene Informationen einer kritischen Bewertung zu unterziehen und diese im Alltag optimal einzusetzen, sind fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten notwendig. Diese Fertigkeiten kennzeichnen die dritte Funktion des Konzeptes: die kritische Form.¹⁷⁵ Nutbeam beschreibt in seinem Aufsatz „Health literacy as a public health goal“ auch die Beziehung zwischen den Begriffen „Gesundheitsförderung“, „Health Literacy“ und „Gesundheitserziehung“. In diesem Kontext werden Health Literacy als Ergebnis, Gesundheitserziehung als Methode und die Gesundheitsförderung als deren übergeordnete Aufgabe kategorisiert.¹⁷⁶ Diese begriffliche Abgrenzung ist als zentral für das Praxis- und Forschungsfeld der Gesundheitserziehung zu bezeichnen.¹⁷⁷

3.3.4.2 Health Literacy von SchülerInnen

Bereits im Kindes- und Jugendalter muss die Ausbildung der Gesundheitskompetenz gefördert werden, da die Heranwachsenden besonders in diesem Lebensabschnitt die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, Einstellungen und Handlungskompetenzen herausbilden, auf die sie auch im späteren Leben zurückgreifen.¹⁷⁸ Das Wissen über gesundheitliche Belange steht in Zusammenhang mit den späteren Verhaltensweisen,

¹⁷³ Vgl. Abel et al. (2010), S. 1

¹⁷⁴ Vgl. Nutbeam (2000), S. 263 f.

¹⁷⁵ Vgl. Abel et al. (2010), S. 1.

¹⁷⁶ Vgl. Nutbeam (2000), S. 261.

¹⁷⁷ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 23.

¹⁷⁸ Vgl. Richter (2005), S. 63.



ist aber nicht per se mit einem gesundheitsförderlichen Handeln bzw. Verhalten verbunden. Ein Kind wird vielmehr auf der Basis des vorhandenen Gesundheitswissens befähigt, gesundheitsbewusste Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.¹⁷⁹ Wallmann et al. haben in ihrer Studie zum Thema „Gesundheitskompetenz: Was wissen unsere Schüler über Gesundheit“ festgestellt, dass das Gesundheitswissen von Schülern der 7. Klasse als unzureichend zu betrachten ist.¹⁸⁰ Darüber hinaus bestätigte sich die Annahme, dass das Wissen über Gesundheit von der jeweiligen Schulform abhängig ist. Hauptschüler erzielten durchschnittlich die niedrigste, Realschüler eine etwas höhere und die Gymnasiasten die höchste Punktzahl. Die Studienergebnisse deuten an, dass Hauptschüler ein weniger umfangreiches Gesundheitswissen vorweisen.¹⁸¹ Diese Ergebnisse sind u.a. auch darauf zurückzuführen, dass Heranwachsende aus einem sozial schwachen Milieu weitaus seltener ein Gymnasium besuchen.¹⁸² Damit sind im Gegensatz zu Kindern und Jugendlichen aus einem gut situierten Milieu auch deutlich geringe Chancen auf ein höheres Bildungsniveau und eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz verbunden.¹⁸³ Im Bereich der Gesundheitserziehung erhalten Hauptschüler eine geringe Förderung und können somit nur eine schwächer ausgeprägte Gesundheitskompetenz ausbilden. Diese Studienergebnisse lassen erkennen, dass das vorhandene Gesundheitswissen deutlich durch die besuchte Schulform determiniert wird. Für die Zukunft identifizierten Wallmann et al. einen großen Handlungsbedarf für die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Die Hauptschulen stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses. Notwendig sind verpflichtende Lehrpläne, die das Gesundheitswissen durch Gesundheitserziehung fächerübergreifend vermitteln. Dabei ist vor allem die Integration in den gesamten Schulalltag bedeutsam. Neben der Einrichtung einer gesunden Kantine und der Schaffung eines bewegungsfreundlichen Umfeldes, sind ganz besonders qualifizierte LehrerInnen, im Speziellen ausgebildete Gesundheitserzieher von Nöten, damit die SchülerInnen das erlernte Gesundheitswissen in die Praxis umsetzen können.^{184 185}

¹⁷⁹ Vgl. Wallmann et al. (2011), S. 5.

¹⁸⁰ Die Schüler erreichten 50,1 % von möglichen 100%. (vgl. Wallmann et al. (2011), S. 5.

¹⁸¹ Vgl. Wallmann (2011), S. 9.

¹⁸² Vgl. Hans-Böckler-Stiftung (2009), S. 13.

¹⁸³ Vgl. Allmendinger (2003), S. 82 ff.

¹⁸⁴ Vgl. Wallmann (2011), S. 9 f.

¹⁸⁵ Weiterführende Literatur zum Thema Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schule am Beispiel von GeKoKidS: Franze et al. (2012), S. 156 ff.



3.4 Gesundheitserziehung in der Lehramtsausbildung

Das Thema „Gesundheitserziehung“ wird an erziehungswissenschaftlichen Lehrstühlen der Universitäten und Fachhochschulen¹⁸⁶ nur selten vertreten und innerhalb der Lehramtsausbildung kaum beachtet. Um eine professionelle Gesundheitserziehung durchführen zu können, benötigen PädagogInnen praxisrelevante Kompetenzen, die auf dem aktuellen Stand des evidenzbasierten Wissens zu effektiven Interventionen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung basieren.¹⁸⁷ Die Bereiche „Wissen und Überzeugungen“, „Stressbewältigung und Kohärenzgefühl“ sowie der Bereich „Entwicklungskontext“ sind nicht nur für Aus- und Weiterbildung des pädagogischen Personals, sondern auch zur Konzeption von Unterrichtseinheiten von großer Bedeutung. Sie erfordern eine besondere fachliche Lehrkompetenz, welche die Annahme einfacher Schlussfolgerungen bzw. subjektiver Vorstellungen verhindert.¹⁸⁸ Die Schule soll die Aufgabe übernehmen, den Unterschieden in der individuellen Gesundheitsvorsorge der Kinder und Jugendlichen, welche durch die soziale Ungleichheit entstehen, entgegenzuwirken. Mit dieser Erwartung sind die Schulen allerdings häufig überfordert. Zwar sollen Schulprojekte über verschiedene Themen von Gesundheitsrisiken aufklären, doch eine Präventionsarbeit, die den Einzelnen dabei unterstützt, auf seine Gesundheit nachhaltig zu achten und sich dabei auch Fehler einzuräumen, fehlt. Zudem kann meist nicht auf gesellschaftliche und umweltbedingte Risikofaktoren eingegangen werden, da die PädagogInnen für eine politische Ausweitung dieser Themen nicht die entsprechende Position innehaben. Gesundheitserziehung kann nur dann als ganzheitlich verstanden werden, wenn sie sowohl auf die Verhaltensmodifikation des Individuums als auch auf die Veränderung von Umwelteinflüssen ausgerichtet ist. Vor allem aber darf sie sich nicht an der Krankheitsvermeidung orientieren oder Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definieren.¹⁸⁹ Wird von der Interdependenz zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention ausgegangen, schließt Organisationsentwicklung unvermeidlich auch Personalentwicklung mit ein, welche sich u.a. auf die Kompetenzen von Gesundheitserziehern in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern ausrichtet.

¹⁸⁶ An einigen Universitäten und Fachhochschulen wird Gesundheitspädagogik als Studieninhalt angeboten. Hier ist vor allem die Universität Bamberg zu nennen, aber auch z.B. die Universitäten Ulm und Trier sowie die Fachhochschule München. (vgl. Wulfhorst (2006), S. 830 f.)

¹⁸⁷ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 26.

¹⁸⁸ Vgl. Drinck (2012), S. 427 f.

¹⁸⁹ Vgl. Drinck (2012), S. 431 f.



Die Entwicklung neuer, gesundheitspädagogischer Angebote in der Aus- und Fortbildung erscheint zwingend erforderlich.¹⁹⁰

In den angelsächsischen und skandinavischen Ländern hat sich aus dieser Problematik heraus das Berufsbild des Gesundheitserziehers (Health Educator) etabliert. Auch in Deutschland sind erste Ansätze dieser Professionsentwicklung zu entdecken. Die Berufsbezeichnung „Gesundheitspädagoge“ ist hierzulande vorherrschend. Vereinzelt lassen sich aber auch Bezeichnungen wie „Gesundheitsbildner“ oder „Gesundheitserzieher“ finden.¹⁹¹ Diese Berufsgruppe ist mit ihrem professionellen Know-How in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern gefragt. Demzufolge werden die verschiedensten Zielgruppen angesprochen. Sie unterscheiden sich in Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Herkunft. Die tägliche Arbeit zeichnet sich dadurch aus, dass nicht die Vermittlung von eigenen Wertvorstellungen, sondern die Befähigung zur Selbstbestimmung im Vordergrund steht. Dabei sollten alle Interventionen stets auf theoretische wissenschaftliche Konzepte aufbauen. In den USA ist die Ausdifferenzierung des Berufsfeldes so weit vorangeschritten, dass die „Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO)“¹⁹² ethische Grundsätze in dem „Health Education Code of Ethics“ festgehalten hat. Sie verdeutlichen exemplarisch das umfassende Funktions- und Aufgabenprofil eines Gesundheitserziehers:

Article I: Responsibility to the Public

A Health Educator's responsibilities are to educate, promote, maintain, and improve the health of individuals, families, groups and communities. When a conflict of issues arises among individuals, groups, organizations, agencies, or institutions, health educators must consider all issues and give priority to those that promote the health and well-being of individuals and the public while respecting both the principles of individual autonomy, human rights and equality.

Article II: Responsibility to the Profession

Health Educators are responsible for their professional behavior, for the reputation of their profession, and for promoting ethical conduct among their colleagues.

Article III: Responsibility to Employers

Health Educators recognize the boundaries of their professional competence and are accountable for their professional activities and actions.

¹⁹⁰ Vgl. Wulfhorst (2006), S. 827 f.

¹⁹¹ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 24.

¹⁹² Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 27.

**Article IV: Responsibility in the Delivery of Health Education**

Health Educators deliver health education with integrity. They respect the rights, dignity, confidentiality, and worth of all people by adapting strategies and methods to the needs of diverse populations and communities.

Article V: Responsibility in Research and Evaluation

Health Educators contribute to the health of the population and to the profession through research and evaluation activities. When planning and conducting research or evaluation, health educators do so in accordance with federal and state laws and regulations, organizational and institutional policies, and professional standards.

Article VI: Responsibility in Professional Preparation

Those involved in the preparation and training of Health Educators have an obligation to accord learners the same respect and treatment given other groups by providing quality education that benefits the profession and the public.¹⁹³

Die CNHEO wurde gegründet, um die Profession „Health Education“ zu fördern sowie die Zusammenarbeit und Kommunikation in Bezug auf wichtige Probleme der Gesundheit und Gesundheitserziehung zu pflegen.¹⁹⁴ Bei der Formulierung der oben genannten sechs Artikel, die zu einer einheitlichen Bestimmung der Aufgabengebiete von Gesundheitserziehern in den USA beitragen soll, handelt es sich um eine Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels. Fakt ist, dass in Deutschland einheitliche Standards und ausgebildete Gesundheitserzieher/-bildner fehlen. Die hierzulande vorangeschrittene Professionalisierung der Gesundheitserziehung ist im Vergleich zu anderen Ländern allerdings nicht per se als unterentwickelt zu bezeichnen. In den Handlungsfeldern der Schulen, Universitäten, Betrieben, und Gesundheitsdiensten ähneln sich die Zielsetzungen und Aufgaben im deutschsprachigen Raum mit denen der CNHEO. Die Tätigkeiten werden hierzulande jedoch vorherrschend durch andere Professionen ausgeübt. Dabei handelt es sich um Lehrkräfte, Sozialarbeiter, Kindergärtner oder Ärzte, die für die eigentliche Kernaufgabe ausgebildet sind und somit keine Experten der Gesundheitserziehung darstellen.¹⁹⁵

Auch wenn der gesellschaftliche Bedarf nach Gesundheitserziehern unstrittig ist, bleibt festzuhalten, dass sich das Berufsbild auf nationaler Ebene noch nicht etabliert hat. In Deutschland ist eine stetige Akzentuierung bestehender Berufsbilder festzustellen. Lehrer und Sozialarbeiter werden zunehmend schwerpunktmäßig im Bereich „Gesundheit“ ausgebildet. An deutschen Hochschulen wurden dazu Studiengänge wie z.B. Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe und Gesundheitskommunikation einge-

¹⁹³ CNHEO (2011), S. 1

¹⁹⁴ Vgl. Capwell (2004), S. 12.

¹⁹⁵ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 27.



richtet. Ob sich aber im Laufe der Professionalisierung die Gesundheitserziehung als Zusatzqualifikation durchsetzt oder sie sich als eine eigenständige Kernkompetenz entwickelt, bleibt abzuwarten. Wünschenswert sind intensivere Bemühungen hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Themen der Gesundheitsförderung und Prävention sind im Lehrplan nahezu aller Schulformen und -stufen verankert, was jedoch in der Lehrerbildung nur ungenügend berücksichtigt wird.¹⁹⁶ Bereits bei der Kultusministerkonferenz im Jahr 1991 wurde konstatiert, dass die Verbesserung der Lehrkräftebildung im Bereich der Gesundheitserziehung von besonderer Bedeutung ist.¹⁹⁷ Nach bisherigen Entwicklungen zahlt sich für die individuelle und gesamtgesellschaftliche Gesundheitsbilanz der Einsatz von ausgebildeten Gesundheitserziehern besonders aus. Sie sind speziell für die Prävention und Gesundheitsförderung ausgebildet und können die notwendigen Handlungskompetenzen und Wissensinhalte der jeweiligen Schulform flexibel anpassen und diese in den unterschiedlichsten Varianten vermitteln.¹⁹⁸

3.5 Gesundheitsschulfach oder gute gesunde Schule

Die Themen der gesunden Lebensführung, Ernährung, Aids-Aufklärung und Suchtmittelprävention sind für das Leben der Kinder und Jugendlichen wichtig.¹⁹⁹ Sie können in der Institution Schule im Rahmen der Gesundheitserziehung von den LehrerInnen bzw. GesundheitserzieherInnen sowohl im Einzelfach „Gesundheit“, fachgebunden als auch fächerübergreifend unterrichtet werden.²⁰⁰ Die aktuelle Bildungslandschaft ist dadurch geprägt, dass Gesundheitserziehung zwar im Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule festgeschrieben ist, sie aber als integraler Bestandteil und nicht als explizites Schulfach verstanden wird. Projekte auf der Grundlage des Setting-Ansatzes und dem Ziel, die Schulen zu bewegen, Gesundheit zu thematisieren, eine gesundheitsförderliche Umwelt zu schaffen und somit den gesundheitserzieherischen Auftrag der Schule zu unterstützen, fanden nur bei einer geringen Anzahl von Schulen in Deutschland Anwendung.²⁰¹ Nach Paulus und Witteriede praktizieren ca. 14% der all-

¹⁹⁶ Vgl. Wulfhorst (2006), S. 829.

¹⁹⁷ Vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1992), S. 27 f.

¹⁹⁸ Vgl. Wulfhorst/Hurrelmann (2009), S. 26 ff.

¹⁹⁹ Vgl. Schwarze-Reiter (2008), S. 1 ff.

²⁰⁰ Vgl. Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 164.

²⁰¹ Vgl. Paulus (2010), S. 9 ff.



gemeinbildenden Schulen diese evidenzbasierten Konzepte.²⁰² Die tatsächliche Quote von Modellen guter Praxis soll Stichproben zufolge sogar weit unter diesem Wert liegen. Diese Erkenntnisse trugen in der Wissenschaft zu einem deutlichen Umdenken bei.²⁰³ Die neu entwickelten Modelle verfolgen das Ziel, Gesundheit in der Schule nachhaltig und wirksam zu verankern. Der Perspektivenwandel ist ebenfalls auf die Erkenntnisse der schulbezogenen Gesundheits- bzw. Wohlbefindensforschung zurückzuführen. Sie betrachten Gesundheit nicht nur als Output/Outcome, sondern auch als einen Input- und Throughput-Faktor. Das bedeutet, dass Gesundheit sowohl für das Lernen und die Leistungen als auch für die sozialen Kompetenzen eine wichtige Voraussetzung ist. Für die Qualität von Schule und Bildung ist Gesundheit zugleich Ressource, Katalysator und Motor. Dies zeigt die unumstritten große Bedeutung des Themas „Gesundheit“ in der Institution Schule.²⁰⁴ Allerdings scheiden sich, wie im Folgenden dargestellt, die politischen, wissenschaftlichen und vor Ort praktizierenden Beteiligten daran, ob die Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen und Handlungskompetenzen in Form eines Schulfaches „Gesundheit“ oder eines gesamtschulischen Ansatzes in den Schulalltag integriert werden sollte.

Die Gegner des Gesundheitsfaches fordern eine Schule, die ganzheitlich auf Gesundheit ausgerichtet ist. Sie gehen davon aus, dass Gesundheitserziehung nicht innerhalb einer Unterrichtsstunde vermittelt werden könne. Ihrer Meinung nach erweitere der Gesundheitsunterricht zwar das abstrakte Wissen über Risikofaktoren und Gesundheitsressourcen, allerdings würden die Kinder und Jugendliche dieses oft nicht in die Praxis umsetzen können. Demzufolge habe das Gesundheitsfach im Gegensatz zu den gesamtschulischen Innovationen nur geringe Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Siegfried Seeger (Freier Bildungsreferent in Hessen) befürwortet das Projekt der guten gesunden Schule. Er meint, dass durch die Schaffung eines Lern-, Spiel- und Arbeitsumfeldes, das nach neuesten gesundheitsfördernden Erkenntnissen gestaltet ist, ein Gesundheitsfach obsolet werde. Die Schule muss nach seinen Vorstellungen u.a. Kriterien wie eine schadstofffreie Architektur, eine schmackhafte, gesunde und bezahlbare Verpflegung, ergonomisches Schulmobiliar sowie saubere Wasch- und Toilettenräume erfüllen. Diese gesundheitsförderlichen Bedingungen würden nicht nur den SchülerInnen, sondern auch den LehrerInnen zu einem

²⁰² Vgl. Paulus/Witteriede (2008), S. 49.

