

**Die Gesundheitsfördernde Schule**

**Der Einfluss internationaler Gesundheits- und  
Bildungspolitik auf die Entwicklung und  
Projektförderung in Deutschland**

Der Fakultät Bildungs-, Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Lüneburg zur  
Erlangung des Grades

Doktor der Philosophie  
- Dr. phil. -  
vorgelegte Dissertation von

**Wolfgang Arnhold**

geb. 06. August 1943

in: Bernburg/Saale

Eingereicht am: 29.09.2005

Erster Gutachter: Professor Dr. Peter Paulus

Zweiter Gutachter: Professor Dr. Matthias von Saldern

Dritte Gutachterin: Professorin Dr. Maria-Eleonora Karsten

Tag der Disputation: 29.05.2006

Erschienen unter dem Titel: **Die Gesundheitsfördernde Schule** - *Der Einfluss internationaler Gesundheits- und Bildungspolitik auf die Entwicklung und Projektförderung in Deutschland*

## Vorwort

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss internationaler Impulse auf die Entwicklung des Konzepts *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland, insbesondere auf seine modellhafte Einführung in den Schulalltag.

Die Idee, mich mit der Analyse der Einflüsse der internationalen Programmatik *Gesundheitsfördernde Schule* auf Deutschland zu beschäftigen, entstand im Zusammenhang mit meiner mehrjährigen Tätigkeit als Referent im Bildungsministerium Schleswig – Holstein und als Beauftragter der Kultusministerkonferenz. In beiden Aufgabenbereichen war ich grundsätzlich für den Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* zuständig und damit auch für seine international stimulierte und von europäischen Projekten geprägte Weiterentwicklung zur Gesundheitsförderung in Schulen bzw. zu dem Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*. Der hohe Entscheidungsdruck des Alltages und die Vielzahl internationaler Entwicklungsimpulse zur Implementation des Konzepts *Gesundheitsfördernde Schule* erlaubten mir keine systematische und insbesondere keine hinreichend adäquate wissenschaftliche Durchdringung der Wirkungszusammenhänge der internationalen Impulse. Berufliche Veränderungen ermöglichten mir es dann doch noch das Angebot zur Übernahme einer wissenschaftlichen Wirkungsanalyse der Impulse in Form einer Doktorarbeit anzunehmen. Diese Arbeit führte zunehmend immer mehr auch zu einem wissenschaftlich geprägten Rückblick auf meine wesentlichste berufliche Lebensphase.

So verbinden sich mit dieser Untersuchung das persönliche Interesse am Rückblick und am Neuen mit der wissenschaftlichen Neugier darüber, analysieren zu können, welche internationalen Impulse die Entwicklung des Konzepts *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland tatsächlich bestimmt haben, wie ihre Aufnahme in Deutschland überhaupt möglich war und welche Konsequenzen aus der Entwicklung abgeleitet werden können.

Ich habe von einer Reihe von Menschen inhaltliche und nachhaltige moralische Unterstützung erfahren. Bei ihnen allen möchte ich mich herzlich bedanken, vor allem bei Regine Gabriel und Ines Heindl. Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Peter Paulus, für seine Zeit für mich, wann immer ich sie brauchte, und für seine wertvollen, immer auch weiterführenden Hinweise bei

fachlichen oder strukturellen Problemen. Ohne stetige und breite Unterstützung meiner ganzen Familie hätte ich sicher die andauernde Motivation zu mehrjähriger wissenschaftlicher Arbeit nicht gehabt, insbesondere auch weil keine direkte berufliche Attraktion oder Konsequenz aus einer erfolgreichen Promotion für mich ableitbar waren. Deshalb bedanke ich mich bei meiner Frau *Karola* und bei meinen Kindern *Nadine*, *Vanessa*, *Wolfgang* und *Jonas*. So erlebte ich im Zusammenhang mit meiner Arbeit Gesundheit ganz im Sinne der dem Konzept Gesundheitsfördernde Schule zugrunde liegenden Leitidee der WHO Ottawa-Charta: "Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love."<sup>1</sup>

Trappenkamp, im September 2005

Wolfgang Arnhold

---

<sup>1</sup> Quelle: World Health Organisation, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Organization, 1986, p.2.

# Inhaltsverzeichnis

## Überblick

<b>1</b>	<b>Gesundheitserziehung im Wandel zur Gesundheitsförderung</b>	
1.1	Erziehungswissenschaftliche Situation .....	15
1.2	Bildungspolitische Situation .....	20
1.3	Untersuchung: Vorschau .....	29
<b>2</b>	<b>Zielsetzung und Methodik</b>	
2.1	Ziele und Fragestellungen .....	31
2.2	Methoden .....	32
<b>3</b>	<b>Welche internationalen Impulse bestimmen die Entwicklung in Deutschland?</b>	
3.1	Impulse der Weltgesundheitsorganisation .....	37
3.2	Impulse der Europäischen Kommission .....	92
3.3	Impulse des Europarates .....	136
3.4	Impulse des European Network of Health Promoting Schools .....	142
3.5	Zusammenfassung: Wesentliche internationale Entwicklungsimpulse und ihre Wirkungen.....	187
<b>4</b>	<b>Wie wurde der internationale Einfluss möglich?</b>	
4.1	Rahmenbedingungen .....	189
4.2	Akteure.....	201
4.3	Zusammenfassung: Rahmenbedingungen und Akteure .....	221
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	
5.1	Diskussion des Untersuchungsansatzes und der Untersuchungsmethodik .....	223
5.2	Diskussion der Untersuchungsergebnisse .....	225
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	
6.1	Zusammenfassung .....	230
6.2	Ausblick .....	233
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>239</b>
	<b>Verzeichnis der Anhänge.....</b>	<b>263</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>265</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Gesundheitserziehung im Wandel zur Gesundheitsförderung .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Erziehungswissenschaftliche Situation .....</b>	<b>15</b>
1.1.1	Lage Ende der 80er Jahre .....	15
1.1.2	Entwicklungsmerkmale in den 90er Jahren .....	18
<b>1.2</b>	<b>Bildungspolitische Situation .....</b>	<b>20</b>
1.2.1	Die Lage Ende der 80er Jahre .....	20
1.2.2	Entwicklungsmerkmale in den 90er Jahren .....	27
<b>1.3</b>	<b>Untersuchung: Vorschau .....</b>	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>Zielsetzung und Methodik .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1</b>	<b>Ziele und Fragestellungen .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>32</b>
2.2.1	Gesamtübersicht .....	32
2.2.2	Empirische Untersuchung .....	33
	a) Messinstrument und Untersuchungszeitraum .....	33
	b) Stichprobe und Durchführung der Untersuchung.....	34
	d) Auswertung .....	35
2.2.3	Literaturrecherche .....	36
<b>3</b>	<b>Welche internationalen Impulse bestimmen die Entwicklung in Deutschland? .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Impulse der Weltgesundheitsorganisation .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	Definition von Gesundheit (Quelle: Verfassung der WHO von 1946) .....	38
3.1.2	Globaler gesundheitspolitischer Rahmen (Quelle: WHO- Programm <i>Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000</i> von 1977) .....	45

3.1.3	Programmatik und Leitlinien der Gesundheitsförderung (Quelle: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986) .....	50
a)	Definition von Gesundheitsförderung .....	51
b)	Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung .....	63
c)	Handlungsebenen der Gesundheitsförderung .....	67
d)	Ausgangsort („Setting“) der zukünftigen Entwicklung von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung .....	78
e)	Interpretation: Auswirkungen der Impulse der Ottawa- Charta auf die Entwicklung in Deutschland .....	81
3.1.4	Konzept der Life- Skills- Education (Quelle: WHO- Programm zur psychischen Gesundheit von 1994) .....	83
3.1.5	Zusammenfassende Interpretation: Einfluss der WHO –Impulse auf die Implementation des Konzeptes der <i>Gesundheitsfördernden Schule</i> in Deutschland .....	89
<b>3.2</b>	<b>Impulse der Europäischen Kommission .....</b>	<b>92</b>
3.2.1	Entschliefungen des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister und daraus resultierende Entwicklungsimpulse .....	93
a)	<i>European Summer School Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> 1991 .....	96
b)	<i>European Conference Drug Prevention in Schools</i> 1991 .....	98
c)	<i>European Workshop Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools</i> 1996 .....	100
d)	Interpretation: Auswirkungen der Impulse der EU – Bildungsminister auf die Entwicklung in Deutschland .....	101
3.2.2	Aktionsprogramme und – pläne zur Krebsbekämpfung <i>Europa gegen den Krebs</i> von 1987 bis 2000 und daraus resultierende Entwicklungsimpulse .....	104
a)	EU- Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> 1991 – 1995.....	108
b)	EU- Projekt <i>Evaluation of a guideline for the distribution of food and drinks in schools by the Ministry of Education and Culture of the Land Schleswig – Holstein</i> 1992 – 1994 .....	114
c)	EU- Projekt <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> 1993 - 1995 .....	116
d)	EU- Video - Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> 1994 – 1996.....	118
e)	EU- Projekt <i>The Life Skills Approach to primary and secondary prevention of cigarette smoking in the Health Promoting School</i> 1995 – 1998.....	119
f)	EU - Projekt <i>Evaluation of the “European Guide Nutrition Education in Schools”</i> 1997 – 1999.....	121

g) EU – Projekt <i>The Smokefree Class Competition (Be Smart - Don't Start)</i> ab 1997 .....	123
h) Interpretation: Auswirkungen der Impulse des EU- Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> auf die Entwicklung in Deutschland .....	125
3.2.3 Zusammenfassende Interpretation: Einfluss der EU- Impulse insgesamt auf die Entwicklung in Deutschland .....	132
<b>3.3 Impulse des Europarates .....</b>	<b>136</b>
3.3.1 Recommendation No R(88)7 of the Committee of Ministers to Member States on <i>school health education and the role and training of teachers</i> (18.04.88) .....	136
3.3.2 Europarat – Projekt <i>Education for Health: Preventing Dependence and Addiction</i> 1985 – 1990 .....	138
3.3.3 Zusammenfassende Interpretation: Einfluss der Impulse des Europarates .....	140
<b>3.4 Impulse des <i>European Network of Health Promoting Schools</i>.....</b>	<b>142</b>
3.4.1 Konzept der Gesundheitsfördernden Schule .....	143
3.4.2 Kriterien für die Aufnahme von Schulen in das Netzwerk .....	148
3.4.3 Konzept des Networking .....	151
3.4.4 Inhaltliche und politische Attraktion des internationalen Projektes und daraus resultierende Impulse .....	156
a) BLK- Modellversuch <i>Gesundheitsförderung im schulischen Alltag</i> 1990 – 1993 .....	158
b) BLK- Modellversuch <i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> 1993 – 1997 .....	161
c) BLK- Modellversuch <i>OPUS: Offenes Partizipationsnetz Schule und Gesundheit</i> 1997 – 2000 .....	166
d) BLK- Modellversuch <i>Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung</i> 1994 – 1998 .....	169
e) BMBW- Forschungsprojekt <i>Gesundheit und Schule</i> 1993 .....	171
3.4.5 Evaluation .....	173
a) Aufnahme des Impulses.....	174
b) Interpretation: Auswirkung des Impulses <i>Evaluation</i> auf die Entwicklung in Deutschland .....	181
3.4.6 Zusammenfassende Interpretation: Einfluss des <i>European Network of Health Promoting Schools</i> auf die Entwicklung in Deutschland .....	183



<b>3.5 Zusammenfassung: Wesentliche internationale Entwicklungsimpulse und ihre Wirkungen.....</b>	<b>187</b>
<b>4 Wie wurde der internationale Einfluss möglich? .....</b>	<b>189</b>
<b>4.1 Rahmenbedingungen .....</b>	<b>189</b>
4.1.1 Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf zur Prävention .....	189
a) Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen ....	189
b) Kostendämpfung im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetze) .....	192
4.1.2 Bildungspolitischer Handlungsbedarf zur Innovation .....	194
a) Qualitätsdiskussion fordert innovative Schulprogramme und Schulprofile.....	194
b) Bildungspolitische Förderung eines Paradigmenwechsels: Wandel des Fachunterrichtskonzeptes <i>Gesundheitserziehung in Schule</i> zum Schulentwicklungskonzept <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> .....	197
4.1.3 Zusammenfassung: Politische Rahmenbedingungen und Reaktionen .....	200
<b>4.2 Akteure .....</b>	<b>201</b>
4.2.1 Bundesebene .....	201
a) Bundesministerium für Gesundheit .....	202
b) Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft .....	203
c) Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung .....	205
4.2.2 Länderebene .....	208
a) Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK) .....	208
b) Senats- und Kultusverwaltungen der 16 Bundesländer .....	210
4.2.3 Nichtstaatliche Organisationen .....	211
a) Bundesvereinigung für Gesundheit .....	211
b) Landesvereinigungen für Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung .....	212
c) Robert Bosch Stiftung .....	214
4.2.4 BARMER- Ersatzkasse .....	215
4.2.5 Unfallversicherungsträger .....	218
4.2.6 Zusammenfassung: Akteure und ihre Rollen .....	221
<b>4.3 Zusammenfassung: Rahmenbedingungen und Akteure .....</b>	<b>221</b>

