

Schule, Gesundheit, Bildung – Neue Perspektiven für die schulische Gesundheitsförderung*

(School, Health, Education – New Perspectives for School Health Promotion)

Peter Paulus

Summary

After clarifying what school health promotion is all about, the concept of the good healthy school is presented. Within this concept health is seen as an important resource for positive development. It links health and education in an innovative way for students, teachers and the school as well: Quality of school education will be improved by health interventions. Thus it overcomes the limitations of the traditional approach of the health promoting school. School health management is the strategy to implement the concept of the good healthy school. Further important steps in developing school health promotion are mentioned: To identify the educational and health quality of interventions in schools, e.g. programs for school health promotion and education and linking school health promotion with community development.

*A cikk megjelent: Paulus, P. (2011): Schule, Gesundheit, Bildung. Neue Perspektiven für die schulische Gesundheitsförderung. Prävention. *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 4, 99-104. Másodközlés a szerző engedélyével.

Zusammenfassung

Im Anschluss an die Frage, wie sich schulische Gesundheitsförderung ausdifferenzieren lässt, wird das Konzept der guten gesunden Schule vorgestellt. Es sieht Gesundheit als eine wichtige Ressource für ein gelingendes Aufwachsen, verbindet Gesundheit und Bildung für Schülerinnen und Schüler, für Lehrkräfte auf innovative Weise und überwindet damit den limitierten klassischen Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule. Mit Gesundheitsinterventionen soll die Bildungsqualität der Schule gesteigert werden. Schulisches Gesundheitsmanagement ist die Strategie, mit der das Konzept der guten gesunden Schule umgesetzt wird. Als wichtige Entwicklungsschritte der schulischen Gesundheitsförderung werden benannt: die Bestimmung der Qualität der eingesetzten Interventionen z.B. Programme zur schulischen Gesundheitsförderung und Bildung, sowie die Verknüpfung der schulischen Gesundheitsförderung mit der kommunalen Entwicklung.

Schulische Gesundheitsförderung – Vielfalt der Zugänge

Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung lassen sich durch ein engeres und ein erweitertes Verständnis charakterisieren. Im engeren Sinn geht es um gesundheitsbezogene Interventionen im Schulkontext, die Gesundheits- bzw. Gesundheitsbildungsziele und in der angesprochenen neuen Orientierung auch allgemeine Bildungsziele verfolgen. Gesundheitsziele stehen dann im Vordergrund von Maßnahmen, wenn sie sich auf das Schulpersonal am Arbeitsplatz Schule beziehen, also auf die gesundheitliche Situation der Lehrkräfte und des nicht-unterrichtenden Personals. Auch Maßnahmen des schulmedizinischen Gesundheitsdienstes,

die Schülerinnen und Schüler betreffen und nicht in die schulische Gesundheitsbildung integriert werden, sind den Gesundheitszielen zuzurechnen. Gesundheitsbildungsziele, die in den Schulgesetzen und Erlassen der Kultusministerien zur Gesundheitsbildung aufgeführt werden, lassen sich der Systematik eines sozialwissenschaftlich orientierten Bildungsverständnisses folgend in ihren kulturellen, materiell-dinglichen, sozialen und subjektiven Weltbezügen abbilden als „Begriff und Verständnis von Gesundheit“; „Umgang mit Gesundheit; Einfluss auf Gesundheit“ , „Gesundheit/-sein mit Anderen“ und „Sich selbst gesund erhalten und entwickeln“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006).

Viele der sog. Life-Skills-Programme, die verhaltensorientiert im Setting Schule umgesetzt werden und die neben der Verhaltensbeeinflussung auch die Schulkontexte (z.B. die Eltern) mit in das Projekt einbeziehen (z.B. „Klasse 2000“; „Erwachsen werden“) oder aber die explizit Setting orientiert aufgestellten Schulprojekte und –programme, wie z.B. „gesund leben lernen“, nehmen implizit oder explizit Bezug auf diese Vorgaben. In einem erweiterten Sinn gehören zur schulischen Gesundheitsförderung dann auch die Organisationen, die solche Interventionen anbieten und durchführen (Krankenkassen, Sportvereine, Jugendhilfe), dies kann aber auch die Schule bzw. ein Netzwerk von Schulen (mit außerschulischen Partnern) selbst sein (Paulus 2009), dann ist sie bzw. sind sie die Durchführungsorganisation bzw. -organisationen (Paulus, 2011).

Gute gesunde Schule – Verbindung von Bildung und Gesundheit

Die Schule, die Bildung und Gesundheit in dem skizzierten Verständnis zusammenführt, ist eine Schule, die sich in ihrer Schulentwicklung auf die noch näher zu bestimmenden Qualitäten einer „guten Schule“ ausrichtet hat und bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Bildungsauftrages gezielt gesundheitswissenschaftlich fundierte Interventionen zur Unterstützung ihrer pädagogischen Arbeit entwickelt und durchführt (Paulus, 2003). Eine solche gute gesunde Schule geht also von den Bildungsaufträgen aus („Gute Schule“), befragt sich, wo sie Probleme hat, ihre eigenen Aufträge zu erfüllen („Bildungsberichterstattung“), sucht bzw. entwickelt Gesundheitsinterventionen, mit denen ihre Probleme angegangen werden können („Gesundheitsbeiträge“). So aufgestellt unterstützt die schulische Gesundheitsförderung die Schule in dem heute so wichtig gewordenen Kernanliegen, qualitätsvolle pädagogische Arbeit zu leisten. Diesen Ansatz vertritt insbesondere das Schulprogramm „Anschub.de – ein Programm für die gute gesunde Schule“ (s. auch Franzkowiak et al. 2011, S. 241ff).

