

Paulus, Peter

## **Die gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Innovationen in Schulen**

*Die Deutsche Schule 87 (1995) 3, S. 262-281*



### Quellenangabe/ Reference:

Paulus, Peter: Die gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Innovationen in Schulen - In: Die Deutsche Schule 87 (1995) 3, S. 262-281 - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-310898 - DOI: 10.25656/01:31089

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-310898>

<https://doi.org/10.25656/01:31089>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

---

# Die Deutsche Schule

Zeitschrift für Erziehungswissenschaft,  
Bildungspolitik und pädagogische Praxis

87. Jahrgang 1995 / Heft 3

---

## Offensive Pädagogik

260

*„Die Deutsche Schule“ hat von Anfang an regelmäßig zu aktuellen bildungspolitischen Problemen Stellung genommen; zuletzt hatte Heinrich Roth – kurz vor seinem Tod – dies unter der Rubrik „Offensive Pädagogik“ fortsetzen wollen. – An diese Tradition möchte die Schriftleitung anknüpfen und dort „Flagge zeigen“, wo es aus pädagogischer Verantwortung nötig ist – Anlässe dürfte es genug geben.*

Peter Paulus

## Die Gesundheitsfördernde Schule

262

Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen

*Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Lehrerinnen und Lehrern ist es nicht zum besten bestellt, ganz besonders dann nicht, wenn man den weiten Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde legt. Im Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ wird versucht, durch selbstgesteuerte Schulentwicklung bessere Lern- und Arbeitsbedingungen für alle in der Schule Tätigen zu schaffen.*

Andreas Neye-Diercks und Angela Nitschkowski

## Beteiligung statt Eile

282

Schritte auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Schule

*Gesundheitsförderung durch Schulentwicklung balanciert auf dem schmalen Grat zwischen Selbstausbeutung und Chance zur Erneuerung. Die Autoren schildern, mit welchen internen Strukturen und externen Hilfen sie versuchen, ihre Gesamtschule durch Organisationsentwicklung zu einer gesünderen Schule zu machen, ohne neuen Streß zu produzieren.*

Frank Müller und Silke Sacksofsky

## Gesundheitsförderung und Krebsprävention in der Schule

289

*Die klassische Gesundheitserziehung verändert Kinder und Jugendliche nicht. Gesundheitsförderung in der Schule muß die psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden in den Vordergrund stellen. Die Autoren schildern zwei Unterrichtseinheiten, in denen Aspekte der Gesundheitsförderung in den Fachunterricht, hier Biologie und Religion, integriert wurden.*

*Mit dem Aufkommen der Krankheit AIDS rückte die Sexualerziehung wieder ins Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit. Damit verband sich die Hoffnung auf einen tabubrechenden Umgang mit dem Thema Sexualität und auch dem der Homosexualität. Eine Schulbuchanalyse zeigt jedoch Verunsicherung und Verschweigen.*

**Die Familiensituation von Kindern und Jugendlichen**

*Eine genauere Analyse der jüngsten Mikrozensusdaten macht deutlich, daß die meisten Kinder und Jugendlichen nach wie vor in Konstellationen aufwachsen, die in ihrer äußeren Form traditionell erscheinen mögen. Verändert haben sich allerdings die Bedingungen innerhalb der Familien, und zwar in einer Weise, die eine stärkere pädagogisch-psychologische Betreuung in öffentlichen Einrichtungen erforderlich machen.*

*Die Max-Brauer-Schule in Hamburg praktiziert seit mehr als zwei Jahren ein verändertes Modell einer gymnasialen Oberstufe. In ihr werden jeweils vier Kurse (zwei Leistungskurse und zwei Grundkurse) zu einem Profil gebündelt, in dem fächerübergreifend und projektorientiert zu einem Schwerpunkt gelernt werden kann. Der folgende Praxisbericht beschreibt die Grundideen und erste praktische Erfahrungen.*

**Über die Vergeblichkeit des Versuchs, einen ‚volkstümlichen‘ Bildungsgang zu modernisieren**

*Nachdem der Volks- bzw. Hauptschulabschluß über viele Jahre für die große Mehrheit der Jugendlichen eine gute Startchance zumindest für eine Tätigkeit als qualifizierter Facharbeiter geboten hatte, geriet die Hauptschule in eine Zwickmühle: Immer mehr Kinder eines Altersjahrgangs besuchen Schulen, die über das Niveau der Hauptschule hinausführen. Zugleich stiegen die Erwartungen der Abnehmer in Handwerk, Industrie, Handel und Verwaltung. Und die Bildungspolitik hat es versäumt, die Hauptschule aus dieser Misere herauszuholen. Leidtragende sind die Jugendlichen, deren Arbeitsmarktchancen rapide sinken.*

*In Heft 4/94 hatte Heinz Kumetat über die Gründung und Entwicklung der Kölner Schule „Am Rosenmaar“ berichtet. Was ist aus dieser Schule geworden? – In den altersgemischten Gruppen erleben die Schülerinnen und Schüler einen Unterricht, der „Weltorientierung“ eröffnet; die gemeinsame Erziehung von behinderten und nicht behinderten Kindern vermittelt wichtige Lebenserfahrungen.*

*In Thüringen sind die „Regelschulen“, die neben dem Gymnasium an die Grundschule anschließen, vor besondere Entwicklungsaufgaben gestellt. Am Beispiel dreier exemplarisch ausgewählter Schulen werden die unterschiedlichen Bedingungen verdeutlicht, unter denen diese Arbeit günstiger vonstatten geht bzw. (noch) mit größeren Problemen zu kämpfen hat.*

**Martin Negel**  
**Lehrerbildung für integrative Pädagogik**

*In Heft 1/95 wurde die Integration behinderter Kinder und Jugendlicher ausführlich theoretisch begründet und an einem Fallbeispiel anschaulich gemacht. In diesem Heft werden Folgerungen für eine entsprechende Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern erörtert. Es liegen auch bereits Erfahrungen vor.*

**Neuerscheinungen:**

- Wolfgang Keim: Erziehung unter der Nazi-Diktatur (HGH)
- Joachim Peege: Pädagogikgeschichte in Museen (JöS)
- Meinert A. Meyer und Wilfried Plöger (Hg.): Allgemeine Didaktik, Fachdidaktik und Fachunterricht. (JöS)
- Theodor Sander und Wolf-Dieter Kohlberg (Hg.): Lehrerbildung in Europa – Europäische Lehrerbildung (Hubert Lohrenz)
- Theodor Sander und Wolf-Dieter Kohlberg (Hg.): Die Europäische Dimension in der Erziehung (Hubert Lohrenz)
- Yves Beernaert, Hans van Dijk und Theodor Sander: Die Europäische Dimension der Lehrerbildung (Hubert Lohrenz)
- Uwe Hoppenworth: Der Unterrichtsbesuch (JöS)
- Christian Rittelmeyer: Schulbauten positiv gestalten (JöS)
- Walter Kroner: Architektur für Kinder (JöS)
- Bernd Hackl: Forschung für die pädagogische Praxis (Jos Schnurer)
- Bernd Hackl: Projektunterricht in der Praxis (Jos Schnurer)
- Annegret Eickhorst: Unterricht als Gegenstand empirischer Forschung (BG)
- Maja Storch: Das Eltern-Kind-Verhältnis im Jugendalter (BG)
- Uwe Engel und Klaus Hurrelmann: Was Jugendliche wagen. (BG)
- Heidrun Bründel: Suizidgefährdete Jugendliche (BG)

## Die Gesundheitsfördernde Schule

Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen

Gesundheitserziehung in Schulen hat eine lange, aber wenig wirkungsvolle Geschichte. Seit kurzem ist die „Gesundheitsfördernde Schule“ in der gesundheitspädagogischen Diskussion. Sie gilt als innovativer Ansatz, der mit vielen Erwartungen verknüpft ist. In einem *dreijährigen Modellversuch* (1994-1997) der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung wird er in nunmehr vierzehn der sechzehn Bundesländer (Ausnahme: Bayern und Saarland) erprobt (vgl. Arnhold et al. 1994). Er ist Teil eines europäischen Netzwerkes, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Europarat und der Europäischen Kommission getragen wird. An ihm beteiligen sich mittlerweile 34 europäische Staaten.

Was ist das Innovative an diesem Modellversuch? Wodurch hebt er sich von den bisherigen Konzepten gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen ab? Und: Welche Ergebnisse sind zu erwarten? Diese Fragen will ich im nachfolgenden Beitrag beantworten.