²⁰³ Vgl. Paulus (2010), S. 15.

²⁰⁴ Vgl. Paulus/Franzkowiak (2011), S. 99.



Wohlfühlerlebnis verhelfen. Seeger verweist in diesem Zusammenhang auf die „primakids“-Studie zur Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule, welche seine Vorstellungen bestätige.²⁰⁵

Diese Studie wurde von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse an 14 Hamburger Grundschulen in den Jahren 2002 bis 2006 durchgeführt, wobei neun Schulen die Interventionsgruppe und fünf Schulen die Kontrollgruppe bildeten. Die SchülerInnen wurden von der Einschulung bis zum Ende der 4. Klasse begleitet.²⁰⁶ Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Anzahl an übergewichtigen Kindern in den Schulen mit Gesundheitsunterricht im Vergleich zu Schulen ohne dieses Fach nicht gesunken ist. Dr. Sabine Voermans, Leiterin des Gesundheitsmanagements der Techniker Krankenkasse, weist darauf hin, dass gerade bei den Kindern, im Alter von sechs bis zehn Jahren, der Einfluss der außerschulischen Umwelt, der Freunde, Großeltern und Eltern unverkennbar größer sei als der der Bildungseinrichtung. Zur Prävention von Übergewicht reiche allein die Zeit, die die Kinder in der Schule verbringen, nicht aus.²⁰⁷

Andere Stimmen sagen, dass der Blick auf die Stundentafel und die Fülle an Unterrichtsfächer die Berücksichtigung eines weiteren (Gesundheits-)Faches derzeit nicht erlaube. Sobald ein neues Schulfach in den Stundenplan aufgenommen würde, hätte dies die Abschaffung eines anderen zur Folge. Hinzukommt, dass auch andere Bereiche wie die Verkehrs-, Umwelt und Verbrauchererziehung um eine Ausdehnung im Unterricht ringen würden. Solche Überlegungen zur Einführung oder Nicht-Einführung eines Gesundheitsschulfaches würden zu keinem Ergebnis führen.²⁰⁸ Vielmehr wären Ansätze gefragt, die die aktuelle Bildungssituation berücksichtigen und praktikable Lösungen aufzeigen. Ein Beispiel dafür sei die gute gesunde Schule. Sie trage durch Gesundheitsinterventionen zur Verbesserung der Bildungs- und Schulqualität bei und strebe gleichzeitig eine effizientere Erreichung der Gesundheitsziele an.²⁰⁹

Die Befürworter des Gesundheitsfaches betonen hingegen, dass das Thema der Gesundheitserziehung zu wenig ernst genommen werde²¹⁰ und argumentieren mit der

²⁰⁵ Vgl. Schwarze-Reiter (2008), S. 1 ff.

²⁰⁶ Vgl. primakids (2013), S. 1.

²⁰⁷ Vgl. Atorio (2007), S. 1.

²⁰⁸ Vgl. Emundts (1993), S. 284.

²⁰⁹ Vgl. Michaelsen-Gärtner et al. (2009), S. 169.

²¹⁰ Vgl. Emundts (1993), S. 284.



gesellschaftlichen Forderung nach einer gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Auch die Institution Schule müsse sich den strukturellen Veränderungen stellen und ein Schulfach, indem lebenswichtige Themen zusammengefasst sind, zumindest probeweise anbieten.²¹¹ Die Einrichtung von Ganztagschulen könne erreichen, dass Gesundheitserziehung bzw. ein Gesundheitsfach an Schulen effektiver wird. Prof. Dr. Detlef Krüger, Verantwortlicher für den Projektteil der Schulentwicklung der „primakids-Studie“, hebt hervor, dass besonders auf der Handlungsebene Potenziale für eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitsverhaltens entstehen und greifen könne, wenn die Schule für Kinder und Jugendliche eine umfassendere Lebenswelt werde. Die Techniker Krankenkasse und die Hochschule für angewandte Wissenschaften sprachen sich deshalb für ein Gesundheitsfach aus. Wie die Studie zeigt, wirkt sich der Gesundheitsunterricht positiv auf das gesundheitliche Verhalten und die Lebensqualität der SchülerInnen aus. Sie verbringen weniger Zeit vor dem Fernseher, spielen häufiger im Freien und greifen seltener zu ungesunden Lebensmitteln. Insgesamt sind die Kinder ausgeglichener und fühlen sich wohler als jene, die nicht an dem Gesundheitsunterricht teilnahmen.²¹²

Auch Gudrun Zander, Dezernentin am Landesinstitut für Schule und Gesundheit in Schwerin, sehe die Notwendigkeit eines Gesundheitsfaches in der Schule. Sie begründet ihre Auffassung damit, dass einige SchülerInnen ein sehr geringes Wissen über die richtige Körperhygiene oder die Bedeutung ausreichender Bewegung aufweisen würden. Darüber hinaus würden die Zuständigkeiten der Gesundheitserziehung im stressigen Schulalltag oftmals untergehen und die LehrerInnen seien mit einem fächerübergreifenden Unterricht häufig überfordert, da die gesundheitsrelevanten Themen in ihrer Ausbildung einen sehr geringen Teil einnehmen. Die Schulen sollen sich von der jahrhundertalten Fächereinteilung abkehren und Veränderungen zulassen. Gudrun Zander, welche selbst an der Gestaltung des Schulentwicklungsprojektes „Anschub.de“ (Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland) in Mecklenburg-Vorpommern mitgearbeitet hat, stuft Gesundheitsprojekte zur Stärkung der Health Literacy sehr wohl als sinnvoll ein. Aufgrund ihrer in 16 Jahren gesammelten Erfahrungen sei sie allerdings davon überzeugt, dass einzelne Initiativen nicht ausreichen würden, um das Programm der guten gesunden Schule in die Bildungseinrich-

²¹¹ Vgl. Schwarze-Reiter (2008), S. 1 ff.

²¹² Vgl. Atorio (2007), S. 1.



tungen zu etablieren. Diese Projekte sollen durch ein eigenständiges Fach ergänzt werden, anderenfalls würde den SchülerInnen das Basiswissen zu gesundheitsrelevanten Themen fehlen. Zur Herausbildung einer Gesundheitskompetenz sei es essentiell, dass die Gesundheitserziehung zu einem festen Bestandteil des wöchentlichen Stundenplans einer guten gesunden Schule werde.²¹³ Die innovativen Vorstellungen des Projektes der guten gesunden Schule werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

3.6 Die gute gesunde Schule

Bei einer guten gesunden Schule handelt es sich um eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Bildungsqualität verbessert und zugleich die im Bildungs- und Erziehungsauftrag verankerten Gesundheitsbildungsziele realisiert.²¹⁴ Sie trägt entscheidend zu einer nachhaltigeren Entwicklung bei.²¹⁵ Die Themenschwerpunkte Bildung und Gesundheit werden in diesem Konzept ganz neuartig miteinander verbunden. Die Gesundheitsinterventionen werden in den Dienst dieses Auftrages gestellt und sind primär auf die zu erfüllenden Bildungsziele ausgerichtet.²¹⁶

3.6.1 Strategien der guten gesunden Schule

Die gute gesunde Schule verfolgt parallel zwei Strategien. Dabei handelt es sich zum einen um die Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung und zum anderen um die Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit. In dem bis heute gültigen Bericht der Kultusministerkonferenz zur Sicherung der Situation der schulischen Gesundheitserziehung in Deutschland (November 1992) geht die Aufgabe der Schule zur *Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung* hervor. Neben methodisch-didaktischen Fragen und Fragen einer ganzheitlichen Konzeption wird auch der Erziehungs- und Bildungsauftrag in Bezug auf die Gesundheit genauer definiert.²¹⁷ Es werden die Themenfelder wie Ernährungs-, Bewegungs- und Sexualerziehung, Hygiene/Zahngesundheit, Aids-

²¹³ Vgl. Schwarze-Reiter (2008), S. 1 ff.

²¹⁴ Vgl. Paulus (2010), S. 18.

²¹⁵ Vgl. Brägger et al. (2005), S. 1.

²¹⁶ Vgl. Paulus (2003), S. 15.

²¹⁷ Vgl. Paulus (2010), S. 19.



und Suchtprävention sowie Erste Hilfe angesprochen.²¹⁸ Wie genau diese einzelnen Schwerpunkte aber aufbereitet sein müssen, um eine hohe Qualität zu erreichen, ist nicht Bestandteil des Kultusministerberichts. Für die Arbeit einer guten gesunden Schule ist daher eine überarbeitete Version dringend angezeigt.²¹⁹

Mit der Strategie „*Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit*“ wird der Bereich der Schule in den Mittelpunkt gerückt, in dem die Bildungsarbeit durch Gesundheitsinterventionen verbessert werden soll. Damit wird nicht speziell der Unterricht zur Gesundheitserziehung angesprochen, sondern der Unterricht in der Bildungseinrichtung insgesamt.²²⁰ Im Wesentlichen geht es hier um den Stellenwert und die Notwendigkeit von Gesundheit in der Schule – einer Einrichtung die zugleich einen Lern- und Arbeitsplatz darstellt und somit einer Reihe von Vorschriften unterliegt.²²¹

Das *Arbeitsschutzgesetz*, das betriebsmedizinische Dienste auch für Schulen vorsieht, steht mit dieser Strategie in einem besonders engen Zusammenhang. Sie verfolgen das Ziel, durch die Senkung der arbeitsbedingten Belastungen und Stärkung der Ressourcen speziell die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Außerdem sollen die Lehrkräfte und Schulleitungen Kompetenzen zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben und Gestaltung der Arbeitsbedingungen erlangen.²²²

Die *Kommunen* sind verantwortlich für die baulichen Gegebenheiten und die Ausstattung der Schulen. Bei Privatschulen liegt die Zuständigkeit bei den jeweiligen Trägern. Sichere und gesunde Lernbedingungen stehen daher auf der Agenda der Kommunen. Für die Überwachung der baulichen Vorschriften ist dahingegen die Unfallversicherung bzw. die Unfallkasse zuständig. Ihre Verantwortlichkeit ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) VII.²²³

Eine wichtige Rolle spielt hierbei auch das Engagement der *gesetzlichen Krankenversicherungen*, das sich aus den §§ 20 SGB V und 20a SGB V ergibt. Mit diesen Vorschriften hat der Gesetzgeber die Primärprävention und die Gesundheitsförderung zur gesetzlichen Aufgabe der Krankenkasse aufgewertet. Ihre Leistungen sollen zur Ver-

²¹⁸ Vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1992), S. 9 ff.

²¹⁹ Vgl. Paulus (2010), S. 17.

²²⁰ Vgl. Paulus (2010), S. 19.

²²¹ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 143.

²²² Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 143 f.

²²³ Vgl. Mohn (2010), S. 362.



besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes beitragen, die gesundheitlichen Ressourcen stärken und die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern.²²⁴ Dabei muss die gesetzliche Krankenkasse beachten, dass sie ihren Zuständigkeitsbereich nicht verlässt. LehrerInnen sind in der Regel keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und somit nicht die primäre Zielgruppe der Maßnahmen. Dennoch ist zu beachten, dass die LehrerInnen an ihrem Arbeitsplatz einer großen Bandbreite von Belastungen ausgesetzt sind. Sie sind die zentralen Akteure und Multiplikatoren gesundheitsbezogener schulischer Aktivitäten und müssen daher in das Konzept der guten gesunden Schule integriert werden.²²⁵

3.6.2 Merkmale der guten gesunden Schule

Was zeichnet eine gute gesunde Schule aus? Um diese Frage in ihrer umfassenden Dimension beantworten zu können, muss sowohl auf die Forschungserkenntnisse zur Qualität von Schulen als auch auf die Erfahrungen zu gesundheitsförderlichen Merkmalen von Schulen zurückgegriffen werden. Während zur Bewertung der Effektivität von Schulen in erster Linie die Lernerfolge der SchülerInnen herangezogen werden, sind in Bezug auf die Studien zu gesundheitsförderlichen Merkmalen vor allem das Wohlbefinden, die gesundheitsrelevanten Anforderungen und Ressourcen bedeutsam.²²⁶ Werden die Resultate beider Forschungsrichtungen zusammengefügt, lässt sich erkennen, dass sich eine gute gesunde Schule in erster Linie durch die Qualität der sozialen Beziehungen zwischen den LehrerInnen und SchülerInnen auszeichnet. Dabei sind sowohl die sozialen Interaktionen innerhalb als auch zwischen den Gruppen bedeutsam. Ein soziales Miteinander, das auf geteilte und verbindliche Wertvorstellungen aufbaut, durch Vertrauen, Offenheit und Wertschätzung geprägt ist sowie intensive Kommunikation und Kooperation vereint, kennzeichnet und umschreibt eine gute gesunde Schule.²²⁷ Ihre Qualität lässt sich insbesondere an dem Schulklima, der sozialen Unterstützung, den gemeinsamen Zielen und Werten, dem Verbundenheitsgefühl mit der Bildungseinrichtung und der Schulleitung messen.

²²⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 8.

²²⁵ Vgl. Meierjürgen (2010), S. 330.

²²⁶ Vgl. Schumacher (2010), S. 102 f.

²²⁷ Vgl. Schumacher (2010), S. 103.



Das *Schulklima* wird als Grundatmosphäre in der Bildungseinrichtung verstanden, das sich in den Beziehungen und Interaktionen zwischen den Mitgliedern der Schulgemeinschaft widerspiegelt. Diese Atmosphäre entwickelt sich als Ergebnis des sozialen Miteinanders und beeinflusst gleichzeitig das Verhalten der einzelnen SchülerInnen und LehrerInnen.²²⁸ Das Schulklima wird als gesundheits- und leistungsförderlich wahrgenommen, wenn es von gegenseitigem Respekt, Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist.²²⁹ Ein solches Schulklima stärkt nicht nur die Partizipation, sondern auch das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und mündet in dem Erleben, Teil eines starken und verlässlichen Kollektivs zu sein.²³⁰

Soziale Unterstützung: Die Bildungseinrichtungen unterscheiden sich ganz grundlegend darin, in welchem Ausmaß die Gemeinschaftsmitglieder Unterstützung erfahren.²³¹ Das Wissen darüber, Hilfe aus dem sozialen Umfeld in Anspruch nehmen zu können, reduziert Ängste und Stress.²³² Belastungen können leichter bewältigt werden, wenn die Individuen persönliche Zuwendung und Anteilnahme erleben. Die Erfahrung, Mitglied einer Gemeinschaft zu sein, welche auch in schwierigen Lebenslagen zueinanderhält und Lösungen findet, stärkt die Überzeugung, auch für zukünftige Probleme gerüstet zu sein.²³³ Diese zwischenmenschlichen Ressourcen motivieren zu besseren Leistungen und begünstigen sowohl die Gesundheit als auch das Wohlbefinden.²³⁴

Gemeinsame Ziele und Werte stellen die Grundvoraussetzung für das Gelingen einer sozialen Gemeinschaft dar. Sie vermitteln Sicherheit, geben einen Orientierungsrahmen und fordern und fördern nicht nur die Kooperation, sondern auch die Kommunikation der SchülerInnen, LehrerInnen und sonstigen MitarbeiterInnen.²³⁵ Die intensive kollegiale Zusammenarbeit ist sowohl Bedingung als auch Resultat gemeinsamer pädagogischer Konzepte und das Kennzeichen einer guten gesunden Schule.²³⁶

²²⁸ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 103.

²²⁹ Vgl. Hoy/Sweetland (2001) zit. nach Schuhmacher (2010), S. 103.

²³⁰ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 103.

²³¹ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 104.

²³² Vgl. Knoll/Schwarzer (2005) zit. nach Schuhmacher (2010), S. 104.

²³³ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 104.

²³⁴ Vgl. Knoll/Schwarzer (2005) zit. nach Schuhmacher (2010), S. 104.

²³⁵ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 104.

²³⁶ Vgl. Hoy/Hannum (1997) zit. nach Schuhmacher (2010), S. 104.



Verbundenheitsgefühl mit der Schule: Für die LehrerInnen und SchülerInnen sind eindeutige Strukturen und Werte eine Voraussetzung, um mit ihrer Bildungseinrichtung eine emotionale Bindung einzugehen und sich mit ihr identifizieren zu können.²³⁷ Gemeinsame Ziele und Werte stärken das Wir-Gefühl, das Engagement und das Wohlbefinden aller Beteiligten.²³⁸ Bei der Schule handelt es sich in der Regel um einen Ort, der weder von den LehrerInnen noch von den SchülerInnen freiwillig auserwählt wird. Die Lehrkräfte sind in der Wahl ihres Arbeitsplatzes sehr eingeschränkt und die Kinder dazu verpflichtet, die Schule zu besuchen. Aus diesen Gründen müssen große Anstrengungen unternommen werden, um die Gemeinschaftsmitglieder emotional an ihre Schule zu binden.²³⁹

Die *Schulleitung* trägt eine große Verantwortung für die zu erbringende Qualität und Ausschöpfung der gesundheitsförderlichen Potenziale dieser Institution.²⁴⁰ Mit ihr steht und fällt das Gelingen einer guten gesunden Schule. Unter einer gesundheitsförderlichen Führung wird ein Verhalten verstanden, dass die Interessen und Bedürfnisse der Angestellten berücksichtigt, Anerkennung für erbrachte Leistungen zeigt, zu neuen Leistungen ermutigt sowie zur Förderung der Kooperation und Integrität beiträgt.²⁴¹ Eine zielorientierte und verlässliche Führung, die eine hohe pädagogische Qualität anstrebt, Partizipation zulässt und Verantwortung delegiert, ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine gute gesunde Schule.²⁴²

Die zuvor genannten Merkmale und Einflussgrößen einer guten gesunden Schule sind unmittelbar mit dem Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky verbunden. Sie bilden die zentralen salutogenen Ressourcen von Organisationen ab, die in wechselseitiger Beziehung stehen und nicht unabhängig voneinander betrachtet werden dürfen. Für das Entstehen einer guten gesunden Schule ist das gleichzeitige Vorhandensein dieser Kriterien notwendig. Sie bilden das Sozialkapital der Institution Schule und tragen wesentlich zur Leistungsfähigkeit und zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Gemeinschaftsmitglieder bei.²⁴³

²³⁷ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 104.