Der damit vollzogene Wechsel in der Perspektive ist für die schulische Gesundheitsförderung von weitreichender Bedeutung und kommt einem Paradigmenwechsel gleich. Denn erst wenn sich Gesundheit in den Dienst des Erziehungs- und Bildungsauftrags der Schule stellt („Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“), wird sie von den Mitgliedern der Schulgemeinschaft als Bereicherung erlebt und nicht nur als eine zusätzliche Bürde, die der Schule auch noch aufgesattelt wird. Schulische Gesundheitsförderung ist deshalb nun für alle Schulen interessant, nicht nur für solche, die sich inhaltlich für Gesundheit als

besondere Profilbildung interessieren, wie dies bei den Gesundheitsfördernden Schulen der Fall ist. Darüber hinaus sichert dieser Ansatz auch die nachhaltige Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung besser ab, als der der Gesundheitsfördernden Schule. Die Erfolgchancen schulischer Gesundheitsförderung nachhaltig auch in die „Fläche“ zu kommen, wachsen erheblich.

Die gute gesunde Schule steht aber auch in der Tradition der Gesundheitsfördernden Schule, übernimmt von ihr wichtige Erfahrungen, so den Settingansatz, der seine differenzielle Wirksamkeit unter Beweis gestellt und der auch außerhalb der Gesundheitsförderung in den Schulentwicklungskonzeptionen seinen angestammten Platz hat. Die gute gesunde Schule orientiert sich auch an den zentralen Werten und Prinzipien der Gesundheitsförderung. Es geht dabei um die Salutogenese und die gesundheitsbezogenen Ressourcen. Eng damit verbunden ist die Orientierung an den Prinzipien des Empowerment und der Partizipation. Ohne sie ist Gesundheitsförderung nicht denkbar. Sie markieren den Schnitt zur Prävention. Nachhaltigkeit im Sinn von Dauerhaftigkeit gilt auch für Gesundheitsinterventionen der guten gesunden Schule. Sie wird ja immer mehr eingefordert, um der um sich greifenden „Projektitis“ entgegenzuwirken, die vor allem in Schulen zu Müdigkeit und Verdruss über die oftmals wenig nachhaltige Initiativen geführt hat.

Von einem umfassenden Verständnis „nachhaltig guter Gesundheitsentwicklung“ ist die schulische Gesundheitsförderung auch in der hier vorgestellten Perspektive noch weit entfernt. Denn dazu würden gehören, dass die ökologischen, ökonomischen und sozialen Dimensionen der Nachhaltigkeit systematisch in Konzeptentwicklungen und -

umsetzungen mit einbezogen werden müssten (Michelsen/ Stoltenberg/ Paulus, 2002; Paulus, 2009). Demokratie, Gerechtigkeit und Fairness beschreiben weitere Werte und Prinzipien gesundheitsförderlichen Handelns, die einen engen Bezug zu dem gerade erwähnten Konzept der nachhaltigen Entwicklung aufweisen, die aber auch mit Blick auf die immer noch gegebene Mittelschichtorientierung der gesundheitsbezogenen Interventionen von großer Bedeutung sind. Sie sind auch für die gute gesunde Schule von zentraler Bedeutung. Denn Schülerinnen und Schüler aus bildungsfernen Milieus, oft auch noch durch Merkmale, wie Armut und Migrationsstatus marginalisiert, werden systematisch und strukturell in der schulischen Gesundheitsförderung vielfach nicht erreicht und können ihre Gesundheits- und Bildungspotenziale nicht angemessen entfalten (WHO, 2008; Altgeld, 2010).

Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer guten gesunden Schule ist die Einsicht, dass Gesundheit ein elementarer Bestandteil von Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ist. Für Kinder und Jugendliche bestimmt Gesundheit nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern ist darüber hinaus eine wichtige Bedingung für ein gelingendes Aufwachsen im Sinne positiver Entwicklung und Entfaltung zu eigenverantwortlicher, leistungsfähiger und leistungsbereiter Persönlichkeit. Kinder und Jugendliche, die gut und gesund aufwachsen, haben zumeist auch als Erwachsene bessere Gesundheits- und Verwirklichungschancen. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz sind deshalb auch als integraler Bestandteil eines jeden Konzepts umfassender Förderung von Kindern und Jugendlichen, so

auch der in der guten gesunden Schule (Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden, 2005).

Gesundheit, Bildung und Leistungsfähigkeit – Zur Situation der Schüler und Lehrkräfte

Im Vergleich zu Erwachsenen und älteren Menschen stellen Kinder und Jugendliche zwar die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar, andererseits zeichnen sich die ersten Lebensphasen durch eine hohe organische und psychische Vulnerabilität aus. Die Ergebnisse epidemiologischen Studien zeigen, dass es im Zusammenhang mit den veränderten zivilisatorischen, ökologischen und sozialen Lebensumständen und den damit verbundenen Herausforderungen bei einer beträchtlichen Anzahl der Heranwachsenden zu Fehlsteuerungen im bio-psycho-sozio-somatischen System gekommen ist. Ausdruck hierfür sind somatische und psychische Krankheitsbilder wie Allergien, Asthma, Diabetes, Über- und Untergewicht, Verhaltensstörungen, Alkohol-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit sowie psychische Leiden, die deutlich zugenommen haben (Ravens-Sieberer et al., 2007; Robert Koch Institut, 2008).