In meiner Darstellung gehe ich von der *veränderten gesundheitlichen Situation* der Kinder und Jugendlichen in unserer Gesellschaft aus und stelle die *Anforderungen*, die der Schule daraus erwachsen, dar. Dabei werde ich auch die gesundheitliche Situation der Lehrerinnen und Lehrer berücksichtigen. Die Idee der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta der WHO (1986) festgehalten ist, wird mir die Basis liefern, um das Augenmerk auf die *Gesundheitsfaktoren* und deren Förderung zu richten. Für die Gesundheitsfördernde Schule werde ich zeigen, wie versucht wird, Unterricht und Schulleben durch Beachtung „*salutogener*“ Faktoren zu verändern. In der Beschreibung des Ansatzes und der bislang verfolgten Umsetzungsstrategien werde ich den Bezug zu Konzepten der *Organisationsentwicklung* und des *Projektmanagements* deutlich machen. Die Frage der *Evaluation* der Gesundheitsfördernden Schule, die sich anders stellt als bei den traditionellen Ansätzen, werde ich kurz behandeln. Anschließend fasse ich die innovativen Momente der Gesundheitsfördernden Schule zusammen.

### 1. Gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen

Obwohl wir in einem der reichsten und entwickeltsten Länder der Erde leben, ist es um die Gesundheit der Bevölkerung nicht zum besten bestellt. Selbst Kinder und Jugendliche leiden vermehrt unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, daß psychische, psychosomatische, psychosoziale und somatische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in nicht unerheblichem Maße verbreitet sind.

Bei vielen dieser Störungen ist zudem eine Vorverlagerung im Alter und eine Zunahme in der Häufigkeit zu beobachten (vgl. Kolip et al. 1995, Holler-Nowitzki 1994; Klocke 1994).

Insgesamt ist danach von folgenden Sachverhalten auszugehen:

(1.) *Chronisch körperliche Erkrankungen* (z. B. Leukämie, Bluterkrankheit, Zuckerkrankheit, Herzfehler, Nierenversagen, kindliches Rheuma) nehmen zu. Etwa 10% aller Kinder und Jugendlichen sind heute davon betroffen (vgl. Petermann 1994). Die klassischen Infektionskrankheiten (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Kinderlähmung, Scharlach) sind dagegen nur noch von geringer Bedeutung.

(2.) *Psychosomatische Störungen* sind weit verbreitet. Unter den verschiedenen Allergien leiden bis zu einem Drittel der Kinder und Jugendlichen. Die Häufigkeit hat sich seit den 50er Jahren fast verdoppelt. Von den allgemeinen psychosomatischen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, berichten über ein Drittel der Jugendlichen, wobei Mädchen sehr viel häufiger solche Beschwerden anführen. Aber auch Störungen des Eßverhaltens, wie unregelmäßiges Essen, ungünstige Zusammensetzung der eingenommenen Nahrung, unzweckmäßige Durchführung von Schlankheitsdiäten, sind häufiger anzutreffen.

(3.) *Psychische und psychosoziale Störungen*, wie Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen oder Leistungs- und Teilleistungsstörungen, haben auch zugenommen. 10 bis 15 % der Jugendlichen sind davon betroffen (vgl. Remschmidt & Walter 1990; zu differenzierteren Analysen s. Lehmkuhl 1995; Seiffge-Krenke 1995). Für den Formenkreis aggressiver Verhaltensauffälligkeiten ist noch ungeklärt, ob es auch zu einer realen Zunahme vor allem von *körperlicher, psychischer oder verbaler Aggression* bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren gekommen ist. Nach Hurrelmann (1992) hat eher die Intensität der körperlichen, psychischen und verbalen Gewalt zugenommen.

(4.) *Suchtkrankheiten* breiten sich in allen Altersgruppen aus. Vor allem durch Alkohol, Nikotin, illegale Drogen und durch Arzneimittel hervorgerufene Suchtkrankheiten haben zu einer wachsenden Zahl von Abhängigen in allen Altersgruppen geführt. Nikotin- und Alkoholkonsum gehören zu den bei Jugendlichen üblichen Verhaltensweisen. So gibt im Jugendsurvey z. B. etwa ein Drittel der 11- bis 15jährigen Jugendlichen an, gelegentlich Alkohol zu trinken. Bei ca. 10% liegt der Anteil derjenigen, die hin und wieder rauchen. Der Prozentsatz der regelmäßig Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen ist wesentlich geringer. Nur 1% trinken und nur ca. 6% rauchen regelmäßig. Sie tun dies aber in erheblichem Umfang (vgl. Kolip et al. 1995b). Ebenfalls bei 1% liegt die Quote der regelmäßig oder gelegentlich illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen. Bedeutsam ist der hohe Anteil derjenigen, die angeben, noch nie geraucht (ca. 40-50%) oder Alkohol getrunken zu haben (ca. 18%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Prävalenzraten allerdings zu. Im Längsschnittvergleich zeichnet sich aber insgesamt ein Rückgang der Prävalenzraten für den Drogenkonsum ab (vgl. Nordlohne 1992).

Die in den epidemiologischen Untersuchungen zutage tretenden gesundheitlichen Belastungen und Auffälligkeiten der Kinder bzw. Jugendlichen sind als „*Überbeanspruchungserscheinungen*“ (Hurrelmann 1990) zu verstehen. Sie weisen auf erhebliche Belastungs- und Überforderungssituationen in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen hin. Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind die „*Kosten der modernen Lebensweise*“ (Hurrelmann 1990). Mit der „modernen Lebensweise“ sind die Verhaltensmuster gemeint, die sich im Zuge der fundamentalen gesellschaftlichen Wandlungsprozesse eingestellt haben, die ich hier nur mit den Stichworten „Individualisierung der Lebensweisen“, „Pluralisierung der Lebenswelten“ und „Enttraditionalisierung der Lebensformen“ benennen kann (vgl. Beck 1986). Sie betreffen uns alle, nicht nur die Kinder und Jugendlichen. Nur sie treffen sie unvorbereiteter und unvermittelter. Man kann deshalb in ihnen auch so etwas wie „gesundheitliche Seismographen“ der Gesellschaft sehen (vgl. Hurrelmann 1990).

## 2. Herausforderung an die Erziehungs- und Bildungsinstitutionen

Diese epidemiologischen Erkenntnisse und Trends geben Anlaß, darüber nachzudenken, wie nicht nur die *bestehenden Gesundheitsdienste* für Kinder und Jugendliche ausgestattet und konzeptionell optimiert werden können, damit sie bei der Prävention der beschriebenen psychischen, psychosomatischen und somatischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen sinnvoll mitwirken können. Auch für die *Erziehungs- und Bildungsinstitutionen* ist zu klären, wie sie die Aufgaben der Prävention konstruktiver als bisher wahrnehmen können. Schließlich ist auch zu überlegen, wie *Familien* in ihrem Bemühen, für sich selbst gesunde Entwicklungen zu ermöglichen, gezielter unterstützt werden können (vgl. Paulus 1993).

Ein Blick in die Bildungsinstitution *Schule* macht schnell klar, daß die Aufgaben und Anforderungen, die auf sie zukommen, alles andere als leicht sind. Es sind nicht mehr die gesundheitlichen Probleme einzelner Problemschüler bzw. Schülergruppen, mit denen sie sich heute auseinandersetzen muß, sondern die ganzer Schülerjahrgänge.

Hinzu kommt, daß die Schule selbst zu einem „Risikofaktor“ für die Gesundheit der in ihr Lernenden geworden ist. Schüler leiden unter „*Schulstress*“, wie verschiedene Untersuchungen belegen (vgl. Hurrelmann 1990). Ein nicht unerheblicher Anteil der Schülerinnen und Schüler klagen über Sinndefizite im Lernen, über hohen Leistungsdruck und leiden an der Unsicherheit der beruflichen Perspektive.

Zur Bewältigung dieser Situation reichen die herkömmlichen Methoden und Konzepte der Prävention, wie sie die traditionelle Gesundheitserziehung bereithält, nicht mehr aus (vgl. Henkelmann & Karpf 1987; v. Troschke 1993). Die veränderte gesundheitliche Situation ihrer Schülerinnen und Schüler fordert die Schule vielmehr heraus, sich grundsätzlicher mit dem Gesundheitsverhalten ihrer Schülerinnen und Schüler auseinanderzusetzen und *neue Wege der Prävention* zu beschreiten (vgl. Haug 1990;

Bröckamp 1994, Leppin 1995). Diese Aufgabe kann die Schule aber nicht mehr alleine lösen. Sie braucht hierbei *Unterstützung durch Kooperationspartner* von außen (z. B. Krankenkassen, Kirchen, Sportverbände) und ebenso auch Unterstützung durch den Ausbau und die Neuorientierung der schon angesprochenen Gesundheits- und Beratungsdienste für Kinder, Jugendliche und Familien.