²³⁸ Vgl. Meyer et al. (2002) zit. nach Schuhmacher (2010), S. 104.

²³⁹ Vgl. Schuhmacher (2010), S. 104.

²⁴⁰ Vgl. Schumacher (2010), S. 104.

²⁴¹ Vgl. Harazd et al. (2009) zit. nach Schumacher (2010), S. 104.

²⁴² Vgl. Huber (1999) zit. nach Schumacher (2010), S.104.

²⁴³ Vgl. Schumacher (2010), S. 105.



3.6.3 Qualitätsentwicklung und -sicherung

Die Potenziale der schulischen Gesundheitsförderung werden in Deutschland nicht genügend ausgeschöpft. Um ihre vollständige Leistungsfähigkeit zu entfalten, sind Programme zur Qualitätssicherung dringend notwendig.²⁴⁴ Dieser Bereich ist jedoch von einer erstaunlichen Heterogenität und Intransparenz geprägt. Die Bandbreite der Gesundheitsinterventionen reicht von einmalig durchgeführten Veranstaltungen über zeitlich begrenzte Projekte bis hin zu langfristig geplanten und angelegten Schulentwicklungsprogrammen. Erschwerend kommt die Anzahl der Akteure hinzu. Nicht nur das Bildungswesen, sondern auch das Gesundheits- und Sozialwesen treten mit differierenden Theorien, unterschiedlichen Rahmenbedingungen und spezifischen Interessen an die Bildungseinrichtung heran. Daraus haben sich unterschiedliche Qualitätsverfahren herausgebildet, die einer einheitlichen Bestimmung und Entwicklung der Qualität abträglich waren.²⁴⁵ Hinzu kommt, dass Schulen komplexe soziale Gefüge sind, die auf unterschiedliche präventive Maßnahmen mit verschiedenartigen Effekten reagieren.²⁴⁶ Ist die Ausgangslage der jeweiligen Bildungseinrichtung ungünstig und das gewählte Vorgehen nicht auf die Situation abgestimmt, können auch umfassende Verbesserungsmaßnahmen nur punktuell ihre Wirkung entfalten, während z.B. eine andere Schule durch die gleichen Konzepte deutlich bessere Resultate erzielt.²⁴⁷ Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen haben somit höchst unterschiedliche oder im ungünstigsten Fall gar keine Effekte zur Folge.²⁴⁸ Bei der Gesundheitsförderung an Schulen handelt es sich also um einen Ansatz, der mit großen Potenzialen und Hoffnungen verbunden ist, bei unbedarfter Durchführung aber rasch viel Zeit und Geld verinnahmt.²⁴⁹

²⁴⁴ Vgl. Kliche (2010), S. 148.

²⁴⁵ Vgl. Dadaczynski/Witteriede (2011), S. 125.

²⁴⁶ Vgl. Kliche et al. (2006), S. 145.

²⁴⁷ Vgl. Kliche et al. (2007) zit. nach Kliche (2010), S. 149.

²⁴⁸ Vgl. WHO (2006), S. 16 f.

²⁴⁹ Vgl. Kliche (2010), S. 148 f.



3.6.3.1 Funktionen der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung hat unter diesen Bedingungen drei zentrale Funktionen. Dabei handelt es sich um die Kompass-, Qualitätsnachweis- und Verständigungsfunktion.²⁵⁰

Kompassfunktion: Die Qualitätssicherung unterstützt die Suche nach geeigneten Verbesserungsansätzen, die für die Ausgangssituation geeignet sind. Der vorhandene Wissensstand soll zusammengefasst werden und damit als Unterstützung bei der Konzeption und Gestaltung von Schulinterventionen dienen.²⁵¹

Qualitätsnachweisfunktion: Die Qualitätssicherung deckt auf, ob ein gut durchdachter, erfolgsversprechender Plan ausgewählt wurde. Sie belegt ein qualitatives Vorgehen und hilft so, die Unterstützung und Kooperation von SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern, Behörden, Krankenkassen und anderen Partnern zu gewinnen.²⁵²

Verständigungsfunktion: Die Qualitätssicherung bietet eine Plattform für Diskussionen und trägt so zur Verständigung über die nachhaltige Organisationsentwicklung bei. Die gesamte Schule kann in einen Prozess der gemeinsamen Zielsetzung und Aufgabenbewältigung geführt werden, wenn die Plattform partizipativ eingeführt bzw. gestaltet wird. Es ergeben sich in Zusammenhang damit bessere Bedingungen für eine soziale Gemeinschaft, die zusammenhält und einander wertschätzt.²⁵³

Eine hochwertige, der Sache angemessene Qualitätssicherung trägt auf unterschiedlichsten Wegen zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität und des Organisationsklimas der Schule bei.²⁵⁴ Sie reduziert nicht nur Vergeudung, Verschleiß, Leerlauf und Demotivation hochqualifizierter Lehrkräfte, sondern führt auch zur Optimierung von Arbeitsabläufen durch erforderliche Weiterbildungen oder die Verbesserung der Methoden. Qualitätssicherung schafft Transparenz und erhöht die Fairness und Demokratisierung in einer Bildungseinrichtung. Dies geschieht im Wesentlichen durch einheitliche Abläufe, Maßstäbe und Prüfung der Ziele und Kennziffern. Neben Anleitungen zu gezielten Verbesserungen gibt die Qualitätssicherung auch frühe Hinweise auf Fehlentwicklungen. Dadurch können Beanspruchungen gesenkt und Konflikte minimiert

²⁵⁰ Vgl. Kliche (2010), S. 148 f.

²⁵¹ Vgl. Kliche (2010), S. 149.

²⁵² Vgl. Kliche (2010), S. 149.

²⁵³ Vgl. Kliche (2010), S. 149.

²⁵⁴ Vgl. Kliche (2010), S. 149.



werden. Bei einer zusammenhängenden Betrachtung aller Vorteile, die die Qualitätssicherung bietet, ist schließlich auch von einem erhöhten Handlungsspielraum der Schule zu sprechen. Denn Qualitätssicherung steigert nicht nur die internen Ressourcen, sondern auch das externe Ansehen der Schule und die Vernetzung mit Kooperationspartnern.²⁵⁵

3.6.3.2 Ebenen und Ansätze der Qualitätssicherung

Die Qualität kann beeinflusst werden. Sie ist keine unveränderliche Größe und von vielen Faktoren abhängig.²⁵⁶ Bildung und Gesundheit sind auf allen Qualitätsebenen miteinander verknüpft.²⁵⁷ Die gute gesunde Schule kann die Qualität der erbrachten Arbeit auf der Ebene der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität (nach Donabedian) betrachten.²⁵⁸

Bei der *Strukturqualität* wird nach den Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Konzepten gefragt, unter denen die gute gesunde Schule als Gesamtorganisation ihre Dienstleistung erbringt.²⁵⁹ Sie ist mit der Grundannahme verknüpft, dass gute Ausgangsbedingungen wie eine fundierte berufliche Ausbildung der Lehrkräfte, regelmäßige Aus-, Fort-, und Weiterbildung sowie ein angemessener Arbeitsrahmen mit moderner Ausstattung eine gute Basis darstellen und damit bereits maßgeblich zu einer hohen Qualität der Arbeit beitragen.²⁶⁰

Die *Prozessqualität* bezieht sich darauf, wie die gemeinsame Arbeit und Kommunikation untereinander gestaltet und auf welche Art und Weise das Lehrplanziel erreicht wird.²⁶¹ In diesem Qualitätsbereich wird besonders deutlich, dass die Qualität auch davon abhängig ist, wie es der Führung bzw. den Lehrkräften gelingt, mit den Schülerinnen in Kontakt zu treten, die anstehenden Aufgaben und Ziele zu planen und die erforderlichen Arbeitsschritte im Schulalltag umzusetzen.²⁶² Prozessqualität beinhaltet

²⁵⁵ Vgl. Bundesärztekammer (2007), S. 1.

²⁵⁶ Vgl. BdB (2013), S. 1.

²⁵⁷ Vgl. Kliche (2010), S. 150.

²⁵⁸ Vgl. BdB (2013), S. 1.

²⁵⁹ Vgl. Kliche (2010), S. 150.

²⁶⁰ Vgl. BdB (2013), S. 1.

²⁶¹ Vgl. BdB (2013), S. 1.

²⁶² Vgl. Kliche (2010), S. 150.



die Schritte „Planen“, „Handeln“, „Überprüfen“ und „Neu Planen“ als Kreislauf eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.²⁶³

Die Frage, ob die gute gesunde Schule ihre Leistungsziele erreicht hat, steht bei der *Ergebnisqualität* im Vordergrund. Es wird bewertet, ob die angewandten Konzepte u.a. zu einer erfolgreichen Vermittlung von Bildungsinhalten, zur Motivations- und Wohlbefindenssteigerung sowie zur Kompetenzsteigerung im kognitiven, sozialen und gesundheitlichen Bereich beigetragen haben.²⁶⁴

Neben diesen Qualitätsebenen sind Differenzierungen hinsichtlich der Bestimmung eines geeigneten Qualitätssicherungsverfahrens notwendig. Unterschieden wird zwischen der fachlichen bzw. allgemeinen Qualitätssicherung und der einrichtungs- bzw. projektbezogenen Qualitätssicherung. Ersteres ist nicht speziell auf die Gesundheit an Bildungseinrichtungen, sondern eher auf das allgemeine Management ausgerichtet. Hierbei handelt es sich um Verfahren aus der EFQM- oder DIN-ISO-Familie. Die gesamte Institution Schule ist Untersuchungsgegenstand von sehr aufwendigen Verfahren der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung (z.B. „Das Audit Gesunde Schule“, „Der Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung“ und „Selbstevaluation in Schulen“ (SEIS)) (siehe Kapitel 3.7.1). Andere analysieren insbesondere die Interventionen, d.h. die Maßnahmen, Programme oder Projekte an der Bildungseinrichtung (z.B. „Der Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen“ und „Qualität in der Prävention (QIP“)).^{265 266}

An deutschen Schulen wird häufig weder ein Qualitätsmanagement noch eine gesundheitsbezogene Qualitätssicherung durchgeführt. Die Vorgehensweisen, Wirkungen, Förderfaktoren und Hindernisse bleiben undurchsichtig. Somit lassen sich aus den zahlreichen Initiativen für Gesundheit nur schwer allgemeine Erfahrungen ableiten.²⁶⁷ Um die Qualitätsentwicklung und -sicherung im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung zu unterstützen, wurden u.a. die oben genannten Verfahren zur Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Schulen entwickelt.²⁶⁸

²⁶³ BdB (2013), S. 1.

²⁶⁴ Vgl. Kliche (2010), S. 150.

²⁶⁵ Vgl. Kliche (2010), S. 150 ff.

²⁶⁶ Weiterführende Literatur: Kliche (2010), S.151 ff und Dadaczynski/Witteriede (2011), S. 125 ff.

²⁶⁷ Vgl. Kliche (2010), S. 150 f.

²⁶⁸ Vgl. Dadaczynski/Witteriede (2011), S. 126.



Im nächsten Kapitel werden wir auf das Modellprojekt „Anschub.de“ näher eingehen, dessen Planung und Umsetzung auf der Basis des bereits angesprochenen Qualitätsinstruments SEIS verläuft. Dieses Programm wurde ausgewählt, da es sich am Leitmotiv der guten gesunden Schule orientiert, die Integration von Gesundheit in die Bildungsleistungen betrachtet und den Schulen, nach ersten Erkenntnissen, einen Zugang zur Verbesserung der Qualität durch Gesundheitsinterventionen bietet.²⁶⁹

3.7 Das Modellprojekt Anschub.de

Der Verein Anschub.de (Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland) hat mit seinem gleichnamigen Modellvorhaben ein Programm geschaffen, das dem Konzept der guten gesunden Schule zugrunde liegt.²⁷⁰ Dieser Ansatz nutzt und entwickelt die Ressource „Gesundheit“ zur Erhöhung der Bildungs-, Erziehungs- und Schulqualität. Darüber hinaus wird die Schule im Sinne des Empowerment-Ansatzes zur aktiven, nachhaltigen und gesundheitsfördernden Gestaltung der eigenen Prozesse ermächtigt.²⁷¹ Der Leitgedanke des gesunden Aufwachsens kann nur dann nachhaltig umgesetzt werden, wenn Bildung und Gesundheit Hand in Hand gehen: Wer die Gesundheit fördert, steigert die Qualität von Bildung – und wer einen höheren Bildungstand erreicht, lebt nicht nur gesünder, sondern bleibt es auch eher.²⁷² Die eingangs vorgestellten Untersuchungsergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) machen den Zusammenhang von sozialer Lage, Gesundheitszustand und schulischen Leistungen deutlich und verweisen auf einen großen Handlungsbedarf sowie die Notwendigkeit umfassender Veränderungen im Schulsystem. An dieser Stelle setzt das von der Bertelsmann Stiftung initiierte Projekt „Anschub.de“ an. Die Allianz von unterschiedlichen Organisationen unterstützt die Schulen in ihrem Entwicklungsprozess zur guten gesunden Schule.²⁷³ Gemeinsam wird versucht, die Situation von Gesundheit und Bildung an Schulen zu analysieren, Potenziale zu erkennen und Synergien zu nutzen.²⁷⁴ Anschub.de wird in Kooperation von regionalen Schulen, in Zusammenarbeit des Bildungs- und Gesundheitssektors sowie anderen partner-

²⁶⁹ Vgl. Paulus (2010), S. 26.

²⁷⁰ Vgl. Paulus (2010), S. 26.

²⁷¹ Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 13.

²⁷² Vgl. Verein Anschub.de (2013), S. 1.

²⁷³ Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 13.

²⁷⁴ Vgl. Paulus/Gediga (2010), S. 309 f.



schaftlichen Unterstützungssystemen²⁷⁵ umgesetzt. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen und Unfallversicherungsträger sind daran maßgeblich beteiligt. Gemeinsam mit den teilnehmenden Schulen und den regionalen Arbeitskreisen der kooperierenden Partner werden kommunale Schullandschaften entwickelt, welche vor Ort die wirksame Ausgestaltung der guten gesunden Schule vorantreiben. Vertreterinnen und Vertreter der Programmträgerinstitutionen vor Ort und der Schulen bilden eine kommunale bzw. regionale Steuerungsgruppe, an welche die Schulnetze angeschlossen sind. Eine nationale Steuerungsgruppe führt das Programm auf Bundesebene, welche sich aus den Trägerorganisationen, dem Programmmanagement und der wissenschaftlichen Leitung zusammensetzt. Die Prozesse des Programmes werden halbjährlich auf der kommunalen bzw. regionalen Ebene der beteiligten Schulen und auf der Koordinationsebene extern formativ evaluiert. Anschließend werden die Maßnahmen zur Schulentwicklung auf der Basis des „SEIS-Verfahrens“ inhaltlich geplant und umgesetzt.²⁷⁶

3.7.1 SEIS - Selbstevaluation in Schulen

Die zentralen Qualitätsbereiche und -kriterien der guten Schule stellen die Basis für das SEIS-Instrument dar. Sie wurden im Internationalen Netzwerk Innovativer Schulsysteme (INIS) von Beteiligten aus Wissenschaft und Praxis erarbeitet und machen einen Vergleich mit anderen Schulen erstrebens- und lohnenswert. Neuartig dabei ist, dass nicht nur die Ergebnisse schulischen Wirkens, sondern auch die Arbeitsprozesse berücksichtigt werden, die zu diesen Ergebnissen führen. Das SEIS-Instrument wurde in den Jahren 2004 bis 2007 von ca. 3000 deutschen Schulen mit einer hohen Akzeptanz angewendet. Daraufhin entwickelte die Bertelsmann-Stiftung in Zusammenarbeit mit Vertretern aus neun Bundesländern und der Zentralstelle für das Auslandsschulwesen das SEIS-Konzept weiter.²⁷⁷ Das Institut für Schulsport und Schulentwicklung der Deutschen Sporthochschule Köln hat die Weiterentwicklung wissenschaftlich begleitet und in ihrem Abschlussbericht die Validität und Reliabilität des Steuerungsinstruments bestätigt.²⁷⁸ Der Anspruch dieser Weiterentwicklung bestand darin, SEIS in Zukunft besonders an die Schulbedürfnisse und die Qualitätstableaus der mitarbeitenden Bundesländer anzupassen. In diesem Zusammenhang sollte Schulqualität ent-

²⁷⁵ Liste der Mitglieder des Vereins online im www. unter <http://www.anschub.de/mitglieder-des-vereins/index.html>.

²⁷⁶ Vgl. Paulus/Gediga (2010), S. 310 f.

²⁷⁷ Vgl. SEIS Deutschland (2013a), S. 1.