Diese gesundheitlichen Belastungen der Kinder und Jugendlichen führen dazu, dass sie in ihren Entwicklungs- und damit in ihren gesellschaftlichen Beteiligungschancen eingeschränkt sind. Insbesondere sind solche Kinder und Jugendliche betroffen, die durch soziale, kulturelle und materielle Mängellagen in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind. Nicht verwunderlich ist deshalb, dass Kinder und Jugendliche, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, auch in ihren Bildungsanstrengungen und -erfolgen eingeschränkt sind. Hieraus ergeben sich ein besonderer

Bedarf und eine besondere Herausforderung an die schulische Prävention und Gesundheitsförderung, deren sich die gute gesunde Schule annimmt. Wenn Fend (2006) schreibt: „Die Organisation ‚Bildungswesen‘ erfüllt ihre Aufgaben durch die Arbeit an der ‚Seele‘ des Menschen. Sie bearbeitet das Können und die Haltungen lernfähiger junger Menschen. [...] Ihr Arbeitsfeld ist die psychische Verfassung, sind das Können, das Wissen wie auch die seelischen Einstellungen von Kindern und Jugendlichen“ (S. 174), dann wird die herausragende Bedeutung der Förderung der psychischen Gesundheit für die Bildung offenkundig.

Auch in der Diskussion um die Belastungen und Beanspruchungen im Lehrerberuf rückt der Zusammenhang von Lehrergesundheit, Leistungsfähigkeit und Bildung zunehmend in den Fokus. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage: „Was ist das Kerngeschäft der Schule und welchen Beitrag kann die Gesundheit der Lehrkräfte zur Bewältigung der Arbeit leisten?“ Viele Probleme bzw. Defizite im Schulbetrieb wie mangelnde Kooperation oder ineffiziente Organisation erleben die Lehrkräfte als Belastungen. Gleichzeitig stellen viele der Qualitätsmerkmale von guten Schulen (z. B. gemeinsame Ziele, Unterstützung und Kooperation) gesundheitsfördernde Ressourcen dar (s. Abb. 1). Andererseits haben Merkmale wie Lehrerselbstwirksamkeit, Achtsamkeit und Ungewissheitstoleranz einen bedeutenden Einfluss auf die Unterrichtsgestaltung. Lehrkräfte mit diesen Eigenschaften können z.B. „offene“ Unterrichtssituationen zulassen und Schüler selbstständig arbeiten lassen.

Nach Stiller (2008) entspricht ein solcher Unterrichtsstil einer salutogenen Unterrichtsentwicklung. Denn die damit mögliche subjektive

Erfahrung der Schüler von erlebter Kompetenz, von sozialer und emotionaler Wertschätzung und von aktiver Teilhabe an der Gestaltung des Unterrichts sind wesentliche Bedingungsfaktoren für ihren Lernerfolg in der Schule und für ihre Gesundheit. In einer Untersuchung von Klusmann et al. (2006) zeigte sich: Besonders die Lehrkräfte, die eine Gefährdung für Burnout aufwiesen, förderten nach Einschätzung ihrer Schüler weniger stark deren kognitive Selbstständigkeit. Diese Lehrkräfte zeigten häufiger ein zu schnelles Interaktionstempo, ihre Schüler hielten sie im Mittel für weniger gerecht und weniger interessiert an ihren Belangen. Am positivsten sahen die Schüler die gesunden Lehrkräfte, die sich durch ein hohes Arbeitsengagement bei gleichzeitiger Distanzierungsfähigkeit, eine hohe Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Problemen und eine hohe Ausprägung an positiven Emotionen auszeichneten.

hier Abb. 1 einfügen - Abb. 1: PiSA – Person-in-Situationen-Ansatz zur Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte in der guten gesunden Schule

Bildungsqualität und Gesundheitsqualität der Schule

Auch wenn es letztlich keinen endgültigen Konsens darüber geben kann, was eine „gute Schule“ ausmacht, gibt es doch eine weitgehende Übereinkunft in grundlegenden Qualitätsbereichen. Verschiedene vorliegende Qualitätsraster ähneln sich deshalb auch in ihren Qualitätsdimensionen der schulischen Arbeit und in den dazugehörigen Kriterien bzw. Indikatoren. So erbrachte eine Inhaltsanalyse der vorhandenen Qualitätskonzepte auch vergleichbare Qualitätsvorstellungen von Schule in allen Bundesländern (Paulus/Michaelsen-Gärtner, 2008).

Insgesamt konnten acht Qualitätsbereiche, in die sich die Qualität von Schulen in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Kultusministerien und obersten Senatsbehörden aufschlüsseln lässt, ermittelt werden. Abb. 2 gibt sie in einer Auflistung mit beispielhaften Handlungsfeldern wieder.