Die veränderte gesundheitliche Situation ist aber nur eine der Herausforderungen, denen sich die Schule gegenübersteht. Der gesellschaftliche Wandel und die damit veränderte Lebenswirklichkeit der Schülerinnen und Schüler stellt die Schule vor *mannigfaltige andere Herausforderungen*, für die sie auch pädagogisch begründete und tragfähige Antworten finden muß (vgl. Klafki 1993). Dieser Umstand führt die Schule zur Zeit in eine kritische Situation. Auf der Suche nach Antworten gerät sie selbst in die Diskussion und ist in ihrem Selbstverständnis in Frage gestellt. Die Beschäftigung mit der „guten Schule“, der „humanen Schule“, der „Autonomie“ von Schule, die die schulpädagogische Diskussion zur Zeit bewegt, ist ein Indiz für diese Krise (vgl. Tillmann 1989; Aurin 1991; v. Hentig 1993; Rosenbusch 1993).

Die „Gesundheitsfördernde Schule“, über die ich berichten werde, versteht sich auch als Beitrag zu dieser schulpädagogischen Diskussion. Sie will mit darauf hinwirken, daß die Schule kompetent wird und sich in der Auseinandersetzung mit den kulturellen Anforderungen bewähren und weiterentwickeln kann (vgl. auch Dalin & Rolff 1990).

### 3. Gesundheitliche Situation der Lehrenden

Bei dieser von mir vorgenommenen Fokussierung auf die Schülerinnen und Schüler dürfen aber die Lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen in der Schule nicht unbeachtet gelassen werden. Auch wenn hier die epidemiologischen Daten dürftiger sind, gibt auch die gesundheitliche Situation der Lehrerinnen und Lehrer zur Besorgnis Anlaß. Die psychomentalen und physischen Belastungen, die der Lehrerberuf in der jetzigen Situation der Schule mit sich bringt, sind vielfältig und hoch (vgl. Barth 1992; Miller 1992; Rudow 1994). Einer der belastenden Faktoren ist, daß sich der Beruf unter der Hand gewandelt hat:

„Statt Kindern Wissen zu vermitteln, müssen Lehrer ihnen einfachste soziale Verhaltensweisen beibringen: Rücksicht nehmen, sich einfügen, Auseinandersetzungen gewaltlos austragen. Der Pauker von heute ist vor allem als Psychologe und Sozialarbeiter gefragt“ (Der Spiegel 9/1995, S. 52).

Schule ist deshalb auch für Lehrerinnen und Lehrer zu einem gesundheitlichen Risikofaktor geworden. Dies läßt sich u. a. daran ablesen, daß immer mehr Kolleginnen und Kollegen den Schuldienst vor Ende der regulären Dienstzeit quittieren und dies überwiegend aus gesundheitlichen Gründen tun. In Hamburg sind es z. Zt. nur etwa 10% der Lehrkräfte, die ihrem Beruf bis zum regulären Pensionsalter nachgehen. Von den übrigen 90% weisen 45% ein ärztliches Attest wegen *Dienstunfähigkeit* vor. In Schleswig-Holstein sind es z. Zt. nur 4,7% der Lehrerinnen und Lehrer, die regulär in den

Ruhestand gehen. 63,3% quittieren den Dienst wegen Dienstunfähigkeit. In Nordrhein-Westfalen waren es zuletzt nur noch 18% des Lehrpersonals, das regulär in den Ruhestand ging. Vor knapp 20 Jahren (1976) waren es noch 40%. Für andere Bundesländer liegen mir keine Daten vor. Dort dürfte es sich im Trend aber ähnlich verhalten. Das sind Zahlen, die zu denken geben müssen. Auch hierfür müssen die Schulen eine Antwort finden und nicht nur sie.

Diese aus gesundheitswissenschaftlicher und -pädagogischer Sicht kritische Situation der Schule hat in den letzten Jahren zur Entwicklung innovativer Konzepte und Ideen geführt, wie Schulen in *konstruktiver Weise* mit der veränderten gesundheitlichen Situation ihrer Schülerinnen und Schüler, ihres Kollegiums und des – hier nicht eigens beachteten – nicht-unterrichtenden Personals umgehen können. Es sind eine Anzahl von Modellversuchen, Projekten und Initiativen in und mit Schulen gestartet bzw. durchgeführt worden (vgl. z. B. Barkholz & Homfeldt 1994; Priebe et al. 1994). Die Gesundheitsfördernde Schule ist von diesen der aktuellste und innovativste.

## 4. Prinzipien und Merkmale von Gesundheit

### 4.1. Gesundheitsprinzipien

Alle diese Unternehmungen sind entscheidend durch Impulse beeinflusst worden, die von der *Ottawa-Charta der WHO* (1986; vgl. WHO 1992) ausgegangen sind. Darin sind Prinzipien eines neuen Verständnisses von Gesundheit und des Umgangs mit Gesundheit formuliert worden (vgl. Kleiber 1992; Franzkowiak & Sabo 1993; Blättner 1994). Da sie mittlerweile schon geläufig ist, will ich sie hier nur kurz noch einmal benennen.

Die wesentlichen Inhalte sind:

(1.) *Adressat der Gesundheitsförderung ist der Mensch als Person.* Mit dieser Position wird eine Abkehr vom biomedizinischen Organismuskonzept vollzogen, an den sich auch die klassische Gesundheitserziehung anlehnte (vgl. Henkelmann & Karpf 1987; Haug 1990).

(2.) *Die Gesundheitsförderung ist ein salutogenetisch ausgerichtetes Konzept.* Während die klassische Gesundheitserziehung präventiv ausgerichtet ist, die Welt voll von Risiken sieht und damit korrespondierend mögliche Defizite im Visier hat, sieht die Gesundheitsförderung die Welt voll von Möglichkeiten. Sie läßt „Hoffnungspotentiale“ (Schneider 1993, S. 77) aufscheinen, indem sie mögliche Ressourcen beachtet.

(3.) *Gesundheitsförderung ist ein soziales und sozialpolitisches Projekt.* Die sozio-kulturell geprägten Lebensweisen stehen bei ihr im Mittelpunkt. Sie hat die gemeinsamen gesellschaftlichen Wurzeln der Gesundheit und ihrer Gefährdungen im Blick (vgl. Stark 1989). Gesundheitsförderung ist deshalb ein solidarisierender, die Menschen verbindender Ansatz. Er vermeidet die naheliegende, oftmals praktizierte Strategie individueller Schuldzuweisung der klassischen Gesundheitserziehung („blaming the victim“).

(4.) Gesundheitsförderung ist *ein settingbezogenes Konzept*. Die Umwelt und die Lebensbedingungen der Menschen rücken damit ins Blickfeld. Die Kommune („Healthy Cities“), der Betrieb („Gesundheitszirkel“), das Krankenhaus und die Schule sind solche Settings, in denen Gesundheitsförderung z. T. allerdings erst modellhaft verwirklicht wird (vgl. Pelikan et al. 1994). Mit dieser Orientierung erfolgt eine Abkehr von einer sehr auf das individuelle Verhalten fixierten Prävention, die dazu neigt, soziale Ursachen gesundheitlicher Probleme zu psychologisieren und zu medikalisieren. Zugleich wird auch das Lebensweisen-Konzept durch Integration in ein Lebenswelten-Konzept erweitert. Und schließlich, aber nicht zuletzt:

(5.) Gesundheitsförderung ist *ein explizit demokratisch-emanzipatorisches Konzept*. Dies wird schon im ersten Satz der Ottawa-Charta deutlich. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1992, S. 17).

Es geht in der Gesundheitsförderung, so wie die WHO sie konzipiert hat, also um die Einflußnahme der Betroffenen auf die Bedingungen einer personal verstandenen Gesundheit, um die Stärkung der Gesundheit, nicht mehr nur um die Vermeidung von Krankheit. Damit wird zugleich auch Abschied genommen von einem normierend-disziplinierenden und paternalistischen Gesundheitsverständnis.

#### 4.2. *Gesundheit als subjektives Erleben*

Wenn hier von Gesundheit die Rede ist, dann ist die subjektive Dimension, das *Wohlbefinden*, gemeint, so wie es auch in der schon berühmten Definition der WHO von 1946 heißt: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen.“

Mit dem „subjektiv erlebten gehobenen Befinden“ ist das Gesundsein aber noch nicht ausreichend beschrieben. Wie eine Analyse gängiger Gesundheitsbegriffe zeigt, müssen zum Wohlbefinden noch zwei Komponenten hinzuge-rechnet werden. Gesundsein drückt sich auch darin aus, daß die betreffende Person sich mit *den sozio-kulturellen Anforderungen ihrer Um- und Mitwelt konstruktiv auseinandersetzen kann* und daß sie sich in diesen Interaktionen mit *eigenen Anliegen, Wünschen und Hoffnungen* einbringen kann.