²⁷⁸ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2008), S. 8.

sprechend des Orientierungs- bzw. Qualitätsrahmens der Länder in mehrere Qualitätsbereiche untergliedert werden. Die Arbeitsgruppe entwickelte ein Modell, das sich auf die folgenden, in Abbildung 4 dargestellten, sechs zentralen Bereiche der schulischen Arbeit stützt: Ergebnisse, Lernen und Lehren, Schulkultur, Führung und Schulmanagement, Professionalität der Lehrkräfte sowie Ziele und Strategien der Qualitätsentwicklung.²⁷⁹

SEIS Deutschland

Das SEIS-Qualitätsverständnis 2008

Ergebnisse	Lernen & Lehren	Schulkultur	Führung und Schulmanagement	Professionalität der Lehrkräfte	Ziele & Strategien der Qualitätsentwicklung
Personale Kompetenz	Schulinternes Curriculum	Gestaltung der Schule als Lebensraum	Führungsverantwortung der Schulleitung	Zielgerichtete Personalentwicklung und Qualifizierung	Schulprogramm
Fachkompetenz	Schülerunterstützung und -förderung	Wertschätzung und soziales Klima in der Schule und in den Klassen	Schulleitung und Qualitätsmanagement	Personaleinsatz	Evaluation
Lern- und Methodenkompetenz	Fachliche und didaktische Gestaltung von Lernen im Unterricht	Schülerberatung und -betreuung	Verwaltung und Ressourcenmanagement	Kooperation	Planung, Umsetzung und Dokumentation
Praktische Handlungskompetenz	Selbstbestimmtes und selbstgesteuertes Lernen	Beteiligung von Schülern und Eltern	Unterrichtsorganisation		Eigenverantwortung und Innovation
Schullaufbahn und weiterer Bildungsweg	Gestaltung von Beziehungen, Lernzeit und Lernumgebung	Kooperation mit gesellschaftlichen Partnern	Arbeitsbedingungen		
Zufriedenheit mit der Schule als Ganzem	Leistungsanforderungen und Leistungsbewertung				

Abbildung 4: Das SEIS-Qualitätsverständnis 2008²⁸⁰

Der Qualitätsbereich „Ergebnisse“ definiert sich über die Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages und zieht die erworbenen Kompetenzen der SchülerInnen heran, um die Wirksamkeit der schulischen Maßnahmen zu bewerten. Die Fachkompetenz dieser Zielgruppe ist dabei von zentraler Bedeutung. Die Dimension "Lernen und Lehren" ist eng mit den Ergebnissen verbunden. Dieser Bereich zeichnet sich dadurch aus, dass nicht die Kompetenzen, die die SchülerInnen erwerben sollen im Mittelpunkt stehen, sondern die Lern- und Lehrprozesse.²⁸¹ Die Qualitätsbereiche „Schulkultur“,

²⁷⁹ Vgl. SEIS Deutschland (2013a), S. 1.

²⁸⁰ SEIS Deutschland (2013b), S. 1.

²⁸¹ Vgl. SEIS Deutschland (2013c), S. 1.



„Führung und Management“ sowie „Ziele und Strategien der Qualitätsentwicklung“ stimmen im Wesentlichen mit den bereits erläuterten Merkmalen „Schulklima“, „Schulleitung“ sowie „Gemeinsame Ziele und Werte“ im Kapitel 3.6.2 überein und werden daher an dieser Stelle nicht erneut beschrieben.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Dimensionen wurde aufgrund der wachsenden Bedeutung von schulischen Ganztagsangeboten der Bereich „Ganztag“ in den Kanon der bisherigen Qualitätsbereiche aufgenommen. Es wird das Ziel verfolgt, mit dem SEIS-Instrument auch die Besonderheiten einer Ganztagschule abbilden zu können. Bei diesem Qualitätsbereich geht es um die Konzeption und Umsetzung des Ganztagschulkonzeptes und beinhaltet außerdem Kriterien zur individuellen Förderung, Erweiterung und Umsetzung der Lernangebote sowie zum selbstgesteuerten Lernen. Weitere Kriterien sind die passende Raumgestaltung, Verpflegung und Gestaltung der Mittagspause sowie Rhythmisierung und Kooperation mit außerschulischen Partnern.²⁸² Die gute gesunde Schule verpflichtet sich mit diesen Qualitätsbereichen der guten Schule und setzt bei der Verwirklichung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen ein.²⁸³ Dabei stellt sich allerdings die Frage, wie sich die „Professionalität der Lehrkräfte“ operationalisieren und woran sich die Qualität der Schulkultur erkennen lässt. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden jedem Qualitätsbereich drei bis neun Kriterien zugeordnet. Die große Anzahl dieser Kriterien (insgesamt 29 ohne Ganztag) lässt erkennen, dass das Qualitätsverständnis von SEIS anstrebt, die Schule in ihrer Ganzheitlichkeit abzubilden.²⁸⁴ Die Fragebögen sind so gestaltet, dass jedes der 29 Qualitätskriterien wiederum durch fünf bis zehn Items in der entsprechenden Qualitätsdimension durch unterschiedliche Gesundheitsskalen erfasst wird.²⁸⁵ Dadurch gelingt es, die Gesundheitsthemen sehr eng mit der Schulqualität zu verbinden.²⁸⁶

²⁸² Vgl. SEIS Deutschland (2013c), S. 1.

²⁸³ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 141.

²⁸⁴ Vgl. SEIS Deutschland (2013d), S. 1.

²⁸⁵ Vgl. SEIS Deutschland (2013b), S. 1.

²⁸⁶ Vgl. Kliche (2010), S. 156.



Die folgende Liste stellt exemplarisch dar, welche Aspekte erfasst werden können.²⁸⁷

- Ergebnisse (Gesundheitsbezogene Leistungen der Schule): z.B. persönliche, fachliche, praktische und methodische Kompetenzen der Lehrkräfte und SchülerInnen
- Lehre und Lernen: das schulinterne Curriculum, z.B. für Gesundheitsunterricht, Schulkultur: z.B. Gestaltung der Schule als Umfeld
- Führung und Management: z.B. Qualitätsmanagement
- Professionalität der Lehrkräfte: z.B. gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit
- Ziele und Strategien der Qualitätsentwicklung: z.B. Schulprogramm.²⁸⁸

Die Datenerhebung kann auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen. Die erste Möglichkeit besteht darin, dass sich die Schule für eine internetgestützte Befragung entscheidet. Dabei werden die Fragen zur Selbst- und Fremdeinschätzung von allen Beteiligten direkt am Computer mit Internetzugang ausgefüllt und die Erhebungsdaten an die SEIS-Software übermittelt. Die Schule kann aber auch auf Papierfragebögen zurückgreifen, die von einem externen Dienstleister erstellt und an die Bildungseinrichtung versandt werden. Für die Verteilung, Durchführung und den Rücklauf der Fragebögen ist die Schule selbst verantwortlich. Die Fragebögen werden anschließend abgeholt, automatisch in die Software eingelesen und ausgewertet.²⁸⁹ SEIS bezieht bei der Befragung alle Beteiligten des Settings „Schule“ mit ein. Demnach werden Fragebögen verwendet, die sowohl auf die LehrerInnen und SchülerInnen als auch auf die Eltern und die Schulleitung abgestimmt sind. Daneben sind spezielle Fragebögen für die 4. bis 6. Schulklasse, für fremdsprachige Kinder und Familien sowie für Sonderschulen erhältlich. SEIS kann aber auch an berufsbildenden Schulen eingesetzt werden.²⁹⁰ Für Schulen aus den Partnerländern²⁹¹ von SEIS Deutschland beträgt die Gebühr für die Fragebögen und die Auswertung 100 Euro. Für Schulen aus nicht Partnerländern entsteht eine Nutzungsgebühr in Höhe von 480 Euro.²⁹² SEIS bringt die Gesundheitsaspekte mit den allgemeinen Leistungen der Schule (Bildungsauftrag) in Zusammenhang und trägt sowohl zur Evaluation als auch zur Qualitätssicherung bei,

²⁸⁷ Ein Musterfragebogen ist im Anhang dieser Arbeit zu finden.

²⁸⁸ Vgl. Kliche (2010), S. 156.

²⁸⁹ Vgl. SEIS Deutschland (2013b), S. 1.

²⁹⁰ Vgl. Kliche (2010), S. 155.

²⁹¹ Das Konsortium besteht aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und dem Bundesverwaltungsamt (der Zentralstelle für das Auslandsschulwesen und der Deutschsprachigen Gemeinschaft in Belgien). (vgl. SEIS Deutschland (2013h), S. 1).

²⁹² Vgl. SEIS Deutschland (2013g), S. 1.



da es den aktuellen Entwicklungsstand der einzelnen Bildungseinrichtung abbildet.²⁹³ Dennoch muss erwähnt werden, dass SEIS lediglich die persönlichen Wahrnehmungen der verschiedenen Zielgruppen erfasst und demzufolge nicht zu weiteren Rankings o.ä. genutzt werden sollte. Außerdem müssen bei den Abschlussanalysen stets die Rahmenbedingungen der jeweiligen Bildungseinrichtung beachtet werden. Jede Schule ist einzigartig und bedarf daher einer individuellen Betrachtungsweise.²⁹⁴ Langfristig gesehen, sollen alle Schulen in Deutschland die Möglichkeit erhalten, ihre Schule nach gesundheitsförderlichen Aspekten zu gestalten bzw. umzugestalten.²⁹⁵

3.7.2 Schulprogrammentwicklung

Die Strategie zur Erreichung dieses Ziels ist die Entwicklung eines Schulprogrammes. Dieses Programm trägt zu einem Wandel der Organisationskultur und zur Qualitätsverbesserung bei, wenn die erweiterte Verantwortung der einzelnen Schule als Gestaltungsmöglichkeit, aber auch als Rechenschaftslegung verstanden wird. Mit dem Steuerungsinstrument der Schulprogrammentwicklung wird die Verbesserung von Lehr- und Lernprozesse definiert und überprüft. Dabei sollte von Anfang an eine interne Evaluation durchgeführt werden. Sie zeigt auf, ob und in welcher Weise die angestrebten Ziele erreicht wurden. Die Schule sollte sich konsequent an den selbst gesetzten Qualitätsmaßstäben orientieren. Diese Standards sind das Ergebnis eines kontinuierlichen und systematischen Zielfindungs-, Planungs-, Umsetzungs- und Revisionsprozesses und ziehen sich als roter Faden durch alle Tätigkeitsbereiche der Schule. Der Erfolg der Schulprogrammentwicklung wird daran gemessen, ob eine Verbesserung der Bildungs- und Erziehungsqualität erreicht wurde. Ein zentrales Kriterium dabei ist, ob und in welcher Weise die SchülerInnen hinsichtlich ihrer Lernprozesse davon profitieren und ob Transparenz sowie Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit im Sinne des salutogenetischen Ansatzes gegeben sind. Bei der Entwicklung eines Schulprogrammes geht es u.a. darum, die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, die in der Schule selbst entstehen bzw. gegeben sind, bewusst im Blick zu behalten und den Prozess der Schulentwicklung gesundheitsfördernd zu gestalten. Darüber hinaus sollte eine datengestützte Ist-Analyse zum eigenen Entwicklungsstand vorgenommen werden und eine Einigung hinsichtlich gemeinsamer Wertvorstellungen,

²⁹³ Vgl. Kliche (2010), S. 156.

²⁹⁴ Vgl. SEIS Deutschland (2013e), S. 1.

²⁹⁵ Vgl. Verein Anschub.de (2013), S. 1.



Zielen, Entwicklungsaufgaben und deren Überprüfung erfolgen. Zudem ist die Umsetzung und Überprüfung der konkreten Entwicklungsvorhaben unter gesundheitsförderlichen Aspekten sowie die Dokumentation des gesamten Prozesses bedeutsam. Werden all diese Schritte berücksichtigt, entsteht nach innen ein Synergieeffekt und nach außen werden die vorhandenen Aktivitäten sichtbar gemacht sowie das Profil der Schule präsentiert. Das im Folgenden vorgestellte Modul „Die gute gesunde Schule gestalten“ unterstützt die einzelne Schule bei der Implementierung des Ansatzes der guten gesunden Schule.²⁹⁶

3.7.3 Leitfaden einer guten gesunden Schule

Das Modul „Die gute gesunde Schule gestalten“ wurde als Leitfaden entworfen, konzentriert sich auf die Qualitätsdimension „Führung und Schulmanagement“ und nimmt Bezug auf die ihr zugeordneten Kriterien. Der handlungsbezogene Leitfaden wird nach dem Baukastenprinzip und mit einer konkreten Schrittfolge für die Umsetzung in die schulische Praxis dargestellt. Zudem können aus der Materialsammlung dieses Moduls einzelne Planungssequenzen und Vorlagen herausgegriffen und Hinweise zu methodischen Ansätzen sowie zu konkreten Instrumenten auf der Internetseite des Vereins²⁹⁷ gefunden werden.²⁹⁸

Die Entwicklung eines Schulprogrammes ist in acht Stationen unterteilt, deren Abfolge und Gewichtung bei den einzelnen Schulen variieren kann. Sechs Fragen führen durch die verschiedenen Stationen und beschreiben die Besonderheit des jeweiligen Abschnitts. Die Frage: „Worum geht es?“ kennzeichnet den zu behandelnden Gegenstand, während die Frage: „Was trägt Gesundheit dazu bei?“ auf die Art und Weise der Prozesssteuerung eingeht. Anschließend wird mit der Frage: „Was ist zu tun?“ eine Empfehlung zur konkreten Schrittabfolge der Prozesssteuerung gegeben. Auf prägnante Stolpersteine geht die Frage: „Worauf ist zu achten?“ ein und nennt Hinweise zu deren Überwindung. Im Rahmen der internen Evaluation enthält die Frage: „Wie findet Selbstvergewisserung statt?“ Hinweise zur Selbstbeobachtung, zum Aufbau von Kommunikationsstrukturen und zur Reflexion des Prozesses. Abschließend bezieht sich die Frage: „Was sagt die Erfahrung?“ auf die empirischen Studien und Ergebnisse

²⁹⁶ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 11 ff.

²⁹⁷ Vgl. Verein Anshub.de (2013b), S. 1.

²⁹⁸ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 11 ff.



aus den Pilotschulen sowie der Beratungspraxis.²⁹⁹ Im Folgenden soll ein kurzer Überblick bezüglich der ersten Fragestellung über die acht Stationen gegeben werden.

Diese Unterteilung des Gesamtprozesses stellt die erste Schleife der Schulentwicklung dar und beginnt mit der Phase des Einstiegs. Hier entscheidet sich der Schulleiter bewusst dafür, die einzelnen Stationen zu bewältigen und übernimmt die Verantwortung für die Entwicklung des Schulprogrammes. In dieser Phase muss innerhalb der Schulgemeinschaft die Bereitschaft entwickelt werden, sich den folgenden Aufgaben gemeinsam zu stellen. Dazu gehören die Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die Klärung der Rollen, Funktionen und Aufgaben von Personen und Gremien, die Gewährleistung von Transparenz und Verbesserung des Informationsflusses sowie das Treffen von klaren Absprachen. Zudem ist es wichtig, sich über Grundsätze und Schwerpunkte der gemeinsamen Unterrichts- und Erziehungsarbeit zu verständigen, die Ressourcen gezielt und planend einzusetzen sowie die Vorhaben zu erproben und zu überprüfen.³⁰⁰

In der zweiten Station geht es um die Bildung einer Steuergruppe, welche die Verantwortung für die Prozesssteuerung in ständiger Rücksprache und im Auftrag der Schulgremien übernimmt. Diese Gruppe ist eine temporäre Arbeitsgruppe mit einem zeitlich begrenzten Mandat (z.B. 2 Jahre), deren Mitglieder von der Lehrerkonferenz, Gesamtschüler- und Gesamtelternvertretung gewählt und anschließend von der Schulkonferenz bestätigt werden. Die Steuergruppe sollte sechs bis zwölf Mitglieder umfassen, wobei die Mitgliederzahl von der Größe der Schule abhängig ist. Die Entscheidungskompetenz dieser Arbeitsgruppe geht nicht über die im Schulgesetz formulierten Aufgaben und Aufträge der Schulleitung und Gremien hinaus. Vielmehr erstrecken sich ihre Aufgaben über die Organisation der eigenen Arbeitsfähigkeit bezüglich der Rollen, Aufgaben und Zeitspannen. Außerdem sichert sie den Informationsfluss in der Schule, unterstützt und organisiert die Bildung der Arbeitsgruppen und vernetzt sie mit den Initiativen. Durch eine geeignete Methodenwahl erhöht die Steuergruppe die Aufmerksamkeit und Motivation der jeweils am Prozess beteiligten Zielgruppen, nimmt Ideen auf und formuliert Prioritäten sowie Aufgaben. Die Vorlagen zur Abstimmung in den

²⁹⁹ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 20 ff.

³⁰⁰ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 20 ff.



Gremien werden ebenfalls von der Steuergruppe vorbereitet, welche auch die Planung, Umsetzung und Evaluation der Entwicklungsvorhaben koordiniert und steuert.³⁰¹

Anschließend folgt die Phase der Bestandsaufnahme. Sie ist Teil der internen Evaluation und dient der bewussten Wahrnehmung und Auswertung der vorherrschenden Bedingungen, die aus der Sicht der Beteiligten für den Schulalltag prägend sind. Mit Hilfe der Analyse und Bewertung der Untersuchungsergebnisse sollen Antworten auf die Fragen nach dem aktuellen Stand der einzelnen Schule, der Stärken und Schwächen sowie hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen gefunden werden. Darüber hinaus soll geklärt werden, welche guten Ideen und Vorhaben nicht weiterverfolgt wurden und was die Gründe für den Widerstand bzw. Stillstand waren. Im Rahmen der Bestandsaufnahme erfolgt die Erhebung zur Schulqualität für Pilotschulen im Projekt Anschub.de mit Hilfe von Fragebögen aus dem oben beschriebenen SEIS-Instrument.³⁰²

Die vierte Station umfasst die Entwicklung eines Leitbildes. Die darin enthaltenen Leitsätze werden schulspezifisch formuliert und erstrecken sich auf alle Qualitätsdimensionen einer guten gesunden Schule. Die Funktion des Leitbildes besteht in der Zusammenfassung der Unterrichts- und Erziehungsgrundsätze als Konsens in knapper Textform und stellt so den Sinnzusammenhang des gemeinsamen Planens, Handelns und Bewertens dar. Das Leitbild der einzelnen Schule ist demzufolge der Ausdruck des Qualitätsverständnisses aller Beteiligten und erfüllt seine Aufgabe, wenn es inhaltlich Bezug zu den Ergebnissen der Bestandsaufnahme, dem ausgewählten Vorhaben und zu deren Überprüfung nimmt.³⁰³

Die nächste Phase beinhaltet das Auswählen von Entwicklungsvorhaben und das Festlegen von Zielen. Dies geschieht auf der Grundlage des Leitbildes, mit dem eine innerschulische Verständigung über die Grundsätze zum gegenwärtigen und zukünftigen Handeln erfolgt ist. Innerhalb dieses verbindlichen Orientierungsrahmens können Entscheidungen für die ausgewählten Entwicklungsvorhaben und deren Ziele getroffen werden. Dabei stellt der Unterricht das Zentrum der Qualitätsentwicklung dar.³⁰⁴

In der sechsten Station wird die Umsetzung der Vorhaben geplant. In der vorhergehenden Phase wurden die Entwicklungsvorhaben und ihre Ziele festgelegt sowie erste

³⁰¹ Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 27 f.