<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>223</b>
<b>5.1</b>	<b>Diskussion des Untersuchungsansatzes und der Untersuchungsmethodik.....</b>	<b>223</b>
5.1.1	Diskussion des Untersuchungsansatzes .....	223
5.1.2	Diskussion der Untersuchungsmethodik .....	224
<b>5.2</b>	<b>Diskussion der Untersuchungsergebnisse .....</b>	<b>225</b>
5.2.1	Diskussion der die Entwicklung in Deutschland bestimmenden Impulse .....	225
	a) Impulse der Weltgesundheitsorganisation .....	225
	b) Impulse der Europäischen Kommission .....	226
	c) Impulse des Europarates .....	228
	d) Impulse des European Network of Health Promoting Schools .....	228
5.2.2	Diskussion der Gründe für die Aufnahme der internationalen Impulse durch Deutschland .....	229
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>230</b>
<b>6.1</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>230</b>
<b>6.2</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>230</b>
6.2.1	Implikation der Ergebnisse für die Bildungspolitik .....	233
6.2.2	Implikation der Ergebnisse für die Verstetigung des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> im Schulalltag .....	234
6.2.3	Implikation der Ergebnisse für die Wissenschaft .....	235
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>239</b>
	<b>Verzeichnis der Anhänge.....</b>	<b>263</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>265</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

<b>Abbildung 1:</b>	Ende der 80er Jahre gültige Erlasse, Richtlinien oder Bekanntmachungen der KMK und der an der Untersuchung beteiligten 12 Bundesländer zur <i>Gesundheitserziehung in Schulen</i> .....	21
<b>Abbildung 2:</b>	Das traditionelle Konzept: Wissensvermittlung führt zur Verhaltensänderung auf der Basis des Risikofaktorenkonzeptes.....	24
<b>Abbildung 3:</b>	Die konzeptionelle Trendwende beginnt: Von der Wissensvermittlung zum Training von Konfliktlösungen.....	25
<b>Abbildung 4:</b>	Im Untersuchungszeitraum von 1989 bis 1999 neu herausgegebene Erlasse, Richtlinien oder Bekanntmachungen der KMK und der an der Untersuchung beteiligten 12 Bundesländer zur <i>Gesundheitserziehung in Schulen</i> bzw. zur <i>Gesundheitsförderung in Schulen</i> .....	28
<b>Abbildung 5:</b>	Gesamtübersicht der Untersuchung .....	33
<b>Abbildung 6:</b>	Stichprobe der Bundesländerumfrage .....	35
<b>Abbildung 7:</b>	Die <i>Definition von Gesundheit</i> durch die WHO 1946 und beispielhafte deutsche Übersetzungen .....	44
<b>Abbildung 8:</b>	Die Aufnahme des <i>WHO – Programms Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000</i> durch die Institution Schule in Deutschland .....	49
<b>Abbildung 9:</b>	Die Aufnahme der <i>Definition von Gesundheitsförderung</i> der Ottawa - Charta auf Bundesebene .....	60
<b>Abbildung 10:</b>	Die Aufnahme der <i>Definition von Gesundheitsförderung</i> der Ottawa – Charta auf Länderebene .....	62
<b>Abbildung 11:</b>	Die Aufnahme der <i>Handlungsstrategien</i> der Ottawa – Charta in Deutschland .....	66
<b>Abbildung 12:</b>	Deutsche <i>Adaptation</i> der (Leitlinien und) Handlungsebenen der Ottawa – Charta und deren <i>Implikationen</i> für die Schule durch den BLK - Modellversuch <i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> .....	72
<b>Abbildung 13:</b>	Die <i>Adaptation</i> der Handlungsebenen der Ottawa – Charta durch die BLK – <i>Modellversuche</i> im Zeitraum von 1990 bis 2000 und ihre <i>Dissemination</i> .....	77
<b>Abbildung 14:</b>	Der „ <i>Setting – Ansatz</i> “ der Ottawa – Charta: seine Aufnahme durch die Institution Schule in Deutschland .....	81
<b>Abbildung 15:</b>	Die <i>Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung</i> (1986): ihre Wirkung insgesamt als internationaler Impuls auf die Entwicklung in Deutschland .....	82
<b>Abbildung 16:</b>	Das <i>WHO – Programm zur psychischen Gesundheit (Life- Skills- Education)</i> von 1994: seine Wirkung als internationaler Impuls auf die Entwicklung in Deutschland .....	88
<b>Abbildung 17:</b>	Die wesentlichen <i>WHO– Impulse</i> im Überblick .....	89
<b>Abbildung 18:</b>	Charakteristika der European Summer School <i>Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> August 1991 .....	96

<b>Abbildung 19 :</b> Charakteristika der European Conference <i>Drug Prevention in Schools</i> Lübeck - Travemünde Oktober 1991 .....	98
<b>Abbildung 20 :</b> Charakteristika des European Workshop <i>Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools</i> Weißenhäuser Strand /Lübeck Oktober 1996 .....	100
<b>Abbildung 21:</b> Der internationale Impuls: Die EU- Förderprogramme <i>Europa gegen den Krebs</i> 1987 - 2000 .....	105
<b>Abbildung 22:</b> Der internationale Impuls: „Botschaften“ der vom EU- Programm <i>Europa gegen den Krebs</i> durchgeführten Konferenzen .....	106
<b>Abbildung 23:</b> Gesamtüberblick über die deutschen EU –( Schul - ) Projekte im Rahmen des EU - Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> .....	107
<b>Abbildung 24:</b> Charakteristika des EU- Projektes <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> .....	108
<b>Abbildung 25:</b> Charakteristika des EU- Projektes <i>Evaluation of a guideline for the distribution of food and drinks in schools by the Ministry of Education of the Land Schleswig – Holstein from January 17, 1990</i> .....	114
<b>Abbildung 26:</b> Charakteristika des EU- Projektes <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> .....	116
<b>Abbildung 27:</b> Charakteristika des EU- Video - Projektes <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> .....	118
<b>Abbildung 28:</b> Charakteristika des EU- Projektes <i>The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe</i> (‘Fit und stark fürs Leben’).....	119
<b>Abbildung 29:</b> Charakteristika des EU - Projektes <i>Evaluation of the ‘European Guide Nutrition Education in Schools’</i> .....	121
<b>Abbildung 30:</b> Charakteristik des EU- Projektes <i>The Smokefree Class Competition</i> (‘Be Smart - Don’t Start’).....	123
<b>Abbildung 31:</b> Finanzieller Rahmen des Förderschwerpunktes <i>Aufklärung und Gesundheitserziehung</i> innerhalb des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> im Zeitraum 1990 – 2000.....	126
<b>Abbildung 32:</b> Finanzvolumina der deutschen EU –( Schul - ) Projekte im Rahmen des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> zwischen 1991 und 1999 in ECU.....	128
<b>Abbildung 33:</b> Die Impulse der EU – Bildungsminister und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland .....	133
<b>Abbildung 34:</b> Die Impulse der EU - Aktionspläne <i>Europa gegen den Krebs</i> und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland .....	135
<b>Abbildung 35:</b> Die Impulse des Europarates und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland .....	141

<b>Abbildung 36:</b> Das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen: der Impuls und seine Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland .....	147
<b>Abbildung 37:</b> Die Kriterien für die Aufnahme in das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung in Deutschland .....	151
<b>Abbildung 38:</b> Das Konzept des Networking des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen. Die Auswirkung seines Impulses auf die Entwicklung in Deutschland.....	156
<b>Abbildung 39:</b> Überblick über BLK- Modellversuche und BMBW- Forschungsprojekte zur Gesundheitsförderung als Folge der Auswirkung des internationalen Impulses auf Deutschland .....	158
<b>Abbildung 40:</b> Charakteristika des BLK- Modellversuches Gesundheitsförderung im schulischen Alltag .....	159
<b>Abbildung 41:</b> Charakteristika des BLK- Modellversuchs Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen .....	161
<b>Abbildung 42:</b> Schritte der Gesundheitsfördernden Schule .....	163
<b>Abbildung 43:</b> Charakteristika des BLK – Modellversuchs OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit .....	166
<b>Abbildung 44:</b> Charakteristika des BLK – Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung .....	170
<b>Abbildung 45:</b> Charakteristika des BMBW Forschungsprojektes Gesundheit und Schule .....	172
<b>Abbildung 46:</b> Gesundheitsfördernde Schule : Europäische ( Lehrer - ) Handbücher zur Evaluation bzw. mit einem Schwerpunkt Evaluation .....	175
<b>Abbildung 47:</b> Charakteristika des E - Projekts <i>First workshop on practise of the Health Promoting School - models , experiences and perspectives</i> . Bern/Thun 1998 .....	177
<b>Abbildung 48:</b> Schlüsselfragen der Evaluation .....	180
<b>Abbildung 49:</b> Die Impulse zur strukturellen Etablierung von Evaluation, zur fachlichen Qualifikation von Lehrkräften bzw. wissenschaftlichen Mitarbeitern und zur konkreten europaweiten Evaluation .....	181
<b>Abbildung 50:</b> Die Auswirkungen der Impulse zur Evaluation auf Deutschland .....	182
<b>Abbildung 51:</b> Impulse des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen auf die Entwicklung in Deutschland .....	184
<b>Abbildung 52:</b> Finanzvolumina der im Zusammenhang mit dem Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen von Deutschland initiierten BLK- Modellversuche im Zeitraum 1990 bis 2000 .....	186
<b>Abbildung 53:</b> Politische Rahmenbedingungen und Reaktionen .....	203

<b>Abbildung 54:</b> Von der BARMER Ersatzkasse in Kooperation mit den BLK-Modellversuchen herausgegebene Medien .....	217
<b>Abbildung 55:</b> Die nationalen <i>staatlichen</i> Akteure und ihre wesentlichen Rollen .....	220
<b>Abbildung 56:</b> Die nationalen <i>nichtstaatlichen</i> Organisationen (NGO's) als Akteure und ihre wesentlichen Rollen .....	221

## Abkürzungen

<b>BAGUV</b>	Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand
<b>BMBW</b>	Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BLK</b>	Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung
<b>BUK</b>	Bundesverband der Unfallkassen
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>CE</b>	Council of Europe
<b>EG</b>	Europäische Gemeinschaften
<b>ENHPS</b>	European Network of Health Promoting Schools
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GRG</b>	Gesundheitsreformgesetz
<b>KMK</b>	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland
<b>NGO</b>	Non- Governmental- Organization
<b>OECD</b>	Organization for Economic Cooperation and Development
<b>PISA</b>	Programme for International Student Assessment
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>BW</b>	Baden- Württemberg
<b>BY</b>	Bayern
<b>B</b>	Berlin
<b>BR</b>	Brandenburg
<b>HB</b>	Bremen
<b>HH</b>	Hamburg
<b>HE</b>	Hessen
<b>MV</b>	Mecklenburg- Vorpommern
<b>NS</b>	Niedersachsen
<b>NRW</b>	Nordrhein- Westfalen
<b>RP</b>	Rheinland- Pfalz
<b>SA</b>	Saarland
<b>S</b>	Sachsen
<b>SN</b>	Sachsen- Anhalt
<b>SH</b>	Schleswig- Holstein
<b>TH</b>	Thüringen

# 1 GESUNDHEITSERZIEHUNG IM WANDEL ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

*Überblick:*

*In diesem Kapitel wird im Rahmen einer erziehungswissenschaftlichen und bildungspolitischen Analyse zunächst die Situation des Lernbereiches „Gesundheitserziehung in Schulen“ Ende der 80er Jahre dargestellt. Es schließt sich, beispielhaft belegt, ein Überblick über eine international beeinflusste Weiterentwicklung des Lernbereiches in den 90er Jahren an und über seinen Versuch den Ansatz der Gesundheitsförderung für sich zu beanspruchen. Dabei wird ein Forschungsdefizit über die diese Entwicklung beeinflussenden internationalen Impulse, ihre Wirkung und die Gründe ihrer Wirkung in Deutschland offengelegt. Anschließend wird, ausgehend von dem Einfluss internationaler gesundheitspolitischer und bildungspolitischer Entscheidungen und Programme, das Ziel der Untersuchung formuliert und die Relevanz möglicher Ergebnisse diskutiert. Abschließend wird der konzeptionelle Aufbau der Arbeit vorgestellt.*

## 1.1 ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTLICHE SITUATION

### 1.1.1 LAGE ENDE DER ACHTZIGER JAHRE

Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung und gesundheitliche Aufklärung sind in Deutschland in den 80er Jahren Begriffe, denen eindeutige Definitionen fehlen, die synonym oder unterschiedlich verwendet werden und überwiegend als pädagogische Arbeits- oder Praxisfelder dienen und beschrieben werden (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, 1998). Gemeinsam ist ihnen, dass ihnen eine entsprechende erziehungswissenschaftliche Teildisziplin fehlt; insofern haben sie durch die Pädagogik, deren Auftrag es eigentlich wäre, keine wissenschaftliche Legitimationsmöglichkeit (Wulfhorst, 2002, S. 9). Erstaunlicherweise sind sie dennoch Handlungsfelder, die bildungs- und gesundheitspolitisch als Interventionsplattformen attraktiv sind. Insbesondere öffentliche Kampagnen der Gesundheitserziehung, wie z.B. die Anti-Raucher oder Anti-Drogen-Kampagnen der BZgA seit den 60er Jahren, belegen diese Bedeutung (Schneider, 2003, S.21). Die Begriffsvielfalt wird Ende der 80er Jahre zunächst noch größer, als auf internationalen Wegen die Programmatik der *Gesundheitsförderung* auch Deutschland erreicht (vgl. Bundesgesundheitsrat, 1989). Aber auch der Gesundheitsförderung fehlt, zumindest zunächst, die wissenschaftliche Legitimation. Im Zusammenhang mit der möglichen Übertragung ihres Gesamtansatzes auf das Setting *Schule* entsteht jedoch die Hoffnung einer Zusammenführung der vier Begrifflichkeiten und der sie tragenden Konzepte unter dem gemeinsamen Dach der

*Gesundheitsförderung*, mit einer entsprechenden wissenschaftlichen Begründung und damit Legitimationsmöglichkeit, vorzugsweise durch eine sich entwickelnde Gesundheitspädagogik.

