



Wicki, Werner. Bürgisser, Titus (2008). **Praxishandbuch Gesunde Schule**. Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen. Bern: Haupt

Auszug Beitrag Titus Bürgisser, S. 55-92

Gesundheitsfördernde Schule – Spannungsfelder und Chancen

Kontakt: titus.buergisser@phlu.ch, PH Luzern, Weiterbildung
Zentrum Gesundheitsförderung, Frohburgstrasse 3, 6002 Luzern

3

Gesundheitsfördernde Schule
Modelle und Grundlagen

Gesundheitsfördernde Schule – Spannungsfelder und Chancen

Was Gesundheitsförderung zu guten Schulen beitragen kann

Titus Bürgisser

Gesundheitsförderung steht in einem spannungsreichen Verhältnis von Forderungen und Möglichkeiten. Der folgende Beitrag will Hinweise dazu geben, wie Schulen mit diesen Anforderungen umgehen können. Er möchte zudem einen Überblick über die Grundlagen, Chancen und Grenzen schulischer Gesundheitsförderung verschaffen, die in den bisherigen und den folgenden Kapiteln des vorliegenden Buches thematisch vertieft werden. Es werden pädagogische Ansätze skizziert, die sich der Nachhaltigkeit und der Vernetzung von Gesundheitsförderung in Schulen verschreiben. Dabei werden zentrale Begriffe und Modelle vorgestellt mit dem Ziel, Schulleitungen und Lehrpersonen Orientierung zu geben und zur Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung an ihrer Schule anzuregen. Ausgangspunkt sind folgende Fragestellungen:

- Warum sollen sich Schulen mit Gesundheit beschäftigen? Was ist der Nutzen für die Schulen?
- Was ist und will Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen?
- Welche Handlungsfelder gibt es? Wo kann und soll Schule aktiv werden?
- Was wirkt? Welche Erkenntnisse über Wirkungen sind aus der Forschung bekannt?
- Wie sollen Schulen Gesundheitsförderung umsetzen? Worauf ist zu achten? Welche Prämissen sollen beachtet werden, um Gesundheitsförderung professionell und wirkungsvoll umzusetzen?

Schule und Gesundheit im Spannungsfeld der Interessen

Von A wie Alkoholprävention über E wie Ernährungslehre oder S wie Sexualerziehung bis zu Z wie Zahnpflege – das Alphabet der gesundheitsbezogenen

Forderungen an die Schule kennt eine große Vielfalt. Viele der Anforderungen sind nicht neu. Einige sind im Verlaufe der Zeit verschwunden, anderen haben meist in neuer Erscheinung ihren Platz erneut eingenommen. Geprägt von steigenden Gesundheitskosten und politischen Forderungen, aber auch vom medialen Interesse, hat die Wunschliste in den letzten Jahren reges Wachstum erfahren – die „Schul-Tasche“ füllt sich und wird schwerer und schwerer. Auf die Aufschichtung von Anforderungen folgte eine Vielzahl von Projekten, von allen Seiten, auf allen Ebenen. Sie sind in ihrer Umsetzung durch eine gewisse Hektik und Euphorie gekennzeichnet. Für viele von ihnen gilt: So rasch sie aus dem Boden geschossen kamen, versandeten ihre Wirkungen auch wieder... In vielen Schulteams hat sich Frustration und auch Ratlosigkeit breit gemacht. Es macht den Anschein, dass wir Schulen mit den Anforderungen und dem Aktivismus rund um das Thema Gesundheit überfordern. Nüchtern müssen auch Gesundheitsexpertinnen und -experten feststellen: Interventionen, die nicht wirksam sind, sind vor allem eines: Ungesund für die Lehrpersonen. Und den Schülerinnen und Schülern bringen sie nichts. Es bleibt die Frage, wie Schulen die Gesundheitsförderung wirksam wahrnehmen können, ohne sich zu überfordern.

Die Balance zwischen Anforderungen und Möglichkeiten finden

Auf dem Hintergrund der vielen und komplexen Anforderungen, die an die Schule von heute gestellt werden, wird in den letzten Jahren immer wieder die Strategie „Konzentration auf die Kernaufgaben“ propagiert. Diese Strategie ist keine professionelle und gewinnbringende Antwort auf die gesundheitlichen Herausforderungen der Schule, weil sie damit Lehrpersonen und Schulleitungen mit diesen Fragen alleine lässt. Zumal auch ungeklärt bleibt, was nun die Kernaufgabe von Schulen ist. Vielmehr gilt es den Bildungs- und Erziehungsauftrag stetig zu reflektieren und die damit verbundenen Anforderungen in Verbindung mit den vorhandenen Ressourcen zu bringen. Am Beispiel der Gesundheitsförderung lassen sich viele der Spannungsfelder, denen Schulen heute ausgesetzt sind, besonders gut aufzeigen (Abb. 1).

Spannungsfeld Anforderungen und Ressourcen

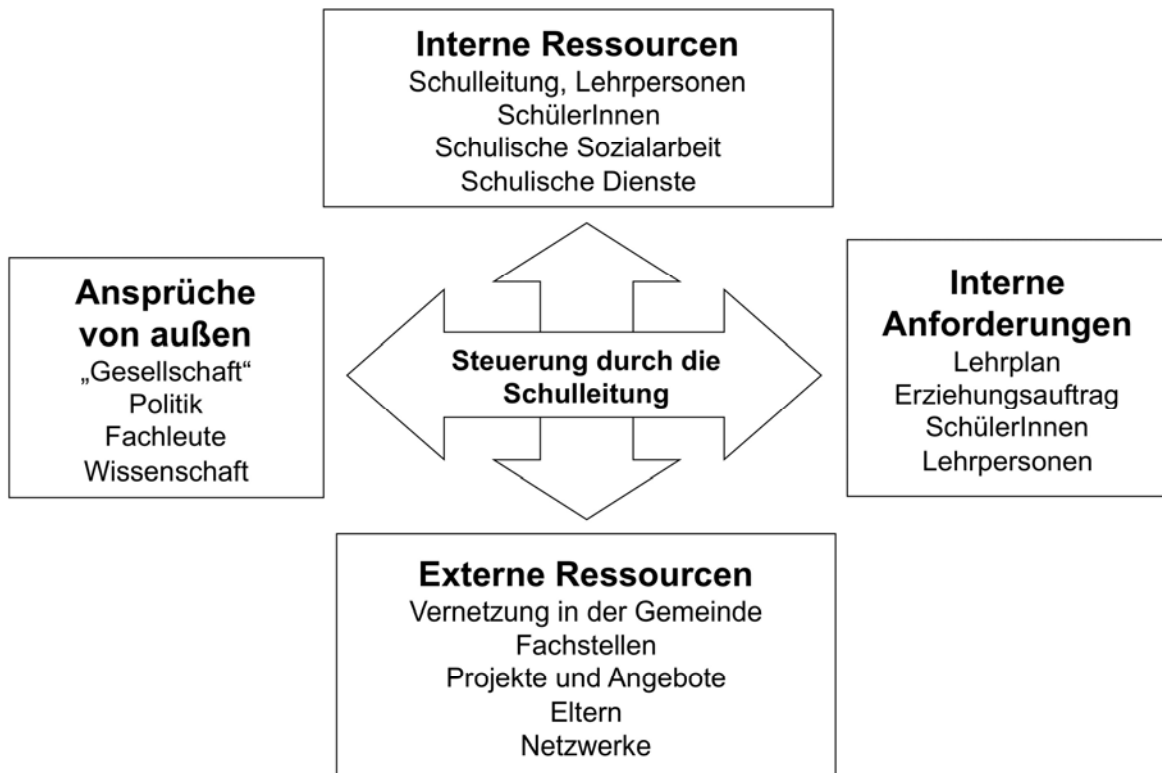


Abbildung 1: Schule und Gesundheit im Spannungsfeld von Anforderungen und Ressourcen

Dabei konkurrieren externe Anforderungen mit einem reich bepackten Grundauftrag in einer Zeit, in der die personellen und finanziellen Mittel immer wieder gekürzt werden. Die Balance zwischen den Anforderungen und Ressourcen erfordert dabei Gesundheitswissen, Kenntnis wirksamer Maßnahmen und Steuerungskompetenz. Die Lehrpersonen und Schulleitungen brauchen im Bearbeiten dieser anspruchsvollen Aufgabe Unterstützung. Eine bedeutsame Partnerschaft ergibt sich aus der Zusammenarbeit mit anderen Settings wie Familie, Gemeinde oder Freizeit. Während sich die Zusammenarbeit mit dem *Elternhaus* in der Gesundheitsförderung etabliert hat, ist die Integration in kommunale Gesundheitsförderungsstrategien bisher erst vereinzelt erfolgt. Die (Bildungs-)Politik hat ihr Unterstützungspotential bisher noch nicht vollständig entfaltet, da noch kaum geklärte Aufträge für Schulen im Bereich der Gesundheitsförderung vorliegen. Als Erfolgsgeschichte kann allerdings die fachliche Vernetzung bezeichnet werden, wie sie ausgehend vom *Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen* auch in deutschsprachigen Ländern etabliert ist (vgl. den

Beitrag von Barbara Zumstein im vorliegenden Buch). Hier arbeiten Schulen, Bildungsbehörden und Fachstellen zusammen und unterstützen sich gegenseitig.