³⁰² Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 34 ff.

³⁰³ Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 42 f.

³⁰⁴ Vgl. Verein Anschub.de (2010b), S. 48 f.



Vorstellungen zu deren Überprüfung im Rahmen einer internen Evaluation benannt. Die Verantwortlichkeiten und eine grobe Zeitplanung sind im Maßnahmenplan festgeschrieben. In dieser Phase geht es darum, die Vorhaben, ihre Umsetzung und Überprüfung differenziert zu planen. Dazu sind genaue Absprachen zu den Zuständigkeiten und Rollen, zur Zeitplanung sowie zur Übernahme der Endkontrolle notwendig.³⁰⁵

Die beschriebenen Vorhaben werden in der folgenden Phase überprüft. Dazu sind die Konkretisierung der entsprechenden Maßnahmen sowie die Auswahl der geeigneten Instrumente notwendig. Zu berücksichtigen sind dabei die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie die Zielsetzungen und Wertvorstellungen des Leitbildes. Die einzelne Schule hat durch den Qualitätsvergleich nach SEIS die Möglichkeit, sich in den unterschiedlichen Referenzfeldern von Schulen im regionalen und nationalen Verbund zu verorten.³⁰⁶

In der letzten Station geht es darum, das Schulprogramm als Arbeitsprogramm der guten gesunden Schule als Textfassung zu fixieren. Innerhalb der Schule dient es der Verständigung zwischen SchülerInnen, LehrerInnen, MitarbeiterInnen und Eltern. Nach außen dient es der Selbstdarstellung der Schule, der Information der Öffentlichkeit und der Förderung der Kooperation mit außerschulischen Partnern. Außerdem ist das Schulprogramm die sachliche Basis für die Kommunikation mit der Schulaufsicht und dem Schulträger. Inhaltlich sollten im Schulprogramm zum einen die Rahmenbedingungen der Schule, die Methoden und Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie das Leitbild angesprochen werden. Zum anderen sollten die in der Durchführung, Erprobung und Planung befindlichen Arbeitsvorhaben, die Überprüfung der ausgewählten Vorhaben/interne Evaluation sowie die Fortschreibung der Arbeit am Schulprogramm erfasst werden. Im Zentrum des Schulprogrammes stehen Aussagen zur Entwicklung und Sicherung der Unterrichts- und Erziehungsqualität. Hier geht es vor allem darum, ob und an welchen Stellen die ausgewählten Vorhaben zur Förderung und Forderung der SchülerInnen beitragen und welche konkreten Ergebnisse dies zur Folge hat.³⁰⁷

Nach dem Durchlaufen dieser acht Stationen, der Verabschiedung der Textfassung durch die Schulkonferenz und die anschließende Bestätigung durch die Schulaufsicht gilt die erste Schleife des Schulprogrammprozesses als erfolgreich beendet. Die zwei-

³⁰⁵ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 54.

³⁰⁶ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 59.

³⁰⁷ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 67 f.



te Schleife beginnt mit der Fortschreibung des Schulprogrammes. Dabei werden alle Stationen und Schrittfolgen der ersten Schleife ein weiteres Mal durchlaufen, wobei ihnen unter den veränderten Kontextbedingungen und mit den Erfahrungen des ersten Durchlaufs eine andere Gewichtung und Bedeutung zukommt. Ab jetzt muss auf zwei parallel verlaufende Prozesse geachtet werden. Zum einen geht es um die Implementierung der Vorhaben aus dem ersten Durchlauf in die alltägliche Schulpraxis und zum andern ergeben sich auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse neue Vorgaben bzw. deren Weiterführung. Beide Prozesse verfolgen das Ziel der Annäherung der Schulpraxis an die Wertestruktur des gemeinsam entwickelten Leitbildes.³⁰⁸ Zur Erreichung dieses Ziels stellt der Verein Anshub.de auf seiner Internetseite Informationsmaterialien zu weiteren Modulen zur Verfügung, die den Weg zu einer guten gesunden Schule bereiten sollen. Hierbei geht es neben der Gestaltung der Schule um die Themenbereiche: „Lehrer stärken“, „Schüler mitnehmen“ und „Eltern begleiten“.³⁰⁹ Im Folgenden wird das Modul zur Lehrkräftegesundheit „Lust auf Schule“ vorgestellt.

3.7.4 Förderung der LehrerInnengesundheit

Im Rahmen von Anshub.de werden erste Schritte zur Optimierung der Arbeitsbedingungen, zum Erhalt und zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der PädagogInnen unternommen. Durch die Modulentwicklung „Lehrkräftegesundheit“ sollen auf neuartige Weise alltagsnah und alltagstauglich Materialien zu diesem Zweck bereitgestellt werden, welche Lehrkräfte in allen Altersgruppen, beruflichen Entwicklungsstufen und Schulformen unterstützen. Auf diese Weise sollen psychomentalen Belastungen, psychischen Störungen und die Gefahr von Langzeiterkrankungen entgegengewirkt werden. An dieser Stelle setzt das Modul „Lust auf Schule“ an, welches von dem innovativen theoretischen „Personen-in-Situationen-Ansatz“ (PiSA) ausgeht. Dieser Ansatz³¹⁰ versteht Belastungen und Beanspruchungen als das Resultat des Erlebens und Verhaltens von Individuen in komplexen beruflichen Situationen. Die Lehrkräfte müssen in nicht eindeutigen, vielschichtigen, meist konfliktreichen und dynamischen Situationen mit Hilfe der ihnen zur Verfügung stehenden Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigen-

³⁰⁸ Vgl. Verein Anshub.de (2010b), S. 71 f.

³⁰⁹ Vgl. Verein Anshub.de (2013b), S. 1.

³¹⁰ Insbesondere aus den letzten vier bis fünf Jahren liegen zahlreiche Studien zur Lehrer*innen-Gesundheit vor. Arbeiten, die von einem ressourcenorientierten Ansatz ausgehen, sollten besonders beachtet werden. Die umfassende Potsdamer Lehr*innen-Studie wurde beispielsweise ebenfalls vom Ressourcenansatz geleitet. Die Grundlage bildet das diagnostische Instrument AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) (vgl. Schaarschmidt (2011), S.152).



schaften Anforderungen bewältigen und zudem unterschiedliche situative Rahmenbedingungen beachten. Solche Situationen sind typisch für dieses Berufsbild und werden „prototypische Situationen des Lehrberufes“ genannt. Sie werden bezogen auf die Qualitätsdimensionen einer guten Schule³¹¹ empirisch ermittelt, systematisiert und verdichtet. Auf diese Weise ergibt sich eine Beschreibung des Lehrberufes, dieser unterscheidet sich allerdings je nach Ausbildungsstand, Dienstalter und Schulform. Bisher wurden nur wenige prototypische Situationen für die einzelnen Merkmale der Qualitätsdimensionen entwickelt. Mit diesen „Personen-in-Situationen“-Prototypen werden gebräuchliche Ansätze weiterentwickelt, welche die personalen oder situativen Belastungs- bzw. Beanspruchungsmerkmale identifizieren, erfassen und die Grundlage für Veränderungsstrategien darstellen. Wie aus der Bezeichnung erkennbar ist, setzt der PiSA sowohl die Person als auch die Situation systematisch zueinander in Beziehung und macht sie zum Ausgangspunkt der Analyse, Planung und Veränderung. Die Untersuchung der prototypischen Situationen erfolgt auf mehreren Ebenen. Die alltagspsychologische Analyse bildet den Einstieg und wird beispielsweise durch persönlichkeits-, sozial-, entwicklungs- und pädagogisch-psychologische sowie medizinische Analyseraster ergänzt und weiterentwickelt. Anschließend erfolgt auf der arbeits-, betriebs- und organisationswissenschaftlichen Ebene u.a. die arbeitsmedizinische Prüfung der Prototypen. Den Abschluss der Analysephase bildet die politische bzw. bildungspolitische Ebene. Auf allen Stufen werden für die jeweilige prototypische Situation allgemeine Planungs- und Handlungsstrategien entwickelt und mit Unterstützung von Prozessmoderatoren gemeinsam mit den Betroffenen auf die individuellen Situationen zugeschnitten. PiSA kann nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zum Training, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Schulentwicklung genutzt werden, da sie sowohl eine Ist-Analyse als auch die Planung von Veränderungen beinhaltet.³¹²

Die gute gesunde Schule hat neue Perspektiven für die Lehrgesundheit im Setting Schule entwickelt. Die Förderung der Gesundheit ist nicht mehr das letztendliche Ziel, sie wird vielmehr als Antrieb für die Kompetenzsteigerung der Lehrkräfte verstanden.³¹³ Die neue Perspektive der Gesundheitsförderung geht von den Qualitätsdimensionen schulischer Bildungs- und Erziehungsarbeit aus und fragt danach, was die schulische Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Schulqualität und zur gesund-

³¹¹ Z.B. nach dem in Kapitel 3.8.1 vorgestellten SEIS-Konzept.

³¹² Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 146 ff.

³¹³ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 154.



heitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes Schule leisten kann.³¹⁴ Das Motto lautet nun: „Mit Gesundheit gute Schule machen“³¹⁵. Das hier vorgestellte SEIS-Konzept beschreibt die Erwartungen an die Schulen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, von denen die Lehrkräfte ihre zentralen Aufgaben im Setting Schule ableiten können. Im Rahmen der guten gesunden Schule müssen die Fort- und Weiterbildungskonzeptionen weiterentwickelt werden, um die Lehrkräfte in der kompetenten Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen.³¹⁶

3.7.5 Wirksamkeit des Projektes

Die gute gesunde Schule zeigt auf, wie das Gesundheitsverhalten und -erleben der SchülerInnen durch Interventionen im Bereich der Gesundheitserziehung verbessert werden kann. Dies ist vor allem in den Themenfeldern „Ernährung“, „Bewegung“ und „Stress/Psychische Gesundheit“ von besonderer Bedeutung. Auf diese Weise sollen die Kompetenzen der SchülerInnen so gestärkt werden, dass sie eigenverantwortlich im Sinne ihrer eigenen Gesundheit und die ihrer Mitmenschen handeln können. Damit trägt die Gesundheitserziehung auch zu den allgemeinen Erziehungszielen der Schule wie der Entwicklung der individuellen Regulationsfähigkeit, der Humanressourcen sowie der gesellschaftlichen Teilhabe und Chancengleichheit bei. Außerdem leistet die gute gesunde Schule durch die Förderung der Bildungs- und Erziehungsprozesse indirekt einen Beitrag zur Gesundheit. Die Untersuchungsergebnisse der Evaluation von Anschub.de machen neben den Auswirkungen von sozioökonomischen Unterschieden den eigenständigen Einfluss von Bildung auf das Gesundheitsverhalten und die Einstellung zur Gesundheit deutlich. Dabei ist vor allem die Lesekompetenz ein wichtiger Faktor. Sie hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz, da sie die Aufnahme relevanter Gesundheitsinformationen sowie deren Bewertung und Umsetzung unterstützt. Wie auch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigen, gehen Benachteiligungen in der Bildung mit Gesundheitsbenachteiligungen einher.³¹⁷

³¹⁴ Vgl. Paulus (2010), S. 17.

³¹⁵ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 139.

³¹⁶ Vgl. Paulus/Schumacher (2008), S. 154.

³¹⁷ Vgl. Paulus/Gediga (2008), S. 6.



Die Evaluation des Modellprojektes, welches in dem Zeitraum von 2005 bis 2008 durchgeführt wurde, stellt dar, dass das Konzept und der Ansatz zur Gestaltung einer guten gesunden Schule Wirkung gezeigt haben. Die große Anzahl der durchgeführten Maßnahmen (N = 654) belegt, dass die Schulen mit dem Programm Anshub.de arbeiten und es in die alltägliche Schulpraxis integrieren können. Die Zielgruppe der SchülerInnen reagierte am schnellsten auf die Einführung des Programmes in ihrer Schule und beobachteten Verbesserungen auf nahezu allen Qualitätsdimensionen. Die Lehrkräfte spürten die Veränderungen insbesondere im Unterricht. Der positive Einfluss auf die Lehr- und Lernsituation wurde sowohl von den SchülerInnen als auch den LehrerInnen wahrgenommen. Diese Entwicklung kann für weitere Veränderungsprozesse bedeutsam sein sowie zu deren Stabilisierung und Verstärkung beitragen. Auffällig ist, dass andere Wirkungen von Anshub.de für die Lehrkräfte erst in einem größeren Wirkungszeitraum spürbar werden. Mögliche Ursachen dafür sind, dass Veränderungen im Bereich „Führung und Management“ einen zeitlichen Vorlauf benötigen, um im alltäglichen Arbeitsprozess wahrgenommen werden zu können. Ähnliches gilt auch für die Eltern. Sie erfassen den gesamten Wirkungsumfang erst nach längerer Zeit, da sie in die Veränderungsprozesse oft nur punktuell eingebunden sind. Die unterschiedliche Wahrnehmung der SchülerInnen, Lehrkräfte und Eltern der zum Teil massiven Veränderungen, spiegelt ihre differenzierte Sichtweise von Schule wieder. Die Besonderheit von Anshub.de besteht darin, dass das Programm von den Bedürfnissen und Bedarfen der einzelnen Schule ausgeht und ihnen die freie Entscheidung hinsichtlich Themenwahl und Vorgehensweise lässt. Auf diese Weise werden die Prinzipien der Gesundheitsförderung der Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment wirksam umgesetzt. Die Analyse der Einzelschulen zeigt, dass sich nicht alle Schulen im gleichen Maße bzw. in die gleiche Richtung verändern. Schulen, die in den Qualitätsdimensionen geringe Ausgangswerte aufweisen, brauchen eine besondere Form der Unterstützung, um die Gesundheitsinterventionen zielführend ein- und umsetzen zu können und gegenüber den anderen Schulen nicht abzufallen. Die Dynamik der Entwicklung einer guten gesunden Schule wird durch die Veränderung in den Schwerpunkten der Gesundheitsinterventionen hin zur Qualitätsdimension „Schulklima und Schulkultur“ deutlich. In diesem Bereich ergaben sich in der Wahrnehmung aller drei Zielgruppen keine bedeutsamen Verbesserungen. Um die gewünschten Veränderungen zu erzielen, ist die gesamte Betrachtung der Schulentwicklung notwendig. Außer-



dem brauchen die vielfältigen Veränderungen im System Schule viel Zeit und die notwendigen Ressourcen, um eine nachhaltige Schulentwicklung zu ermöglichen.³¹⁸

3.7.6 Finanzielle Förderung durch die Krankenkassen

Die Schule ist für zielgruppenorientierte Interventionen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung besonders gut geeignet, weil hier alle Heranwachsenden einer bestimmten Altersgruppe angesprochen werden können.³¹⁹ Einer kontraproduktiven Stigmatisierung wird entgegengewirkt, da in diesem Setting nicht ausschließlich sozial benachteiligte Kinder anzutreffen sind. Die gesetzlichen Krankenkassen nutzen die Chancen, die das Handlungsfeld Schule bietet, und fördern die gesundheitsförderlichen Bestrebungen in diesem Bereich.³²⁰ Die Kriterien und Voraussetzungen nach denen sich die Förderfähigkeit von Programmen wie Anschub.de ergibt, sind in dem Präventionsleitfaden des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung festgehalten.³²¹

Aus diesem geht hervor, dass Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und eine erfolgreiche Gesundheitsförderungspolitik demzufolge auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen aller Akteure, die für das Handlungsfeld verantwortlich sind, angewiesen ist.³²² Daher müssen bei der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Schule sowohl seitens der Anbieter der Maßnahmen, der Krankenkasse, der Träger der Bildungseinrichtung als auch der Schule eine Vielzahl von Voraussetzungen erfüllt werden.³²³ Gesundheitsförderungsprojekte, welche die Bildungseinrichtung nicht nur als Zugangsweg zur Erreichung der SchülerInnen nutzen, sondern die Schule selbst auch zum Gegenstand der gesundheitsförderlichen Umgestaltung machen, werden von den Krankenkassen als förderungsfähig eingestuft, sofern sie sich insbesondere auf die SchülerInnen und Eltern beziehen, der Bedarf an Interventionsmaßnahmen begründet ist, eine tatsächliche Nachfrage nach diesen Projektangeboten besteht, es sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw.

³¹⁸ Vgl. Paulus/Gediga (2008), S. 9 ff.

³¹⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 28.

³²⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 12.

³²¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 23.

³²² Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 13.

³²³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 23 ff.



Sponsoren handelt sowie die Umsetzung und Ergebnisse der Maßnahmen dokumentiert und evaluiert werden. Dabei ist der Erfolg dieser Maßnahmen ganz besonders von der Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der LehrerInnen abhängig, deren gesundheitliche Belange unter Berücksichtigung der originären Zuständigkeiten der Schulträger innerhalb der jeweiligen Projekte flankierend Berücksichtigung finden müssen. Projekte und Maßnahmen, die diesen Kriterien entsprechen, sollen das Erreichen nachfolgender Ziele ermöglichen.³²⁴

Ziele der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Schulen	
1.	Förderung des gesundheitsbezogenen Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft
2.	Befähigung von SchülerInnen, sich zu mündigen Nutzern der sozialen Sicherungssysteme zu entwickeln
3.	Initiierung von Netzwerken, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen regional unterstützen
4.	Befähigung zur Ausschöpfung der physischen, psychischen und sozialen Potenziale und Förderung der Selbstachtung (Empowerment)
5.	Schaffung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lernklimas für alle Beteiligten durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen durch die (Weiter-) Entwicklung partizipativer Strukturen und durch Stärkung der persönlichen Kompetenzen
6.	Schaffung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lernklimas für alle Beteiligten durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/ Möblierung, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen

Tabelle 2: Ziele der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Schulen³²⁵

Zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Interventionen ist auszuführen, dass alle Beteiligten, ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich entsprechend, zur Mitwirkung an dem Prozess der Gesundheitsförderung angehalten sind. Um eine hohe Effektivität zu erzielen, werden zunächst die jeweiligen Aufgaben der Partner festgelegt. Diese Maßnahme soll Überschneidungen vermeiden, Schnittstellen identifizieren und insgesamt einer zielführenden Projektarbeit dienlich sein.³²⁶ Die Schule ist für die Einbezie-

³²⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 28 f.