Ich meine, daß diese subjektiven Dimensionen für die pädagogischen Bemühungen in der Schule die entscheidenden sein sollten. Gesundheit muß sich für die erlebende Person in ihren Lebensvollzügen widerspiegeln. *Gesundheit* muß spürbar sein. Diese Qualität hat sie aber nur im *Gesundsein*. Ohne die Verbindung zum Erleben bleibt Gesundheit abstrakt, blut-leer, ein kognitives Konstrukt.

#### 4.3. *Welche Faktoren fördern dieses Gesundsein?*

Die aufstrebenden Gesundheitswissenschaften, sowie die sich weiter entwickelnde Präventionsforschung haben zur Klärung dieser Frage mittler-

weile einige wichtige Beiträge geliefert (vgl. Beutel 1989; Belz-Merk et al. 1992; Udris et al. 1992). Einen gerafften Überblick über wichtige *personale salutogene Faktoren* gibt die folgende Aufzählung: Internale Kontrollüberzeugung, Optimismus/Zuversicht, Selbstwertgefühl, Vertrauen (Selbst-, interpersonales), Emotionale Stabilität, Soziale Integriertheit, Konkrete Bewältigungsstrategien (aktives Coping), Praktische Lebenskompetenzen („Life Skills“), „Kohärenzgefühl (Antonovsky).

Auf den erwähnten „Kohärenzsinn“ möchte ich besonders hinweisen. Er ist von Aaron Antonovsky (1979) konzipiert worden und stellt den z. Zt. am meisten beachteten personalen salutogenen Faktor dar (vgl. auch Faltermaier 1994; Brodtmann 1994). Der Kohärenzsinn bzw. das „Gefühl der Kohärenz“ („Sense of Coherence“) ist selbst ein komplexes Konstrukt. Es setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen: (a) *Sinnhaftigkeit*: Damit meint er die grundlegende Überzeugung, daß das eigene Leben/das eigene Tun sinnvoll ist. (b) *Bewältigbarkeit*: Hier ist das grundsätzliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten angesprochen, mit den Anforderungen des Lebens zurechtzukommen, sowie soziale Unterstützung zu erhalten. (c) *Verstehbarkeit*: Dieses Merkmal bezieht sich auf das grundsätzliche Vertrauen in die eigene Intelligenz, zukünftige Anforderungssituationen zu verstehen bzw. zu begreifen.

An der Entwicklung und Förderung solcher und anderer auch noch zu erforschender personaler und situationaler bzw. organisationaler Gesundheitsfaktoren setzen im Konzept der Gesundheitsförderung die pädagogischen Bemühungen an. Es wird dabei nicht – analog der Risikofaktorenprävention der klassischen Gesundheitserziehung – um eine verkürzte mechanistisch-technizistische Förderung einzelner Gesundheitsfaktoren gehen können. Aufgabe wird es vielmehr sein, im Sinne der skizzierten Gesundheitsförderung die in der Schule Lehrenden, Lernenden und anderweitig Tätigen darin zu unterstützen, daß sie ihnen gemäß *settingbezogene Lebensweisen* entwickeln können, die ihnen produktive Anpassung ermöglichen, Selbstverwirklichungschancen eröffnen und ihnen ein möglichst umfassendes Wohlbefinden sichern. Dies schließt mit ein, daß den Menschen Kompetenzen verfügbar gemacht werden müssen, wie sie durch aktive Teilhabe („Partizipation“) an gesellschaftlicher Veränderung auf ihre Lebensverhältnisse gesundheitsfördernd einwirken können. Aus pädagogischer Sicht geht es hier also mehr um *Gesundheitsbildung* als um *Gesundheitserziehung* (vgl. Homfeldt 1993).

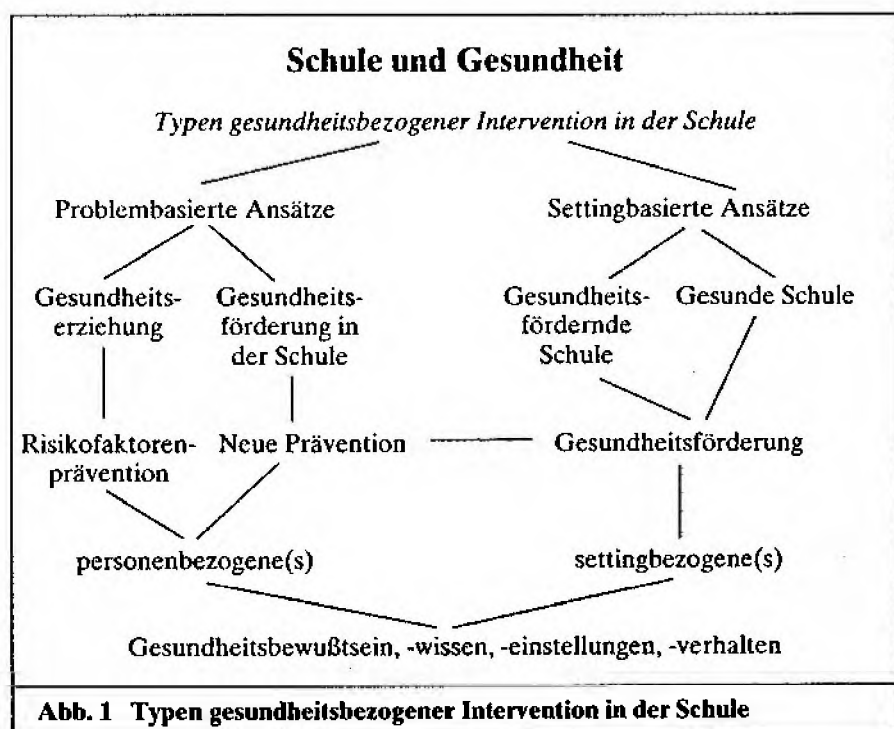
## 5. Umsetzung in der Schule

Wie wird dieser neue, an der „partizipativen Gesundheitsförderung“ (Paulus 1995) und dem Gesundsein orientierter präventiver Ansatz in der Schule umgesetzt?

Ein klares Bild ergibt sich, wenn diese neuen Strategien den herkömmlichen gegenübergestellt werden. Die folgende Abbildung (s. Abb. 1) gibt deshalb zunächst einen Überblick über typische gesundheitsbezogene Interventionen in der Schule.

Wie zu sehen ist, werden Interventionsansätze, die von Gesundheitsproblemen (z. B. AIDS, Streß, Sucht, Fehlernährung, Bewegungsmangel) ausgehen, von solchen, die den „Schauplatz“, das „Setting“ Schule in den Vordergrund stellen, unterschieden.

Bei den *problemorientierten* Ansätzen kann die *klassische Gesundheitserziehung* von der „Gesundheitsförderung in Schulen“ unterschieden werden (vgl. Pfaff et al. 1992; Brendan Schmittmann-Stiftung 1993; Leppin 1995). Ersteres sind der *Risikofaktorenprävention* verhaftet, die ich hier nicht weiter behandeln möchte (vgl. z. B. Eberle 1990). Letztere sind zumeist spezifisch zugeschnittene Unterrichts-Programme, z. B. zur Suchtprävention (vgl. Hesse 1994), die an moderne entwicklungs- und sozialpsychologische Erkenntnisse über das Kindes- und Jugendalter sowie der gesundheitspsychologischen und -soziologischen Theoriebildung anknüpfen. Sie orientieren sich daher an der Gesundheitsförderung, am Lebensweisenkonzept und an den Ergebnissen der sozialwissenschaftlichen Ressourcenforschung. Sie unterstützen Schülerinnen und Schüler bei psychosozialen Entscheidungsprozessen und Problemlösungen und wollen so zu einer konstruktiven Persönlichkeitsentwicklung beitragen. Programme für Jugendliche setzen idealerweise an der Motivationslage der Jugendlichen an, berücksichtigen jugendtypische Problembewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben, beachten die psychosozialen Funktionen ihres Risikoverhaltens und knüpfen an ihren subjektiven Gesundheitskonzepten an (vgl. Zins et al. 1985; Hesse 1994).



Es gibt aber auch problembasierte Ansätze, die darüber hinausgehen. Solche sog. „*Comprehensive School Health Programs*“ (WHO; UNESCO; UNICEF 1992; Henderson 1993; Kane 1993; Cortese & Middleton 1994), wie sie im anglo-amerikanischen Sprachraum genannt werden, sind integrierte schulbezogene Programme. Sie sind zwar um Unterrichtseinheiten zentriert, die unterschiedliche Bereiche problematischen Gesundheitsverhaltens einschließlich ihrer Bedingungen, Kontexte und Folgen thematisieren. Sie beziehen dabei aber die sozialen, ökologischen und kommunalen Aspekte der Schule und des Schullebens mit ein.