Der Zeitraum Ende der 80er Jahre ist in diesem inhaltlichen Zusammenhang als pädagogische *Umbruchsituation* zu verstehen. Einerseits gilt für die Schulen die Didaktik und Methodik der *traditionellen Gesundheitserziehung*, die Gesundheit über die pathogen orientierte „Schulmedizin“ als Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheitserziehung hat Krankheitsvermeidung zum Ziel. Schulen sind die Orte der Wahl, die für die Schülerinnen und Schüler die grundlegenden Fakten (z.B. der Hygiene oder Bakteriologie) über die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten bereithalten. Diese werden im Rahmen des Erziehungsprozesses an die unwissenden Schüler und Schülerinnen „vermittelt“:

„Didaktisch waren diese Gesundheitserziehungsprogramme entsprechend traditioneller schultypischer Lernkonzepte organisiert. Man ging davon aus, dass Aufklärung durch Wissensvermittlung zu einer vernunftorientierten Ausrichtung der individuellen Lebensweise führen würde. Dieses als notwendig erachtete Wissen, gepaart mit mahnend schulmeisterlichen Vermittlungsmethoden (du darfst, du mußt, du sollst nicht), war auf Abschreckung und Vermeidung lebensgefährlicher Risikofaktoren ausgerichtet“ (Schneider, 2003, S.21).

Hinter diesem Ansatz verbirgt sich eine autoritäre Erziehungsauffassung, die letztlich das gesundheitlich für sich verantwortliche Individuum in Verlegenheit bringt („victim-blaming-approach“).

Andererseits wird auch Ende der 80er Jahre das *Konzept der Gesundheitsförderung* bekannt, und seine Implementation in Schulen in einem BLK- Modellversuch beginnt. Die jetzt zu leistende Diskussion um das Konzept der Gesundheitsförderung fußt auf der Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 mit den dort formulierten Grundzügen und Leitlinien der *Gesundheitsförderung*, die international gelten:

„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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (Verlag für Gesundheitsförderung, 1993, S.2).

Worin besteht bei der Gesundheitsförderung im Vergleich zur traditionellen Gesundheitserziehung der grundsätzlich neue konzeptionelle Ansatz? Folgender Entwicklungswandel beginnt (vgl. Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.35-36):



- Der Begriff *Gesundheit* und damit auch der Begriff *Krankheit* wird neu durch Übernahme der WHO- Definition von Gesundheit interpretiert (WHO, 2005 b, p. 2). Das biomedizinische Organismuskonzept der Gesundheitserziehung mit seinem „Maschinenmodell“ des menschlichen Körpers (Schulmedizin) als Indikationsansatz wird aufgegeben zugunsten des für die Gesundheitsförderung charakteristischen ganzheitlichen Ansatzes „Mensch als Person“. Es geht nicht mehr um körperliche Gesundheit allein, sondern auch um psychische und soziale Gesundheit.
- Der *methodisch – didaktische Ansatz* verändert sich. Der die Gesundheitserziehung dominierende Ansatz der Risikoorientierung an den *pathogenen Faktoren* wird aufgegeben. Gesundheitsförderung zielt auf die Gesundheitsressourcen, d. h. auf die Kraftquellen der Betroffenen und damit auf die Stützung und den Ausbau *salutogener Faktoren*.
- Die *Rahmenbedingungen (settings)* werden bedeutend. Nicht das für die Gesundheitserziehung typische individuelle Gesundheitsverhalten der Menschen steht im Blickpunkt möglicher Verhaltensänderungen, sondern die Beeinflussung der Umwelt und Lebensbedingungen der Menschen, also der „settingbezogenen“ gesunden Lebensweisen der Menschen. Settings der Gesundheitsförderung sind z.B. die Kommune, der Betrieb, das Krankenhaus oder die Schule .
- Die verantwortliche *Beteiligung* der Menschen wird gefordert. Ein gesundheitspolitisches Kernmerkmal der Gesundheitsförderung ist ihr Ansatz der Unterstützung der Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit. Dies ist ein demokratisch – emanzipatorisches Konzept, das den paternalistischen Vermittlungsansatz der Gesundheitserziehung verlässt.
- Gesundheitsförderung versteht sich als eine *gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe*. Gesundheitserziehung erhebt keine gesellschaftspolitischen Ansprüche, Gesundheitsförderung dagegen beansprucht nicht nur den klassischen Gesundheitsbereich, sondern alle Politikbereiche.

Für den Politikbereich Bildung sind es vor allem Ian Young und Trefor Williams (Young & Williams, 1989), die diesen allgemeinen Ansatz im Auftrag der WHO in die Institution Schule als *Gesundheitsfördernde Schule (Health Promoting School)* einführen: „There are three main elements in the health promoting school.

Firstly the health education which is taught through the formal curriculum. In Europe health education is rarely treated as a separate subject but is generally integrated into other key areas of the curriculum, such as science, language, physical education, environmental education etc.

Secondly, considerations of health will permeate what is known as the hidden curriculum or the school ethos. This includes the caring relationships in the school, the examples set by the teachers, the physical environment and facilities of the school and many other features of the life of the school.

The third element is provided by relationships developed between the home and school and with the surrounding community and its total environment and services" (Young & Williams, 1989, pp. 11-12).

1990 übernimmt die Europäische Gemeinschaft das von Trefor Williams (1990) nunmehr in ihrem Auftrag weiterentwickelte Implementationskonzept der Gesundheitsförderung in die Institution Schule weitgehend, so dass sie ihre Förderphilosophie von EU-Projekten im Rahmen des EU-Programms *Europa gegen den Krebs* damit verbindet. Das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* wird europaweit zur Methode der Wahl der Krebsprävention in Schulen (s. S. 105).

Heindl (1990, S.3) führt die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und ihre Übertragung auf die Institution Schule durch Ian Young und Trefor Williams (1989) und durch die EU (vgl. Williams, 1990) ab 1990 erstmals in Deutschland auf Schulebene ein. Der von ihr verantwortete BLK-Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (s. S.159) beruft sich ausdrücklich konzeptionell auf diese Entwicklung. Er stützt sich weiter auf besondere Erfahrungen der Pädagogischen Hochschule Flensburg bei der Lehrerbildung mit dem seit 1983 dort eingerichteten *Wahlpflichtfach Gesundheit und Erziehung* und dem 1988 begonnenen *Kontaktstudium Erziehung und Gesundheit*, das zur formalen Qualifikation eines Gesundheitspädagogen führt.

In Kenntnis der Flensburger Hochschulentwicklung muss insgesamt allerdings festgestellt werden, dass eine wissenschaftliche (Teil-) Disziplin, die die dargestellte Entwicklung der Gesundheitsförderung begleitet oder gar erziehungswissenschaftlich legitimiert, nicht bereitsteht. Der beginnende Entwicklungswandel ist dominiert und geprägt von dem Pragmatismus einer globalen gesundheitspolitischen Initiative.

### **1.1.2 ENTWICKLUNGSMERKMALE IN DEN NEUNZIGER JAHREN**

In den 90er Jahren werden Aktivitäten beobachtet, die im Zusammenhang mit einer zögerlich beginnenden erziehungswissenschaftlichen Durchdringung des Themenfeldes *Gesundheitserziehung* bzw. *Gesundheitsförderung* stehen.

Die Pädagogische Hochschule Freiburg bietet mit Beginn des WS 1990/91 einen Studiengang *Gesundheitspädagogik* als ergänzendes Studienfach im Rahmen eines zweijährigen Modellversuchs an (Schneider, 1991, S.13). Von der Universität Flensburg (bis 1994 Pädagogische Hochschule) wird der weitere Ausbau des Studienangebotes im Themenfeld Erziehung und Gesundheit bekannt, der ab 1994 (bis 1998) zu dem von dort initiierten und verantworteten BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* führt. Dieser Versuch verankert Entwicklungen zur „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“ in der Lehrerbildung durch einen neu entwickelten Schwerpunkt im erziehungswissenschaftlichen Hauptstudium (Abschluss 1. Staatsexamen) *und* durch ein entsprechend neu entwickeltes 4- semestriges Ergänzungsstudium nach abgeschlossenem Hochschulstudium mit dem Abschluss M. Sc. (s.S.170).

Der BMBW vergibt 1993 ein Forschungsvorhaben „Gesundheit und Schule“, um im Zusammenhang mit der auch von ihm erheblich unterstützten Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen durch Förderung entsprechender BLK- Modellversuche, den Themenbereich der gesundheitsfördernden Faktoren wissenschaftlich untersuchen zu lassen (Brößkamp, 1994, Vorwort o. S.). Er versteht dieses Forschungsvorhaben ganz wesentlich auch als Baustein eines von ihm geplanten „Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung“, das er 1997 durch Vorlage des Bausteins „Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung“ als Ergebnis eines entsprechenden weiteren Forschungsprojektes ergänzt und mit dem Baustein „Gesundheit und berufliche Bildung“ des abschließenden Forschungsprojektes beenden will. Er beabsichtigt danach die Bausteine zusammenzufügen und als 1. Entwurf eines *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* in die Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung einzubringen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, 1997, Vorwort o. S.).

Die Zahl themenbezogener (erziehungswissenschaftlicher) Veröffentlichungen scheint in den 90er Jahren stetig zu wachsen. Eine vorläufige Sichtung signalisiert allerdings keine Reklamation des Themenfeldes *Gesundheitsförderung (in Schulen)* durch eine wissenschaftliche Teildisziplin. Vorzugsweise stellen die Veröffentlichungen, bei dem Versuch Gesundheitsförderung theoretisch zu begründen, auf die Begriffe *Gesundheitsbildung*, *Gesundheitspädagogik* und *Gesundheitswissenschaften* ab sowie auf

die Begründung des bildungspolitischen Handlungsbedarfs im Themenfeld Gesundheitsförderung in Ablösung der Gesundheitserziehung (vgl. z.B. Hurrelmann, 1990; Paulus, 1992; Priebe, Israel & Hurrelmann, 1993; Barkholz & Homfeld, 1994; Wildt, 1997; Paulus & Deter, 1998; Dahme & Wohlfahrt, 1998 oder Baric & Conrad, 1999).

Gemeinsam ist den bekannt gewordenen Ansätzen und Veröffentlichungen dieser Zeit die Inanspruchnahme der internationalen Programmatik der Gesundheitsförderung. Dabei wird die Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung de facto zum Maß der Dinge und regelmäßig die inhaltliche Basis der Aktivitäten. Von hier aus scheint die Entwicklungsdynamik auszugehen. Wissenschaftlich untersucht wurde dieser internationale Einfluss bisher nicht. Diese Einschätzung ist der *erziehungswissenschaftliche Ausgangspunkt* der hier vorgelegten Untersuchung.

## **1.2 BILDUNGSPOLITISCHE SITUATION**

### **1.2.1 LAGE ENDE DER ACHTZIGER JAHRE**

Den Zugang zur Analyse der bildungspolitischen Situation des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* für den Zeitraum Ende der 80er Jahre verschafft ein Überblick (Abb. 1) über die zu diesem Zeitraum gültigen Verwaltungsregelungen (Erlasse, Richtlinien oder Rundschreiben) der KMK und der an der hier vorgelegten Untersuchung beteiligten 12 Senats – und Kultusverwaltungen der Länder. Er ermöglicht die bildungspolitische und pädagogische Offenlegung der Bedeutung und des Selbstverständnisses des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* und seiner wesentlichen Teilbereiche - aus Sicht der verantwortlichen Schulverwaltungen.