Abb. 2. Schulqualität – eine Systematik der Bundesländer

Qualitätsbereiche	Qualitätsmerkmale (Beispiele)
(1) Rahmenbedingungen	Bedingungen; Intentionen
(2) Lehren und Lernen	Unterrichtsgestaltung
(3) Schulkultur	Pädagogische Grundsätze
(4) Schulführung und Management	Schulleitungshandeln
(6) Kooperation u. Außenbeziehungen	Kooperation der Lehrkräfte
(5) Personalentwicklung	Personaleinsatz der Lehrkräfte
(7) Ergebnisse und Erfolge der Schule	Schulabschlüsse
(8) Qualitätsmanagement	Evaluation des Unterrichts

Abb. 3 verbindet nun die Schul- mit der Gesundheitsqualität von Schulen. Sie gibt sieben Qualitätsbereiche wieder (die durch Schule kaum beeinflussbaren Rahmenbedingungen sind hier weggelassen worden) und ordnet ihnen beispielhaft Gesundheitsinterventionen zu. So steuern z.B. „Gesundheitsangemessenes Lehren und Lernen“ oder „Gesundheitsangemessenes Führen und Managen“, einen Beitrag zum Bildungs- und Erziehungserfolg der Schule bei.

Diese und weitere Gesundheitsinterventionen sind eingebettet in den Gesamtprozess der Schulentwicklung, in dem Schule gute Bildungs- und Erziehungserfolge anstrebt.

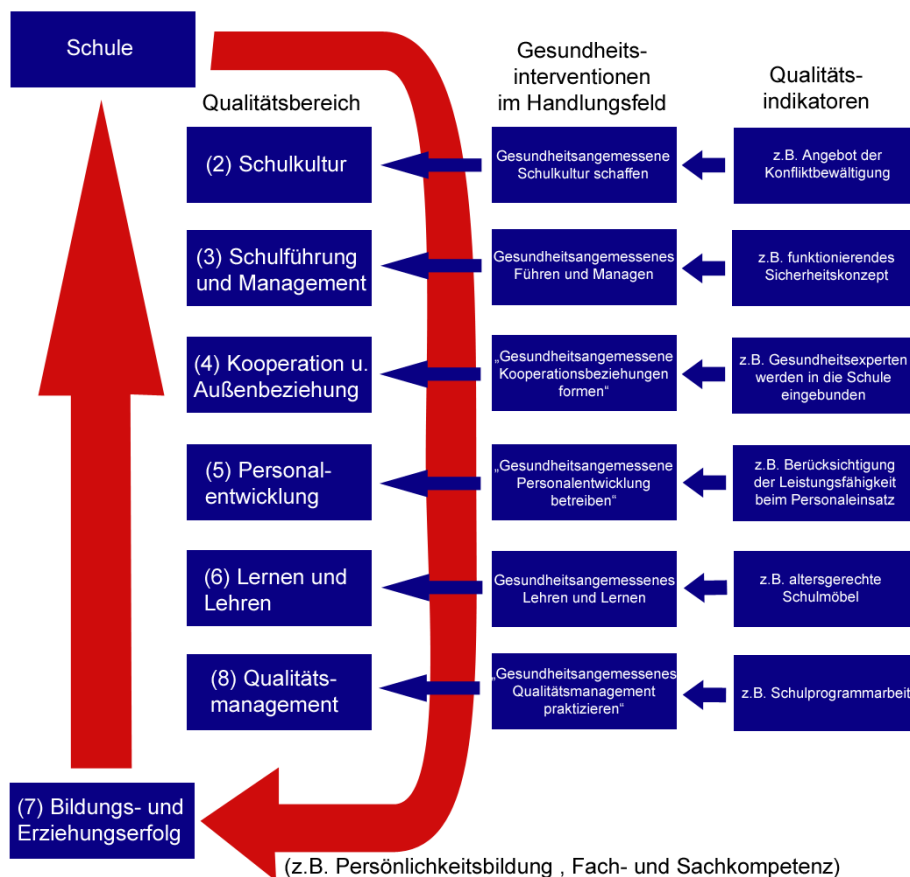
Über die gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren kann geprüft werden, ob die Schule Gesundheitsinterventionen in der Prozessgestaltung

von Schulentwicklung mit berücksichtigt hat. Wenn sie dies tut, dann wirkt das verbesserte Ergebnis in die Schule zurück, stärkt sie und kann als Ausgangspunkt der weiteren Schulentwicklung genutzt werden. Die Gesamtheit der möglichen Gesundheitsinterventionen in den Qualitätsbereichen stellt die Gesundheitsqualität einer Schule dar. Sie kennzeichnet das Ausmaß, in dem wissenschaftlich fundierte gesundheitsbezogene Interventionen für Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und für das nicht-unterrichtende Personal die Wahrscheinlichkeit erhöhen, definierte Gesundheits- und/oder Gesundheitsbildungsziele bzw. Bildungsziele zu erreichen.

Von der Gesundheitsfördernde Schule zur guten gesunden Schule

Das hier vorgestellte Konzept wendet sich ab von dem in den 1990er Jahren entwickelten Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“. Kennzeichen des herkömmlichen Ansatzes war und ist es, dass Schule in den Dienst der Gesundheit gestellt wird und das Erreichen von Gesundheits- und Gesundheitsbildungszielen vorrangiges Ziel ist („Qualifizierung von Gesundheit(sbildung) durch Bildung“). Die dazu bisher vorliegenden nationalen und internationalen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung zeigen, dass dieser Settingansatz für Schulen als aussichtsreicher Weg der Gesundheitsförderung gelten kann (International Union of Health Education and Promotion, 2008, 2009; Tang et al., 2008; St Leger, 2010).