In der Schweiz spielen die *Pädagogischen Hochschulen* in diesem Unterstützungssystem eine wichtige Rolle, die sie in Zukunft noch vermehrt wahrnehmen sollten. Mit dem vierfachen Leistungsauftrag – der Ausbildung, Weiterbildung, Forschung+Entwicklung und Dienstleistungen – haben sie bedeutsame Unterstützungselemente für Gesundheitsförderung in Schulen institutionell zusammengeführt. Als Partner der Schulen können sie zudem einen von politischen und medialen Strömungen weitgehend unabhängigen Wissenstransfer und Support anbieten, der nicht nur dann stattfindet, wenn es brennt, sondern sich der Systematik, der Kontinuität und der Nachhaltigkeit verpflichtet (vgl. Herzog & Bürgisser 2008, S. 7–9).

Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit sind komplex. Sie gehen weit über das etwas einfache Muster „Gesellschaft fordert – Schule ist überfordert und überlastet“ hinaus. Eine Rollen- und Aufgabenklärung ist deshalb vordringlich. Dabei ist zu hoffen, dass sich die Schule und das Bildungssystem nicht einfach in die Rolle des Opfers begeben, das vielen Forderungen ausgesetzt ist, sondern selbst eine aktive und gestaltende Rolle übernehmen. So wird es möglich, das Potenzial des Wissens über Gesundheit und Gesundheitsförderung zur Erreichung des Grundauftrages der Schule und zur Bewältigung aktueller Herausforderungen und Probleme zu nutzen und gleichzeitig einen Beitrag zu wichtigen gesellschaftlichen Fragen zu leisten. Dabei entscheidet die Schule selbst, welche Schwerpunkte sie legt und wie viele Ressourcen sie investieren will. Sie braucht dazu einen gewissen Gestaltungsspielraum, Wissen über die unten beschriebenen Zusammenhänge und Unterstützung durch gute Rahmenbedingungen, externe Fachstellen sowie motivierende Projekte und Angebote.

Im folgenden Abschnitt werden einige dieser Bedingungen beschrieben und mögliche Aufgaben und Grenzen der Schule skizziert.

Gesundheits- und Bildungsforschung

Die Gesundheitswissenschaften liefern wichtige Erkenntnisse darüber, welchen gesundheitlichen Belastungen Menschen ausgesetzt sind, in welchem Umfang und bei wem bestimmte Gesundheitsprobleme feststellbar sind. Zudem generiert sie Erkenntnisse über die Motive und Zusammenhänge von Gesundheits- und Risikoverhalten (vgl. den Beitrag von Werner Wicki im vorliegenden Buch). Maßnahmen, Projekte und Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Prävention von unerwünschten Verhaltensweisen können zudem mit den Mitteln der Forschung auf ihre Wirksamkeit überprüft und in der Folge verbessert werden. Bildungsforschung schließlich untersucht unter anderem, welche Bedeutung Gesundheit für das Lernen und den Lernerfolg hat. Forschungsergebnisse können einerseits über vorliegende Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung informieren (vgl. den Beitrag von Werner Wicki und Christina Dietrich *Wie gesund sind unsere Kinder und Jugendlichen?* in diesem Buch) und andererseits der Legitimation für gesundheitspolitische Zielsetzungen dienen. Außerdem sind sie eine Grundlage, die dazu dient, Unterricht und Schule sowie Projekte wirkungsvoll zu gestalten.

Gesundheitspolitik, Gesundheitsziele und Bildungsziele

Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung identifizieren problematische Entwicklungen und benennen konkrete Gesundheitsprobleme der Bevölkerung. Sie beziffern häufig auch die Kosten, die der Gesellschaft dadurch entstehen. Besonders gravierende Entwicklungen sollen mit der Definition von Gesundheitszielen und einer entsprechenden Gesundheitspolitik gebremst werden. Dabei geht es einerseits um Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, um die Verminderung von krankheitsbedingtem Leiden oder frühzeitigen Todesfällen und um die Reduktion der damit verbundenen Gesundheitskosten. Diese Gesundheitsziele und entsprechende Programme sind auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung ausgerichtet, oft mit differenzierten Zielen bei spezifischen Zielgruppen. Die Schule spielt bei der Umsetzung dieser längerfristigen nationalen Gesundheitsziele mit entsprechenden Programmen und Maßnahmenpaketen eine wichtige Rolle. Dies deshalb, weil sie

flächendeckend ganze Jahrgangskohorten von Kindern und Jugendlichen erreicht und man sich von einer frühzeitigen Intervention positive Ergebnisse verspricht.

Schulleitungen und Schulteams machen mit Vorteil eine Interessenabwägung zwischen Gesundheitszielen und Bildungszielen (Abb. 2), da diese nicht identisch sind und manchmal divergieren.



Abbildung 2: Gesundheitsziele und Bildungsziele sind nicht deckungsgleich.

Da Bildungsziele in sich und auch bezogen auf die Gesundheitsziele der Gesundheitsbehörden auf nationaler und kantonaler beziehungsweise nationaler Ebene und der Gesundheitsinstitutionen nicht widerspruchsfrei sind, gilt es Spannungen auszuhalten und sie in konstruktiver Weise zu bearbeiten.

Seitens der Politik und der Gesundheitsbehörden besteht eine gewisse Gefahr der Vereinnahmung und der Überbewertung der Möglichkeiten der Schule. So tendieren erfahrungsgemäß vor allem politisch motivierte Forderungen an die Schule dazu, kurzfristige Effekte und vordergründigen Aktivismus höher zu bewerten als langfristige, in die Schule integrierte und wirksame Strategien, welche meist nicht spektakulär sind. Die Verlockung, einfach etwas zu tun, bezahlen Schulen oftmals mit kräfteraubenden Aktionen, deren kurzfristige positive Wirkungen schnell verpuffen und die Ressourcen für nachhaltige Projekte blockieren oder verbrauchen.

Interessant ist insbesondere die Ausgestaltung der gemeinsamen Schnittmenge zwischen Bildungs- und Gesundheitszielen gemäß Abbildung 2. So beinhalten internationale und nationale Gesundheitsziele auch eine Reihe von Chancen, welche die Schulen nutzen können um den eigenen Auftrag und aktuelle Herausforderungen gut bewältigen zu können. Gesundheitsbehörden und Politik setzen Mittel zur Erreichung ihrer Ziele ein, welche auch Schulen zu Gute kommen. Die vernetzte Arbeit mit Partnern in andern Settings kann Entlastung bringen und die Wirksamkeit der Arbeit erhöhen. Hier ist besonders darauf zu achten, dass dafür auch die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden und nicht stillschweigend davon ausgegangen wird, Schulen könnten diese Aufgaben einzig mit ihren eigenen Ressourcen bewältigen. Die Bildungsbehörden und Schulen sind dafür in Zukunft noch stärker als Partner einzubeziehen, welche ihren Anteil an der Verantwortung für gesellschaftliche Ziele und Anliegen nicht einfach als Befehlsempfänger entgegennehmen. Ihre Rolle könnte die eines aktiven und kompetenten Ansprechpartners sein, der den eigenen Anteil an der Lösung gemeinsamer Probleme in Kooperation mit allen Beteiligten mitgestaltet.

Gesundheitsthemen als Bildungsauftrag im Lehrplan

Schulen haben einen im Lehrplan verankerten Auftrag, Gesundheit zu lehren. Dabei spielen klassische Gesundheitsthemen wie z.B. Sexualität, Sucht, Ernährung und Bewegung eine zentrale Rolle. Die Themen sind meist auf mehrere Lehrpläne bzw. Fächer verteilt und daher besonders geeignet, fächerübergreifend bearbeitet zu werden. Daneben gibt es im Schulalltag viele Gelegenheiten, Gesundheitsthemen anzusprechen und zu bearbeiten, wenn sie im Leben der Kinder und Jugendlichen auftauchen. Voraussetzung dafür sind Lehrpersonen, welche um die Bedeutung der Gesundheit wissen und sich darauf einlassen wollen. Damit Lehrpersonen diese Themen kompetent unterrichten können, müssen sie in der Aus- und Weiterbildung darauf vorbereitet werden, was eine Integration in die Ausbildungspläne und Weiterbildungsangebote voraussetzt.

Gesundheit als Herausforderung im schulischen Alltag – gesund lehren und lernen

Schule kann krank machen. Kinder, welche unter ständigem Leistungsdruck leiden oder durch das ständige Sitzen im Unterricht Haltungsschäden entwickeln, sind damit ebenso gemeint wie Lehrpersonen, welche wegen ihrer Arbeit krank werden.

Deshalb ist gesunden Lern- und Arbeitsbedingungen besondere Beachtung zu schenken (vgl. die Beiträge von Seeger und Bürgisser zu Gesundheitsmanagement und Schulklima in diesem Buch).

Gesundheitsprobleme der Schüler/-innen und Lehrpersonen machen vor der Schulhaustüre nicht Halt. Sie belasten das Zusammenleben im Schulalltag oder beeinträchtigen den Lernerfolg. Die Schule ist hier gefordert, präventiv zu wirken, muss Regeln vereinbaren und durchsetzen und notfalls professionell intervenieren (vgl. dazu die Beiträge zur Prävention von Lehner und Würth sowie von Jegge in diesem Buch).