Diese Ansätze der „*Gesundheitsförderung in Schulen*“ rechne ich der „*Neuen Prävention*“ zu. Damit bezeichne ich Konzeptionen, die sowohl eine Risikoorientierung aufweisen, zugleich aber auch mit den Ressourcen der Gesundheitsfaktoren arbeiten. Sie bilden sozusagen ein Mix, wie es bei den problembasierten Ansätzen in der Schule mittlerweile Standard ist. Beispiele hierfür sind die Kampagnen „Kinder stark machen“ oder „Ohne Rauch geht's auch“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln). Auch der sog. „*Life-Skills-Approach*“ in der Drogenprävention stellt ein solches Interventionskonzept dar (vgl. Botvin & Tortu 1988). Es ist zwischenzeitlich zu einem umfassenden unspezifisch primärpräventiven Ansatz der „*Praktischen Lebenskunde*“ weiterentwickelt worden (vgl. WHO 1993a).

Die *settingbasierten Ansätze* werden von der „*Gesundheitsfördernden Schule*“ und von der „*Gesunden Schule*“ vertreten. Ihre „*Philosophie*“ ist eine andere. Bei dem ersten Ansatz geht es um eine Veränderung der Schule insgesamt. Es geht um Veränderungen des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel der ganzheitlichen Förderung einer positiv definierten Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen (vgl. auch Priebe et al. 1993). Die „*Comprehensive School Health Programs*“ bilden hierzu eine Vorstufe, manchmal gibt es auch fließende Übergänge.

Mit dem zweiten Ansatz, der „*Gesunden Schule*“, ist hingegen häufig nur die Unterstützung bei der Entwicklung eines optimal funktionierenden Kollegiums gemeint (vgl. Bessoth 1989; Hoy et al. 1991). Dieser Aspekt wird vielfach als ein zur gesundheitsfördernden Schule gehöriger angesehen. Dies will ich im folgenden auch tun.

### 5.1. Ziele für die Gesundheitsfördernde Schule

Die Gesundheitsfördernde Schule bemüht sich also darum, gesundheitsfördernde Bedingungen im Unterricht, im Schulleben und in der schulischen Umwelt zu realisieren. Wie sieht nun eine Schule als „salutogene Umwelt“ (Röhrle 1991) aus?

Eine Durchsicht entsprechender Konzeptionen zeigt, daß die Vorstellungen von einer solchen Schule nicht einheitlich und noch kaum systematisch durchdacht sind. Von einigen Autoren sind aber in enger Anlehnung an die Strategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta Zielvorstellungen ei-

ner Gesundheitsfördernden Schule entwickelt worden (vgl. Pruitt et al. 1990; Baric 1992; Göpel 1993; v. Troschke 1993). Auch die WHO hat ihre publiziert (WHO 1993b). Die folgende Aufzählung gibt im wesentlichen die Zusammenstellung wieder, die die WHO als „*Konzept der Gesundheitsfördernden Schule*“ dem europäischen Modellversuch zugrunde gelegt hat.

Gesundheitsfördernde Schule soll ...

... durch Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernfeld schaffen;

... das gesundheitliche Verantwortungsbewußtsein des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern;

... zu gesunden Lebensweisen anhalten und Schülern, wie Lehrern realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten;

... es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential auszuschöpfen, und ihre Selbstachtung fördern;

... für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele vorschreiben;

... gute Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern und unter den Schülern selbst sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen;

... die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung ausloten;

... mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen;

... den Schülern das Wissen und die Fähigkeit mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können;

... die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

## 5.2. Dimensionen der Gesundheitsfördernden Schule

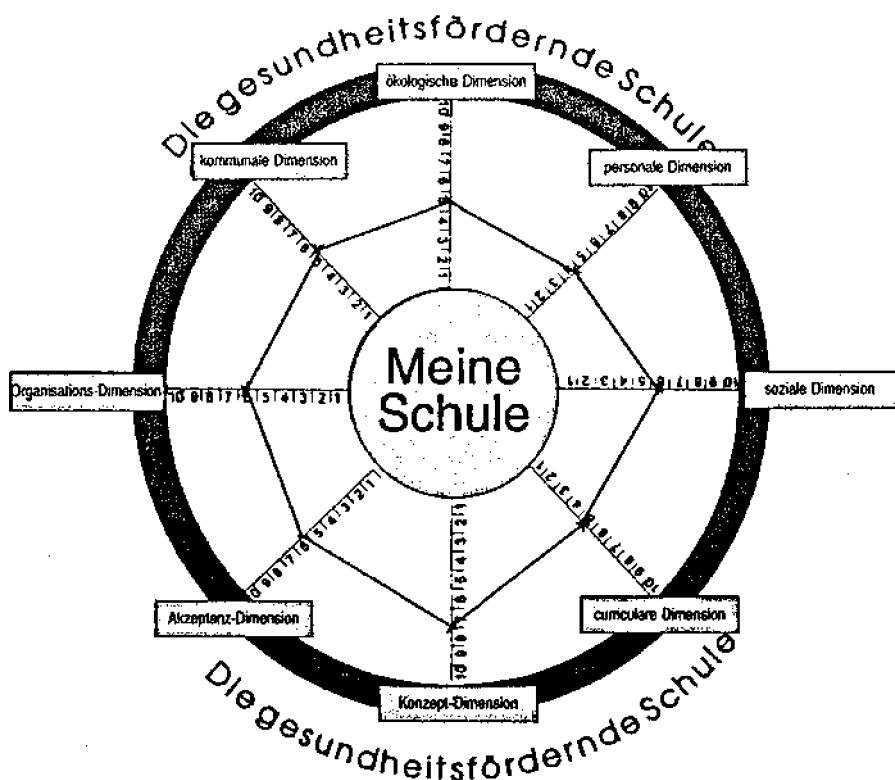
Die Gesundheitsfördernde Schule verfolgt diese Ziele in verschiedenen schulischen Handlungsfeldern (vgl. auch Hurrelmann & Nordlohne 1993). Im „*Stern der Gesundheitsfördernden Schule*“ habe ich diese systematisiert und als „Dimensionen“ der Gesundheitsfördernden Schulen beschrieben (s. Abb. 2).

Die einzelnen Dimensionen werden wie folgt beschrieben:

- Die „*Konzeptdimension*“ betrifft die Verbreitung und Kenntnis der Idee der Gesundheitsfördernden Schulen in der Schule und bei den Eltern.
- Die „*Curriculare Dimension*“ bezieht sich auf den Unterricht, die Inhalte und die Vermittlungsformen.

- Die „*Soziale Dimension*“ berücksichtigt die Intra- und Intergruppenkommunikation der verschiedenen Personengruppen einer Schule.
- Die „*Personale Dimension*“ bezeichnet die Dienstleistungen (z. B. Fort- und Weiterbildung) der Schule für einzelne Lehrerinnen und Lehrer, für das Kollegium oder für das nicht-unterrichtende Personal.
- Die „*Ökologische Dimension*“ bezieht sich auf die schulische Umwelt (u. a. Schulgebäude, Einrichtung, Ausstattung, Versorgung) und das Umfeld der Schule (z. B. der Schulweg).
- Die „*Kommunale Dimension*“ beinhaltet die Beziehungen und Kooperationen der Schule zu Institutionen und Organisationen der Gemeinde bzw. des Stadtteils.

Abb. 2: Stern der Gesundheitsfördernden Schule



- Die „*Organisationsdimension*“ betrifft das psychosoziale Klima der Schule bzw. des Kollegiums.
- Die „*Akzeptanzdimension*“ bezeichnet schließlich die Akzeptanz der Idee der Gesundheitsfördernden Schule bei den in der Schule lehrenden, lernenden und anderweitig tätigen Personengruppen und bei den Eltern.

Zur Diagnostik der Veränderungen der Schulen auf diesen verschiedenen Dimensionen ist von mir ein Fragebogenverfahren entwickelt und in dem Modellversuch eingesetzt worden. Die *Ergebnisse der ersten Erhebung* in den Modellschulen sind in der Abbildung des „Sterns“ (s. Abb. 2) einge-

zeichnet. Eingetragen sind für jede Dimension die Gesamtmittelwerte der Schulen aus der Initiationsphase (Juni/Juli 1994).

Sie geben ein Bild vom anfänglichen Entwicklungsstand der Schulen unter dem Blickwinkel der „Gesundheitsfördernden Schule“. Die Untersuchung wird in regelmäßigen Zeitabständen wiederholt. Die Schulen haben dadurch Gelegenheit, ihre Entwicklung, auch im Vergleich mit den anderen teilnehmenden Schulen, zu verfolgen.