Abb. 3. Schule – Gesundheit – Bildung: Gesundheitsangemessene Gestaltung der Schule als „added value“



Dieser Ansatz erbringt aber keineswegs immer gute Gesundheits(bildungs)wirkungen, wie Kliche et al. (2010) feststellen. Sie hängen vielmehr von komplex interagierenden Umsetzungsbedingungen in den Schulen und von der Qualität der Maßnahmen selbst ab. In einem logischen Modell bzw. einer Programmtheorie zeigen Kliche et al. (2010) das Gefüge der Wirkungsebenen, der erwarteten Effekte und wichtiger Drittvariablen auf, das bei der Einschätzung der Qualität und der

Qualitätsansprüche an die schulische Gesundheitsförderung im Blick auf die Gesundheitsqualität zu berücksichtigen ist. Die Variablen, die zu beachten sind, betreffen (1) den Organisationsstatus der Schule, (2) die Projektgestaltung in der Schule, (3) die Organisationsentwicklung der Schule und (4) die schulischen Gesundheitswirkungen.

Am schnellsten lassen sich nach Kliche et al. (2010) Veränderungen auf struktureller und organisationskultureller Ebene erzielen (z.B. Aufnahme von Gesundheitszielen im Schulprogramm, Gestaltung von Schulkonferenzen, Gestaltung von Arbeits- und Ruhephasen). Individuelle Veränderungen für die Zielgruppen der Lehrkräfte, der Schülerinnen und Schüler etc. folgen diesen später nach. Auch diese werden nacheinander erreicht – als erstes die Lehrkräfte, dann die Schüler und schließlich auch, wenngleich seltener angezielt, das familiäre Umfeld. Auf dieser individuellen Ebene erfolgt die Wirkung wiederum in einer bestimmten Reihenfolge. Als erstes wird eine Akzeptanz der Maßnahmen erreicht, dann folgen Wissenszuwächse, dann Einstellungsänderungen, dann eine Änderung des Gesundheitsverhaltens und dann auch eine Veränderung des Gesundheitsstatus, der schließlich zu einer Veränderung hin zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise als Teil der Lebensführungskompetenz führt.

Auch wenn die Wirksamkeit dieses Settingansatzes in Pilotprojekten immer wieder bestätigt wird, wird aus diesen „Modellen guter Praxis“ dennoch kaum eine „Praxis der guten Modelle“. Ebenso, wie die vielen Einzelprogramme schulischer Gesundheitsförderung, die die Förderung in den Bereichen gesundheitsbezogener Lebenskompetenzen oder Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Ziel haben, ist seine

Breitenwirksamkeit noch weitgehend ungesichert (Kliche et al., 2010). Paulus und Witteriede (2008) konnten zeigen, dass nur ca. 14 Prozent der ca. 48.000 Schulen in Deutschland programmatisch auf der Ebene der Schulleitbilder und -programme den Setting-Ansatz in der schulischen Gesundheitsförderung vertreten. Durchgeführte Stichproben lassen aber vor dem Hintergrund der eben angeführten Erkenntnisse vermuten, dass auf der Ebene der Umsetzung im schulischen Alltag sehr viel weniger verwirklicht wird. Dies bedeutet, dass es trotz der fast 20-jährigen Bemühungen nicht gelungen ist, den Settingansatz schulischer Gesundheitsförderung in Schulen umfassend und wirksam zu verankern und zu integrieren. Um es anders zu formulieren: der Evidenz basierten Praxis fehlt noch weitgehend die Praxis basierte Evidenz (Paulus, 2003).

Schulgesundheitsmanagement als Strategie der guten gesunden Schule

Schulisches Gesundheitsmanagement ist eine wichtige Strategie der Umsetzung des Konzepts der „guten gesunden Schule“, wenn sie sich anders versteht als nur Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf die Schule zu übertragen oder aber das schulische Gesundheitsmanagement als eine weitere zusätzliche Aufgabe des schulischen Qualitätsmanagements zu begreifen (Dadaczynski/Paulus 2011). Schulisches Gesundheitsmanagement, so wie es im Rahmen der guten gesunden Schule verstanden wird, ist eine Querschnittsaufgabe der Schulleitung, die sich aus dem Bildungsauftrag der Schule ergibt, der mit seinen organisationalen Voraussetzungen in den Qualitätskonzepten guter Schulen z.B. von den Kultusministerien und den obersten Senatsbehörden der Länder vorgegeben ist. „Schulführung und Management“ ist in allen

Schulqualitätskonzepten der Länder ein wichtiger Qualitätsbereich (Paulus/Michaelsen-Gärtner, 2008).

Hier wäre das schulische Gesundheitsmanagement anzusiedeln. Es wirkt in andere Prozessbereiche der Schule und des Unterrichts mit hinein und bezieht sich dann auch auf Führungsstile, Schulkultur und -klima, Arbeitsverhalten, Arbeitszufriedenheit, organisationales Lernen und die Organisation der Lehr-Lernprozesse auf unterrichtlichen Ebene. Mit solchen Managementsystemen, in denen „Gesundheits-Zirkel“, „Gesundheitsteams“ etc., unter aktiver Beteiligung der Schulleitung eine wichtige Rolle spielen, wird in das Management des „Betriebs Schule“ eine Gesundheitsperspektive integriert. Aus der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ja hinlänglich bekannt, dass die Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Innovationskraft eines Menschen maßgeblich von seiner körperlichen Gesundheit und seinem seelischen Wohlbefinden abhängig ist (Badura, 2000, S. 22).