Gesundheit als eine Voraussetzung für den Lernerfolg

Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lernerfolg sind vielschichtig. So lassen sich Bezüge zwischen genügend Bewegung, ausgewogener Ernährung, ausreichendem Trinken und der Konzentrationsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler herstellen (vgl. die beiden Beiträge von Stephan Zopfi und Claudia Wespi in diesem Buch). Dieselben Faktoren haben zusammen mit einem guten sozialen Klima in der Klasse und der Schule auch positive Auswirkungen auf die Motivation, welche hohe Relevanz für den Lernerfolg hat. Die Umsetzung von Erkenntnissen aus der Forschung ist deshalb nicht lediglich für die Gesundheit, sondern für den pädagogischen Erfolg generell von großer Bedeutung.

Gesundheitsbegriffe und deren Bedeutung für die Schule

Wer sich mit Gesundheitsförderung in der Schule beschäftigt, kommt nicht umhin, sich mit einigen zentralen Begriffen zu befassen. Sie sollen hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit kurz skizziert werden.

Gesundheit

Gesundheit ist ein Konstrukt, dessen Bedeutung aufgrund von kulturellen und sozialen Faktoren und vor dem Hintergrund unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und je nach historischem Kontext erheblich variieren. Gesundheit kann ohne den Bezug zum Begriff *Krankheit* nicht vollständig erfasst werden: Im Sinne einer Abgrenzung (vgl. Franzkowiak 1999, zit. in Hascher et al. 2001) hört man oft, Gesundheit sei die Abwesenheit von Krankheit.

Gesundheit steht wesentlich auch für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht. Gesundheit wird dann verstanden als körperlich-seelisches Gleichgewicht oder als flexible Anpassungsfähigkeit von Körper und Selbst an sich verändernde Umweltbedingungen, z.B. als die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber Krankheitserregern und Infektionen.

In der berühmten Ottawa-Charta ist dieser Gedanke so formuliert:

„Gesundheit ist die Fähigkeit des Menschen, sich aktiv Bedingungen zu schaffen, die Wohlbefinden ermöglichen, bzw. Bedingungen zu erkennen, welche das Wohlergehen beeinträchtigen, um diese zu beeinflussen und zu verändern. [...] Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umgebung geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO 1986)

Die heutigen Vorstellungen über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit sind stark durch die Gegenüberstellung der beiden Begriffe *Pathogenese* und *Salutogenese* bei Antonovsky (1997) geprägt. Die *Pathogenese* beschreibt die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten mit allen daran beteiligten Faktoren. Die *Salutogenese* fragt danach, warum Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben, wie sie sich von Erkrankungen wieder erholen können und wie es zu erklären ist, dass einige Menschen trotz extremster Belastungen nicht krank werden. Antonovsky kritisierte die schulmedizinische Fixierung auf die Pathogenese. Seine Hauptthese war, dass das *Kohärenzgefühl* für die Erhaltung von Gesundheit zentral sei. „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die

Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36). Hafen (2007) ging dagegen davon aus, dass sich sowohl Gesundheitsförderung, Prävention wie Behandlung mit Gesundheit *und* Krankheit auseinandersetzen müssen und plädierte dafür, sowohl die salutogenetische als auch die pathogenetische Perspektive in Strategien der Gesunderhaltung und Behandlung der Menschen zu integrieren und die theoretisch nicht haltbaren Abgrenzungen zwischen diesen Begriffen fallen zu lassen.

Bei genauerem Hinsehen verstand auch Antonovsky (1989) Gesundheit als einen dynamischen Zustand, der sich in einer lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellenden Balance befindet. Gesundheit ist damit auch kein fernes Ziel (mehr), sondern ausdrücklich Bestandteil des täglichen Lebens. Antonovsky (1989) kritisierte die übliche Trennung in gesund und krank. In seiner Vorstellung waren Gesundheit und Krankheit zwei Pole, die sich gegenseitig bedingen (Abb. 3).



Abbildung 3: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (nach Antonovsky 1989)

Wir sind demnach nicht entweder gesund oder krank, sondern befinden uns irgendwo auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und verändern diese Position im Verlauf unseres Lebens ständig. Der aktuelle Standort hängt vom Kräfteverhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren ab, welche somit für die Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Bedeutung erhalten.

Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit wird von mehreren Dimensionen ausgegangen, welche unsere Gesundheit beeinflussen und miteinander in Wechselwirkung stehen. Naidoo und Wills stellen diese Dimensionen wie folgt dar:

Dimensionen der Gesundheit

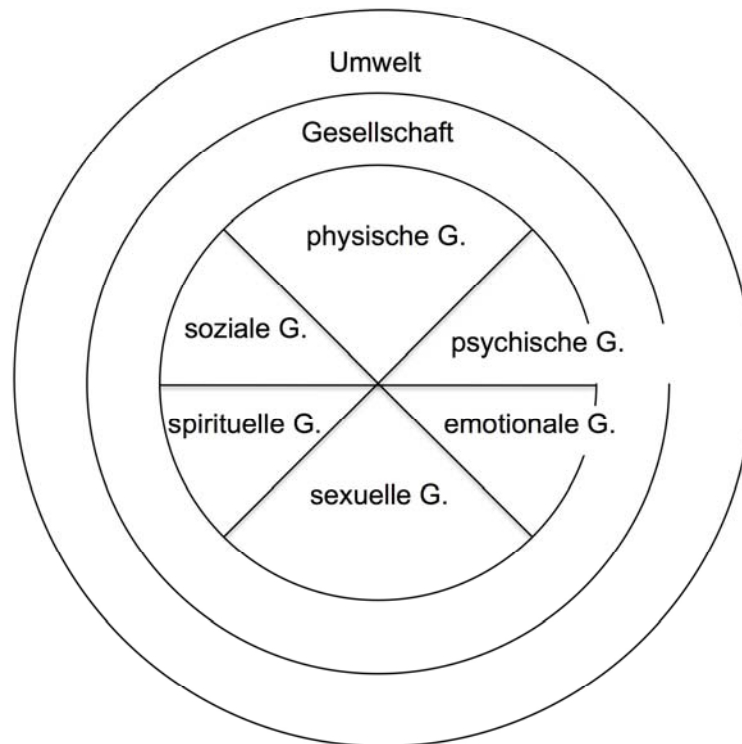


Abbildung 4: Dimensionen der Gesundheit (Naidoo & Wills 2003, S. 6)

Gesundheitsförderung

Grundlage des heutigen Verständnisses von Gesundheitsförderung ist die von der WHO formulierte Ottawa-Charta (WHO 1986). Sie hat mit diesem Dokument einerseits den Begriff „Gesundheitsförderung“ definiert und andererseits ein Programm skizziert, auf dessen Grundlage Gesundheitsförderung weltweit umgesetzt werden sollte. Die Ottawa-Charta hat eine Vielzahl von nationalen und internationalen Programmen und Initiativen ausgelöst, welche die Gesundheitslandschaft bis heute prägen. Auch der Gesundheitsbegriff wurde neu und umfassender definiert.

Die Wende hin zu einem moderneren Gesundheitsverständnis lässt sich mit der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1986 in Verbindung bringen:

„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 1986)

In diesem Verständnis wird das Konzept Gesundheit stärker als früher personalisiert und vor allem dynamisiert. Gesundheit ist weder ein statischer Zustand noch die bloße Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit erfasst alle Bereiche der Lebensführung, also physische wie psychische, soziale und kulturelle oder auch ökonomische Bedingungen.

Die Ottawa-Charta der WHO sieht fünf Handlungsfelder vor:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Schaffen von gesundheitsförderliche Lebenswelten (Settings)
- Unterstützen von gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen
- Entwickeln von persönliche Kompetenzen
- Entwickeln und Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Die *Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert* von 1997 verstärkte die Anliegen der Ottawa-Charta und ergänzte sie mit einer Prioritätenliste. Diese beinhaltet die Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit, den Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung, die Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit, die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen sowie Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung.

Gemeinsam ist in allen dieser internationalen Strategien, dass sie davon ausgehen, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, welches eng mit weiteren Lebensbedingungen gekoppelt ist wie Nahrung, Bildung, Umwelt, Wirtschaftswachstum, Gerechtigkeit, Frieden usw. und dass Armut die mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit darstellt. Somit ist das Engagement für Gesundheitsförderung eingebunden in weitere internationale Prozesse wie zum Beispiel die UNO-Dekade *Bildung für nachhaltige Entwicklung*.

Damit diese Ziele erreicht werden können, setzt sich Gesundheitsförderung für Chancengleichheit ein, entwickelt ihre Interventionen durch konsequente Partizipation der Beteiligten, stärkt deren Ressourcen durch Empowerment und nutzt vielfältige Kooperationen und Netzwerke.

Prävention

Ausgangspunkt der Prävention sind spezifische Krankheiten oder Störungen. Sie sollen verhindert oder frühzeitig behandelt werden. Dabei stützt sich die Prävention auf Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung, welche häufig auftretende Krankheiten oder unerwünschtes Gesundheitsbelastendes Verhalten identifiziert. Präventionsprogramme versuchen, möglichst zielgerichtet Risikogruppen zu erreichen, Risikofaktoren zu vermindern und Schutzfaktoren zu stärken. Während die *Primärprävention* Krankheiten und Risikoverhalten bei allen möglichen Zielgruppen schon vor deren Entstehung verhindern will, setzt die *Sekundärprävention* im Sinne einer Früherfassung bei den ersten Anzeichen auftretender Krankheiten und auch unter speziell gesundheitsgefährdenden Bedingungen bei spezifischen Zielgruppen an.