³²⁵ Eigene Darstellung: vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 29.

³²⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 29.



hung des Schulträgers und der Schulaufsicht sowie für die Anfertigung eines Beschlusses verantwortlich, indem die Schulkonferenz dem Gesundheitsförderungsprozess zustimmt. Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot von gesundheitsförderlichen Maßnahmen an der Schule gerecht zu werden, ist eine Steuerungsgruppe zu bilden, die sich aus Vertretern aller relevanten Gruppen bzw. Akteure zusammensetzt. Dieses Schulprojektteam beschließt das konzeptionelle Vorgehen, sorgt für die Umsetzung der geplanten Interventionen und bewertet die erzielten Ergebnisse kritisch. Als Mitglieder der Steuerungsgruppe kommen neben den Lehrer-, Eltern- und SchülervereinerInnen, Akteure wie z.B. Schulträger, Schulaufsicht, Unfallkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen aber auch kommunale Vertreter, Vereine (z.B. Sportvereine), Polizei, Unternehmen oder Kirchen in Betracht. Die gesetzlichen Krankenkassen können in Absprache mit der Steuerungsgruppe eigene Kompetenzen (z.B. aus der betrieblichen Gesundheitsförderung) und Analyseinstrumente (wie z.B. die Gesundheitsberichterstattung) in die Projektarbeit einbringen und durch eigene (personelle) Ressourcen (z.B. PR- oder Öffentlichkeitsarbeit) die Schule in ihren Bemühungen unterstützen.³²⁷

In einem jährlich erscheinenden Präventionsbericht dokumentieren die gesetzliche Krankenversicherung und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die erbrachten Leistungen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.³²⁸ Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V und § 20a SGB V beliefen sich im Berichtsjahr 2011 auf etwa 270 Millionen Euro.³²⁹ Die Ausgaben sind gegenüber dem Berichtsjahr 2009 um 41 Millionen gesunken.³³⁰ Für den einzelnen Versicherten ergibt sich daraus ein Durchschnittsbetrag in Höhe von 3,87 Euro, der sich aus dem Teilbetrag für den individuellen Ansatz 2,93 Euro, dem Teilbetrag für die betriebliche Gesundheitsförderung 0,61 Euro und dem Teilbetrag für den *Setting-Ansatz* 0,33 Euro zusammensetzt (siehe Anlage 1). Auch wenn der Ausgabenrichtwert in Höhe von 2,86 Euro (für das Jahr 2011) deutlich übertroffen wurde, ist im Bereich des *Setting-Ansatzes* im Vergleich zum individuellen Ansatz von marginalen Investitionen³³¹ zu sprechen.³³² Anhand dieser Zahlen scheint es

³²⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2010), S. 31.

³²⁸ Vgl. MDS (2012), S. 3.

³²⁹ Vgl. MDS (2012), S. 9.

³³⁰ Vgl. MDS (2010), S. 9.

³³¹ Vgl. Altgeld (2010), S. 348.

³³² Vgl. MDS (2012), S. 3.



nicht verwunderlich, dass die Bundesregierung nun mit einem neuen Gesetzesentwurf aufwartet, der besonders auf die Angebote der Gesundheitsförderung in Schulen eingeht.³³³ Für die Primärprävention in Settings soll zukünftig ein Mindestbetrag von jährlich 1 Euro je Versicherten eingeführt werden.³³⁴

4 Schlussbemerkung

Unser zentrales Anliegen war es, die aktuelle gesundheitliche Lage der SchülerInnen und LehrerInnen aufzuzeigen und auf Grundlage dessen die Gesundheitserziehung in Schulen und die Notwendigkeit von entsprechenden Programmen zu thematisieren. Dazu wurde die Disziplin „Gesundheitserziehung“ mit ihren wissenschaftlichen Begriffen und Bezügen ausführlich vorgestellt sowie auf deren Stellenwert in der Lehramtsausbildung eingegangen. Aktuelle Debatten über die Notwendigkeit eines Gesundheitsschulfaches bzw. einer gesundheitsförderlichen Gesamtausrichtung der Schule fanden ebenfalls Eingang in die vorliegende Arbeit. Im Verlauf der Thesis wurde das innovative Konzept der guten gesunden Schule aufgegriffen und ausführlich mit ihren Merkmalen, Strategien und Qualitätskriterien erläutert. Anschub.de konkretisiert diese Ausführungen und illustriert beispielhaft wie ganzheitliche Gesundheitsförderung effektiv, praktikabel und qualitätsorientiert umgesetzt werden kann.

Bei der Recherche zur SchülerInnen- und LehrerInnengesundheit fiel zunächst auf, dass nicht ausreichend aktuelle repräsentative Daten zur Verfügung stehen, wodurch die Abbildung des Gesundheitszustandes erschwert wurde. Die Auswertung der vorhandenen Literatur ergab, dass die gesundheitliche Lage der SchülerInnen und LehrerInnen durch zum Teil erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen geprägt ist. Daraus kann für die Zukunft ein dringender Handlungsbedarf im Setting „Schule“ und angrenzender Lebensbereiche sowie die Notwendigkeit der Erhebung weiterer repräsentativer Daten zur Gesundheit im Bildungsbereich abgeleitet werden. Zudem hat sich herausgestellt, dass das Thema „Gesundheitserziehung“ an Universitäten und Fachhochschulen nur selten vertreten und innerhalb der Lehramtsausbildung kaum beachtet wird. Damit Gesundheitserziehung an Schulen professionell durchgeführt werden kann, sind intensivere Bemühungen hinsichtlich neuer, gesundheitspädagogischer

³³³ Vgl. Deutscher Bundestag (2013), S. 1.

³³⁴ Vgl. Medscape (2013), S. 1.



Angebote in der Aus- und Fortbildung zwingend erforderlich. Die Hochschule Neu-Brandenburg hat mit der Einrichtung des dualen Studienganges „Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe“ ab September 2013 auf diese Bedarfe reagiert. Durch diese Studiengänge wird das zukünftige Fachpersonal ausgebildet, welches das Thema der Gesundheitserziehung in den Schulalltag in Form eines Einzelfaches, fachgebunden und/oder fächerübergreifend integriert. Aufgrund der positiven Effekte, die ein Gesundheitsschulfach auf das gesundheitliche Verhalten und die Lebensqualität der SchülerInnen ausübt, sprechen wir uns grundsätzlich für dessen Aufnahme in das Curriculum aus, auch wenn der aktuelle Fächerkanon dies nicht zulässt. Gleichwohl möchten wir unsere Aussage dahingehend differenzieren, dass es nicht sinnvoll ist, Gesundheitserziehung ausschließlich einem Unterrichtsschulfach zuzuordnen oder innerhalb einzelner abgegrenzter Projekte durchzuführen, ohne dass sie im Schulalltag weiterhin berücksichtigt wird. Gesundheitserziehung kann erst dann ihre Potenziale vollständig entfalten, wenn sie in den ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung eingebettet ist. Daraus schlussfolgern wir, dass sich zukünftige Bestrebungen in die Richtung eines umfassenderen Konzeptes bewegen sollten, welches ein Gesundheitsschulfach sowie die gute gesunde Schule vereint. Als besonders erfolgsversprechend haben sich dabei Ganztagschulkonzepte herausgestellt. Sie tragen zur individuellen Förderung, Erweiterung und Umsetzung der Lernangebote sowie zum selbstgesteuerten Lernen bei. Darüber hinaus bieten die Ganztagschulen einen erweiterten zeitlichen Rahmen, in dem Gesundheitserziehung effektiver vermittelt werden kann. Der Verein Anshub.de hat das Konzept „Ganzttag“ in seinen Qualitätsleitfaden aufgenommen, um deren Umsetzung und Konzeption zu erleichtern. Aus unserer Sicht ist der von Anshub.de entwickelte Leitfaden ein geeignetes und hilfreiches Instrument zur Implementierung der guten gesunden Schule, da es konkrete Handlungsanleitungen und Hinweise zur Einführung eines Schulentwicklungsprogrammes beinhaltet. Allerdings ist zu kritisieren, dass die Schulen nur dann eine Anshub-Schule werden können, wenn die jeweiligen Landesprogramme dieses Konzept unterstützen. Aus diesem Grund, halten wir es für dringend erforderlich, dass weitere Bundesländer dem guten Beispiel von Bayern, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern folgen. Um die Ausbreitung des Konzeptes der guten gesunden Schule in Deutschland weiter vorantreiben zu können, ist aus unserer Sicht die finanzielle Beteiligung aller Krankenkassen erforderlich. Zwar sind die bereits beschriebenen, hochgesteckten Anforderungen des Leitfadens des GKV-Spitzenverbandes im Interesse der Qualitätssicherung



angebracht. Jedoch beschränkt dies den Zugang der Schulen zur finanziellen Förderung durch die Krankenkassen und erschwert auf diese Weise, die flächendeckende Einführung des Programmes der guten gesunden Schule. Alle daran beteiligten Akteure sind in die Pflicht genommen, sich nicht mit dem bislang Erreichten zufrieden zu geben, sondern den eingeschlagenen Weg weiterzugehen.

**Literaturverzeichnis**

- Altgeld, T. (2010): Nur ein Randthema im Bildungsbereich?. Schulische Gesundheitsförderung im Kontext der Bildungs-, Jugend- und Gesundheitspolitik. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 345-358
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco u.a.: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Barkholz, U.; Homfeldt, H. (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag: Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojekts. Weinheim u.a.: Juventa Verlag
- Baumgarten, K. (2009): Internationaler Rahmen der Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 242-253
- Bilz, L.; Melzer, W. (2011): Die Schule als Gesundheitsdeterminante. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 121-128
- BMFT (1997): Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.): Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bonn zitiert nach: Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag
- Blättner, B.; Heckenhahn, M. (2009): Professionalisierung in der Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 254-264
- Blättner, B. (2011).: Gesundheitsbildung In: (BZgA): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 129-132
- Brähler, E.; Kiess, J.; Schubert C.; Kiess W. (2012) (Hrsg.): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Mit 73 Abbildungen und 29 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht



- Bröckling, U. (2003): You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up. Über Empowerment. In: Leviathan, Berliner Zeitschrift für Sozialwissenschaft, 31. Jg., S. 323-344
- BZgA (2006): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Was erhält Menschen gesund?. Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise. 9. Auflage, Köln
- BZgA (2006): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Jugendgesundheit geht alle an! Informationen für interessierte Lehrerinnen und Lehrer zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergheim (nicht mehr erhältlich) zitiert nach Michaelsen-Gärtner, B.; Witteriede, H.; Paulus, P. (2009): Gesundheitserziehung in Schulen. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K.: Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 160-170
- Dadaczynski, K.; Witteriede, H. (2011): Qualitätsentwicklung in der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 34. Jg., 125-128
- Drinck, B. (2012): Anforderung an eine Gesundheitserziehung in der Schule In: Brähler, E.; Kiess, J.; Schubert C.; Kiess W. (2012) (Hrsg.): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Mit 73 Abbildungen und 29 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 423-433
- Emundts, M. (1993): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe, B.; Israel, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim u.a.: Beltz, S. 279-293
- Franke, A. (2009): Psychologie und Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 82-92
- Greinke, K. (1979): Gesundheitserziehung in der Schule für Lernbehinderte (Sonderschule). Oberbiel: Jarick
- Harazd, B.; Gieske, M.; Rolff, H.-G. (Hrsg.) (2009): Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrergesundheit als neue Aufgabe der Schulleitung. Köln: LinkLuchterhand zitiert nach Schumacher, L. (2010): Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109



- Heindl, I. (1993): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Lehrerausbildung. In: Priebe, B.; Israel, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung*. Weinheim u.a.: Beltz, S. 197-208
- Homfeldt, Hand-Günther (2000): Strukturelemente für eine Lehrerinnen- und Lehrerausbildung im Themenfeld „Gesundheitsförderung“. In: Paulus, P.; Brückner, G. (Hrsg.): *Wege zu einer gesünderen Schule: Handlungsebenen – Handlungsfelder - Bewertungen*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 55-62
- Hoy, W. K., Hannum, J. (1997): Middle school climate: An empirical assessment of organizational health and student achievement. *Educational Administration Quarterly*, 33, S. 290-311 zitiert nach Schumacher, L. (2010): *Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule*. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Hoy, W. K.; Sweetland, S. R. (2001): Designing better schools: The meaning and nature of enabling school structure. *Educational Administration Quarterly*, 37, S. 296-321 zitiert nach Schumacher, L. (2010): *Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule*. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Huber, S. G. (1999): School Effectiveness: Was macht Schulen wirksam?. *Schulmanagement*, 30 Jg. (2), S. 10-17 zitiert nach Schumacher, L. (2010): *Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule*. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Hurrelmann, K. (1994): *Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. 2. Auflage, Weinheim u.a.: Beltz
- Hurrelmann, K. (2000): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 4. Auflage, Weinheim u.a.: Juventa-Verlag
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 6. Auflage, Weinheim u.a.: Juventa-Verlag



- Keupp, H. (1987): Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs?. In: Keupp, H.; Röhrle, B.: Soziale Netzwerke. Frankfurt/Main u.a.: Campus Verlag:
- Klemm, K. (1990): Bildungsgesamtplan '90. Ein Rahmen für Reformen. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag
- Klemperer, D. (2010): Sozialmedizin-Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber
- Kliche, T. (2010): Qualitätssicherung: Konzeptionen und Praxisstrategien. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 145-169
- Kliche, T.; Deu, A.; Ewald, E.; Post, M.; Wessolowski, N.; Wormitt, K.; Koch, U. (2007): Gesundheitswirkungen von Prävention: Verfahrensentwicklungen zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V. Wirkungen Schulischer Gesundheitsförderung: Eine Wirkungsabschätzung der Setting-Interventionen im Projekt „gesund leben lernen“. Hamburg zitiert nach Kliche, T. (2010): Qualitätssicherung: Konzeptionen und Praxisstrategien. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 145-169
- Knoll, N.; Schwarzer, R. (2005): Soziale Unterstützung. In: Birbaumer, N.; Frey, D.; Kuhl, J.; Schneider, W.; Schwarzer, R. (Eds.): Enzyklopädie der Psychologie, Series X, Vol. 1: Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 333-349 zitiert nach Schumacher, L. (2010): Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Krause, A.; Meder, L.; Philipp, A.; Schüpbach, H. (2010): Gesundheit, Arbeitssituation und Leistungsfähigkeit der Lehrkräfte. In: Paulus, P. (Hrsg.), Bildungsförderung durch Gesundheit, Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule, Weinheim; München, S. 57-85
- Laaser, U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim u.a.: Juventa Verlag, S. 395-425



- Lorentz, F. (1959): Die Entwicklung der Schul- und Volksgesundheitspflege in Deutschland. In: Berliner Medizin, 10. Jg., 9, 198-200 zitiert nach Greinke, K. (1979): Gesundheitserziehung in der Schule für Lernbehinderte (Sonderschule). Oberbiel: Jarick
- Ludwig, W. (1973): Grundriß der Gesundheitserziehung: Wissenschaftliche Grundlagen und Systematik. Mit 5 Tabellen im Text. 2. Auflage, Berlin: Verlag Volk und Gesundheit
- Meierjürgen, R. (2010): „Die gute gesunde Schule“ aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Aufgaben und Handlungsfelder. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 327-343
- Meyer, J. P.; Stanley, D. J.; Herscovitch, L.; Topolnytsky, L. (2002): Affective, continuance, and normative commitment to the organization. A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. Journal of Vocational Behavior, 61, S. 20-52 zitiert nach Schumacher, L. (2010): Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Michaelsen-Gärtner, B.; Witteriede, H.; Paulus, P. (2009): Gesundheitserziehung in Schulen. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K.: Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 160-170
- Mohn, B. (2010): Strategische Partnerschaften in der schulischen Gesundheitsförderung. Die Bedeutung von Stiftungen. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 359-368
- Muntean, W. (2000): Bedeutung einer Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. In: Muntean, W. (Hrsg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. medizinische Grundlagen. Wien: Springer-Verlag, S. 1-11
- Nöcker, G. (2011): Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: BzgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 106-109



- Paulus, P. (2000): Von der Ottawa-Charta zur Resolution von Thessaloniki und darüber hinaus. Gesundheitserziehung in der Schule im Wandel zur schulischen Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. Brückner, G. (Hrsg.): Wege zu einer gesünderen Schule, Handlungsebenen - Handlungsfelder - Bewertungen. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 11-22
- Paulus, P.; Witteriede, H. (2008): Bericht: Schule- Gesundheit- Bildung: Bilanz und Perspektiven: Forschung Projekt F 2033. Dortmund u.a.
- Paulus, P. (2010): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.), Bildungsförderung durch Gesundheit, Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule, Weinheim; München, S. 7-30
- Paulus, P.; Gediga, G. (2010): Anschub.de. Bericht über erste Ergebnisse der Evaluation eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 309-325
- Paulus, P.; Franzkowiak, P. (2011): Editorial. In: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 34. Jg., S. 98
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Schaarschmidt, U. (2011): Die Förderung der psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern - eine dringliche Aufgabe. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 151-162
- Schumacher, L. (2010): Schule als Organisation, Besonderheiten, Gestaltungsmöglichkeiten und Überlegungen zu einer guten gesunden Schule. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 87-109
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1992) (Hrsg.): Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bericht der Kultusministerkonferenz vom 05./06.11.1992. Bonn