Schulisches Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule ist dann die systematische, wissenschaftlich fundierte und zielgerichtete Steuerung und Integration aller schulischen Prozesse unter explizitem Einbezug gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse mit dem Ziel, Schulen bei der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags nachhaltig wirksam zu unterstützen, damit sie ihren Auftrag, „gute Schule“ zu „entwickeln“, effizienter sichern und fortentwickeln kann. Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitglieder der Schule in enger Verknüpfung mit den Erfordernissen der Schule als Bildungsinstitution spielen dabei eine zentrale Rolle. Schulisches Gesundheitsmanagement bedeutet, die Gesundheit auf normativer Ebene in

das Leitbild und in die Kultur („Schule als Lebens- und Erfahrungsraum“), auf strategischer Ebene („Schlüsselkonzept“; „Motor“; „Ressource“) in die Strukturen und Prozesse der Schule („Arbeitsplatz der Lehrkräfte“; „Lernplätze der Schüler“) einzubinden. Auf operativer Ebene sind die mit diesen Entscheidungen verbundenen Maßnahmen einzuleiten. Der Schulleitung kommt in diesem Gesamtprozess eine entscheidende Bedeutung zu: Gesundheitsmanagement ist eine Führungsaufgabe der Schulleitung.

Gesundheitsqualität der Schule – Beitrag zur Schulentwicklung

Für die identifizierten Qualitätsbereiche sind in den Qualitätsrahmen der Bundesländer allgemeine Standards festgelegt worden, die als Orientierungshilfen für die Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess dienen sollen. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften bzw. der schulischen Gesundheitsförderung können für diese Bereiche nun Standards der Gesundheitsqualität der Schule entwickelt werden, die dann einen Beitrag zu einer umfassenden qualitätsorientierten Schulentwicklung leisten können (Dür, 2008a). Ein solcher Rahmen mit den entsprechenden Indikatoren ist von Paulus/Michaelsen-Gärtner (2008) in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Qualität schulischer Gesundheitsförderung. Dimensionen, Kriterien und Indikatoren. Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox“ erstellt worden

(<http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7179>).

Er kann im Rahmen des selbst durchgeführten Qualitätsmanagements von den Schulen genutzt werden. Er integriert das

Gesundheitsmanagement in das umfassende Qualitätsmanagement und stellt ein Beispiel dar, das zur Sicherung, aber auch zur Entwicklung der Qualität schulischer Gesundheitsförderung im Schnittfeld Bildung – Gesundheit geeignet ist. Die Kriterien sind abgeleitet aus den Handlungsfeldern und Qualitätsbereichen, sie geben die Qualitätsziele vor, die im Qualitätsmanagement-Kreislauf nun auch durch gesundheitsbezogene Maßnahmen im Abgleich von Ist- und Soll-Werten bearbeitet werden. Über gesundheitsbezogene Indikatoren und ihnen zugeordnete Messinstrumente findet jeweils eine empirische Prüfung statt. Die damit angeregte gemeinsame und systematische Beschäftigung der Schulen und ihrer Partner mit gesundheitsbezogenen Qualitätsfragen hat auf diesem Weg die realistische Chance, Bestandteil der Schulkultur zu werden.

Es wird zukünftig vermehrt darum gehen, nicht nur zielgemäß die Bildungsqualität durch Interventionen aus Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern und die Bildungsentwicklung anzuregen, sondern auch darum, Qualitätsanforderungen an die Projekte und Projektpartner zu stellen und einzulösen. Von eminenter Bedeutung für die Weiterentwicklung der schulischen Gesundheitsförderung mit der Perspektive der Bildungsförderung wird es sein, Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungsverfahren bereit zu stellen, die es erlauben, die Qualität der in Schulen eingesetzten Maßnahmen, z.B. Programmen zu bestimmen. Ein Beispiel, ist das Fragebogen gestützte Verfahren QSGB (Dadaczynski/Witteriede 2011). Es ermöglicht die systematische Bewertung schulbezogener Programme und erleichtert damit die Auswahl aus der Vielzahl der sich zurzeit am Markt befindenden Programme. Ein

weiteres Beispiel zur Qualitätsentwicklung und -sicherung ist „die initiative \rightarrow Gesundheit \rightarrow Bildung \rightarrow Entwicklung in Niedersachsen“. Sie führt selbst keine Projekte durch, sondern fungiert im Sinne einer Qualitätsagentur für die schulische Gesundheitsförderung. Sie nutzt zentral das eben vorgestellte Verfahren QSGB.

Ausblick – gute gesunde Schule und darüber hinaus

Die schulische Gesundheitsförderung steht vor einem weiteren Entwicklungsschritt. Für ein gelingendes Aufwachsen und eine gute Entwicklung der Kinder und Jugendliche kann die gute gesunde Schule einen Beitrag leisten. Um den Kindern und Jugendlichen aber Möglichkeiten einer positiven Entwicklung bieten zu können, durch die sie individuell gefördert werden, ihnen Möglichkeiten für ein gutes Aufwachsen geboten werden und sie ihre Potenziale entfalten können, ist mehr nötig. Wichtig werden die politischen Strukturen und die Einsicht, dass es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, Kindern und Jugendlichen ein gelingendes Aufwachsen zu ermöglichen. Nur durch gemeinsame und aufeinander abgestimmte Anstrengungen der Sozial-, Familien-, Jugend-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Gesundheitspolitik (s. z.B. Paulus 2010) und unter Einbeziehung der auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen relevanten Akteure (z.B. Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Stiftungen) einschließlich der Kinder und Jugendlichen selbst, kann der Weg zu einem gerechteren Ausgleich der gesellschaftlich ungleich determinierten gesundheits- und bildungsbezogenen Chancen von Kindern und Jugendlichen beschritten werden. Schule allein wird es nicht richten können.