Gesundheitskompetenz: Health Literacy

Der Erwerb von Kompetenzen ist eine der Hauptaufgaben schulischer Bildung und deshalb auch für die Gesundheitsbildung von zentraler Bedeutung. Kickbusch definiert Gesundheitskompetenz in Anlehnung an die Ottawa-Charta als „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch et al. 2005, S. 10).

Diese Definition ist vom schweizerischen Programm *bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz* in Anlehnung an die WHO wie folgt angepasst worden:

„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Kenntnisse über die Erhaltung und Wiedererlangung körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens so in persönliche Handlungen und in die Gestaltung der Lebens- und Umweltbedingungen umzusetzen, dass die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer gefördert wird“ (bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz, 2007, unveröffentlicht). Beim Erwerb von Gesundheitskompetenz im obigen Sinne spielt auch die Schule eine Rolle. So definieren Abel und Bruhin Gesundheitskompetenz als „wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. [...] Dieses Wissen wird primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen“ (Abel & Bruhin 2003, S. 129).

Abel und Sommerhalder (2007) beschreiben, unter welchen Voraussetzungen Gesundheitskompetenz erworben werden kann und wie sie sich auf das Gesundheitshandeln auswirkt. Dabei spielen Empowerment-Prozesse eine zentrale Rolle. Schulen leisten gemäß ihrer Darstellung einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau von Gesundheitskompetenz.

Konzeptuelle Einordnung von Gesundheitskompetenz

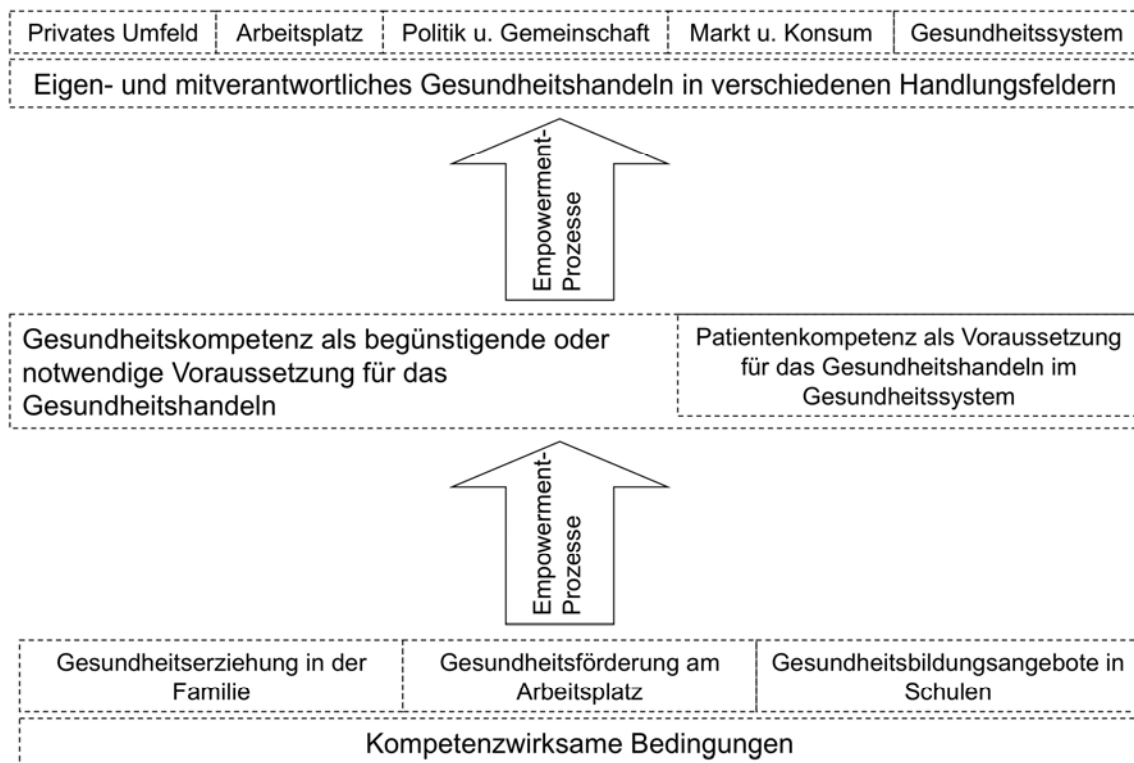


Abbildung 5: Konzeptuelle Einordnung von Gesundheitskompetenz (Abel & Sommerhalder 2007, S. 8)

Gesundheitsfördernde Schule: Modelle, Ziele und Aufgaben

„Wo Gesundheit fehlt, kann Weisheit nicht offenbar werden, Kunst keinen Ausdruck finden, wird Reichtum wertlos, kann Stärke nicht kämpfen und Klugheit keine Anwendung finden.“

Herophilus von Alexandrien, 3. Jh. v. Chr.

Gesundheit und Bildung sind untrennbar miteinander verbunden, wie schon dem uralten obigen Zitat zu entnehmen ist. Auch die Weltgesundheitsorganisation hat diese Zusammenhänge ausführlich beschrieben (siehe oben). In Europa wurde diese Bedeutung durch die erste Konferenz des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen in Thessaloniki von 1997 nochmals unterstrichen. Am Anfang der Konferenzresolution steht der folgende oft zitierte programmatische Satz:

„Jedes Kind in Europa hat das Recht und sollte die Möglichkeit haben, in einer gesundheitsfördernden Schule zu lernen.“ (WHO 1997)

Um die Gesundheitsförderung in Schulen von heute zu situieren, hilft – einmal mehr – der Blick in die Geschichte. So wird erkennbar, dass Gesundheit in der schulischen Bildung schon immer ihren Platz gehabt hat. Sie lässt sich im Kontext der Institution Schule bis ins 18. Jahrhundert zurückverfolgen. In den letzten dreißig Jahren haben sich das Verständnis und der Fokus von Gesundheitsförderung in der Schule allerdings markant verändert. Bis noch Mitte der 1980er Jahre orientierte sich die Gesundheits-erziehung ausschließlich am traditionell medizinischen – meist pathogenetischen – Verständnis von Prävention (z.B. Kariesprophylaxe, Unfallverhütung und gesunde Ernährung). Und sie ‚delegierte‘ sie an Fächer wie Biologie, Sport, Hauswirtschaft oder Lebenskunde. Die Ottawa-Charta leitete mit ihrer Definition von Gesundheitsförderung und der Hervorhebung der Bedeutung der Lebenswelt (Setting) eine Abkehr von diesem Ansatz ein.

Die Gesundheitsfördernde Schule

Für den *Gesundheitsauftrag an Schulen* hat diese Neuausrichtung verschiedene bedeutsame Konsequenzen. Erstens ist sie *eines* der „Settings“, in welchen die Strategien der WHO umgesetzt werden sollen. Als eine zentrale Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen darf und kann sie sich dieser Aufgabe nicht entziehen. Sie ist aber – und das ist ebenso wichtig – nicht das einzige Setting. Mit dem Fokus auf den heranwachsenden Menschen stellen die Familie, die Gemeinde, die Arbeitswelt oder auch die strukturierte Freizeitaktivität in Vereinen weitere Entwicklungsräume dar, die ebenfalls dem Gesundheitsauftrag der WHO verpflichtet sind. Die *Vernetzung* der unterschiedlichen Settings wird eine zentrale Bedingung für das Gelingen der gesamten Strategie haben.

Zweitens wird erkennbar, dass Schulen mit diesem Verständnis ihre Gesundheitsförderung *anders* ausrichten müssen, als sie dies noch vor gut 20 Jahren taten. Gesundheitserziehung kann also nicht einfach ein zusätzliches Fach in der Stundentafel sein, sie sollte in einem fächerübergreifenden Curricula und in der

Schulentwicklung verankert werden. Gesundheitsförderung kann demnach nicht mehr nur Aufgabe von (einzelnen) Lehrpersonen sein, sondern gehört zum Auftrag von Schulen:

„Die Gesundheitsfördernde Schule macht Gesundheit zu ihrem Thema indem sie einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleitet, ein Setting Schule zu schaffen, das zum einen der Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebensstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt und das zum anderen die auf den Arbeits- und Lernplatz bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule.“ (Paulus 2003. S. 94)

Diese Ideen wurden mehrfach konkretisiert und in verschiedenen regionalen und nationalen Projekten an vielen Schulen umgesetzt. Viele dieser Projekte und Programme orientieren sich im Wesentlichen an den von der WHO ausgearbeiteten Kriterien, haben diese weiterentwickelt und an ihre Verhältnisse angepasst.

Die 12 Kriterien der WHO für eine Gesundheitsfördernde Schule+

1. Die aktive Förderung des Selbstwertgefühls der Schüler/Schülerinnen, indem deutlich gemacht wird, dass jeder/jede Einzelne zur Gestaltung des Schulalltags beitragen kann.
2. Die Entwicklung guter Beziehungen im Alltag der Schule, zwischen dem Schulpersonal und den Schülern/Schülerinnen und unter den Schülern/-Schülerinnen selbst.
3. Die Klärung des gesellschaftlichen Auftrages und der Ziele der Schule für das Schulpersonal und die Schüler/-innen.
4. Die Bereitstellung einer Vielfalt von Aktionsmöglichkeiten zur Aktivierung aller Schüler/-innen.
5. Die Nutzung jeder Gelegenheit zur Verbesserung der physischen Umwelt und der Schule.