- Tones, K. (2006): Health promotion, health education, and the public health In: Detels, R.; McEwen, J.; Beaglehole, R.; Tanaka, H. Oxford textbook of public health. 4th ed., repr. in paperback. - Oxford: Oxford University Press, S. 829-863
- Troschke, J.v. (1993): Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe, B.; Israel, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim u.a.: Beltz, S. 11-38
- Troschke, J. v. (2002): Der Beitrag der Medizin zur Public Health. In: Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 23-51
- Wallmann, B.; Girschner, S.; Froböse, I. (2012): Gesundheitskompetenz: was wissen unsere Schüler über Gesundheit?. Eine empirische Erhebung. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 7. Jh., S. 5-10
- Winkler, U. (1998): Entspannungssequenzen im Unterricht: Psychohygiene in der Schule. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim u.a.: Juventa-Verlag
- Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage, Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, S. 819-844
- Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen. In: Wulfhorst, B.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber, S. 9-34
- Wulfhorst, B. (2012): Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung In: Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Auflage, Weinheim u.a.: Beltz Juventa: S. 729-756
- Zeyer, A.; Odermatt, F. (2010): Gesundheitsbildung und naturwissenschaftlicher Unterricht. Eine Win-Win-Situation. In: Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung, 5 Jh.: S. 103-108



Verzeichnis der Internetquellen

- Abel, T.; Sommerhalder, K.; Bruhin, E. (2010): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Health Literacy / Gesundheitskompetenz, online im www unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=f911ff535d7b293910ce4da38938cae2&id=angebote&idx=105> [11.04.2013]
- Allmendinger, J. (2003): Soziale Herkunft, Schule und Kompetenzen. In: Politische Studien, 54. Jahrgang, Sonderheft 3, S. 79-90, online im www unter <http://www.hss.de/downloads/Sonderheft03.pdf#page=79> [21.03.2013]
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der deutschen Adipositas-Gesellschaft (2012): Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 04.10.2012, online im www unter http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf [27.03.2013]
- Atorio (2007): Schulfach Gesundheit, online im www unter http://www.atorio.de/artikel_alt/schulfach-gesundheit.html [03.04.2013]
- BdB (2013): Bundesverband der Berufsbetreuer: Qualitätssicherung, online im www unter http://www.bdb-qr.de/215_Qualitaetssicherung.php [13.04.2013]
- Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.; Ellert, U.; Dudenhausen, J. W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 50, S. 670-676, online im www unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/re3XGgG4E13uA/PDF/294eMArPnfU.pdf> [21.03.2013]
- Bertelsmann Stiftung (2008) (Hrsg.): Bessere Qualität an Schulen. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des Steuerungsinstrumentes SEIS (Selbstevaluation in Schulen). Gütersloh, online im www unter http://www.dshs-koeln.de/static/wps/wcm/connect/3efd4d004649fdc48013d2b4eb8f5a32/seis08_abschlussbericht.pdf@mod=ajperes&lmod=21059806&cacheid=3efd4d004649fdc48013d2b4eb8f5a32&lmod=21059806&cacheid=3efd4d004649fdc4004c5cc210.pdf [12.04.2013]
- BMAS (2013): Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn, online im www unter <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?blob=publicationFile> [13.03.2013]



- Brägger, Gerold; Paulus, Peter; Posse, Norbert (2005): Gute gesunde Schule. Definition, online im www unter http://www.anschub.de/uploads/tx_jdownloads/Definition_der_guten_gesunden_Schule_Anschub.de.pdf [01.05.2013]
- Bundesärztekammer (2007): Glossar Qualitätssicherung, online im www unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.4716> [10.04.2013]
- Capwell, E. M. (2004): Coalition of National Health Education Organizations. In: Californian Journal of Health Promotion 2004, Volume 2, Issue 1, 12-15, online im www unter http://www.cjhp.org/Volume2_2004/Issue1-TEXTONLY/12-15-capwell.pdf [27.04.2013]
- CNHEO (2011): Coalition of National Health Education Organizations: Code of ethics for the health education profession, online im www unter <http://www.cnheo.org/PDF%20files/CODE%20OF%20ETHICS%20shortform.pdf> [28.03.2013]
- Deutscher Bundestag (2013): Präventionsgesetz soll Gesundheitsvorsorge fördern, online im www unter http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2013/43484827_kw12_de_regierungsbefragung/ [18.04.2013]
- Franze, M.; Fendrich, K.; Hoffmann, W.; Splieth, C.H. (2012): Gesund aufwachsen (Teil 2) - Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention am Beispiel des Programms "GeKoKidS - Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule". In: BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Köln, S. 156-163, online im www unter http://www.bzga.de/botmed_60641000.html [18.04.2013]
- GKV-Spitzenverband (2010) (Hrsg.): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, online im www unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf [16.04.2013]
- Hans-Böckler-Stiftung (2009) (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten in schulischer und außerschulischer Bildung. Stand der Forschung und Forschungsbedarf. Arbeitspapier 171. Düsseldorf, online im www unter http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_171.pdf [02.05.2013]



- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 50, S. 784-793, online im www unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/25maWiJoxrkYE.pdf> [21.03.2013]
- Ibbw (2004): Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung e.V. (Hrsg.): Modellprojekt: „Berufs- und arbeitsweltbezogene Schulsozialarbeit“. 2. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung für den Zeitraum März 2000, online im www unter http://www.ibbw.de/Dokumente/PDF/BAS/Dokumente/bericht_Sep04.pdf [11.04.2013]
- Kahl, H.; Dortschy, R.; Ellsäßer (2007): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 50, S. 718-727, online im www unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/re5D5gfxZr3AY/PDF/27CbOnjqoeIQ.pdf> [21.03.2013]
- Kliche, T.; Koch, U.; Lehmann, H.; Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 49, S. 141-150, online im www unter <https://hsnb-bibo.hs-nb.de/+CSCO+0h756767633A2F2F97661782E66636576617472652E70627A++/content/pdf/10.1007%2Fs00103-005-1216-1.pdf> [04.05.2013]
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V.; von Hippel, A.; Jaeger, U.; Johnsen, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; H.-Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jungendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Nr. 149, S. 807-818, online im www unter http://download.springer.com/static/pdf/117/art%253A10.1007%252Fs001120170107.pdf?auth66=1365585910_ca069e9a5131005bdb293116e3840ef7&ext=.pdf [26.03.2013]



- Kunze, B.; Loss, J. (2011): Empowerment – ein Ansatz für Kranke und Gesunde. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Verwirklichungschancen für Gesundheit. Berlin, online im www unter [http://www.gesundheitberlin.de/download/Loss, Julika Bildung 11-02-18.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Loss,_Julika_Bildung_11-02-18.pdf) [08.03.2013]
- Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 50, S. 736-743, online im www unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/20pyWvIPNYV52.pdf> [21.03.2013]
- Masfg.rlp (2005): Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland Pfalz (Hrsg): Kinder und Gesundheit. Beschluss der Jugendministerkonferenz vom Mai 2005. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Rheinland-Pfalz, online im www unter <http://www.vivafamilia.de/fileadmin/downloads/JMK-Beschluss2005.pdf> [24.04.2013]
- MDS (2010): Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. Essen, online im www unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2010_V2.pdf [18.04.2013]
- MDS (2012): Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Essen, online im www unter: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS Praeventionsbericht 2012.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Praeventionsbericht_2012.pdf) [18.04.2013]
- Medscape Deutschland (2013): Präventionsgesetz ante portas – die nächste Pleite?, online im www unter: <http://praxis.medscapemedizin.de/artikel/4900892> [13.04.2013]
- Nutbeam, D. (2000): Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, 15, No. 3, S. 259-267, online im www unter <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf> [13.03.2013]



- Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule“, online im www unter http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lisum.berlin-brandenburg.de%2Fmedia_fast%2F5180%2FVom%2520Kopf%2520auf%2520die%2520F%25C3%25BC%25C3%259Fe.pdf&ei=icyGUYTHJYzFPZm4gKgL&usq=AFQjCNEYeSQYZyrskaYU1c-T5pK-UNkTKq&bvm=bv.45960087,d.ZWU [25.04.2013]
- Paulus, P.; Gediga, G. (2008): Evaluation von Anshub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule, online im www unter http://www.anshub.de/uploads/tx_ipdownloads/Kurzfassung_Abschlussbericht_2008-11-05_07.pdf [26.04.2013]
- Paulus, P.; Schumacher, L. (2008): Gute gesunde Schule - Lehrgesundheit als zentrale Ressource. In: Krause, A.; Schüpbach, H.; Ulich, E.; Wülser, M. (Hrsg.): Arbeitsort Schule, Wiesbaden, S. 134-158, online im www unter <http://katalog.ub.uni-rostock.de/DB=2/PPNSET?PPN=562225293> [11.04.2013]
- primakids (2013): Projektdarstellung primakids, online im www unter <http://www.primakids.de/> [02.05.2013]
- RKI (2004): Robert Koch-Institut (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin, online im www unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_von_kinder_und_jugendlichen.pdf?blob=publicationFile [22.03.2013]
- RKI (2008): Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Berlin, online im www unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?blob=publicationFile [11.03.2013]
- Ruhr Universität Bochum (2013): Health-literacy/Gesundheitsmündigkeit, online im www unter <http://www.ruhr-uni-bochum.de/healthliteracy/health-literacy.htm> [05.04.2013] <http://www.ruhr-uni-bochum.de/healthliteracy/health-literacy.htm> [03.04.2013]



- Schwarze-Reiter, K. (2008): Schlank durch Bildung. Brauchen wir ein Schulfach Gesundheit?.In: Focus Schule Online, online im www unter http://www.focus.de/schule/schule/unterricht/tid-8736/schlank-durch-bildung_aid_235929.html [03.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013a): Entstehung. Der Weg zum Qualitätsverständnis, online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/seis-instrument/qualitaetsverstaendnis/entstehung.html> [17.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013b): SEIS macht Schule transparent. Das SEIS-Qualitätsverständnis, online im www unter: http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/SEIS_Qualitaetsverstaendnis.pdf [18.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013c): Dimensionen und Kriterien. Qualitätsbereiche und Kriterien, online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/seis-instrument/qualitaetsverstaendnis/dimensionen-und-kriterien.html> [17.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013d): Datenerhebung, online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/de/seis-instrument/datenerhebung.html> [17.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013e): FAQ, online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/service/faq.html> [17.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013f): SEIS macht Schule transparent, online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/> [19.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013g): Zugang ,online im www unter <http://www.seis-deutschland.de/seis-instrument/zugang.html> [26.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013h): Flyer SEIS Deutschland. SEIS macht Schule... Bessere Qualität in allen Schulen, online im www unter [http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/Flyer SEIS Deutschland final.pdf](http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/Flyer_SEIS_Deutschland_final.pdf) [26.04.2013]



- SEIS Deutschland (2013i): Musterfragebogen für Schüler bis zur 6. Klasse, online im www unter http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/Musterbogen_S6_Allg.pdf [26.04.2013]
- SEIS Deutschland (2013j): Musterfragebogen für Lehreronline, online im www unter http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/Musterbogen_L_allg.pdf [26.04.2013]
- Verein Anschub.de (2010a) (Hrsg.): Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen. Gütersloh, online im www unter http://www.anschub.de/fileadmin/inhalte/Downloads/Vollstaendige_Themenhefte/GGs.pdf [17.04.2013]
- Verein Anschub.de (2010b) (Hrsg.): Die gute gesunde Schule gestalten. Stationen auf dem Weg der Schulprogrammentwicklung, online im www unter http://www.anschub.de/fileadmin/inhalte/Downloads/Vollstaendige_Themenhefte/GgS_gestalten.pdf [23.04.13]
- Verein Anschub.de (2013a): Wir über uns. Partner für Bildung und Gesundheit, online im www unter <http://www.anschub.de/wir-ueber-uns/index.html> [17.04.2013]
- Verein Anschub.de (2013b): Programm für die gute gesunde Schule, online im www unter <http://www.anschub.de/startseite/index.html> [26.04.13]
- Von der Helm, D. (2013): Immanuel Kant - Zitate, online im www unter <http://www.daniel-von-der-helm.com/kant/kant-zitate.html> [04.05.2013]
- WHO (1978): World Health Organization: Declaration of Alma-Ata, online im www unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [27.02.2013]
- WHO (1986): World Health Organization: Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung, online im www unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [27.02.2013]
- WHO (2006): World Health Organization (Hrsg.): What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. Copenhagen, online im www unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf [11.03.2013]



WHO (2013): World Health Organization: Health promotion. Track 2: Health literacy and health behavior. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes, online im www unter

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

[13.03.2013]

Zaugg, R. J. (2007): Geleitwort. In: Krause, A.; Schüpbach, H.; Ulich, E.; Wülser, M. (Hrsg.) (2008): Arbeitsort Schule. Wiesbaden, S. 5-6, online im www unter

<http://katalog.ub.uni-rostock.de/DB=2/PPNSET?PPN= 562225293>

[11.04.2013]



Anhang

Anhang 1: Vergleich der Ausgaben Setting-Ansatz, Individueller Ansatz und BGF³³⁵

	Setting-Ansatz			Individueller Ansatz			Betriebliche GF		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Jahr									
Anzahl der Settings, Versicherten und Betriebe	20.252	30.098	21.642	2.105.409	1.979.366	1.677.853	5.353	6.473	6.798
Ausgaben je Versicherten in Euro	0,27	0,33	0,33	3,60	3,40	2,93	0,56	0,60	0,61
Gesamtausgaben In Euro	18.815.502	22.915.000	22.861.953	252.250.402	237.443.000	204.136.596	39.479.195	42.156.000	42.295.585

³³⁵ Vgl. MDS (2012), S. 23.



Anhang 2: Musterfragebogen für SchülerInnen bis zur 6. Klasse³³⁶



Muster-Fragebogen allgemeinbildende Schule

Liebe Schülerinnen und Schüler,

eure Meinung ist uns wichtig!

Wir möchten unsere Schule verbessern. Um herauszufinden, worin unsere Schule gut ist und wo sie sich noch verbessern könnte, führen wir eine Befragung durch. An dieser Befragung nehmen auch die Lehrer/innen, Eltern und sonstigen Mitarbeiter/innen der Schule teil.

Grundlage für die Befragung sind die SEIS-Fragebögen. Diese Fragebogen werden nicht nur von unserer Schule, sondern auch von anderen Schulen genutzt. Dadurch können wir unsere Ergebnisse mit den Ergebnissen anderer Schulen vergleichen und so von diesen Schulen lernen.

Wir laden euch herzlich ein, bei der Befragung mitzumachen. Nachdem ihr die Fragen gelesen habt, denkt bitte sorgfältig über die Frage nach und beantwortet sie ehrlich.

Eure Antworten werden anonym und vertraulich behandelt. Bitte schreibt euren Namen nicht auf den Fragebogen, damit niemand erkennen kann, wer den Fragebogen ausgefüllt hat.

Wir werden euch die Ergebnisse vorstellen.

Vielen Dank für eure Hilfe.

Eure Schulleitung

WICHTIGER HINWEIS: Bitte fertigen Sie keine Kopien dieses Fragebogens an!

SEIS - Selbstevaluation in Schulen

"Das macht Schule"

³³⁶ SEIS Deutschland (2013i), S. 1.



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Test-Grundschule

Z

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

1. Ich kann mir gut selber Ziele setzen, um mich zu verbessern.

2. Ich habe im Unterricht gelernt:

(1) gut mit anderen zusammenzuarbeiten.

(2) aufmerksam zuzuhören, wenn andere reden.

(3) die Meinungen anderer gut zu finden.

(4) mich an einer Gruppenarbeit zu beteiligen.

X

(5) auf verschiedenen Wegen eine Aufgabe zu lösen.

(6) in meine Fähigkeiten zu vertrauen.

(7) zu erkennen, wie andere ein Problem sehen.

3. In meiner Schule habe ich gelernt, meine Stärken und Schwächen zu erkennen.

Y

W



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Test-Grundschule

Z

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

4. Die Schule hat mir geholfen, gut mit anderen auszukommen.

5. Ich finde, dass die Schule mich gut auf die nächste Klasse vorbereitet:

(1) in den meisten Fächern.

(2) darin, neue Dinge zu lernen.

6. Ich kann meine eigenen Ideen im Unterricht gut erklären:

(1) schriftlich.

X

(2) mündlich.

7. In den folgenden Fächern kann ich zeigen, was ich kann:

(1) Deutsch.

(2) Englisch (bzw. 1.Fremdsprache).

Y

W



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Test-Grundschule

Z

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

(3) Mathematik.



8. Ich habe im Unterricht gelernt:

(1) eigenständig an Aufgaben zu arbeiten.



(2) als Teil eines Teams oder in kleinen Gruppen zu lernen.



(3) meine Arbeit rechtzeitig fertig zu stellen.



(4) zu erkennen, worin ich gut bin und worin ich besser sein könnte.



(5) die richtigen Informationen zu finden und auszuwählen.



(6) aus meinen Fehlern zu lernen.



(7) nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstehe.



(8) eine Aufgabe auch dann zu lösen, wenn es mir nicht auf Anhieb gelingt.



X

Y

W



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Test-Grundschule

Z

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

9. Ich kann vieles von dem, was ich in der Schule lerne, auch außerhalb der Schule gebrauchen (z.B. einkaufen gehen, etwas planen, mit Geld umgehen, Energie sparen) .

10. In meiner Schule habe ich gelernt:

(1) meinen Arbeitsplatz in Ordnung zu halten.

(2) meine Zeit einzuteilen.

(3) gesund zu leben.

(4) dabei zu helfen, die Umwelt zu schonen.

X

(5) darüber nachzudenken, was ich im Fernseher sehe, im Radio höre oder in der Zeitung lese.

(6) mit meinem Geld vernünftig umzugehen.

(7) mit technischen Problemen im Alltag besser fertig zu werden (z. B. technische Geräte zu bedienen, meinen Freunden E-Mails zu schicken, ein Modell zu bauen etc.).