**Abbildung 1:** Ende der 80er Jahre gültige Erlasse, Richtlinien oder Bekanntmachungen der KMK und der an der Untersuchung beteiligten 12 Bundesländer zur *Gesundheitserziehung in Schulen*<sup>1</sup>

	BY	B	BR	HB	HH	MV	NS	RP	SA	SN	SH	TH	KMK
Gesundheitserziehung und/oder Gesundheitsförderung							1980 <sup>2</sup>				1979		1979
Suchtprävention (Alkohol, Rauchen, Medikamente, illegale Drogen ...)				1986				1988	1989				1990
Sexualerziehung									1990				1968
AIDS – Prävention	1989						1988				1987 1988		1985 1988
Ernährungserziehung u. „Müsli“-Erlasse <sup>3</sup>				1989					1987		1990		

1) **Quelle:** Befragung der Senats- und Kultusverwaltungen aller 16 Bundesländer (Rücklauf N=12, s. S.35) Die Felder der an der Untersuchung teilnehmenden *neuen* Bundesländer sind nicht besetzt, da die Wiedervereinigung erst 1990 stattfand: diese Aussage gilt für die Spalten BR, MV, SN und TH.

2) **Niedersachsen:** Wörtliche Übernahme und Empfehlung des KMK – Beschlusses von 1979 durch Bekanntmachung im Schulverwaltungsblatt Niedersachsen

3) **„Müsli“- Erlasse:** So populär benannte Erlasse zum *Verkauf von Esswaren und Getränken an Schulen*

In 6 der 8 an der Untersuchung beteiligten „alten“ Bundesländer und von der KMK gibt es Verwaltungsregelungen zur *Gesundheitserziehung in Schulen*. Dies sind Regelungen bzw. Aussagen entweder über Inhalte und Verfahren des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* im Allgemeinen oder über seine Teilbereiche. Als Teilbereiche gelten diejenigen Themenfelder, zu denen die KMK und die Länder Verwaltungsregelungen herausgeben; sie stehen in einen Bezug zum Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen*, hier also Suchtprävention, Sexualerziehung, AIDS – Prävention und Ernährungserziehung.

Bundesweit bestimmend ist danach für den Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* insgesamt am Ende der 80er Jahre der KMK- Beschluss „Gesundheitserziehung in der Schule“ vom 01.06. 1979:

„Die Kultusministerkonferenz widmet der Gesundheitserziehung in allen dafür geeigneten Unterrichtsfächern aller allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen weiterhin die gebotene Aufmerksamkeit, mit dem Ziel, bei den Schülern so früh wie möglich auf der Grundlage ausreichenden Wissens unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Aspekte gesundheitsgerechtes Verhalten anzubahnen, das von einem Verantwortungsbewusstsein sich selbst und der Gesellschaft gegenüber getragen ist. Hierzu wird eine enge Zusammenarbeit der Schule mit den Eltern, Ärzten und Psychologen für wünschenswert gehalten. In diesem Zusammenhang gewinnt der Schulsport besonders im Hinblick auf die Möglichkeiten eines aktiven Beitrages zur Gesundheitserziehung besondere Bedeutung“ (Kultusministerkonferenz, 1995 b, o. S.).

Dieser Beschluss ist, wie im KMK – Beratungsverfahren vorgesehen, eine einvernehmlich getroffene Entscheidung der Kultusminister aller Länder. Er hat zwar nur den Charakter einer Empfehlung, dient aber wegen seines prominenten Charakters als KMK – Beschluss allen Ländern als verwaltungsinterne pädagogische Orientierungsgrundlage. Niedersachsen empfiehlt ihn 1980 seinen Schulen durch eine wörtliche Veröffentlichung in seinem Schulverwaltungsblatt (Der Niedersächsische Kultusminister, 1980) und macht sich damit auch förmlich seine Botschaft zueigen. Der Beschluss hat einen hohen KMK- typischen Allgemeingrad. Dennoch macht er, wenn auch z.T. versteckt, weitreichende, grundsätzliche Aussagen. Er geht themenbezogen von der *Erziehungsbedürftigkeit* der Schülerinnen und Schüler aus, die zu „gesundheitsgerechten Verhalten“ durch die Schule erzogen werden sollen. Erziehungsziel ist die Beeinflussung von *Risikoverhaltensweisen*. Anders gesagt, es geht um die Entwicklung festgelegter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Dieser Erziehungsansatz basiert, ohne dass es in dem Beschluss wörtlich in Anspruch genommen wird, auf dem *Risikofaktorenmodell*. Dieser Ansatz ist der Kerngedanke der *traditionellen* Gesundheitserziehung. Die KMK formuliert diesen inhaltlichen Hintergrund nicht aus, meint es aber so.

Eindeutiger sind dazu die Empfehlungen von Schleswig- Holstein. Das Land gibt (20.07.1979), in zeitlicher Nähe zum KMK- Beschluss (01.06.79), aber ohne Bezug dazu, eine eigene Bekanntmachung zur *Gesundheitserziehung an allgemeinbildenden Schulen* heraus (Kultusministerium Schleswig – Holstein, 1979) und betont damit zunächst, übrigens später über mehr als ein Jahrzehnt als einziges Bundesland, aus ministerieller Ländersicht die politische und pädagogische Bedeutung des Themenbereiches. In der Einleitung der Bekanntmachung, und damit geht das Land deutlich über den allgemeineren Beschluss der KMK hinaus, thematisiert es als neue, gesellschaftspolitisch bedingt notwendig gewordene Aufgabenfelder der Gesundheitserziehung *Ernährung, Bewegung* und *Sucht*, unterstreicht den allgemeinen pädagogischen Auftrag der Schule und benennt die für die Vermittlung in Frage kommenden Unterrichtsfächer. Am Beispiel des dem Fach Biologie dort zugeschriebenen Aufgabenverständnisses wird der Risikofaktorenansatz deutlich. Es werden zwar nicht die Unterrichtsmodelle „Raucherbein“ oder „Raucherlunge“ genannt, aber als Blaupausen für den methodisch – didaktischen Zugang für Lehrkräfte wirken

sie durch. Aufklärung durch Wissensvermittlung muss danach zu einer vernunftorientierten individuellen Lebensweise führen:

„Gesundheitserziehung ist stets eines der wichtigsten Erziehungsziele der allgemeinbildenden Schulen gewesen und wird es weiterhin bleiben. In der Vergangenheit haben Fragen der Hygiene, der Zahnpflege und der Infektionskrankheiten im Vordergrund gestanden. Die Schule steht jetzt jedoch vor der Aufgabe, die Konsequenzen aus einer veränderten gesundheitlichen Lage zu ziehen, die weniger von Infektionskrankheiten, sondern in erster Linie durch die Folgen von falscher Ernährung und fehlender Bewegung, daneben aber auch von Drogen, Nikotin- und Alkoholmissbrauch geprägt ist. Hier kann nicht der weitere Ausbau der Krankenversorgung, sondern nur stärkere Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit helfen. Diese Herausforderung kann auch am Bildungsauftrag der Schule nicht vorbeigehen. Dabei kann und braucht kein neues Fach „Gesundheitserziehung“ eingeführt zu werden. Es ist vielmehr eine allgemeine pädagogische Aufgabe sowie Aufgabe der bestehenden Fächer Biologie, Hauswirtschaft und Sport sich der neuen Anforderung anzunehmen.

...

3. Aufgabe des *Biologieunterrichtes* ist es, im Rahmen der Humanbiologie vor allem den Zivilisationskrankheiten auf Grund falscher Ernährung und fehlender Bewegung Aufmerksamkeit zu widmen. Weiterhin sollen hier den Schülern auch die schädlichen Folgen des Alkohols und des Rauchens dargestellt werden“ (Kultusministerium Schleswig- Holstein, 1979, S. 260).

Ein im Zusammenhang mit der Umsetzung des Erlasses in Schleswig- Holstein im Schuljahr 1982/83 durchgeführtes Pilotprojekt *Praktische Gesundheitserziehung in der Grundschule* konkretisiert dieses Verständnis weiter. In dem vom Kultusministerium Schleswig- Holstein 1984 herausgegeben Projektabschlussbericht heißt es:

„In den letzten Jahren hat die Gesundheitserziehung einen zunehmend größeren Stellenwert erhalten. Dies resultierte nicht nur aus der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die sich in wenigen Jahren verdoppelt hatte, sondern auch aus der Erkenntnis zahlreicher Fachleute, aber auch breiter Bevölkerungskreise, dass „vorbeugen besser als heilen“ ist und dass diese alte These tatsächlich praktiziert werden kann. Immer mehr Menschen waren bereit, über ihre persönlichen Risikofaktoren nachzudenken und eine vernünftige Einstellung zu Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol und persönlicher Hygiene zu finden. Eine vernünftige Einstellung zur Gesundheit kann aber nur von einem informierten Bürger erwartet werden, und die Gesundheitserziehung ist die Voraussetzung für jeden einzelnen, um seine Lebensweise beurteilen zu können, um sich mit seinen Risikofaktoren auseinander zu setzen und um dann durch Änderung seiner Lebensweise seine Risikofaktoren zu vermindern oder gar zu vermeiden“ (Landesinstitut Schleswig – Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1987, S.8).

Es kann davon ausgegangen werden, dass das durch die KMK, Niedersachsen und Schleswig – Holstein verdeutlichte und veröffentlichte Konzept und Aufgabenverständnis des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* grundsätzlich Ende der 80er Jahre für alle Bundesländer gilt. Dies ist die *bildungspolitisch- inhaltliche Ausgangslage* dieser hier vorgelegten Untersuchung. Auch die zu diesem Zeitpunkt herausgegebenen und gültigen Verwaltungsvorschriften der KMK und der Länder zu Teilbereichen der Gesundheitserziehung in Schulen folgen dem Präventionsverständnis des Risikofaktormodells (s. Abb. 2). Sie bauen darauf, über die Vermittlung von Wissen (über Risikoverhalten) Verhaltensänderungen bewirken zu können.

**Abbildung 2:** Das traditionelle Konzept: Wissensvermittlung führt zur Verhaltensänderung auf der Basis des Risikofaktorenkonzeptes

### KMK

„In der Schule sollen Schülerinnen und Schüler zu Fragen der menschlichen Sexualität ein sachlich begründetes Wissen erwerben. Dieses Wissen soll es ihnen ermöglichen, auf diesem Gebiet Zusammenhänge zu verstehen, sich angemessen sprachlich auszudrücken und sich ein Urteil - auch über schwierige und ungewöhnliche Erscheinungen - zu bilden.

...

Sexualerziehung in der Schule muss wissenschaftlich fundiert und methodisch durchdacht sein.... Die Behandlung sexueller Phänomene und Probleme in der Schule geschieht in der Regel so, dass der Sachverhalt zur Sprache gebracht und erläutert wird; audiovisuelle Hilfsmittel können zur Unterstützung herangezogen werden“ (Beschluss der KMK vom 3.10.1968 *Empfehlungen zur Sexualerziehung in Schulen* (Kultusministerkonferenz, 1995 a, o. S.)).

„Die Kultusminister und -senatoren der Länder kommen überein, in den Schulen im Rahmen des Bildungs- und Erziehungsauftrages über Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von AIDS zu informieren.

...

Es ist insbesondere Aufgabe im Rahmen der Gesundheits- und Sexualerziehung, die Schüler in altersgerechter Form über AIDS zu unterrichten.“ (Beschluss der KMK vom 17. und 18. 10.1985 *Schule und AIDS* (Landesinstitut Schleswig – Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1988, S.32)).

„Diese Zusammenhänge machen es notwendig, dass auch die Schule ihren Beitrag zur Suchtprävention verstärkt und ihre Möglichkeiten voll ausschöpft, Jugendlichen die Gefahren der Drogeneinnahme und Suchtabhängigkeit vor Augen zu führen und der Verführung Jugendlicher zum Drogenkonsum entgegenzuwirken.

...

So verstanden soll Suchtprävention darin bestehen, den einzelnen zu befähigen, gesundheitsschädliches Suchtverhalten zu vermeiden“ (Beschluss der KMK vom 3.7.1990 *Sucht – und Drogenprävention in der Schule* (Kultusministerkonferenz, 1995 c, o. S.)).

### Bundesländer

„ So sollen Schüler im Wissen um die Risiken und deren Verminderung bzw. Ausschaltung zu ... ethisch-moralischen Einstellungen und zu verantwortlichem Handeln in der eigenen Lebensführung und im Umgang mit den Mitmenschen ihrem Alter angemessen hingeführt werden.