### 5.3. Schulentwicklung

Die Vielfalt von gesundheitsbezogenen Projekten und Initiativen, die eine Schule auszeichnen kann, macht aber noch keine Gesundheitsfördernde Schule aus. Charakteristisch ist für sie, daß sie diese Aktionen in einen *gesundheitsbezogenen Schulentwicklungsprozeß* einbindet (vgl. Pelikan et al. 1993; Drescher 1994; Dalin & Rolff 1990). Gesundheit wird zum Thema der Schule und wird zu einem mehr oder weniger bestimmenden Gesichtspunkt bei schulischen Entscheidungen.

Eine solche Schulentwicklung kann zumindest von zwei verschiedenen Positionen aus konzipiert und initiiert werden: „*Top down*“ oder „*Bottom up*“. „*Top down*“ entspricht einem eher traditionellen Konzept der Organisationsentwicklung. Im Rahmen dieses Konzeptes wird versucht, Schulentwicklung durch externe Stimulation und Steuerung (z. B. auf dem Erlaßwege) zu etablieren. Es werden aber bald die Grenzen der Steuerbarkeit schulinterner Prozesse sichtbar. Die in der Schule mit der Umsetzung betrauten Personen stoßen vielfach auf *Akzeptanzprobleme* und stehen dann vor der frustrierenden Aufgabe, Programme oder Ideen an KollegInnen „verkaufen“ zu „sollen“, die wenig Interesse zeigen. Auf solch einem Wege wird sich ein Schulprojekt kaum entfalten und Schulentwicklung schwerlich in Gang kommen können. Wie die vorliegenden Erfahrungen zeigen, werden auch nur die Lehrerinnen und Lehrer, die solche Programme oder Aktionen in ihrem Unterricht durchführen, Gewinn daraus ziehen können (vgl. Barkholz & Homfeldt 1994).

„*Bottom up*“-Konzepte sind hingegen solche, die für die Gesundheitsfördernde Schule von größerer Relevanz sind. Sie können als beispielhafte Realisierungen der in der Ottawa-Charta vorgestellten Gesundheitsförderung gelten (vgl. auch Wallerstein 1992; Tones & Tilford 1994). In diesen Interventionskonzepten sind es maßgeblich die Betroffenen selbst, die das Schulprojekt initiieren und betreiben. Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen, Schüler und Eltern sowie andere Berufs- und Personengruppen, die für die Schule von Bedeutung sind, entwickeln ausgehend von ihren eigenen gesundheitsbezogenen Problemen und Anliegen idealerweise gemeinsam ein Schulprojekt. Sie werden dadurch *von Betroffenen zu Beteiligten an diesem Veränderungsprozeß*. Zur Koordination der Aktivitäten wird ein(e) Projektkoordinator(in) bzw. ein Projektteam gewählt. Es hat die Aufgabe, Wege vorzubereiten, auf denen die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Interessen der Beteiligten „befriedigt“ werden können (vgl. Philipp 1991).

In der Bundesrepublik sind z. Z. die Modellschulen des anfangs erwähnten BLK-Modellversuchs auf solch einem Weg. Die Schritte, die auf diesem „Weg der Gesundheitsfördernden Schule“ sinnvollerweise zu gehen sind, zeigt die nachfolgende Abbildung (s. Abb. 3). Sie sind als Empfehlungen und Anregungen zu verstehen, die aus *Organisationsentwicklungskonzepten* abgeleitet und den Schulen zu Gestaltung ihres eigenen Weges gegeben werden. Ich möchte nicht alle Schritte erläutern, sondern nur drei Punkte hervorheben:

Es ist notwendig, eine gesundheitsbezogene „Bedürfnis- und Bestandsanalyse“ an der Schule durchzuführen („Was brauchen wir?“ – „Was haben wir?“, Schritte 3 und 4). Alle Personengruppen der Schule, die Eltern miteinbezogen, sollten aus ihrer Sicht diese Analysen vornehmen. Ohne ihre Beteiligung ist keine vernünftige und allseits akzeptierte Planung von Projekten möglich.

### **Schritte der Gesundheitsfördernden Schule**

- 1. Interessierte verbünden sich:**  
Bildung eines „Schulprojektteams“
- 2. Die Idee verbreiten:**  
FördererInnen und UnterstützerInnen für die Idee der Gesundheitsfördernden Schule in und außerhalb der Schule finden
- 3. Wo drückt der Gesundheitsschuh, wo sitzt er bequem?**  
Umfassende Bedürfnis- und Erwartungsanalyse unter Beteiligung aller relevanten Personengruppen in und außerhalb der Schule
- 4. Was tun wir nicht schon alles?**  
Umfassende Bestandsanalyse aller Gesundheits- und nicht-gesundheitsbezogener Aktivitäten, Initiativen etc. (in) der Schule
- 5. Alle Beteiligten an einem Gesundheits-Tisch!**  
Einrichtung eines Gesundheitsplenums in der Schule!
- 6. Was ist bei uns los und was ist bei uns wichtig**  
Gesamtanalyse der Gesundheitssituation der Schule (Zusammenfassung der Bedürfnis-, Erwartungs- und Bestandsanalyse) und Prioritätensetzung für Projekte
- 7. An die Planungsarbeit!**  
Bildung von „Gesundheits-Arbeitsgruppen“ in der Schule
- 8. Wir brauchen Unterstützung!**  
Aufbau eines „Komitees zur Förderung der schulischen Gesundheit“
- 9. Ideen werden verwirklicht:**  
Durchführung von Schulprojekten

### **Abb. 3: Schritte auf dem Weg der Gesundheitsfördernden Schule**

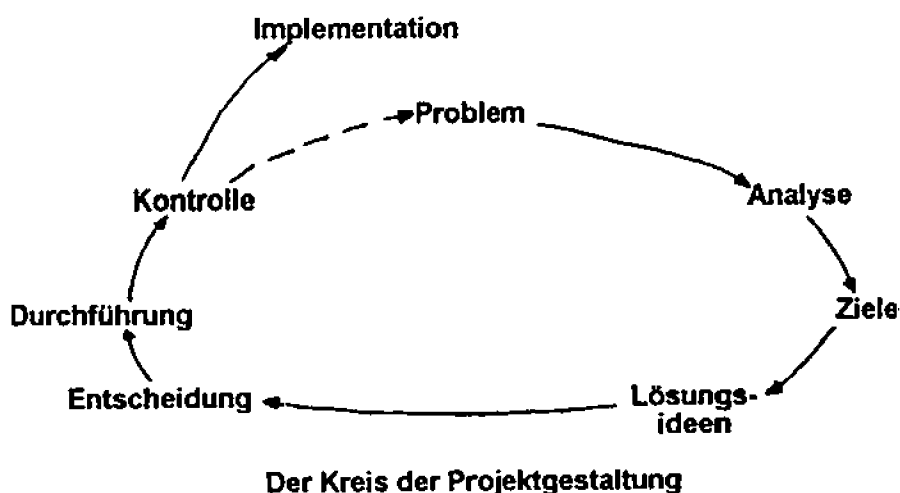
Es ist sinnvoll, die Ergebnisse an einem „Runden Tisch Gesundheit“ in der Schule zu diskutieren und einvernehmlich eine Prioritätenliste der geplanten Vorhaben zu verabschieden (Schritt 6). An diesem „Runden Tisch“ oder

an einem „Gesundheits-Plenum“ sollten auch alle Personengruppen der Schule vertreten sein.

Von besonderer Bedeutung ist der zuletzt aufgeführte Schritt: „*Ideen werden Wirklichkeit*“ (Schritt 9). Es geht darum, eine bzw. mehrere Arbeitsgruppen zu benennen, die sich des Vorhabens/der Vorhaben annehmen und regelmäßig dem „Runden Tisch“ über den Fortgang ihrer Arbeit berichten. Die Aufgabe dieser Arbeitsgruppen wird sein, für die Probleme praktikable Lösungen oder Verbesserungen zu entwickeln und sie im Rahmen von Projekten zu erproben.

Im Rahmen des Modellversuchs sind für die Schulen hierzu Hilfen zum Projektmanagement entwickelt worden (vgl. auch Grossmann & Scala 1994). Eine Übersicht hierzu bietet die folgende Abbildung (s. Abb. 4).