6. Die Entwicklung guter Kontakte zwischen der Schule, dem Elternhaus und dem kommunalen Umfeld.
7. Die Entwicklung guter Kontakte zwischen den örtlichen Grund- und weiterführenden Schulen zur Aufstellung eines kohärenten Lehrplanes zur Gesundheitserziehung.
8. Die aktive Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schüler/-innen und des Schulpersonals.
9. Die Überprüfung der Rollen des Schulpersonals als gesundheitliche Vorbilder.
10. Die Überlegung, in wieweit die Schulmahlzeiten (falls angeboten) auch zur Ergänzung des Lehrplanes zur Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung genutzt werden können.
11. Die Nutzung der Angebote der kommunalen Dienste zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung.
12. Die Weiterentwicklung der Schulgesundheitsdienste und deren Vorsorgeuntersuchungen zu einer aktiveren Unterstützung der Gesundheitsförderung im gesamten Lehrplan. (nach Gray et al. 2006, S. 33, dt. Text unter www.give.at)

Gesundheitsförderung, Schulentwicklung und Schulqualität

Die verschiedenen Programme und Angebote für Schulen mit dem Ansatz der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ konnten sich unterschiedlich stark durchsetzen. So sind in einigen deutschen Bundesländern und in mehreren Schweizer Kantonen gut funktionierende Netzwerke installiert, deren Wirkungen teilweise evaluiert wurden (vgl. zum Beispiel Vuille et al. 2004 und Balthasar et al. 2007). Aber auch gut funktionierende Netzwerke erreichen in der Regel nur einen Bruchteil der Schulen. Eine der bisher erfolgreichsten Umsetzungen im deutschen Sprachraum ist das Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen der Stadt Bern, welches mit breiter politischer Unterstützung seit 15 Jahren erfolgreich Gesundheitsförderung umsetzt. Die Evaluation dieses Projektes zeigt Zusammenhänge zwischen Schutzfaktoren, Schulklima und Gesundheitsverhalten auf, welche auch für andere Schulen höchst

interessant sind (vgl. Vuille et al. 2004). Das von diesem Netzwerk im Frühjahr 2008 herausgegebene Handbuch *Schulen gesundheitsfördernd gestalten* gibt Schulen einen praktischen Handlungsleitfaden zur Verortung, Verankerung und Umsetzung von Gesundheitsförderung (siehe unter www.schulprojekte.bern.ch).

Wie gesund eine Schule ist, zeigt sich nicht allein daran, ob sie in einem Netzwerk engagiert ist. Viel gute, gesundheitsförderliche Arbeit geschieht, ohne dass die Akteure dies explizit als Gesundheitsförderung deklarieren. Doch die erhoffte Breitenwirkung, dass Gesundheitsförderung in den meisten Schulen Fuß fasst und ein Teil ihres Alltags wird, konnte bisher nicht erreicht werden. Paulus (2003, S. 101) begründet dies damit, „dass der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule originär kein Ansatz ist, der aus der Schule selbst, d.h. aus ihren Entwicklungsnotwendigkeiten heraus, entwickelt worden ist, sondern von außen, von außerschulischen bzw. pädagogischen Interessen, an die Schule heran getragen worden ist und wird. Wesentlicher Motor sind gesundheitspolitische Anliegen, denen es im Kern um eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung geht.“ Ursache der fehlenden Breitenwirkung sind seiner Meinung nach die bereits oben beschriebenen Differenzen zwischen Gesundheits- und Bildungszielen.

Aus diesen Überlegungen heraus sind in den letzten Jahren Modelle entwickelt worden, um Gesundheitsförderung mit den Kernaufgaben und Entwicklungszielen der Schule zu verbinden. Damit verbindet sich die Gesundheitsförderung mit der Frage nach der allgemeinen Qualität von Schulen und wird zur Aufgabe von Schulentwicklung. Die schweizerischen und deutschen Programme *bildung + gesundheit* (Netzwerk Schweiz), *Opus* (Nord-Rhein-Westfalen) und *Anschub.de* haben sich im September 2005 in Sigriswil (Schweiz) auf ein gemeinsames Verständnis der guten gesunden Schulen geeinigt:

„Eine gute gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur Bildung für nachhaltige Entwicklung. Sie weist gute Qualitäten in ihren pädagogischen Wirkungen und ihrem Bildungs- und Erziehungserfolg, der Qualität von Schule und Unterricht sowie der Gesundheitsbildung und -erziehung von Schülerinnen und Schülern aus. Sie sorgt für die stetige und nachhaltige Verbesserung dieser Bereiche durch die konsequente Anwendung von Erkenntnissen der Gesundheits- und Bildungswissenschaften.“ (zit. nach Brägger et al. 2005)

Allerdings verhält es sich mit diesem von Paulus propagierten Paradigmenwechsel ähnlich wie mit den unscharfen Abgrenzungen zwischen Salutogenese und Pathogenese: Sie sind zwei Seiten einer Medaille und bedingen sich gegenseitig. Die Umkehrung der Perspektive führt nicht automatisch zu einer Verbesserung der Situation und zu einer Integration der Gesundheitsförderung in das Bewusstsein der Schulen. Sie löst deshalb die Ansätze der Gesundheitsfördernden Schule nicht ab sondern ergänzt und erweitert sie.

Es gibt Anzeichen dafür, dass die mit diesen Überlegungen angeregte Diskussion bereits erste Spuren in Schulen hinterlässt. Gesundheitliche Aspekte sind in den letzten Jahren zunehmend in den Katalog von *Schulqualitäts-Kriterien* aufgenommen worden. So etwa in die Qualitätsdimensionen des *Internationalen Netzwerks Innovativer Schulen INIS/SEIS* (Stern et al. 2003, S. 62), welches auch das Schulklima und die Zufriedenheit der Beteiligten berücksichtigt. Aktuellstes Beispiel ist das Werk von Brägger und Posse (2007), die mit den *Instrumenten für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen* ein integriertes Modell anbieten, das in 40 Qualitätsmerkmalen mehrere Gesundheitsaspekte berücksichtigt. Schulentwicklungsprozesse knüpfen an die Ergebnisse von Qualitätsüberprüfungen an und werden von der Schulleitung in Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen professionell geplant und durchgeführt. Sollte längerfristig diese Integration von Gesundheitskriterien Fuß fassen, wäre der Stellenwert der Gesundheitsförderung in ein paar Jahren in den Schulen um einiges stärker verankert, als dies mit den bisherigen Modellen der Fall war. Auch dann ist jedoch konkretes Gesundheitswissen notwendig, um die Qualitätskriterien im Alltag auch umsetzen zu können.

Damit Gesundheitsförderung gelingt und bei den Kindern und Jugendlichen ankommt, braucht es eine gute Mischung zwischen langfristigen Konzepten, Strategien und Prozessen *und* konkreten Projekten und Produkten – oder kurz: Pausenapfel *und* Gesundheitsmanagement. Seeger bezeichnet in diesem Zusammenhang Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie, welche Schulentwicklung mit einer innovativen Kraft anreichert und ihr wichtige Impulse geben kann (vgl. Seeger im Vorwort zu Achermann et al. 2004, S. 10). Wie dies konkret aussehen kann, beschreibt Seeger in diesem Buch.

Wird Gesundheitsförderung als Schulentwicklung verstanden, dann müssen konsequenterweise für sie die gleichen Qualitätsansprüche gelten wie für alle Schulentwicklungsprojekte:

Qualitätsansprüche für Gesundheitsförderungsprojekte als Teil der Schulentwicklung

- Sie sind in eine umfassende und systematische Schulentwicklungsplanung integriert.
- Sie werden nach Grundsätzen des Projektmanagements zielgerichtet und nachhaltig umgesetzt.
- Sie sind auf Wirkung und Nachhaltigkeit ausgerichtet.
- Sie berücksichtigen die zeitlichen fachlichen Ressourcen der Beteiligten.
- Zielerreichung und Wirkungen werden evaluiert.