...

Ein verzerrtes Bild menschlicher Sexualität wie auch eine einseitige mechanische Darstellung menschlichen Sexualverhaltens sind zu vermeiden. Auch deshalb hat das Aufstellen von Kondomautomaten in den Schulen zu unterbleiben.

...

Soll der Schularzt die Gesundheitserziehung der Schule durch Aufklärung, Beratung und Belehrung im Rahmen von schulärztlichen Untersuchungen, von schulärztlichen Sprechstunden und von Vorträgen vor Erziehungsberechtigten, Schülern und Lehrern ergänzen“ (Gemeinsame Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus, des Innern und für Arbeit und Sozialordnung vom 15. 03. 1989. *Richtlinien für die AIDS-Prävention an den bayerischen Schulen* (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1989, S. 72)).

„Damit dieses Warenangebot von den Schülerinnen und Schülern angenommen wird, ist ... die Bedeutung einer ausgewogenen Kost im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung unterrichtlich zu erarbeiten mit dem Ziel, die erworbenen Kenntnisse in ein stabiles Ernährungsverhalten umzusetzen“ (Orientierungshilfe des Senator für Bildung und Wissenschaft vom 21.09.89 *Verkauf von Esswaren und Getränken in den Schulen der Stadtgemeinde Bremen* (Freie Hansestadt Bremen. Der Senator für Bildung und Wissenschaft, 1996, S. 1)).

„Gesundheitserziehung in der Schule bezieht sich mehr noch auf zukünftige als auf gegenwärtige Lebenssituationen der Schüler. Daher sind die Hinführung zu einer verantwortlichen Lebensweise und die Vermittlung von Kenntnissen, die urteilsfähig machen können, von besonderer Bedeutung“ (*Aufklärung über die Immunschwäche AIDS in den niedersächsischen Schulen*. Erlass des Niedersächsischen Kultusminister vom 5. 07. 1988 (Der Niedersächsische Kultusminister, 1988, S.1-2)).



Zeitgleich mit dem von der traditionellen Gesundheitserziehung geprägten Verständnis (Risikofaktorenmodell: Wissensvermittlung bewirkt Verhaltensänderung) entwickelt sich im Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* eine Trendwende in der Unterrichtsmethodik und dem zugrundeliegenden Präventionskonzept. Die Erfahrungen zeigen: Wissen führt nicht zur Verhaltensänderung. Der unterrichtlich empfohlene kognitive Zugang zur Verhaltensänderung wird abgelöst durch einen psychischen, das emotionale eigene Erleben in den Vordergrund stellenden, Konfliktlösungsansatz. Was heißt das? Psychische Erlebnisfähigkeit soll im Zusammenhang mit dem Erlernen der Lösung von Konflikten vermittelt und trainiert werden. Dahinter verbirgt sich als Erklärungsmodell ein neuer Präventionsansatz. Er geht davon aus, dass die Entstehung von Abhängigkeiten, „unvernünftigen“ Verhaltensweisen o.ä. daraus resultiert, dass persönliche Konflikte, die Menschen haben, durch den Einsatz von Stoffen (Nikotin, Alkohol, illegale Drogen ..) „gelöst“ werden. Tatsächlich werden sie so nicht gelöst, sondern nur vorübergehend zugedeckt. Zur wirklichen Lösung der Konflikte ist eine besondere Handlungskompetenz notwendig, die auch von Schülern gelernt werden kann. Das Training von Konfliktlösungsmöglichkeiten rückt also in den Blickpunkt schulischer Prävention. Abb. 3 verdeutlicht beispielhaft diese Trendwende:

**Abbildung 3:** Die konzeptionelle Trendwende beginnt: Von der Wissensvermittlung zum Training von Konfliktlösungen

„Suchtvorbeugung in der Schule soll fächerübergreifend langfristig solche Einstellungen, Erlebnisfähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten entwickeln und fördern, die zur Bewältigung von Konflikten und Problemen sowie zu selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Handeln befähigen. Kinder und Jugendliche sollen lernen, Gefährdungen, die von legalen und illegalen Suchtstoffen (Alkohol, Nikotin, Medikamente, Haschisch, Heroin u.a.) ausgehen, rechtzeitig zu erkennen und stoffungebundenen Suchthaltungen (übertriebenes Fernsehen, übersteigertes Konsumverhalten, Spielsucht u.a.) entgegenzuwirken“ (Ministerium für Kultus, Bildung und Wissenschaft des Saarlandes *Erlass über die Suchtvorbeugung und das Verhalten bei Suchtmittelmissbrauch in der Schule* vom 9.05.1989 (Ministerium für Kultus, Bildung und Wissenschaft Saarland, 1989, S. 208)).

„Die bisher bevorzugten Methoden der Aufklärung und Abschreckung haben sich als weitgehend unwirksam erwiesen. Bloße Sachinformationen über Suchtstoffe und Drogenwirkung können vor allem bei Jugendlichen eher zur Vergrößerung der Konsumbereitschaft führen anstatt sie abzubauen. Eine inhaltliche Neuorientierung für die Umsetzung im Unterricht ist nötig. Dabei wird bedacht sein müssen, dass z.B.

- rationale Argumentation im Zusammenhang mit Suchtprävention in ihrer Wirkung begrenzt ist,
- eigene Erfahrungen, selbstgefundene Alternativen und selbstgetroffene Entscheidungen den größten Einfluss auf Einstellungen und späteres Verhalten ausüben,
- besondere Bedeutung denjenigen zukommt, die die Informationen unter Berücksichtigung dieser Aspekte vermitteln (z.B. Lehrerinnen und Lehrer)“

(Beschluss der KMK vom 3.7.1990 *Sucht- und Drogenprävention in der Schule* (Kultusministerkonferenz, 1995 c, o. S.)).

Die Trendwende führt in Deutschland bildungspolitisch auch erstmals zur Auseinandersetzung mit themenbezogenen *internationalen* Entwicklungen. Die Pädagogische Hochschule Flensburg beginnt mit Unterstützung des Kultusministeriums Schleswig – Holstein einen dreijährigen BLK – Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (s. S. 159). Er beruft sich konzeptionell ausdrücklich auf die *internationale* WHO – Programmatik der Gesundheitsförderung und auf ihre *europäische* Übertragung durch die EU auf die Institution Schule. Der BLK – Modellversuch hat bundesweit den Anspruch, einen innovativen Zugang zur Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen in einem Feldversuch zu finden und zu erproben.

„Spätestens seit Veröffentlichung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die WHO werden Gesundheit und Wohlbefinden immer deutlicher in den Zusammenhang der Lebensweisen des Menschen gerückt. Die Europäische Gemeinschaft greift dieses Verständnis im Rahmen ihres Programms ‚Europa gegen den Krebs‘ ausdrücklich auf und vollzieht mit den Empfehlungen der Europäischen Konferenz über Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule (Dublin, 7. – 9. Februar 1990) Schritte in Richtung Schule und Gesundheitsförderung.“

Gesundheitserziehung an bundesdeutschen Schulen ist bis heute vor allem in den Unterricht eingebunden. Hier sind es u.a. die Fächer Heimat – und Sachunterricht, Biologie, Haushaltslehre/ Hauswirtschaft, Ernährungslehre mit Chemie und Sport zu nennen, deren jeweiligen Stellenwert für eine Gesundheitserziehung die Lehrpläne erkennen lassen. Der schulische Alltag insgesamt, das Schulleben im Feld von Erziehung und Gesundheit, zeigt jedoch Widersprüche zwischen gesundheitsbezogenen Lerninhalten des Unterrichtes und ausserunterrichtlichem Gesundheitsverhalten der betroffenen Personen (Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler). Gesundheitswissen, Wollen und Handeln weichen auseinander. Vor dem Hintergrund lebenspraktischer Bezüge einer Gesundheitsförderung sind für jeden Menschen Natur, Umwelt, Ernährung, Bewegung und Kleidung von exemplarischer Bedeutung. Praktisches Lernen im Lebensalltag Schule eröffnet hier neue Lernfelder und Lernwege. Die Zahl der Schulen steigt, die nach gesundheitsfördernden Maßnahmen suchen, die Unterricht, ausserunterrichtliche und ausserschulische Bereiche zusammenführen. Bestimmend und tragend sollten bei diesen Bemühungen stets die Personen sein, die in die jeweiligen Prozesse eingebunden sind.

Der Modellversuch ‚Gesundheitsförderung im schulischen Alltag‘ sieht hier den Ausgangspunkt. 29 Schulen aller Schularten des allgemeinbildenden Schulwesens in Schleswig – Holstein sind gefordert, aus ihrem jeweils spezifischen Alltag Maßnahmen zur gesunden Lebensführung zu entwickeln und zu erproben“ (Heindl, 1990, S.3).

Diese für den Modellversuch von Ines Heindl (1990) vorgenommene Charakterisierung der Situation der Gesundheitserziehung in Schulen bestätigt und ergänzt die dargelegte Entwicklungssituation des Themenfeldes zum Ende der 80er Jahre. Neu ist hier der projektspezifische themenbezogene internationale Brückenschlag. Damit eröffnet sich modellhaft dem Schulalltag in Deutschland erstmals die Partizipation an der internationalen Entwicklung.

### 1.2.2 ENTWICKLUNGSMERKMALE IN DEN NEUNZIGER JAHREN

Die KMK und die Senats- und Kultusverwaltungen der Länder geben insgesamt 42 Verwaltungsregelungen zur Gesundheitserziehung in Schulen im Allgemeinen und zu ihren Teilgebieten heraus. Abb. 4 gibt hierzu für den Zeitraum 1989 - 1999 den KMK - und Länderüberblick; der Entwicklungsstand von 1989 (Abb.1 s. S.21) wird hier aus Gründen der Vollständigkeit nachrichtlich mit aufgenommen.

21 der Verwaltungsregelungen werden nach der Wiedervereinigung von den 4 an der Untersuchung teilnehmenden „neuen“ Ländern herausgegeben. Dies ist eine vergleichsweise hohe Zahl, sie erklärt sich auch aus dem gegebenen Nachhol- bzw. Anpassungsbedarf der „neuen“ Länder. Die anderen 21 Vorschriften geben 8 der 11 „alten“ Bundesländer heraus. Hier vollzieht sich, selbst bei Berücksichtigung des verständlichen Nachholbedarfes der „neuen“ Länder, insgesamt in Deutschland eine beachtliche Entwicklung in einem pädagogisch bis Ende der 80er Jahre eher unbedeutenden Lernbereich, die nach Erklärungen sucht. Ist es nur klassisches Verwaltungshandeln der KMK und der Senats – und Kultusverwaltungen der Länder und damit eher eine konservative Ausgestaltung oder Fortschreibung? Oder sind bisher nicht analysierte Konzepte, Einflüsse etc. der Motor einer gezielten, grundsätzlichen administrativen Weiterentwicklung?

Beobachtbar ist aber auch ein durchaus reformpädagogisch, bildungspolitisch geprägtes Verwaltungshandeln der BLK, des BMBW, der KMK und der Länder. Bekannt werden zwischen 1991 und 2000, immer im Hinblick auf das Themenfeld *Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in Schulen*, z.B.

- BLK-Modellversuche fast aller Bundesländer
- EU-Projekte einzelner Bundesländer
- Forschungsprojekte des BMBW
- pädagogische Innovationsbereitschaft der Institution Schule  
(vgl. z.B. Bildungskommission NRW, 1995)
- zunehmende Zusammenarbeit zwischen staatlichen Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGO' s) oder Krankenkassen

**Abbildung 4:** Im Untersuchungszeitraum 1989 bis 1999 neu herausgegebene Erlasse, Richtlinien oder Bekanntmachungen der KMK und der an der Untersuchung beteiligten 12 Bundesländer zur *Gesundheitserziehung in Schulen bzw. zur Gesundheitsförderung in Schulen*

	BY	B	BR	HB	HH	MV	NS	RP	SA	SN	SH	TH	KMK
Gesundheitserziehung und / oder Gesundheitsförderung			1994 1995 1997 1999 <sup>1</sup>		1997 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup> 1996 <sup>2</sup>	1980 <sup>1</sup> 1991 <sup>2</sup> 1998 <sup>o</sup>			1991 <sup>1</sup> 1996 <sup>2</sup> 1996 <sup>o</sup>	1979	1997 1999	1979 1992
Suchtprävention (Alkohol, Rauchen, Medikamente, illegale Drogen ...)	1991 1996	1991 1993 1994 1997		1986	1992	1996 <sup>2</sup>	1989 1992	1988	1989 1994	1995 <sup>3</sup>	1992		1990
Sexualerziehung	1996		1993 <sup>2</sup>		1981 1996 1997 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	1998 <sup>3</sup>		1990	1993 1996 1998			1968
AIDS – Prävention	1989		1993 <sup>3</sup>				1988		1998		1987 1988		1985 1988
Ernährungserziehung u. „Müsli“-Erlasse *		1993 1994	1993	1989			1991		1987		1990	1995	

**Fett:** Neu herausgegeben Verwaltungsregelungen im Untersuchungszeitraum Zeitraum 1991 – 1999.

**Kursiv:** Rechtswirksame Verwaltungsregelungen zu Beginn des Untersuchungszeitraumes 1989.

**Erläuterungen zu den mit \* bzw. <sup>1</sup>, <sup>2</sup> o. <sup>3</sup> gekennzeichneten Angaben:**

„Müsli“- Erlasse (\*): So populär benannte Erlasse zum Verkauf von Esswaren und Getränken an Schulen

#### **Brandenburg (BR):**

- (1) Aufnahme der Verantwortung der Schulen für die Förderung der *Gesundheit* der Schülerinnen und Schüler in das Schulgesetz (§ 4 (5)).
- (2) Rundschreiben ... *Empfehlung, Lesben- und Schwulenorganisationen zur Aufklärungsarbeit in den Schulen einzubeziehen.*
- (3) Rundschreiben *Empfehlungen zum Verkauf von Kondomen in Schulen als präventive Maßnahme gegen AIDS.*

#### **Hamburg (HH):**

- (1) *Gesundheitsförderung* und Sexualerziehung werden als Aufgabengebiete der Schulen in das Schulgesetz (§ 5 (3)) aufgenommen.