Abb. 4: Schritte zur erfolgreichen Projektgestaltung



- ① Die Projekt-Arbeitsgruppe konstituiert sich: Wer arbeitet mit und wie wollen wir miteinander arbeiten?
- ② Der Arbeitsauftrag wird geklärt: Was ist das Problem (und was nicht)?
- ③ Das Problem wird analysiert: Wodurch entsteht das Problem, was sind seine Folgen?
- ④ Die Ziele werden geklärt: Was wollen wir mit dem Projekt erreichen?
- ⑤ Lösungswege werden erkundet: Welche Möglichkeiten gibt es?
- ⑥ Ein Projekt-Plan wird erstellt: Wie wollen wir vorgehen?
- ⑦ Das Projekt wird durchgeführt: Wie gehen wir vor?
- ⑧ Das Projekt wird kontrolliert: Wie können wir die Durchführung und die Ergebnisse des Projekts bewerten?
- ⑨ Das Gesundheitsplenum wird unterrichtet: Wie ist es dem Projekt ergangen? Welche Empfehlungen geben wir?
- ⑩ Das Gesundheitsplenum entscheidet: Implementation: Ja oder Nein?

Die am Netzwerk beteiligten Schulen befinden sich auf allen diesen Stadien des Weges der Gesundheitsfördernden Schule. Die meisten werten gerade ihre Bedürfnis- und Bestandsanalysen aus.

## 6. Evaluation

Für die Weiterentwicklung des Konzepts der Gesundheitsfördernden Schule ist die Evaluation solcher Schulprojekte oder Modellversuche von entscheidender Bedeutung. Nur so können Erfahrungen bewertet, gesichert und die Qualität gesundheitsbezogener Interventionen verbessert werden. Unter Evaluation wird hier mit Green & Kreuter (1991) ein „*comparison of an object of interest against a standard of acceptability*“ (S. 217) verstanden. Damit Evaluation ihren wissenschaftlichen Standards genügt, sollte sie (1) entscheidungsorientiert sein, (2) formatives und summatives Vorgehen miteinander verbinden, (3) sich auf alle Aspekte eines Vorhabens beziehen, also (a) die Konzeptentwicklung, (b) die Ablaufplanung, (c) die Umsetzung, (d) den Nutzen bzw. die Wirkung, (e) die Nebenziele und (f) die Ergebnisverwertung des jeweiligen Vorhabens miteinschließen und nicht zuletzt (4) die Interessen aller Beteiligten angemessen berücksichtigen (vgl. Wottawa & Thiersch 1990; Grüner 1993).

Die Evaluation der gesundheitsfördernden Schule steht vor *besonderen Aufgaben*. Sie stellt sich anders dar als bei den problembasierten Ansätzen der (Neuen) Prävention (vgl. Paulus 1995). Für letztere gilt, daß sie aufgrund ihrer Programmstruktur als quasi-experimenteller Versuchsplan mit Interventions- und Kontrollgruppe angelegt werden und z. B. in mehrwöchigen Unterrichtseinheiten durchgeführt werden können. Für die Gesundheitsfördernde Schule gilt hingegen, daß sie sich im Rahmen des generellen Schulentwicklungsplans auf einen eigenen Weg begibt, eigene für die Schule spezifische Problem- und Handlungsfelder entdeckt, eigene Prioritäten und eigene Schulprojekte entwickelt.

*Die Evaluation solcher Vorhaben hat zu prüfen, ...*

... ob sich die schulbezogenen Veränderungen in den verschiedenen „Dimensionen der Gesundheitsfördernden Schule“ auf der Grundlage der „Schritte der Gesundheitsfördernden Schule“ in Richtung der „Ziele der Gesundheitsfördernden Schule“ vollziehen.

... ob und inwieweit die Aktionen, Initiativen und Projekte ihren vorher formulierten Zielen genügt haben. Prozeßbegleitend hat sie, falls nötig, Entscheidungshilfen anzubieten.

... ob und inwieweit – in Bezug auf das Setting Schule – sich auf der Ebene der personalen Gesundheit Veränderungen des Gesundheitsbewußtseins, des Gesundheitswissens, der gesundheitsbezogenen Einstellungen und des gesundheitsbezogenen Verhaltens ergeben haben.

Der *Bezug zum Setting Schule* ist wichtig, denn darin unterscheiden sich die Evaluationsziele der Gesundheitsfördernden Schule von anderen Ansätzen. In Umkehrung und Abwandlung des Satzes: „Nicht für die Schule, sondern fürs Leben lernen wir“, der für die (Neue) Prävention gilt, kann man

für die Gesundheitsfördernde Schule formulieren: „Nicht für das Leben außerhalb der Schule verändern wir die Schule, sondern für das Leben und Unterrichten in der Schule.“ Die Schule soll für alle Beteiligten zu einem Erlebens- und Erfahrungsraum werden, in dem auch Gesundheit erleb- und erfahrbar wird.

Zur Förderung der Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit ist es auch notwendig, den Schulen das methodische Rüstzeug mit auf den Weg zu geben, damit sie selbst ihre Aktionen und Projekte evaluieren können. Nur so sind sie in der Lage, selbstbestimmt den gesundheitsbezogenen Schulentwicklungsprozeß zu steuern.

## 7. Vorteile der Gesundheitsfördernden Schule

Nach der Risikofaktorenprävention der Gesundheitserziehung, der Neuen Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule ist die Gesundheitsfördernde Schule ein bedeutender weiterer Schritt, das Thema „Gesundheit und Schule“ zeitgemäß zu konkretisieren.

(1.) Sie geht von den *Bedürfnissen und Erwartungen* aller Betroffenen aus. (2.) Sie macht die Betroffenen zu *Beteiligten* an einem gesundheitsbezogenen Schulentwicklungsprozeß. (3.) Das Thema Gesundheit kommt auf die Tagesordnung. Sie ermöglicht so etwas wie eine „*Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*“ der Schule. (4.) Sie läßt die Beteiligten erfahren, daß *Bedingungen von Gesundheit veränderbar* sind. (5.) Sie macht deutlich, daß in der Schule nicht nur „Gesundheit gelernt“, sondern auch „*gesund gelernt*“ werden kann. (6.) Sie zeigt beispielhaft, wie mit Herausforderungen eigenverantwortlicher umgegangen werden kann. Diese Erfahrungen können schulintern *Motor für eine weitere Entwicklung* in Richtung auf schulische Autonomie in anderen wichtigen Problemstellungen sein. Die Schule kann sich so zu einer „Problemlöseschule“ (Rolff 1993) entwickeln. (7.) Sie wirkt modellhaft für die *Umgestaltung anderer Lebensbereiche*. Sie gibt Impulse für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Kommune, des Zuhauses, der Arbeitswelt, der Freizeiteinrichtungen etc.

Das Thema der Gesundheitsfördernden Schule wird auch von anderen Initiativen befördert, die Schule zum „Guten“ hin verändern wollen. Mit ihren Anliegen hat das gesundheitspädagogische Konzept der Gesundheitsfördernden Schule deshalb auch viele *Verbündete und Gleichgesinnte*. Mit ihrer Zielsetzung löst es manchmal aber auch *Unverständnis* aus. „Das machen wir doch schon lange“ lautet der Einwand und: „Das ist doch Aufgabe einer jeden Schule“. Die Gesundheitsfördernde Schule wird solchen Positionen entgegenhalten können, daß sie sich als ein Ansatz versteht, der bestehende Initiativen an Schulen und jedes Engagement in dieser Richtung unterstützen möchte und Schulen deshalb einlädt, sich aktiv zu beteiligen. Sie kann auf gesundheitsbezogene Möglichkeiten und Ressourcen der Schule aufmerksam machen und den übrigen Schulen Anregungen geben, wie sie den Aspekt der Gesundheitsförderung in konstruktiver Weise in ihr „Schulprogramm“ aufnehmen können (vgl. Priebe et al. 1993).

Die weitere Entwicklung der Gesundheitsfördernden Schule darf sie aber nicht auf einen Sonderweg, getrennt von den genannten schulreformerischen Ansätzen führen. Es wäre absurd, wie es ein Kollege einmal sinngemäß formuliert hat, wenn Eltern vor der Alternative stünden, ihr Kind für eine bestimmte Schule anzumelden, wenn sie seine spezifische Begabung fördern wollen, es aber zu einer gesundheitsfördernden Schule schicken müssen, wenn sie wollen, daß ihr Kind die Schule gesund übersteht.