Handlungsfelder und Hauptaufgaben einer gesunden Schule

Aus meiner Sicht haben Gesundheitsfördernde Schulen vier Hauptaufgaben:

- Gesundheitsförderliche Lern- und Arbeitsbedingungen (Ergonomie, Bewegungsmöglichkeiten, Ernährungsangebote, Infrastruktur, Arbeitsbelastung etc.) schaffen

- Schul- und Klassenklima positiv gestalten, Regeln und Werte im Schulhaus reflektieren
- Gesundheit und Prävention als Unterrichtsthema gemäß Lehrplan kompetent unterrichten, evtl. unterstützt durch gezielte Projekte und Angebote
- Mit Gesundheitsproblemen von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrpersonen und weiterem Personal (Prävention, Früherkennung, Intervention) in Zusammenarbeit mit schulinternen und externen Fachleuten kompetent umgehen

Entsprechend dem oben beschriebenen Anspruch, Teil von Schulentwicklung zu sein, lassen sich die meisten Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule, wie sie Wettstein (1996) sehr konkret und umfassend auflistet, den klassischen Handlungsfeldern von Schulentwicklung nach Rolff (1999) zuordnen:

Schulentwicklung und Elemente der Gesundheitsförderung

Organisationsentwicklung	Lehrplan- und Unterrichtsentwicklung	Personalentwicklung
Leitbild und Schulprogramm Integration von Gesundheitsförderung ins Schulleitbild und Schulprogramm	Lehrplan Gesundheitsthemen aus Lehrplan und Alltag in den Unterricht integrieren	Personalförderung Weiterbildung Personalpolitik
Schulklima und Schulleben Kommunikation und Mitbestimmung Vertrauen, Geborgenheit, Gerechtigkeit, Chancengleichheit, Umgang mit Konflikten Ess-, Bewegungs-, Entspannungsangebote Minimierung von Leistungsdruck, Maximierung von Eigenleistung	Unterrichtsgestaltung und Lernorganisation Rhythmisierung des Unterrichts und der Pausen Sinnes- und bewegungsaktives Lernen Abbau von Stress- und Prüfungsangst Anknüpfen an Alltag und Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen Individualisierendes Lernen und soziales Lernen	Entlastung und Zusammenarbeit Arbeitsteilung und Zusammenarbeit unter den Schulverantwortlichen Schuleigene Beratungsdienste und Unterstützung Vernetzung mit Fachleuten, Eltern, Institutionen
Strukturelle Rahmenbedingungen Raumprogramm / Ausstattung der Räume Ausstattung und Regeln Schulhausplatz Klassengrößen und -zusammensetzung Öffnung der Schule: Quartier / Dorf / Stadt Vernetzung mit Fachleuten, Eltern		gesunder Arbeitsort Schule Betriebliche Gesundheitsförderung Arbeitsplatzgestaltung Gesunde Arbeitsbedingungen
Krisenbewältigung Professionelle Bewältigung von Krisen und gesundheitsbedingten Herausforderungen (Sucht, Gewalt, Burnout, Übergriffe etc.)		

Abbildung 6: Schulentwicklung und Elemente der Gesundheitsförderung (erweitert und zusammengestellt ausgehend von Rolff 1999 und Wettstein 1996)

Betriebliche Gesundheitsförderung in Schulen

Die Gesundheit der Lehrpersonen steht zunehmend im Interesse der Bildungsverantwortlichen. Die arbeitsbedingten Belastungen in diesem Beruf sind mehrfach erwiesen und ziemlich gut erforscht (vgl. den Beitrag von Silvio Herzog in diesem Buch). Wenn allerdings Verbesserungen erreicht werden sollen, kommt den Schulbehörden und Schulleitungen eine zentrale Rolle zu. Sie tragen als Personalverantwortliche Mitverantwortung für die Arbeitsbedingungen an Schulen.

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 1997).

Daraus ergeben sich eine Reihe von Aufgaben und Ansatzpunkten, denen Beachtung geschenkt werden sollte, damit diese Belastungen in Zukunft reduziert werden können. Sie schaden nicht nur der Gesundheit der einzelnen Lehrperson, sondern auch der Reputation des Lehrerberufs, was sich zunehmend auf die Studienwahlentscheide junger Menschen auszuwirken scheint.

Ansatzpunkte der Schulleitung für Gesundheitsförderung

- Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen
- Schulentwicklung und Schulklima
- Gesundheit von Lehrpersonen und weiterem Personal
- Gesundheit von Schülerinnen und Schülern
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Eine Fundgrube an Erfahrungen und differenzierten Erkenntnissen liefern Andreas Krause und Mitautoren (2008) mit ihrem Buch *Arbeitsort Schule* aus Sicht der Organisations- und Arbeitspsychologie. Ihr Werk überzeugt vor allem dadurch, dass betriebswirtschaftliche Modelle nicht unbesehen in die Schule übertragen werden sondern sorgfältig den spezifischen Bedingungen der Schule angepasst und überprüft werden. So liefern die beschriebenen Schulprojekte viele Ansatzmöglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und untersuchen deren Auswirkungen. Es werden Erfahrungen aus Projekten beschrieben, welche verstärkte Unterstützungssysteme für Lehrpersonen bereitstellen, die Personalführung professionalisieren, neue Arbeitszeitmodelle erproben und schließlich mehrere Ansätze der Prävention miteinander verbinden. Die Autoren formulieren im Vorwort klar, welche Bedeutung aus ihrer Sicht der Gesundheit zukommt: „Im Zentrum unserer Überlegungen stehen also die Arbeitsorganisation in der Schule und die darin eingebetteten Aufgaben und Tätigkeiten der Lehrkräfte. Eine besondere Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Rückwirkungen der Aufgabenausführung auf die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Lehrkräfte, deren Tätigkeit häufig unter schwierigen und psychisch belastenden Bedingungen zu leisten ist“ (Krause 2008, S. 7). Das Buch ist insbesondere für Schulleitungen und Schulbehörden sehr aufschlussreich und empfehlenswert.

Rollen verschiedener Akteure

Verschiedene Akteure tragen zum Gelingen von Gesundheitsförderung bei. Damit das Zusammenspiel funktioniert ist es notwendig, die Aufgaben dieser Akteure zu beschreiben. Dies geschieht hier als Anregung, diese Absprachen in der eigenen Schule selbst zu definieren und an die eigenen Möglichkeiten anzupassen.

Aufgaben der Bildungsdirektionen und lokalen Schulbehörden

Schule steht häufig in der Kritik und muss gleichzeitig seit Jahren eine Reihe von Reformen umsetzen, welche alle wichtig, aber in der Summe von vielen Lehrpersonen als erdrückend empfunden werden. Schulbehörden auf allen Stufen sind hier in mehrfacher Hinsicht gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer

Schulleitungen und Lehrpersonen arbeiten können ohne krank zu werden. Häufigkeit und Tempo der Reformen, Klassengröße und Arbeitspensen sind so auszugestalten, dass die Gesundheit der Lehrpersonen auch längerfristig erhalten bleibt. Die heißt auch, dass sie seitens der Behörden Rückendeckung gegen politische Angriffe, Diffamierung des Lehrerstandes und Budgetreduktionen brauchen. Langfristig angelegte Gesundheitsförderungsprogramme brauchen neben einer motivierten Schulleitung auch Behörden, welche den Wert der Arbeitnehmer/-innen und deren Gesundheit als zentralen Qualitätsaspekt anerkennen und entsprechende Ressourcen bereitstellen.

Aufgaben der Schulleitung in der Gesundheitsförderung

Wenn Gesundheitsförderung als Teil von Schulqualität und Schulentwicklung angesehen wird, ist sie Leitungsaufgabe. Somit kommt der Schulleitung in der Verankerung und Steuerung der Gesundheitsförderung an der einzelnen Schule eine zentrale Bedeutung zu. Sie muss dabei nicht unbedingt die ‚Macherin‘ sein, sondern sollte Dinge ermöglichen, initiieren und dann Aufgaben an Arbeitsgruppen und Beauftragte mit Spezialfunktionen verteilen.

Die Schulleiterin, der Schulleiter...

- kennt Strategien, wie Gesundheitsförderung in den Schulentwicklungsprozess integriert wird;
- gestaltet Strukturen und Prozesse nach Gesundheitsförderungs-Kriterien partizipativ und ressourcenorientiert, langfristig, nachhaltig, gendergerecht und berücksichtigt die Chancengleichheit;
- kennt ihre Rolle und Aufgaben in der Guten Gesunden Schule und die Möglichkeiten von Kontaktlehrpersonen und Arbeitsgruppen für Gesundheitsförderung;
- gestaltet die Personalführung so, dass Gesundheitsförderung und ein professioneller Umgang mit Gesundheitsproblemen gewährleistet ist;
- Kennt wichtige externe Ansprechpartner und Unterstützungssysteme und arbeitet mit ihnen zusammen;

- orientiert sich an einem Handlungsleitfaden zur Früherkennung und setzt diesen als wichtiges Führungsinstrument ein;
- gestaltet die Führungsrolle für sich gesundheitsförderlich und ressourcenorientiert.

Aufgaben von Gesundheitsbeauftragten und Gesundheitsteams

In der Schweiz bieten mehrere Pädagogische Hochschulen Zusatzausbildungen für Lehrpersonen an, welche an ihrer Schule Aufgaben als Beauftragte für Gesundheitsförderung¹ übernehmen können. Diese schulinternen Fachpersonen leisten ihre Aufgabe in der Regel gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe oder einem Gesundheitsteam im Auftrag der Schulleitung. Die Aufgaben für die beauftragte Lehrperson und die Arbeitsgruppe werden schriftlich festgehalten und vereinbart. Es wird festgelegt, wie viel Zeit für diese Aufgabe verwendet werden kann und in welcher Form die Lehrpersonen dafür entschädigt werden.

Die Entlastung der Lehrpersonen für ihre Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Schulentwicklungsprojekten ist generell und nicht nur für die Gesundheitsförderung zu lösen. Dabei werden unterschiedlichste Formen der Entlastung praktiziert: So kann die Arbeit in Form von Stundenentlastungen oder als zusätzliches Pensum bezahlt werden. Oder die Lehrpersonen werden von anderen gemeinsam zu lösenden Aufgaben dispensiert, das heißt, die gemeinsamen Aufgaben außerhalb des Unterrichts werden unter den Lehrpersonen entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen gerecht verteilt.

¹ Die Funktionsbezeichnung variiert je nach Region, z.B.: Kontaktlehrperson Gesundheitsförderung (KLP) oder Koordinator/-in für Gesundheitsförderung (KGF) etc.