#### **Mecklenburg – Vorpommern (MV):**

- (1) *Gesundheitserziehung* und Sexualerziehung werden als Aufgabengebiete der Schulen in das Schulgesetz (§ 5 (4)) aufgenommen.
- (2) Erlass *Gesundheitserziehung, Sucht – und Gewaltprävention an Schulen.*

#### **Niedersachsen (NS):**

- (1) Wörtliche Übernahme und Empfehlung des KMK – Beschlusses von 1979 durch Bekanntmachung im Schulverwaltungsblatt Niedersachsen.
  - (2) *Empfehlungen zur Gesundheitserziehung in Schulen*, die unverändert und zeitgleich von Sachsen – Anhalt, dem „Partnerland“ Niedersachsens nach der Wiedervereinigung, übernommen werden.
  - (3) Aufnahme der *Mitwirkung der Erziehungsberechtigten in der Schule* bei der Sexualerziehung in den Schulen und des *Selbstverständnisses* schulischer Sexualerziehung in das Schulgesetz (§ 96).
- (<sup>o</sup>) Zum Bildungsauftrag der Schule gehört die Befähigung der Schülerinnen und Schüler gesundheitsbewusst zu leben (Schulgesetz § 2).

#### **Sachsen – Anhalt (SN):**

- (1) Siehe Hinweis (2) Niedersachsen.
  - (2) Broschüre *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Grundsätze und Anregungen für die Praxis.* (Weiterentwicklung der o.a. Empfehlungen Niedersachsens von 1991 (Partnerland von SN).
  - (3) Amtliche Hinweise und Empfehlungen zur Verstärkung der Suchtprävention in Schulen in Verbindung mit Werbung für den Einsatz der seit 1991 von Niedersachsen übernommen Unterrichtsmaterialien *Hilfen für die schulische Erziehung im Bereich Suchtprävention und Drogenproblematik.*
- (<sup>o</sup>) Zum Bildungsauftrag der Schule gehört die Befähigung der Schüler zu verantwortlichem Verhalten gegenüber Gesundheit (Schulgesetz § 1).

Gemeinsam ist allen bildungspolitischen Aktivitäten ein immer wieder beobachtbarer indirekter oder direkter internationaler Bezug, der von Verwaltungsregelungen, Aktivitäten oder Projekten hergestellt wird. Insbesondere WHO und EU greifen durch politisch- inhaltliche Programme oder finanzielle Projektförderung z. T. tief in die Ausgestaltung der Institution Schule in Deutschland ein. Der Schlüssel für die Erklärung dieser zunehmend international geprägten nationalen Entwicklung fehlt, er wurde bisher auch nicht gesucht. Diese Erkenntnis ist der *bildungspolitische Ausgangspunkt dieser Untersuchung*. Wie ist derartige internationaler Einfluss möglich, und wo kommt er her? Trotz Kulturföderalismus, d.h. alleiniger Verantwortung der Bundesländer für die Institution Schule, wird in allen wesentlichen Schulverantwortungsbereichen internationaler Einfluss auf die Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung und auf die Implementation der Gesundheitsförderung deutlich, insbesondere auf Richtlinien der Senats- und Kultusverwaltungen, auf die Lehrerfortbildung oder auf Schulversuche. Dass die internationalen Impulse trotz der Kulturhoheit der Länder diese Ländergrenzen überqueren, spricht für ihre fachliche Qualität, inhaltliche Attraktivität und bildungspolitische Überzeugungskraft. Diese Impulse, ihre Einführung in Deutschland sowie die Gründe dafür und für ihre Aufnahme wurden bisher nicht erforscht. Das Themenfeld war bisher kein Forschungsgegenstand.

### 1.3 UNTERSUCHUNG: VORSCHAU

Zwischen 1989 und 1999 waren verschiedenste, innovative internationale Impulse zur Weiterentwicklung des Fachunterrichtskonzeptes *Gesundheitserziehung in Schulen* beobachtet worden. Dabei handelte es sich um erhebliche politische, fachliche und finanzielle Anstrengungen zur bundesweiten Implementation des Konzepts der *Gesundheitsfördernden Schule*. Was fehlte, war bisher eine wissenschaftliche Wirkungsanalyse der Entwicklungsimpulse für diesen Zeitraum. Deshalb wurde für diese Dekade eine empirische Untersuchung, verbunden mit einer Literaturrecherche, als themenbezogenes Forschungsprojekt entwickelt und durchgeführt. Erstmals konnte damit für Deutschland internationaler Einfluss auf die Entwicklung eines fächerübergreifenden Lernbereichs bzw. eines Schulentwicklungskonzepts beforscht werden.

Bestimmt wird die gesamte Analyse durch diejenigen internationalen Entwicklungsimpulse der WHO, der Europäischen Kommission und der Europarates, die eine Neuausrichtung des Verständnisses von Gesundheit, die Programmatik der Gesundheitsförderung und die Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* beinhalten. Diese Impulse werden in der vorliegenden Arbeit regelmäßig auf allen relevanten Ebenen des Schulsystems analysiert, ebenso ihre Aufnahmegründe in Deutschland. Inhaltlich können sie als eine globale Leitprogrammatik, internationale Leitbegriffe und transnationale Förderprogramme identifiziert werden. Sie stoßen in Deutschland auf politische und fachliche Implementationsbereitschaft, insbesondere aber auch auf fähige und motivierte Akteure. Die Relevanz der Untersuchungsergebnisse wird für die Bildungspolitik, die Verstetigung des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in der Praxis des Schulalltags und für die Wissenschaft abgeleitet.

## 2 ZIELSETZUNG UND METHODIK

*Überblick:*

*In diesem Kapitel wird, ausgehend von der allgemeinen Fragestellung, der Aufbau der Arbeit erläutert. Es werden die Ziele, die Fragestellungen, das methodische Vorgehen sowie die Stichprobe der empirischen Untersuchung und der Ansatz der Literaturrecherche erörtert.*

### 2.1 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN

Die in Kapitel 1 erörterten Sachverhalte lassen erkennen, dass in den 90er Jahren internationale gesundheits- und bildungspolitische Entscheidungen oder Programme Einfluss auf die Entwicklung des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* und die Implementation des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* in Deutschland haben.

*Ziel dieser Arbeit* ist die genaue Untersuchung dieses internationalen Einflusses auf die Entwicklung in Deutschland und die Klärung der Aufnahmebereitschaft und -fähigkeit der Impulse durch Deutschland. Der Untersuchungsansatz hat wissenschaftlichen Neuigkeitswert. Er schließt die bestehende Forschungslücke zwischen den durchaus bekannten und umfänglichen internationalen themenbezogenen Entwicklungsimpulsen einerseits und der bereits beforschten Implementationsmethodik des Konzeptes und seiner Dissiminationsmöglichkeiten andererseits (vgl. z.B. Barkholz & Paulus, 1998; Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001). Unklar war bisher, welche der vielen internationalen Entwicklungsimpulse, vor allem auch wie, nach Deutschland in den Schulalltag gelangten. Hier setzt die Untersuchung an.

Das Untersuchungsziel kann vor dem Hintergrund des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* in den folgenden Fragestellungen spezifiziert werden:

- *Gibt es einen nennenswerten internationalen Entwicklungseinfluss in den 90er Jahren?*

Die internationalen Entwicklungsimpulse auf die verschiedenen Ebenen der Institution Schule in Deutschland sind zu identifizieren und zu dokumentieren. Dabei werden

sich die wesentlichen Impulsquellen herauskristallisieren. Es wird festzustellen sein, welche internationalen Institutionen die hauptsächlichen Impulsgeber sind und welche ihrer gesundheits- oder bildungspolitischen Leitlinien, Entscheidungen, Entwicklungs- und Förderprogramme, Konferenzergebnisse oder Forschungsergebnisse für die Entwicklung in Deutschland bestimmend sind.

- *Wie wurde der internationale Einfluss in Deutschland möglich?*

Der vermutete internationale Einfluss wird erklärungsbedürftig sein. Warum wird in den 90er Jahren eine derartige internationale Entwicklung, wie die der *Gesundheitsfördernden Schule*, von Deutschland aufgenommen? Voraussetzung für einen derartigen Transfer muss ein gesundheits- und bildungspolitischer aber auch fachlicher Konsens oder Rahmen sein, der die Entwicklung ermöglicht und unterstützt. Und es muss Akteure geben, die den Transfer in Deutschland umsetzen.

Die Untersuchungsergebnisse werden hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz unter drei Gesichtspunkten ausgewertet. Einerseits wird ihre Bedeutung für die Internationalisierung deutscher Bildungspolitik betrachtet. Andererseits wird ihr Beitrag der Diskussion zur Verstetigung des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* im Schulalltag zugeführt. Und schließlich wird untersucht, inwieweit die Untersuchungsergebnisse dazu beitragen können, für das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* eine wissenschaftliche Legitimationsfähigkeit zu entwickeln.

## 2.2 METHODEN

### 2.2.1 GESAMTÜBERSICHT

Als Untersuchungsmethodik bot sich die Kombination einer empirischen Untersuchung mit einer Literaturrecherche an. Abb. 5 gibt eine Gesamtübersicht zum Aufbau der Untersuchung.



**Abbildung 5:** Gesamtübersicht der Untersuchung

<p style="text-align: center;"><b>1 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ZIEL</b></p> <p>Empirische Analyse der Situation und Entwicklung des Lernbereiches <i>Gesundheitserziehung in Schulen</i> bzw. des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> auf den verschiedenen Ebenen der Institution Schule (Schulverwaltung, Schule, Lehrerfortbildung, Lehrplanrevision, Schulversuche ...), mit dem Ziel der Identifikation ihrer internationaler Entwicklungsimpulse und der Bewertung ihrer Wirkung.</p> <p style="text-align: center;"><b>METHODE</b></p> <p style="text-align: center;">Geschlossene Befragung (Umfrage)</p> <p style="text-align: center;"><b>STICHPROBE</b></p> <p style="text-align: center;">16 Senats- und Kultusverwaltungen der Länder der Bundesrepublik Deutschland</p>
<p style="text-align: center;"><b>2 LITERATURERCHE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ZIEL</b></p> <p style="text-align: center;">Ergänzung und Absicherung der Ergebnisse der empirischen Untersuchung</p> <p style="text-align: center;"><b>SUCHSTICHWORTE</b></p> <p>Gesundheitserziehung (in Schulen), Gesundheitsförderung (in Schulen), Gesundheitsfördernde Schule, Gesundheitsbildung, Gesundheitspädagogik, (Primär-)Prävention, Gesundheitsreform(-gesetz), Schulentwicklung, World Health Organization (WHO), European Commission (EU), Europarat, European Network of Health Promoting Schools</p> <p style="text-align: center;"><b>QUELLEN</b></p> <p style="text-align: center;">Literaturdatenbanken und Internet</p>

## 2.2.2 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

### a) Messinstrument und Untersuchungszeitraum

Es handelte sich um eine Fragebogenuntersuchung mit offenen Antwortkategorien (s. Anhang 1). Den Kontext der Erhebung bildete die Verantwortung der Senats- und Kultusverwaltung der Länder für den Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* auf allen Ebenen der Schule, für seine Weiterentwicklung zum Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule* und für den Transfer möglicher internationaler Entwicklungsimpulse nach Deutschland. In diesem Zusammenhang wurde nach der auf diesen Ebenen konkretisierten Verantwortung gefragt. Die Umfrage enthielt Fragen nach:

- *Erlassen und Verordnungen.* Gefragt wurde nach alten und neuen allgemeinen Regelungen und Bestimmungen für Teilbereiche (z.B. Suchtprävention, AIDS-Prävention) des Untersuchungsgegenstandes.
- fächerübergreifenden *Lehrplanbausteinen* bzw. *Fachlehrplänen.*
- *Fortbildungsverzeichnissen* der Lehrerfortbildungsinstitute der Länder, mit denen themenbezogene Lehrerfortbildungsveranstaltungen des Untersuchungszeitraumes dokumentierbar werden sollten.