## Literatur

- Antonovsky, A. 1979: Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass
- Arnhold, W./Barkholz, U./Gabriel, R./Heindl, I./Paulus, P. 1994: Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Erster Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Beratung. Flensburg: Projektunterstützungszentrum
- Aurin, K. (Hg.) 1991: Gute Schule – worauf beruht ihre Wirksamkeit? (2.Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Baric, L. 1992: Workshop on planning and evaluation of health promoting schools. Salford, UK (Unpubl. Paper)
- Barkholz, U./Homfeldt, H. G. 1994: Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojektes. Weinheim: Juventa
- Barth, A.-R. 1992: Burnout bei Lehrern. Göttingen: Hogrefe
- Beck, U. 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Belz-Merk, M./Bengel, J./Strittmatter, R. 1992: Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 1, S. 153-171
- Bessoth, R. 1989: Organisationsklima an Schulen. Neuwied: Luchterhand
- Beutel, M. 1989: Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 1, S. 153-171
- Blättner, B. 1994: Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung – aktueller Stand der Diskussion. Hamburg: Volkshochschule Hamburg
- Botvin, G. J. /Tortu, S. 1988: Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In: Price, R. H./Cowen, E. L./Lorion, R. P./Ramos-Kay, J. (Eds.): Fourteen ounces of prevention. Washington: Hemisphere. S. 98-110
- Brendan Schmittmann-Stiftung 1993: Kooperativer Gesundheitsunterricht. Schriftenreihe zur Gesundheitsförderung. Köln: Brendan-Schmittmann-Stiftung
- Brodthmann, D. 1994: Was läßt uns gesund bleiben? In: Friedrich Jahresheft 12: Schule. Zwischen Routine und Reform, S. 160-163
- Bröbkamp, U. 1994: Gesundheit und Schule: Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bildung – Wissenschaft – Aktuell, Heft 6
- Cortese, P./Middleton, K. (Eds.) 1994: The comprehensive school health challenge. Santa Cruz: ETR Associates
- Dalín, P. /Rolff, H.-G. 1990: Institutionelles Schulentwicklungsprogramm. Eine neue Perspektive für Schulleiter, Kollegium und Schulaufsicht. Soest: Verlagskontor
- Drescher, B. 1993: Gesundheitsförderung und Schulentwicklung. Bielefeld: Praxisbüro GimS. Oberstufen-Kolleg

- Eberle, G. 1990: Leitfaden Prävention. St. Augustin: Asgard
- Faltermaier, T. 1994: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hg.) 1993: Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Peter Sabo Verlag
- Göpel, E. 1993: Die Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen. Prävention, 16, 109-112
- Green, L. W./Kreuter, M. W. 1991: Health promotion planning. An educational and environmental approach (2nd Ed.). Mountain View: Mayfield
- Grossmann, R./Scala, K. 1994: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: Juventa
- Grüner, H. 1993: Evaluation und Evaluationsforschung im Bildungswesen. In: Pädagogische Rundschau, 47, S. 29-52
- Haug, Ch. 1990: Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Henderson, A. C. 1993: Healthy schools. Healthy futures. The case of improving school environment. Santa Cruz: ETR Associates
- Henkelmann, Th./Karpf, D. 1987: Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert. Ergebnisse einer Umfrage. In: Venth, A. (Hg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 107-116
- Hentig, H. v. 1993: Die Schule neu denken. Eine Übung in praktischer Vernunft (2. erw. Aufl.). München: Hanser
- Hesse, S. 1994: Suchtprävention in der Schule. Opladen: Leske & Budrich
- Holler-Nowitzki, B. 1994: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streßreaktionen. Weinheim: Juventa
- Homfeldt, H. G. (Hg.) 1993: Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Hoheneggen: Schneider
- Hoy, W. K./Tarter, C. J./Kottkamp, R. B. 1991: Open schools – healthy schools. Measuring organizational climate. Newbury Park: Sage
- Hurrelmann, K./Nordlohne, E. 1993: Gesundheitsförderung in der Schule. Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, J. M. et al. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (S.100-118). Weinheim: Juventa
- Hurrelmann, K. 1990: Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim: Beltz
- Hurrelmann, K. 1992: Aggression und Gewalt in der Schule. Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. In: Pädagogisches Forum, 5, S. 65-74
- Kane, W. M. 1993: Comprehensive school health. The program planning guide. Santa Cruz: ETR Associates
- Klafki, W. 1993: Wohin soll sich die Schule entwickeln? Perspektiven der Schule unter bildungstheoretischen Gesichtspunkten. In: Wissinger, J. /Rosenbusch, H. S. (Hg.): Schule von innen verändern. Schulleiter-Handbuch. Band 66 (S. 21-37). Braunschweig: SL Verlag
- Kleiber, D. 1992: Gesundheitsförderung. Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte, Probleme. In: Psychomed, 4, S. 220-230
- Klocke, A. 1994: Gesundheit im Schulalter. Ergebnisbericht der Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“. A WHO Cross-National Survey. Preprint-Nr. 91. Bielefeld: SFB 227

- Kolip, P./Nordlohne, E./Hurrelmann, K. 1995b: Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: Kolip, P. et al. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa, S. 25-48
- Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, P.-E. (Hg.) 1995a: Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa
- Lehmkuhl, G. 1995: Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Auffälligkeiten. In: Kolip, P. et al. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa, S.159-176
- Leppin, A. 1995: Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip, P. et al. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa, S. 235-250
- Miller, R. 1992: Sich in der Schule wohlfühlen. Wege für Lehrerinnen und Lehrer zur Entlastung im Schulalltag (5. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Nordlohne, E. 1992: Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol, Zigaretten- und Arzneimittelskonsum im Jugendalter. Weinheim: Juventa
- Paulus, P. 1993: Health promotion by the families – A psychological health approach to familial health. In: Archives of Public Health. 51, S. 143-156
- Paulus, P. 1994: Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Paulus, P. 1995: Prävention und Gesundheitsförderung. Klärung von Begriffen und Konzepten. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.): Gesundheit aktuell. Bonn. BIG (im Druck)
- Pelikan, J./Demmer, H./Hurrelmann, K. (Hg.) 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa
- Petermann, F. 1994: Chronische Krankheiten. Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung. In: Zeitschrift für Verhaltensmedizin und Entwicklungspsychopathologie. 3, S. 3
- Pfaff, G./Jakob, A./Pötschke-Langer, M./Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.) 1992: Gesundheitsförderung in Schulen. Ergebnisse einer Umfrage. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit.
- Philipp, E. 1991: Gute Schule verwirklichen. Ein Arbeitsbuch mit Methoden, Übungen und Beispielen der Organisationsentwicklung. Weinheim: Beltz
- Priebe, B./Israel, G./Bäuerle, D./Knapp, R./Gampe, H. 1994: Sucht- und Drogenverbeugung in Elternhaus und Schule. Weinheim: Beltz
- Priebe, B./Israel, G./Hurrelmann, K. (Hg.) 1993: Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Beltz
- Pruitt, B. E./Ballard, D. J./Davis, L. G. 1990: The school health promotion profile: Measuring a school's health. In: Health Education. 21, S. 20-24
- Remschmidt, H./Walter, R. 1990: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Göttingen: Hogrefe
- Röhrle, B. 1992: Prävention psychischer Störungen. In: Bastine, R. (Hg.): Klinische Psychologie. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer, S. 85-122
- Rosenbusch, H. S. 1993: Bedingungen und Perspektiven schulischer Erziehung heute. In: Wissinger, J./Rosenbusch, H. S. (Hg.): Schule von innen verändern. Schulleiter-Handbuch, Band 66. Braunschweig: SL Verlag, S. 7-20
- Rudow, B. 1994: Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerbeltastung und Lehrerergundheit. Bern: Huber
- Schneider, V. 1993: Gesundheitsförderung heute. Konzepte, Möglichkeiten, Grenzen. Materialien für die Krankenpflege, Band 7. Freiburg: Lambertus
- Seiffge-Krenke, I. 1995: Psychische Störungen im Jugendalter. In: Kolip, P. et al. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim: Juventa, S. 177-203

- Stark, W. 1989: Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg: Lambertus
- Tillmann, K.-J. 1989: Was ist eine gute Schule? Hamburg: Bergmann & Helbig
- Tones, K./Tilford, S. 1994: Health education. Effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman & Hall
- Troschke, J. v. 1993: Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe, B./Israel, G./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim: Weinheim und Basel: Beltz, S. 11-38
- Udris, I./Kraft, U./Mussmann, C./Rimann, M. 1992: Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben. Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Psychosozial. 15, Nr. 52, S. 9-22
- Wallerstein, N. 1992: Powerlessness, empowerment and health. Implications for health promotion programs. In: American Journal of Health Promotion. 6, S. 197-205
- WHO 1992: Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG, S. 17-22
- WHO 1993a: Life Skills Approach. Genf: WHO
- WHO 1993b: Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Kopenhagen: WHO
- WHO, UNESCO & UNICEF 1992: Comprehensive school health promotion: Suggested guidelines for action. Hygie 11, 3, S. 8-15
- Wottawa, H./Thierau, H. 1990: Lehrbuch Evaluation. Bern: Huber
- Zins, J. E./Wagner, D. I./Maher, C. A. 1985: Health promotion in the schools. Innovative approaches to facilitating physical and emotional wellbeing. New York: Haworth Press

*Peter Paulus*, geb. 1948, Prof. für Pädagogische Psychologie an der Fachhochschule Magdeburg  
 Anschrift: Maxim-Gorki-Str. 31-37, 39108 Magdeburg