Beispiele für die Aufgabenteilung zwischen Schulleitung und Beauftragten für Gesundheitsförderung oder einer Arbeitsgruppe:

Schulleitung	Beauftragte für Gesundheitsförderung (gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe)
Auftrag erteilen, GF als Profil der Schule auszugestalten unter Einbezug des Teams oder des Kollegiums	Ausarbeitung eines entsprechenden Konzeptes und Handlungsplans z. Hd. der Schulleitung und des Teams. Mehrjährige Planung mit konkreten Zielen und Aufträgen.
Entscheid, Gesundheitsförderung ins Leitbild zu integrieren.	Formulieren der entsprechenden Teile des Leitbildes.
Entscheid: Konkrete Schwerpunkte und Ziele in der Gesundheitsförderung zu setzen.	Planung und Umsetzung der Schwerpunkte als Projektleitung gemeinsam mit weiteren Lehrpersonen. Schulprojekte zur Gesundheitsförderung realisieren
Entscheid, gesundheitsfördernde Lern- und Arbeitsbedingungen zu schaffen.	Vorbereitung von Situationsanalyse und Entwickeln von konkreten Maßnahmen zur Erreichung von Gesundheitszielen. Organisation entsprechender Projekte. Rolle der Projektleitung/ Projektgruppe.
Personalführung gesundheitsfördernd gestalten.	
Gesundheitsprobleme von Lehrpersonen ernst nehmen und aktiv werden.	Vermittlung von aktuellen Informationen und von Kontakten zu Fachstellen. Themen zur Sprache bringen und Schulleitung hinsichtlich Umsetzungsfragen beraten
Gesundheitsprobleme von Schüler-/innen ernst nehmen und aktiv werden.	Vermittlung von aktuellen Informationen und von Kontakten zu Fachstellen. Mitarbeit in der Entwicklung von Maßnahmen und Konzepten zur Früherkennung und Prävention.
	Aktuelle kantonale und nationale Projekte, Angebote Lehrmittel für Gesundheitsförderung und Prävention in die Schule einbringen. Dafür sorgen, dass die Mediothek/Bibliothek neue Medien zu Gesundheitsförderung und Prävention aufnimmt.
	Kontakt mit andern Schulen und Fachstellen pflegen, welche sich für Gesundheitsförderung engagieren, um von ihnen zu lernen und Impulse für die eigene Schule zu erhalten: Beteiligung an Netzwerken.

Wann ist Gesundheitsförderung wirksam?

Angesichts der knappen Ressourcen und dem Druck durch immer weitere Aufgaben, welche die Schulen übernehmen sollten, ist die Frage nach der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung zentral. Wenn sich die Schulen aus eigenem Interesse und als Beitrag zu gesellschaftlichen Aufgaben engagieren, dann soll sich der Einsatz auch lohnen und *Wirkung* zeigen. Dazu gibt es aus der Forschung und der Praxis einige Erkenntnisse, die in Zukunft noch konsequenter bei der Planung von Maßnahmen und Projekten berücksichtigt werden müssen.

Eine umfassende Untersuchung zur Evidenz von Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen liefert Stewart-Brown (2006). Gemäß ihrer Studie, die auf der Analyse von mehreren Metastudien beruht, gelten die folgenden Feststellungen:

- Programme zur Förderung der seelischen/psychischen Gesundheit in der Schule (einschließlich Programme zur Prävention von Gewalt und aggressivem Verhalten) gehören zu den erfolgreichsten im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung.
- Darunter sind jene, die die ganze Schule einbeziehen und die von langer Dauer und hoher Intensität sind, am effektivsten.
- Bei Programmen zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung sind multifaktorielle Interventionen effektiv, insbesondere solche, die auch Veränderungen in der Schulumgebung beinhalten.
- Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch bestätigen frühere Ergebnisse, wonach diese Programme relativ ineffektiv sind.
- Programme zur Prävention von Selbstmord konnten Selbstmordwahrscheinlichkeit, Depressionen, Stress und Wut reduzieren, aber einige Studien lassen einen potenziell schädlichen Effekt auf männliche Jugendliche vermuten.
- Gesundheitsförderung durch Peers im Vergleich zu von Lehrern oder Lehrerinnen angeleiteten Interventionen ist nicht bei allen Projekten wirkungsvoller, wurde von den beteiligten Jugendlichen aber hoch geschätzt.

- Bei Programmen, die Elemente des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* verwendeten, wurden deutliche positive Auswirkungen auf die Schule als soziales und materielles Umfeld festgestellt. Sie hatten einen positiven Einfluss auf gesundheitsrelevantes Verhalten (Ernährung, Bewegung) (vgl. Stewart-Brown 2006, S. 4 f.)

Die Autorin empfiehlt deshalb, Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch in umfassendere Ansätze zur Förderung der seelischen/psychischen Gesundheit zu integrieren (siehe dazu den Beitrag von Lehner & Würth in diesem Buch).

Es gibt Evidenz für einige zentrale Bestandteile des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Demnach sollten Programme langfristig und multifaktoriell angelegt sein, die ganze Schule umfassen und angemessene Wissensvermittlung beinhalten (vgl. Stewart-Brown 2006, S. 4 f.). In Bezug auf das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* konnten Wirkungen des Ansatzes auf die Schule als soziale und materielle Umgebung, die Personalentwicklung, das Verpflegungsangebot, das Angebot von Bewegungsprogrammen und das soziale Klima der Schule festgestellt werden (Stewart-Brown 2006, S. 14). Die Ergebnisse dieser Metastudien bestätigen, was wir aus vielen kleineren Studien im deutschen Sprachraum zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen wissen (siehe dazu Fabian et al. 2006, Landert & Brägger 2006).

Schulische Netzwerke scheinen gemäß einer aktuellen Schweizer Studie ein wirkungsvoller Ansatz zu sein. So sorgen bereits die Eintrittsbedingungen dafür, dass Gesundheitsförderung in der Schule verankert wird. Die Regionalisierung von Netzwerken führt zu einer stärkeren Einbindung der Bildungsbehörden (Balthasar et al. 2007, S. 94). Die Studie belegt zudem Wirkungen auf der Wissens-, Einstellungs- und Handlungsebene bei den Schüler/-innen und Lehrpersonen. Ebenso werden positive Auswirkungen auf das Schulklima und die Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht festgestellt (Balthasar et al. 2007, S. 88, vgl. den Beitrag von Zumstein in diesem Buch).

Sich auf den Weg machen: Schritt für Schritt

Der Weg einer Schule Richtung Gesundheitsförderung lässt sich mit der Planung einer Bergtour vergleichen. Am Anfang steht ein gemeinsam gewähltes, lohnendes, hochgestecktes und trotzdem realistisches Ziel, welches für die Beteiligten eine spannende Herausforderung darstellt. Dieses Ziel, der Gipfel, setzt bei allen Energie und Phantasie frei, welche sie einsetzen können, um sich auf den Weg zu machen. Da jede Schule andere Voraussetzungen hat und es den Königs-Weg vermutlich nicht gibt, wird auf detaillierte Wegbeschreibungen verzichtet. Viele Wege führen zum Ziel. Einige Eckpunkte können helfen, sich immer wieder neu zu orientieren, damit alle wohlbehalten und mit genügend Energie den Gipfel erreichen. Einige Etappen auf dem Weg seien hier in wenigen Stichworten skizziert. Sie werden an verschiedenen Stellen dieses Buches ausführlich beschrieben.

Rollen und Aufgaben klären

Eine gute Aufgabenteilung hilft, die Ressourcen gezielt einsetzen zu können und verhindert Konflikte und Schwierigkeiten unterwegs. Dazu gehören klare Aufträge, Aufgabenbeschreibungen und Abmachungen über Aufwand und Formen der Entschädigung.

Weiterbildung nutzen

Verfügen wir über genügend Erfahrung, Wissen und Fertigkeiten für die geplante Tour? Gezielte Weiterbildung einzelner Lehrpersonen oder des ganzen Teams zum Beispiel in Gesundheitsförderung und Projektmanagement oder der Beizug von externen Fachpersonen erhöht die Kompetenzen der ganzen Schule.

Standort bestimmen

Bevor wir losziehen ist es wichtig, den eigenen Standort zu kennen. Viele Schulen sind schon ein rechtes Wegstück gegangen und haben einige Etappen gemeistert. Andere stehen erst am Fuß des Berges. Vom Standort hängt es ab, mit welchen Etappen die Reise weitergeht. Standortbestimmungsinstrumente zur Gesundheitsförderung oder

Ergebnisse interner und externer Schulevaluationen geben Rückschlüsse auf den aktuellen Standort und sind Motor für die Definition neuer Ziele.

Ziele bestimmen und Schwerpunkte setzen

Ausgehend von der Standortbestimmung sind meist mehrere Ziele und Schwerpunkte möglich. Damit sich die ganze Schule weiterentwickeln kann und Entwicklungen wirklich greifen können, ist eine Schwerpunktsetzung notwendig. Diese muss sich an den Möglichkeiten und Ressourcen der einzelnen Schule orientieren und diese realistisch einschätzen. Partizipative Entscheidungsprozesse sind eine wichtige Voraussetzung, um die gesetzten Ziele erreichen zu können. Nur wenn alle in die gleiche Richtung ziehen und bereit sind, gemeinsam am Erfolg zu arbeiten, wird das Projekt gelingen.