Literatur

- 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* (S. 347-360). Weinheim.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (AGOLJB) (2005): Kinder und Gesundheit – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: *Jugendministerkonferenz* (2005): TOP 7. Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe. München.
- Badura, B. (2000): Einleitung. Bertelsmann-Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement* (S. 21-36). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2002): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (2. erw. Aufl.). Köln.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): *Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule*. http://www.bmfsfj.de/doku/kjb/data/download/kjb_060228_ak3.pdf
- Center for Disease Control and Prevention (2010): *The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance*. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta.

- Dadaczynski, K. und Paulus, P. (2011): Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland, *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 58, 306-318.
- Dadaczynski, K. und Paulus, P. (2011): Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 164-178). Bern.
- Dadaczynski, K. und Witteriede, H. (2011): Q^{SGB} - Ein Verfahren zur Qualitätssicherung schulbezogener Programme in Gesundheit - Bildung (hrsg. von »die initiative« in der Schriftenreihe ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte, Band 29, in Kooperation mit »kogeb«). Lüneburg.
- Dür, W. (2008a): Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken? In: Hörhan, C.; Rohrauer, G. (Hrsg.) (2008a): *Was kann Gesundheitsförderung, Evidenz in Theorie und Praxis, Tagungsband*, 19-23. Wien
- Dür, W. (2008b): *Gesundheitsförderung in der Schule, Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung*, Bern.
- Fend, H. (2006): *Neue Theorie der Schule. Das Bildungswesen als institutioneller Akteur der Menschenbildung*. Wiesbaden.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. und Mühlum, A. (2011): *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Juventa.

- Hascher, T. (2004, Hrsg.): *Schule positiv erleben, Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*, Bern.
- International Union for Health Promotion and Education (2008): *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. Geneva.
http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf
- International Union for Health Promotion and Education (2009): *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*. Geneva.
http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PHiS-E&A_3Mar2010_WEB.pdf
- Klusmann, U.; Kunter, M.; Trautwein, U. und Baumert, J. (2006): Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. In: *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, 20 (3), 161-173.
- Kliche, T., Hart, D., Kiehl, U., Wehmhöner, M., Koch, U. (2010): (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts „gesund leben lernen“. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 377–388.
- Michelsen, G.; Paulus, P.; Stoltenberg, U. (2002): Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit – ein gemeinsamer Diskussions- und Praxiszusammenhang. In: Paulus, P.; Stoltenberg, U. (Hrsg.): *Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit?* Frankfurt.

- Murray, B.; Low, B.; Hollis, C.; Cross, A.; Davis, S. (2007): Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. In: *Journal of School Health*, 77, 589-600
- Nieskens, B., Paulus, P. (2012): Lust auf Schule – Typische Schulsituationen als Impulse für Gesundheit, Schul- und Unterrichtsqualität. In: Kliebisch, U. ; Balliet, M. (Hrsg.): *LehrerHandeln. Kompetent, effizient, kongruent. Hohengehren* (im Druck)
- Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule“. In: Aregger, K.; Lattmann, U. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 93-114). Luzern
- Paulus, P. (2009): *Anschub.de – ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule*. Münster: Waxmann.
- Paulus, P. (Hrsg.) (2010a): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim.
- Paulus, P. (2010b): Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Schulen. Nationale und internationale Entwicklungen, In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 275-290). Weinheim.
- Paulus, P. (2011): Qualität schulischer Gesundheitsförderung: Erkennen, entwickeln, sichern. In: Bundeszentrale für gesundheitliche

- Aufklärung (Hrsg.). *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Dokumentation*. Köln (im Druck).
- Paulus, P.; Gediga, G. (2010): Anshub.de. Bericht über erste Ergebnisse der Evaluation eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule, In: Paulus P (Hg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit, Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 311-328). Weinheim
- Paulus, P.; Michaelsen-Gärtner, B. (2008): *Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Ordnung*. <http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitundschule/gesundeguteschule/>
- Paulus, P.; Witteriede, H. (2008): *Bilanzierung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Konzept einer gesunden Schule*. Dortmund
- Ravens-Sieberer, U.; Ellert, U.; Erhart, M. (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50, 810–818
- Robert Koch-Institut (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Berlin
- St. Leger, L.; Young, I.; Blanchard, C.; Perry M, (2010): *Promoting Health in Schools. From Evidence to Action, 2010*, http://www.iuhpe.org/?page=516&lang=en#sh_adveid

- Stiller, E. (2008): Unterrichtsentwicklung neu denken! – Überlegungen aus salutogenetischer Perspektive. In: Brägger, G.; Badura, B.: *Bildung und Gesundheit: Argumente für eine gute und gesunde Schule* (S. 205-232). Bern
- Suhrcke, M.; de Paz Nieves, C. (2011): *The impact of health and health behaviors on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen
- Tang, K.; Nutbeam, D.; Aldinger, C. et al. (2008): Schools for health, education and development: a call for action. In: *Health Promotion International*, 24, 68-77
- World Health Organization (2008): *Inequalities in Young People's Health. Health Behavior in School Aged Children*. International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen

Abb. 1

Lust auf Schule – ein Person-in-Situationen-Ansatz (PiSA) für Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte

„Im Rahmen des Konzepts der guten gesunden Schule sind unter Berücksichtigung der empirischen Kenntnisse zur Lehrergesundheit in dem Pilotprogramm „Anschub.de“ mit der Modulentwicklung „Lehrkräftegesundheit“ erste Schritte unternommen worden, auf neuartige Weise konkret alltagsnah und alltagstauglich Materialien bereit zu stellen, die Lehrkräfte jeden Alters, jeder beruflichen Entwicklungsstufe und jeder Schulform dabei unterstützen sollen, ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern und die Arbeitsbedingungen mit ihren An- und Herausforderungen zu optimieren. Damit soll der Gefahr psychomentaler Fehlbelastungen, psychischer Störungen und damit dem Risiko der Langzeiterkrankungen im Lehrberuf wirksam begegnet werden. Das Modul „Lust auf Schule“, das hier ansetzt, geht von dem innovativen theoretischen „Personen in Situationen-Ansatz (PiSA)“ aus. Diese Ansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Belastungen und Beanspruchungen von Lehrkräften nicht durch eine isolierte Betrachtung von entweder einzelnen situativen Aspekten oder aber personalen Dispositionen erklärt werden können, sondern als Resultat des Erlebens und Verhaltens von Personen in komplexen beruflichen Situationen verstanden müssen. Lehrkräfte müssen uneindeutige, vielschichtige, oft konfliktäre und dynamische Anforderungssituationen mit ihren Kompetenzen, Fähigkeiten und Eigenschaften bewältigen und hierbei die verschiedenartigen

situativen Rahmenbedingungen und Setzungen berücksichtigen. Solche für den Lehrerberuf typischen Situationen können mit Bezug auf die Qualitätsdimensionen guter Schulen (z.B. nach dem vorgestellten SEIS-Konzept) systematisiert und verdichtet werden. Diese herausgearbeiteten „Person-in-Situation“-Vignetten heißen „prototypische Situationen des Lehrerberufs“. Zusammen genommen ergeben sie eine „Topographie des Lehrerberufs“. Sie ist allerdings je nach Ausbildungsstand der Lehrkräfte, ihrem Dienstalter und der Schulform unterschiedlich. Bislang sind erst wenige prototypische Situationen für die einzelnen Merkmale der Qualitätsdimensionen entwickelt worden.

Solche „Personen-in-Situationen“-Prototypen stellen eine Weiterentwicklung gängiger Ansätze dar, die entweder die personalen oder situativen Belastungs- bzw. Beanspruchungsmerkmale oder -muster identifizieren, auflisten und zum Ausgangspunkt von Veränderungsstrategien machen. Könnte man weglassen, da jetzt redundant. Der PiSA bezieht beide Aspekte, Person und Situation, systematisch aufeinander und nimmt sie gemeinsam zum Ausgangspunkt von Analyse, Planung und Veränderung. Die Analyse der empirisch zu ermittelnden prototypischen Situationen geschieht auf mehreren Ebenen. Den Einstieg bilden alltags- bzw. naiv-psychologische Analysen der Prototypen. Sie werden angereichert und überformt durch schulbedeutsame psychologische Perspektiven, wie persönlichkeits-, sozial-, entwicklungs- und pädagogisch-psychologische sowie medizinische Analyseraster. Dies ist die zweite Ebene. Eine weitere Ebene bildet die arbeits-, betriebs- und organisationswissenschaftliche einschließlich der arbeitsmedizinischen

Analyse der prototypischen Situationen. Die politische, insbesondere die bildungspolitische Ebene bildet den Abschluss der Analysesystematik.

Für jede diese Ebenen werden für die jeweiligen prototypischen Situationen generisch Planungs- und Handlungsstrategien vorgestellt, die auf die jeweils individuellen Situationen der Lehrkräfte und Schulen mit Unterstützung von Prozessmoderatoren gemeinsam mit den Betroffenen zugeschnitten werden müssen (z.B. die wechselnde Bedeutung von sozialen Stützsystemen). Den Kontext für die Entwicklung von Handlungsstrategien bilden gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung der salutogenetischen Perspektive sensu Antonovsky u.a., die von einem Ressourcenmodell menschlicher Entwicklung (Kohärenzsinn, Resilienz) ausgehen (Antonovsky 1997; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2002).

Indem PiSA sowohl eine Ist-Analyse als auch die Planung möglicher Veränderung beinhaltet, ist es ein Instrument, das sowohl zur Diagnostik als auch zum Training, zur Aus- Fort- und Weiterbildung sowie zur Schulentwicklung genutzt werden kann. Lehrkräfte können sich mit den vorgebenen Situationen als einer realistischen Widerspiegelung ihrer beruflichen Praxis identifizieren, den Studierenden des Lehramts dienen sie als realistische Abbilder beruflicher Wirklichkeit, mit denen sie sich unter wechselnden Perspektiven bzw. multiperspektivisch auseinandersetzen können“ (Nieskens / Paulus, 2011).