11. Ich gehe gerne auf diese Schule.

Y

W








Test-Grundschule

Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

12. Ich erhalte von meinen Lehrer/innen zusätzliche Hilfe und Unterstützung, wenn ich diese benötige. 
13. Die meisten meiner Lehrer geben mir das Gefühl, dass ich meine Sache gut machen kann. 
14. Wenn ich etwas nicht verstehe, kann ich meine Lehrer/innen bitten, es mir zu erklären. 
15. Ich bekomme regelmäßig Rückmeldungen über meine Arbeit im Unterricht. 
16. Die Schule fördert individuelle Begabungen und Interessen der Schüler/innen (Lese-/Literaturkreis, Naturwissenschaften, Wettbewerbe, o.ä.). 

17. Das gibt es oft in meinem Unterricht:

X

- (1) Die Lehrer/innen erklären der ganzen Klasse etwas und die Schüler beantworten Fragen. 
- (2) Wir schreiben Notizen von der Tafel oder vom OHP ab. 
- (3) Wir benutzen Arbeitsblätter oder das Lehrbuch. 
- (4) Wir arbeiten in Gruppen zusammen. 

Y

W












Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Test-Grundschule

Z

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

- | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | (5) Wir diskutieren miteinander. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0757 |
| | (6) Wir halten Vorträge vor der Klasse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0764 |
| | (7) Wir benutzen Medien für unsere Präsentationen (z. B. Computer, OHP, Plakate, Stellwände, usw.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0771 |
| | (8) Wir lernen auch außerhalb der Schule (z.B. Betriebe, Museum, Bauernhof, Ökostation, Zooschule, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0788 |
| | 18. Die meisten meiner Lehrer/innen verwenden regelmäßig verschiedene Unterrichtsmethoden (z.B. Projektarbeit in Gruppen, Einsatz verschiedener Materialien, verschiedene Arbeitsformen, o.ä.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0795 |
| X | 19. Wir benutzen in der Schule das Internet, um Informationen zu suchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0825 |
| | 20. Wir arbeiten über mehrere Tage an Projekten oder umfangreichen Aufgaben (entweder allein oder in Gruppen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0832 |
| | 21. Wir finden selbst Lösungen für Probleme oder Aufgabenstellungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0849 |
| | 22. Ich habe in der Schule gelernt, gut auf verschiedene Arten Probleme zu lösen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 
0001 0856 |

Y

W



Test-Grundschule

Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

23. Ich habe in meiner Schule gelernt:

(1) mit anderen über meine Gedanken zu sprechen,
wenn ich ein Problem löse.



(2) selbstständig Entscheidungen zu treffen.



(3) beim Denken und Handeln Neues auszuprobieren.



24. Wenn ich etwas nicht verstanden habe, fällt es mir leicht,
Fragen zu stellen.



25. Ich kann an meiner Schule in meinem eigenen Tempo
lernen.



26. Unsere Lehrer/innen sorgen dafür, dass unsere
Unterrichtsstunden pünktlich beginnen und pünktlich
enden.



27. In unseren Unterrichtsstunden gibt es wenig Störungen
durch Mitschüler/innen.



28. Für den Unterricht kann die Sitzordnung variabel gestaltet
werden (Gruppenarbeit, Stuhlkreis, Stillarbeit, etc.).



29. Unsere Lehrer/innen achten genau darauf, was die
Schüler/innen sagen.



Y

W



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

Test-Grundschule

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

30. In meiner Schule habe ich gelernt:

(1) dabei zu helfen, Streit zwischen anderen Schülern zu klären.



31. Ich arbeite gut mit Schüler/innen zusammen, die anders sind als ich.



32. Der/die Lehrer/in erklärt mir genau, was ich für die Hausaufgaben tun muss.



33. Schüler/innen und Lehrer/innen haben in der Schule die Möglichkeit, ihren Klassenraum zu gestalten (z. B. Bilder, Pflanzen, Möbel, etc.).



34. Die meisten Schüler/innen in meiner Schule lernen sehr gut.

X



35. Ich weiß, welche Leistungen ich erbringen muss, um gute Noten erreichen zu können.



36. Wir Schüler/innen bewerten unsere eigene Arbeit anhand von Merkmalen und Kriterien, die wir im Unterricht entwickelt haben (Kompetenzraster).



37. Wir schreiben auf, was wir gelernt haben (Lerntagebücher).



38. Die Schüler/innen sammeln Beispiele ihrer Arbeit, um zu zeigen, wie ihre Arbeit sich verbessert (Portfolios).



Y

W



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z	Test-Grundschule	0 021474 836476	Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010) 1. Klasse [de]	X			
		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Weiß nicht	
	39. In meiner Schule werden viele verschiedene Arten der Bewertung eingesetzt, wenn es darum geht, Leistungen zu messen (z.B. Projektarbeiten, Hausarbeiten, Präsentationen, Kompetenztest, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40. Nach einer Klassenarbeit/einem Test oder nach Beendigung einer Aufgabe erklärt mir mein/e Lehrer/in, wie ich meine Arbeit in Zukunft besser machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	41. Die Schule bietet uns Schüler/innen neben dem normalen Unterricht eine Reihe von Zusatzangeboten (z. B. Förderangebote, allgemeine Beratung und Berufsberatung, fachliche Unterstützung, AGs etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	42. Ich weiß, an wen ich mich an der Schule wenden kann, wenn ich an einem solchen Zusatzangebot teilnehmen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	43. An unserer Schule gibt es ein vielfältiges kulturelles Angebot (Schul- und Sportfeste, Theater- und Musikaufführungen, u.a.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
X	44. Neben dem Unterricht beteilige ich mich auch an anderen Aktivitäten in unserer Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	45. Wir können Räume und Materialien der Schule auch außerhalb der Unterrichtszeiten nutzen (z.B. in der Mittagspause, am Nachmittag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	46. Die Schule ist ein sehr einladender und freundlicher Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	47. Ich fühle mich in unserer Schule sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	48. Es gibt an unserer Schule gesunde und gute Verpflegungsmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

Test-Grundschule

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

49. An dieser Schule weiß ich, welches Verhalten von mir erwartet wird.

50. Meine Schule will, dass Schüler/innen verstehen, warum gutes Verhalten wichtig ist.

51. Wie die Lehrer/innen mit schlechtem Benehmen umgehen, finde ich gut.

52. Ich finde, die Schule hat vernünftige Verhaltensregeln.

53. Die meisten meiner Lehrer/innen behandeln mich gerecht.

X 54. Wenn an unserer Schule Schüler/innen von Mitschüler/innen geärgert oder geschlagen werden, tun die Lehrer/innen etwas dagegen.

55. Ich komme mit den meisten meiner Lehrer/innen gut aus.

56. Wir Schüler/innen gehen freundschaftlich miteinander um.

57. Wenn Schüler/innen eine wirklich gute Leistung vollbringen, wird das an der Schule allgemein bekannt gemacht.

58. In meiner Schule wird mir geholfen, wenn ich private Probleme habe.

Y



Test-Grundschule

Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

59. Ich kenne an unserer Schule auch andere Ansprechpartner (Sozialarbeiter, Schülervertretung, Pfarrer o.a.) für die Schüler/innen.

60. In meiner Schule wird mir geholfen, wenn ich schulische Probleme habe.

61. Ich kann meine Hausaufgaben in der Schule machen und mir dabei helfen lassen.

62. Ich habe die Möglichkeit, auch außerhalb der Unterrichtszeiten an der Schule betreut zu werden.

63. Ich habe in meiner Schule gelernt, wie der Konsum von Drogen (z.B. Nikotin, Alkohol, Haschisch, u.a.) mein gesundes Leben beeinträchtigen kann.

X 64. Wenn an unserer Schule Entscheidungen getroffen werden, die die Schüler/innen betreffen, werden die Meinungen der Schüler/innen berücksichtigt.

65. Ich bin damit zufrieden, wie an unserer Schule Entscheidungen getroffen werden.

66. An unserer Schule fällt wenig Unterricht aus.

67. Ich lerne auch im Vertretungsunterricht etwas Neues dazu.

68. In unserer Schule kommen die meisten Lehrer/innen gut miteinander aus.

Y

W



Test-Grundschule

Fragebogen für Schüler/innen bis zur 6. Klasse (2010)
1. Klasse [de]

Z

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

69. Was wir an unserer Schule machen, ist gut geplant und organisiert.



70. Guter Einsatz und Leistungen werden an unserer Schule anerkannt.



Vielen Dank für deine / Ihre Mühe!

X

Y

W



Anhang 3: Musterfragebogen LehrerInnen³³⁷



Muster-Fragebogen allgemeinbildende Schule

Liebe Lehrerinnen und Lehrer,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wir möchten die Qualität unserer Arbeit in der Schule kontinuierlich verbessern. Um herauszufinden, wo unsere Schule Stärken hat und wo es möglicherweise noch Verbesserungsbedarf gibt, führen wir derzeit eine Befragung von Lehrer/innen, Schüler/innen, Eltern und sonstigen Mitarbeiter/innen der Schule durch.

Grundlage für die Befragung sind die international erprobten und wissenschaftlich geprüften SEIS-Fragebögen. Diese Fragebogen werden nicht nur von unserer Schule, sondern auch von anderen Schulen genutzt. Dadurch können wir unsere Ergebnisse mit den Ergebnissen anderer Schulen vergleichen und so von diesen Schulen lernen.

Wir laden Sie herzlich ein, sich an dieser Umfrage zu beteiligen. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das Ihre Meinung wiedergibt. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und streng vertraulich behandelt. Bitte geben Sie auf dem Fragebogen keinen Namen an! Rückschlüsse auf die Teilnehmer der Befragung sind ausgeschlossen.

Wir werden Ihnen die Ergebnisse mitteilen und Sie über die weitere Arbeit informieren.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Ihre Schulleitung

WICHTIGER HINWEIS: Bitte fertigen Sie keine Kopien dieses Fragebogens an!

SEIS - Selbstevaluation in Schulen

"Das macht Schule"

³³⁷

SEIS Deutschland (2013j), S. 1 - (exemplarisch Seite 1 - 10 / von 22).



Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

Z

Test-Schule

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

1. In meinem Unterricht haben meine Schüler/innen gelernt:

(1) gut mit anderen zusammenzuarbeiten.

(2) aufmerksam zuzuhören, wenn andere reden.

(3) die Meinungen anderer zu respektieren.

(4) sich an einer Gruppenarbeit zu beteiligen.

X

(5) auf verschiedenen Wegen eine Aufgabe zu lösen.

(6) ihren Fähigkeiten zu vertrauen.

(7) Probleme auch aus der Sicht von anderen zu beurteilen.

2. Ich finde, dass die Schule die Schüler/innen gut auf die nächste Klasse vorbereitet:

(1) in den meisten Fächern.

Y

W



Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

Z

Test-Schule

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

(2) darin, neue Dinge zu lernen.



3. Meine Schüler/innen können ihre eigenen Ideen im Unterricht gut erklären:

(1) schriftlich.



(2) mündlich.



4. In den folgenden Fächern lernen unsere Schüler/innen, so gut sie können:

(1) Deutsch.



(2) Englisch (bzw. 1.Fremdsprache).



(3) Mathematik.



5. In meinem Unterricht haben meine Schüler/innen gelernt:

(1) eigenständig an Aufgaben zu arbeiten.



Y

W



Test-Schule

Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

Z

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

(2) als Teil eines Teams oder in kleinen Gruppen zu lernen.



(3) ihre Arbeit rechtzeitig fertig zu stellen.



(4) zu erkennen, worin sie gut sind und worin sie besser sein könnten.



(5) die richtigen Informationen zu finden und auszuwählen.



(6) aus ihren Fehlern zu lernen.



(7) nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstehen.



X

(8) eine Aufgabe auch dann zu lösen, wenn es ihnen nicht auf Anhieb gelingt.



6. In meinem Unterricht haben die Schüler/innen gelernt:

(1) ihren Arbeitsplatz zu organisieren.













(2) ihre Zeit einzuteilen.



Y

W



Z	 0 021474 836476	Lehrer/innenfragebogen (2010) [de]	X
		Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß völlig zu eher zu eher gar nicht nicht zu nicht zu	
	(3) gesund zu leben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0368
	(4) dabei zu helfen, die Umwelt zu schonen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0375
	(5) darüber nachzudenken, was sie in den Medien sehen und hören (z. B. im Fernsehen, Radio, in den Zeitungen, Zeitschriften, im Internet usw.).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0382
	(6) mit ihrem Geld vernünftig umzugehen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0399
	(7) mit technischen Problemen im Alltag besser fertig zu werden (z. B. technische Geräte zu bedienen, ihren Freunden E-Mails zu schicken, ein Modell zu bauen etc.).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0405
X	7. Die Schüler/innen sammeln Erfahrungen in der Arbeitswelt (z.B. Praktika, Betriebsbesichtigungen, Projekte, etc.).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0412
	8. Lerninhalte und Methoden stimmen wir regelmäßig mit den Kindertagesstätten/ abgebenden bzw. aufnehmenden Schulen unserer Schüler/innen ab.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0429
	9. Es gibt systematische Angebote zur Schullaufbahnberatung für Schüler/innen und Eltern.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0436
	10. Die Schule informiert die Schüler/innen systematisch über die weiteren Möglichkeiten der Schulbildung, der Berufsausbildung bzw. des Studiums.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 0001 0443



Z Test-Schule

Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

X

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

11. Ich informiere die Eltern regelmäßig über:

(1) die Stärken ihrer Kinder.

(2) die Schwächen ihrer Kinder.

12. Ich finde, dass die Schule die Schüler/innen gut auf die weiterführende Schule, das Studium bzw. den Beruf vorbereitet.

13. Unsere Schule hat im Ort/ in der Region einen guten Ruf.

X 14. Ich würde meine eigenen Kinder auf eine Schule wie diese schicken.

15. Die Lehrer/innen an unserer Schule stimmen sich darüber ab, wie wir die überfachlichen Fähigkeiten vermitteln.

16. Die Lehrer/innen bereiten gemeinsam Unterricht vor und nach.

17. Die Lehrer/innen an unserer Schule achten darauf, dass der Lehrplan ein kontinuierliches Ganzes von Klasse zu Klasse bildet.

18. Ich helfe meinen Schüler/innen zu erkennen, wie das, was sie in meinem Unterricht lernen, mit dem in Zusammenhang steht, was sie in anderen Fächern lernen.

Y © 2010 SEIS Deutschland

Bitte nicht kopieren!

Seite 7 von 22 W



Z	Test-Schule	Lehrer/innenfragebogen (2010) [de]	X
		Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß völlig zu eher zu eher gar nicht nicht zu nicht zu	
	19. Die Lehrer/innen an dieser Schule arbeiten zusammen mit Kollegen/innen an der (Weiter-) Entwicklung des schulinternen Curriculums.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	20. Ich bin mit der Art und Weise zufrieden, wie das Curriculum an meiner Schule umgesetzt wird.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	21. Schüler/innen erhalten von ihren Lehrer/innen zusätzliche Hilfe und Unterstützung, wenn sie diese benötigen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	22. Die meisten Lehrer/innen helfen allen Schüler/innen, gute Leistungen zu erbringen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	23. Ich gebe den Schüler/innen regelmäßig Rückmeldungen über ihre Arbeit im Unterricht.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
X	24. Unsere Schule fördert individuelle Begabungen und Interessen der Schüler/innen (Lese-/Literaturkreis, Naturwissenschaften, Wettbewerbe, o.ä.).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	25. Unsere Schule bietet den Schüler/innen vielfältige nationale und/oder internationale Begegnungsmöglichkeiten (Schüleraustausch, Städtereisen, Auslandsaufenthalt, Kulturtage, etc.).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	26. Ich erstelle für die (besonders begabten oder schwachen) Schüler/innen individuelle Förderkonzepte.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	27. Ich verwende häufig folgende Lern- und Lehrmethoden in meinem Unterricht:		
	(1) Ich unterrichte die ganze Klasse, indem ich ein Thema präsentiere und den Schüler/innen Fragen stelle.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

Z		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Weiß nicht	X
	(2) Die Schüler/innen schreiben Notizen von der Tafel oder vom OHP ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) Die Schüler/innen benutzen Arbeitsblätter oder das Lehrbuch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4) Die Schüler/innen arbeiten in Gruppen zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) Die Schüler/innen diskutieren miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) Die Schüler/innen halten Vorträge vor der Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
X	(7) Die Schüler/innen benutzen Medien für ihre Präsentationen (z. B. Computer, OHP, Plakate, Stellwände, usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8) Ich beziehe außerschulische Lernorte mit ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	28. Ich verwende regelmäßig verschiedene Unterrichtsmethoden (z.B. Projektarbeit in Gruppen, Einsatz verschiedener Materialien, verschiedene Arbeitsformen, o.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	29. Die Schüler/innen benutzen das Internet, um Informationen zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30. Die Schüler/innen arbeiten über mehrere Tage an Projekten oder Aufgaben (entweder allein oder in Gruppen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Lehrer/innenfragebogen (2010)
[de]

Z

Test-Schule

Stimme Stimme Stimme Stimme Weiß
völlig zu eher zu eher gar nicht
nicht zu nicht zu

X

31. Die Schüler/innen finden selbst Lösungen für Probleme oder Aufgabenstellungen.



32. Meine Schüler/innen haben gelernt:

(1) mit anderen über ihre Gedanken zu sprechen, wenn sie ein Problem lösen.



(2) selbstständig Entscheidungen zu treffen.



(3) beim Denken und Handeln Neues auszuprobieren.



33. Die Schüler/innen können an unserer Schule in ihrem eigenen Tempo lernen.



34. Die meisten Lehrer/innen sorgen dafür, dass die Unterrichtsstunden pünktlich beginnen und pünktlich enden.



35. In meinen Unterrichtsstunden gibt es wenige Störungen.



36. Für den Unterricht kann die Sitzordnung variabel gestaltet werden (Gruppenarbeit, Stuhlkreis, Stillarbeit, etc.).



37. Ich achte genau darauf, was meine Schüler/innen sagen.



Y

W