Maßnahmen planen und umsetzen

Menschen wollen Ergebnisse ihrer Arbeit sehen. Gut geleitete und nachhaltig umgesetzte Projekte machen Mut für weitere Expeditionen. Hinweise für wirkungsvolle Projekte und Strategien sowie für kompetente Projektleitung sind weiter unten ausführlich beschrieben.

Evaluation – Integration der Erkenntnisse in neue Schwerpunkte

Evaluieren heißt, aus Erfahrungen lernen, Kräfte sammeln. Lagebesprechungen sind wichtige Erfolgsfaktoren einer Bergtour oder Expedition. Sie erfolgen nicht nur am Ziel, sondern an allen wichtigen Etappen (Meilensteinen), berücksichtige Prozesse und Ergebnisse und sind nützlich für die weitere Planung der aktuellen oder zukünftigen Unternehmungen. Sie sind zudem Gelegenheiten für gegenseitiges Feedback.

Netzwerke bilden – Netzwerken beitreten

Auf große und wichtige Touren geht man in der Regel selten alleine. Erfahrene Tourenleiter wissen, dass der Erfahrungsaustausch mit anderen den Erfolg und die Wirksamkeit der eigenen Projekte unterstützen kann. Netzwerke und Kooperationen unterstützen die eigenen Fähigkeiten und erweitern sie um ein Vielfaches.

Weiterführende Literatur

Aregger, K., Lattmann U.P. (Hrsg.) (2003): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Aarau: Sauerländer.

Carvajal, M., Pürro, S., Seeger, S., Bolliger, G. (2008). *Schulen gesundheitsfördernd gestalten! Handbuch des Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen der Stadt Bern*. Bern: Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Schulamt der Stadt Bern .
online: www.schulprojekte.bern.ch

Empfohlene Lehrmittel

Wettstein, F. u. a. (1996). *Gesundheitsförderung in der Schule. Materialien für den Unterricht*. Buchs: Lehrmittelverlag des Kantons Aargau.

Je eine Ausgabe für die Primarschulen und die Sekundarstufe I. Umfassend und praktisch mit folgenden Themenheften: 1. Einführungsheft für alle Schulstufen. 2. „Balance“ zu den Themen Spannung, Bewegung und Entspannung. 3. „Genussvoll“ zu den Themen Ernährung, Konsum und Suchtprävention. 4. „Hautnah“ zu den Themen Körperwahrnehmung, Beziehung und Sexualität. 5. „Wir, Ihr und Ich“ zum Thema psychisches und soziales Wohlbefinden.

Weblinks Deutschland und Österreich

www.opus.de

www.anschub.de

www.give.at

Weblinks Schweiz

Programm „bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz“, Bundesamt für Gesundheit:
www.bildungundgesundheit.ch

Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen: www.gesunde-schulen.ch

Kompetenzzentrum Schulklima, Pädagogische Hochschule Zentralschweiz PHZ
www.schulklima-instrumente.com

Weblinks Weltgesundheitsorganisation WHO

www.euro.who.int/?language=german WHO Regionalbüro Europa
www.euro.who.int/ENHPS Europ. Netzwerk Gesundheitsf. Schulen

Literatur

- Abel, T., Bruhin, E. (2003). Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In B. f. g. Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (pp.128–131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo.
- Abel, T., Sommerhalder, K., (2007). *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Bern: Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Achermann, E., Gassmann, B., Blösch, M., Strub, C. (2004). *Gesunde Schule konkret. Eine Struktur für Gesundheitsfördernde Schulen. Erfahrungsbericht*. Zürich: Verlag Pestalozzianum.
- Antonovsky, A. (1989). Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Medus*, 2, 51–57.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (dt. erw. u. hrsg. v. Franke, A. & Schulte, N.) Tübingen: Dvgt-Verlag
- Aregger, K., Lattmann, U.P. (Hrsg.) (2003). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte – Praxisbeispiele – Perspektiven*. Oberentfelden/Aarau: Sauerländer.
- Balthasar, A., Feller-Länzlinger, R., Furrer, C., Biebricher, M. (2007). *Wirkungsevaluation des Schweizerischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS)*. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Schlussbericht. Luzern: Interface Politikstudien

- Brägger, G., Paulus, P., Posse, N. (2005). *Gute Gesunde Schule*. Sigriswiler Erklärung. [Online]: <http://www.bildungundgesundheit.ch/dyn/9.asp?url=81635%2Easp> (zuletzt besucht am 31. 3.2008)
- Brägger, G., Posse, N. (2007): *Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen IQES*. Bern: hep Verlag.
- Carvajal, M., Pürro, S., Seeger, S., Bolliger, G. (2008). *Schulen gesundheitsfördernd gestalten!* Handbuch des Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen der Stadt Bern. Bern: Gesundheitsdienst der Stadt Bern. Schulamt der Stadt Bern.
- Cloetta, B., Spörri, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp, U., Ruckstuhl, B. (2005). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz*. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. [online, zuletzt besucht am 24. 3.2008] www.gesundheitsfoerderung.ch
- Conrad, G., Schmidt, H.J. (1990). *Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft (Glossar)*. Bonn.
- Dubs, R. (2005). *Die Führung einer Schule*. Zürich: Verlag SKV.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997). *Luxemburger Deklaration für betriebliche Gesundheitsförderung*. [online, zuletzt besucht am 17. 3. 2008] http://www.smag.de/deutsch/BGF_LuxemburgerDeklaration.pdf
- Fabian, C., Steiner, O., Guhl, J. (2006). *Schule und Cannabis. Regeln Massnahmen und Früherfassung*. Evaluation des Präventions- und Früherfassungsprogramms an Basler Schulen. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Gray, G., Young, I., Barnekow V. (2006). *Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools*. Copenhagen: WHO, European Network of Health Promoting Schools. [online, zuletzt besucht am 31. 3. 2008] <http://www.euro.who.int/document/e90053.pdf>)
Deutscher Text der 12 Kriterien: [online unter] www.give.at

- Hafen, M. (2007). *Mythologie der Gesundheit*. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Hascher, T., Suter, T., Kolip, P. (2001). *Terminologie-Dossier zur Gesundheitsförderung*. Unter besonderer Berücksichtigung des Themas „Bewegung“ und des Settings „Schule“. Universität Bern, Universität Bremen, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung.
- Herzog, S., Bürgisser, T. (2008). Gesundheitsförderung in Schulen? Pädagogische Antworten jenseits von Feuerwehrrübungen und Überforderung. In: *PHZ-Inforum: Magazin der Pädagogischen Hochschule Zentralschweiz (PHZ)*, Nr. 4, S. 7–9.
- Hess, B., Brägger, G., Paulus, P., Posse, N. (2005): *Sigriswiler Erklärung*. Verfügbar unter [online:] <http://www.bildungundgesundheit.ch> (zuletzt besucht am 17. 3. 2008)
- Kickbusch, I., Maag, D., & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. European Health Forum Badgastein. [Originaldefinition auf Englisch; deutsche Übersetzung durch das Bundesamt für Gesundheit (Schweiz), 2006]
- Krause, A., Schüpbach, H., Ulich, E., Wülser, M. (2008). *Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Landert, Ch., Brägger, M. (2006). *Frühintervention bei suchtgefährdeten SchülerInnen an den Zürcher Oberstufenschulen – eine Bestandesaufnahme*. Im Auftrag der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. Zürich: Landert Farago & Partner.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. [online] www.oxfordjournals.org/our_journals/heapro (zuletzt besucht am 17. 3. 2008)
- Nutbeam, D., Harris, E. (2001). *Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung*. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, Conrad.

- Paulus, P. (1996). *Kriterien für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen*. In: Deutsche Gesellschaft für gesundheitsfördernde Schulen e.V.: „Arbeitsplatz Schule – Wege zu gesundheitsfördernden Lern- und Lebensräumen“. Eine Dokumentation der DGGGS- Kooperationsstagung, Soest (S. 45–53).
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten, gesunden Schule. In Aregger, K., Lattmann, U.P. (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie?* Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven (S. 93–114). Aarau: Sauerländer.
- Rolff, H.-G. (1999). Schulentwicklung in der Auseinandersetzung. *Pädagogik* 4, 37–41.
- Sommerhalder, K., Abel, T. (2007). *Gesundheitskompetenz. Eine konzeptionelle Einordnung*. Universität Bern. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung [online, zuletzt besucht am 7. 3. 2008]
www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de
- Stern, C., Mahlmann, J., Vaccaro, E. (2003). *Vergleich als Chance*. Schulentwicklung durch internationale Qualitätsvergleiche. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. [siehe auch online] <http://www.inis.stiftung.bertelsmann.de> (31. 3. 2008)
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network Report; [online] <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf> (zuletzt besucht am 15. 3. 2008, deutschsprachige Fassung: Dietscher, C. & Blaak, J. (2007). Fonds Gesundes Österreich.
- Wettstein, F. (1996). *Gesundheitsförderung in der Schule*. Materialien für den Unterricht. Heft 1 „Bischof zwäg?“ Buchs: Lehrmittelverlag des Kantons Aargau.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [online, Nov. 27, 2007 from] http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- WHO (1997). First Conference of the European Network of Health Promoting Schools ENHPS. Thessaloniki-Halkidiki (Greece). [*Conference Resolution* online] <http://www.euro.who.int/document/e55109.pdf> (zuletzt besucht am 22. 3. 2008)