- themenbezogenen *Berichten* und *Dokumentationen*, die landesspezifische Entwicklungen ergänzend dokumentieren konnten.

Als Untersuchungszeitraum wurde die Dekade von 1989 bis 1999 gewählt, weil, wie in Kapitel 1 dargestellt, in diesem Zeitraum erstmals und zunehmend häufiger die diskutierten internationalen Entwicklungseinflüsse auf den Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* beobachtet werden konnten. Dieser lange Untersuchungszeitraum ist themenbezogen neu; bisherige Untersuchungen berücksichtigten höchstens 3 bis 4 Jahre. (vgl. Heindl & Gabriel, 1994; Arnhold, 1995; Barkholz & Paulus, 1998 und Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001). Der 10-jährige Untersuchungszeitraum wurde gewählt, um eine Verlaufsbeobachtung zu sichern, die alle wesentlichen, meist mehrjährigen themenbezogenen BLK- Modellversuche und EU-Projekte in Deutschland berücksichtigen konnte. Damit konnte die Repräsentativität der Ergebnisse weiter abgesichert werden.

## **b) Stichprobe und Durchführung der Untersuchung**

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Senats- und Kultusverwaltungen der Länder angeschrieben. Die Stichprobe rekrutierte sich aus allen 16 Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland. Die Umfrage wurde den Referenten für Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder im Januar 2000 vom Institut für Psychologie der Universität Lüneburg zugesandt. Sie wurde als eines von mehreren themenbezogenen Forschungsprojekten des Instituts dargestellt. Die Referenten wurden im Begleittext der Umfrage an den Forschungsbedarf zu Fragen des themenbezogen internationalen Einflusses erinnert und mit Hinweis auf zurückliegende eigene erfolgreiche Verantwortungen zur Mitarbeit bei der Umfrage motiviert. Ihre Rückantwort sollte wiederum an das Institut gehen. Im Oktober 2000 wurden die Senats- und Kultusverwaltungen, von denen keine Rückmeldungen vorlagen, an die Bearbeitung der Umfrage erinnert.

Insgesamt nahmen 12 Senats- und Kultusverwaltungen an der Fragebogenumfrage teil. Trotz der Erinnerung zur Beantwortung im Oktober 2000 und späterer persönlicher Nachfrage beteiligten sich ohne Angabe von Gründen 4 Bundesländer nicht an der

Umfrage. Einen Überblick über die teilnehmenden bzw. nichtteilnehmenden Länder gibt Abbildung 6.

**Abbildung 6 :** Stichprobe der Bundesländerumfrage

Beteiligte Länder N = 12	Nichtbeteiligte Länder N = 4
Bayern	Baden-Württemberg
Berlin	Hessen
Brandenburg	Nordrhein- Westfalen
Bremen	Sachsen
Hamburg	
Mecklenburg- Vorpommern	
Niedersachsen	
Rheinland- Pfalz	
Saarland	
Sachsen	
Schleswig- Holstein	
Thüringen	

### c) Auswertung

#### • Auswertung der Länder- Umfrage

Die Auswertung der Umfrage hatte zunächst die Erarbeitung einer Dokumentation der international beeinflussten Entwicklung des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* bzw. des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* für den Zeitraum 1989 bis 1999 zum Ziel. In die Auswertung gingen zusätzlich zu den Antworten der Umfrage auch von den Ländern zur Verfügung gestellte ergänzende Unterlagen (z.B. Kopien von Amtsblättern, Broschüren, Versuchsberichte) ein. Folgende Variablen konnten themenbezogen länderübergreifend analysiert werden:

- Zuständigkeit und Strukturen
- Besondere formal - inhaltliche Grundlagen
- Stellung als Lernbereich im Unterricht
- Fortbildung der Lehrkräfte
- Modellversuche und Projekte
- Publikationen

Die nationalen Daten, internationalen Impulse und die auf ihrer Auswertung fußende Übersicht der *Gesundheitserziehung in Schulen* bzw. der *Gesundheitsfördernden Schule* wurden als gesonderte Dokumentation für die Untersuchung zusammengestellt.

- *Auswertung der Dokumentation*

Alle auf Deutschland im Untersuchungszeitraum einwirkenden internationalen Impulse waren bei der Auswertung praktisch „zwangsläufig“ mit in die Dokumentation aufgenommen worden. In einem weiteren Auswertungsschritt konnten jetzt im Rahmen der Auswertung dieser Dokumentation die die Entwicklung *bestimmenden* internationalen Impulse identifiziert, beispielhaft belegt und ihre jeweilige Bedeutung interpretiert werden. Sie sind Inhalt der hier vorgelegten Untersuchung. Ihre *beispielhafte* Auswahl geschah unter verschiedenen Aspekten: die Impulse mussten in mehreren Bundesländern und gleichen institutionellen Ebenen der Schule beobachtbar sein, und es musste aus der qualitativen Analyse deutlich werden, dass ihre länderspezifische Einwirkung nicht nur marginalen Charakter hatte. Schließlich spielten auch ökonomische Gründe eine Rolle bei der Auswahl. Wegen der Vielzahl der identifizierten Impulse konnten aus Gründen des Umfangs der Untersuchung nur diejenigen Berücksichtigung finden, die aussagekräftig und weiter analysierbar waren. Die so vorgenommene Auswertung der Dokumentation führte als Ergebnis zur Bestimmung der die Entwicklung in Deutschland beeinflussenden internationalen Impulse und Organisationen. Damit wurde die von der Untersuchung insgesamt zu leistende notwendige Diskussion um die Gründe der Entwicklung (Rahmenbedingungen und Akteure) möglich.

### 2.2.3 LITERATURERCHE

Da aus den Umfrageantworten der Ministerien keine besonderen oder gar systematischen einschlägigen Literaturangaben erwartet werden konnten, wurde ergänzend zu der empirischen Untersuchung eine Literaturrecherche durchgeführt. Als Quellen wurden für den Untersuchungszeitraum von 1989 bis 1999 die Literaturdatenbank Psyn dex und das Internet herangezogen. Suchstichworte waren: Gesundheitserziehung (in Schulen), Gesundheitsförderung(in Schulen), Gesundheitsfördernde Schule, Gesundheitsbildung, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsreform (-gesetze), (Primär-) Prävention, World Health Organization (WHO), European Commission (EU), Europarat und European Network of Health Promoting Schools. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden mit den Ergebnissen der empirischen Untersuchung in Verbindung gebracht mit dem Ziel, die Gründe für die Aufnahme der Impulse durch Deutschland ergänzend untersuchen, absichern und bestimmen zu können.

### 3 WELCHE INTERNATIONALEN IMPULSE BESTIMMEN DIE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND?

*Überblick:*

*Die analysierten internationalen Impulse sowie ihre Aufnahme in Deutschland werden in diesem Kapitel belegt und interpretiert. Als Impulsquellen werden gesundheits- oder bildungspolitische Leitlinien, fachliche Entscheidungen, Entwicklungs- und Förderprogramme, Konferenzergebnisse oder Forschungsergebnisse*

- *der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*
- *der Europäischen Kommission*
- *des Europarates*

- *des internationalen Projektes „European Network of Health Promoting Schools“*

*offen gelegt. Jeder Quelle wird ein eigener Abschnitt gewidmet, in dem in Frage kommende Impulse mit Originalzitaten angeführt werden. Die deutsche Übernahme der Impulse wird mit beispielhaften Zitaten dokumentiert und ihre jeweilige Bedeutung interpretiert.*

#### 3.1 IMPULSE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)

Die WHO wird als eine der Sonderorganisationen der UNO 1948 gegründet. Sie hat 191 Mitgliedsländer (1998). Ihr Ziel und ihre Hauptfunktionen sind:

„WHO's objective ...is the attainment by all peoples of the highest possible level of health”  
(WHO, 2005 a, p. 1).

“Die WHO hat 4 Hauptfunktionen:

- die Entwicklung international gültiger Richtlinien für den Gesundheitsbereich;
- die Festlegung globaler Qualitätsstandards für Gesundheit;
- die Zusammenarbeit mit den Regierungen der Mitgliedsländer zur Unterstützung der nationalen Gesundheitsprogramme und
- die Entwicklung und Übertragung geeigneter Technologien, Informationen und Standards für Gesundheit“

(Bundesvereinigung für Gesundheit & Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 1998, S. 4).

Aus der Vielzahl ihrer gesundheitspolitischen und fachlichen Richtlinien, Programme oder Konferenzempfehlungen erlangen im Hinblick auf die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland folgende Impulse grundsätzliche und nachhaltige Bedeutung:

- Die Definition von Gesundheit (Quelle: Verfassung der WHO von 1946)
- Der globale gesundheitspolitischen Rahmen (Quelle: WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ von 1977)
- Die Programmatik und die Leitlinien der Gesundheitsförderung (Quelle: WHO-Ottawa - Charta zur Gesundheitsförderung von 1986)
- Das Konzept der Life – Skills – Education (Quelle: WHO-Programm zur psychischen Gesundheit von 1993)

Im Folgenden werden in Frage kommende Impulse durch Zitate dargestellt und analysiert. Ihr Eingang in die bildungspolitische Entwicklung in Deutschland wird *beispielhaft* belegt und interpretiert.

### 3.1.1 DEFINITION VON GESUNDHEIT (QUELLE: VERFASSUNG DER WHO VON 1946)

*Vorbemerkung:*

*Die Verfassung der WHO wird von der Internationalen Gesundheitskonferenz (New York, 19. – 22. Juli 1946) angenommen und am 22. Juli 1946 von Vertretern von 61 Staaten unterzeichnet (vgl. WHO, 2005 b). Eine ihrer bedeutsamsten Aussagen ist die in ihrer Präambel formulierte Definition von Gesundheit. Die Definition legt den Grundstein für die globale Entwicklung eines ganzheitlichen, von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren gleichzeitig mitbestimmten Verständnis von Gesundheit in der Medizin, der Psychologie und den Gesundheitswissenschaften nach dem 2. Weltkrieg. Diese internationale Definition von Gesundheit ist als Impuls für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Sie wird im Folgenden wörtlich aufgegriffen, ihre Wirkung in Deutschland auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:*

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- Lehrpläne bzw. Rahmenrichtlinien
- Lehrerfortbildung
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte
- Besondere Publikationen

#### ***Der internationale Impuls***

Die WHO-Definition von Gesundheit und ihre gängige deutsche Übersetzung lauten:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2005 b, p.2).

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak & Sabo, 1998, S.60).

#### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Die WHO-Definition erreicht die ministeriellen Verantwortungsebenen der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder. In den *Empfehlungen zur Gesundheitserziehung in allgemeinbildenden Schulen*, die den Charakter ministerieller Richtlinien haben, greift z.B. das Kultusministerium Niedersachsen 1991 sinngemäß und wörtlich die WHO-Definition auf. Es macht sie und die daraus abgeleitete Wende zu einem ganzheitlichen

## Verständnis von Gesundheit, zur Ausgangsbasis der Gesundheitserziehung in ihren Schulen in Niedersachsen:

„Die traditionelle Gesundheitserziehung sieht sich heute mit einer Vielzahl von Aufgaben und Problemen konfrontiert. Gesundheit ist kein Guthaben, von dem man ein Leben lang zehren kann; sie muss täglich neu erworben, erhalten und gefördert werden.

Ausgehend von der Definition der Charta der WHO (World Health Organization)<sup>1</sup> bedeutet ‚Gesundsein‘ die Schaffung und Erhaltung eines dynamischen Gleichgewichtes, das in ständiger Wechselwirkung mit der Umwelt steht und subjektiv als seelisches, körperliches und soziales Wohlbefinden erlebt wird.

Gesundheitserziehung verstanden als Erziehung zu verantwortlichem Handeln sowohl gegenüber der eigenen als auch gegenüber der Gesundheit der Mitmenschen, ist eine dauerhafte Aufgabe der Erziehung. Die Motivierung zum ‚Gesundsein– Wollen‘ besitzt für die Gesundheitserziehung besondere Bedeutung.

...

<sup>1</sup>) Die WHO umschreibt Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung“ (Niedersächsisches Kultusministerium, 1991, S.7).

## Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf Lehrpläne bzw. Rahmenrichtlinien

Die WHO-Definition findet ihren Platz in Lehrplänen bzw. Rahmenrichtlinien für die Unterrichtsfächer der Länder. So veröffentlicht das Kultusministerium Sachsen-Anhalt 1997 den Lehrplanbaustein für fächerübergreifenden Projektunterricht *Förderstufe Schuljahrgang 6, Pflichtprojekt 4, Gesund Leben in einer Gesunden Umwelt, Grundsätze und Anregungen für den Unterricht*. Die WHO-Definition bestimmt in diesem Baustein das inhaltliche Grundverständnis des Themenfeldes *Gesund Leben* mit den dort benannten Lernbereichen Ernährung, Stress sowie Haltung und Bewegung. Das rein medizinische Verständnis von Gesundheit wird damit auch in der Lehrplanarbeit überwunden, körperliches sowie seelisches und soziales Wohlbefinden bestimmen fortan auch die pädagogisch– curriculare Sichtweise von Gesundheit:

„Gesundheit:

- ‚Gesundheit ist körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen‘, definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Fritjof Capra schreibt in seinem Buch ‚Das neue Denken‘: ‚Ich habe mir versuchsweise den Gedanken zu eigen gemacht, dass Gesundheit das Ergebnis eines dynamischen Gleichgewichts zwischen den physischen, psychischen und sozialen Aspekten des Organismus ist. So gesehen wäre Krankheit eine Manifestation eines Ungleichgewichtes und mangelnder Harmonie‘ (CAPRA, 1987, 296).

Beide Definitionen deuten auf eine Forderung, die die moderne Gesellschaft immer mehr an die Ärzte stellt: Bei der Heilung von Krankheiten soll nicht nur das betroffene Organ mit technischer Medizin, sondern ganzheitsmedizinisch die Einheit von Körper, Geist und Seele behandelt werden. Dieser Ansatz findet sich weltweit in unterschiedlichen Betonungen des physischen, biochemischen, mentalen und emotionalen Gleichgewichts....

Gesundheit ist weniger durch Abwesenheit von Krankheit als vielmehr durch körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert“ (Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, 1997, S.23-28).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Auf dem Lehrerfortbildungs-Fachtag 1990 in Bremen „Gesundheit und Schule“ des *Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis Bremen* wird die Definition als solche in die Diskussion gebracht und die Relativierung der bisher geltenden medizinischen Sichtweise der Unbestimmtheit eines „vollständigen Wohlbefindens“ gegenübergestellt. Pragmatisch weiterführend wird der durch die Definition bewirkte Entwicklungssprung zukunftsweisend betont. Das rein somatische Verständnis von Gesundheit ist überholt:

„Die Tagung findet in Zusammenarbeit mit der AOK Bremen statt. Es soll deutlich werden, dass mit Gesundheitsförderung nicht nur die Verhütung von körperlichen Krankheiten gemeint ist, sondern dass seelische, soziale und umweltbezogene Aspekte von Gesundheit gleichbedeutend sind“ (Gropengießer & Thal, 1992, S. 1).

„Ich möchte beginnen mit einer sehr prominenten Definition, vielleicht dem wichtigsten Satz, der überhaupt von dieser Organisation geprägt worden ist. Das ist die berühmte Definition der Weltgesundheitsorganisation. Sie besagt: ‚Gesundheit bedeutet mehr als die Abwesenheit von Krankheit, nämlich einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens‘. Diese Definition ist von Anfang an sehr stark kritisiert worden, z.B. von eher medizinisch orientierten Kollegen, die gesagt haben: das mit den somatischen Aspekten ist ja ganz schön, aber alles andere ist im Grunde genommen unklar, wissenschaftlich unpräzise und wenig erforscht. Meine eigenen Kollegen, also Nichtmediziner, haben daran aussetzen gehabt, daß hier der Begriff ‚vollständig‘ vorkommt. Wie soll man sich das vorstellen? Sicherlich gibt es immer Schwierigkeiten mit solchen Begriffen, aber ich denke, einen Verdienst hat die Definition: zum ersten Mal nach dem Kriege wurde deutlich, dass ein rein somatisches Verständnis von Gesundheit offensichtlich unzureichend ist“ (Badura, 1992, S.5).

1995 findet als Lehrerfortbildungsveranstaltung in Weimar durch die *Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung Thüringen* und das *Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien* ein *Zentrales Forum „Lebensfreude in der Schule?! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen“* statt. Der bildungspolitische Einfluss der WHO auch auf diese Tagung wird auch hier durch die Übernahme der WHO-Definition von Gesundheit deutlich. In seinem Grußwort anlässlich des Forums verknüpft der Staatssekretär im Thüringer Kultusministerium die WHO-Definition mit dem ‚Bildungs- und Erziehungsauftrag‘ der Thüringer Schule:

„wenn Gesundheit mehr bedeutet als Abwesenheit von Krankheit, beispielsweise im Sinne der Definition der World Health Organization ‚den Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens‘, dann gehört der Weg zu diesem Zustand ganz automatisch zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Thüringer Schule“ (Ströbel, 1999, S.8).

### **Analyse (4): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Der BLK-Modellversuch „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ (1993-1997) ermöglicht den Zugang zu zwei weiteren Einflussbereichen, zu einzelnen Schulen und



zur Lehrerbildung. Der Modellversuch initiiert und verantwortet 1995 die bundesweite deutsche Herausgabe des internationalen Handbuches *Promoting the Health of Young People in Europe: Health Education in Schools. A Training Manual for Teachers and Others working with Young People*. Es wird unter dem Titel *Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer und andere, die mit Jugendlichen arbeiten* veröffentlicht (s. S. 164 und 217). Damit haben der Versuch und, wegen der bundesweiten Dissemination des Handbuches, die Lehrerbildung in Deutschland Zugriff auf europaweit anerkannte Leitlinien, Ziele und Methoden der Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen. Ausgangspunkt für das dort vermittelte neue Verständnis von Gesundheit ist die WHO-Definition von Gesundheit von 1946. Hervorgehoben wird die durch die Definition möglich gewordene gesundheits- und bildungspolitische Entwicklung, bei Anerkennung einer teilweise kontrovers geführten Definitionsdebatte:

„Bevor wir beginnen, Überlegungen zu den mit der schulischen Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung verbundenen Problemen anzustellen, ist es wichtig zunächst einmal eine inhaltliche Klärung unserer grundlegenden Vorstellungen um dem Begriff ‚Gesundheit‘ vorzunehmen. *Was bedeutet Gesundheit? Wodurch wird bestimmt, ob man gesund ist?* Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit 1947 [1946] definiert als einen ‚Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen‘.

Diese Definition bedeutete zu der damaligen Zeit einen wichtigen Schritt vorwärts, da sie den ganzheitlichen Charakter von Gesundheit unterstrich, obwohl sie von einigen Kritikern als zu idealistisch empfunden wurde. Andere Stimmen meinten, dass die Definition die *dynamische* Beziehung zwischen der körperlichen, geistigen und sozialen Dimension nicht ausreichend verdeutlichte. Ein weiteres Argument war, dass ein vollkommen ganzheitlicher Ansatz auch die seelischen Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden einbeziehen müsse.

...

In unserem Ansatz müssen wir ganz sicher realistisch, aber gerade doch auch optimistisch sein, denn während der letzten Jahre gab es einen spürbaren Trend, Gesundheit in positiven, dynamischen, ganzheitlichen und ökologischen Begriffen zu verstehen“ (BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S.12-13).

Auf dem Lehrerfortbildungs-Fachtag „Schule und Gesundheit `96“ verortet ein Erfahrungsbericht des *Bremer Teilversuchs* dieses BLK- Modellversuchs die WHO-Definition auf Schulebene. Dabei wird sie von der Schule als pädagogischer Auftrag interpretiert, der zu methodisch-kreativer Umsetzung im Schulalltag führt:

„Begonnen haben wir zusammen mit 27 anderen Schulen des BLK – Modellversuchs, Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen‘ mit dem Motto der Weltgesundheitsorganisation (WHO), daß Gesundheit mehr als Abwesenheit von Krankheit ist, nämlich physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet. Also fragten wir SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen und nichtunterrichtende MitarbeiterInnen mittels Fragebogen, wie denn eine Schule sein sollte, in der sich die darin lebenden und arbeitenden Menschen wohlfühlen“ (Schopmanns, 1998, S.79-80).

### **Analyse (5): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch besondere Publikationen**

Nordrhein – Westfalen gibt 1998 das Lehrerhandbuch *Gesundheitsförderung in der Schule* heraus. Es will Lehrkräften „praxisnahe Anregungen zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Unterricht und Schule“ (Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.5) geben. Dargestellt wird dort als Voraussetzung für die Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen eine zwischenzeitlich stattgefundenene Entwicklung „vom medizinischen zum sozialwissenschaftlichen Gesundheitsverständnis“ (Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.27). Betont wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung der WHO-Definition der Gesundheit für diese Entwicklung:

*„Von der Abwesenheit von Krankheit zur positiven Bestimmung von Gesundheit*

Unter Gesundheit wird heute nicht mehr nur die Abwesenheit von medizinisch definierter Krankheit verstanden. Gesundheit wird vielmehr positiv bestimmt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat es in ihrer Definition der Gesundheit schon 1946 so formuliert: ‚Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.‘

...

Gegenüber der medizinisch feststellbaren Freiheit von Krankheit betont schon die Definition der WHO das subjektive Empfinden des Einzelnen als entscheidendes Kriterium für Gesundheit. Damit wird das *Gesundsein* hervorgehoben. Gesundheit, so die gegenwärtige Auffassung, lässt sich letztlich nicht objektivieren, sie ist ein individuelles Phänomen, das dem Einzelnen nur im Gesundsein erfahrbar wird“ (Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.27).

### **Interpretation: Die Auswirkungen des Impulses „Definition von Gesundheit“ (1946) auf die Entwicklung in Deutschland**

Die Definition des Begriffes *Gesundheit* durch die WHO in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 erfährt in Deutschland eine weite Verbreitung. Sie findet ab 1991 *direkt* Eingang in die Schulen, Lehrplanarbeit, Lehrerfortbildung und Schulversuche von sieben Bundesländern (Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Bremen, Schleswig-Holstein, Thüringen und Hamburg). *Indirekt* erreicht sie von 1993 bis 2000 praktisch alle Bundesländer (15: ohne Bayern) über ihre gemeinsame länderübergreifende Durchführung der BLK- Modellversuche *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit*.

Die hier vorgenommene Analyse zeigt, dass die WHO - Definition bei den sie aufnehmenden Ländern und Institutionen regelmäßig ihren Platz als Ausgangsbasis, Plattform oder Begründung für die Weiterentwicklung der bis etwa 1990 in

Deutschland wirkenden traditionellen *Gesundheitserziehung in Schulen* findet, die, ausgehend von dem medizinischen Erklärungsmodell von Gesundheit, ihre Ziele, Inhalte und Methoden bestimmte. Das durch die WHO- Definition geforderte ganzheitliche Verständnis von Gesundheit ermöglichte ihnen damit, zunächst noch mit einer gewissen Reserve gegenüber der Einführung des Begriffes Gesundheitsförderung, eine *Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung*, später dann vergleichsweise schnell die Entwicklung des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*.

Die Aufnahme der Definition durch die Institution Schule führt auch zu einer klaren Mitverantwortung der Schulen für die Gesundheit ihrer Institution. Dadurch, dass das ursprünglich rein somatische Verständnis von Gesundheit überwunden wird, weil auch psychisches und soziales Wohlbefinden Gesundheit *per definitionem* mitbestimmen, erhalten Schulen neben dieser Mitverantwortung auch eine pädagogische Zuständigkeit für (Gesundheitserziehung bzw.) Gesundheitsförderung. Dieser umfassendere Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule wird mehrfach hervorgehoben.

Die Wirkung des Impulses ist allerdings begleitet von den Interpretationsproblemen, die schon die englische Originaldefinition von 1946 „provozierte“, von Übersetzungsproblemen bei ihrer Aufnahme in Deutschland und ihrer Wechselwirkung. Abb. 7 stellt die Originaldefinition den in diesem Kapitel aufgenommen deutschen Übersetzungen gegenüber. Sie dokumentiert, dass sich *eine* „gültige“ Übersetzung nicht durchsetzen kann. Unterschiedlich übersetzt werden die Begriffe *mental* (mit psychisch, seelisch oder geistig) oder *absence* (mit Abwesenheit, Freisein, Fehlen). Dreimal ersatzlos weggelassen wird die Übersetzung von *infirmity*. Interessant ist auch, dass der Begriff *complete* entweder mit *vollkommen*, *vollständig* oder *völlig* übersetzt wird. Legt man z.B. eine prominente Übersetzungsmöglichkeit (Oxford University Press, 1993, p. 236) zugrunde, dann entfällt möglicherweise die Übersetzung *vollkommen*. Andererseits gilt: die zentrale Botschaft der Definition kommt regelmäßig an und wird konsequent weitervermittelt. Das medizinische Erklärungsmodell von Gesundheit wird abgelöst durch ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, das *körperliches*, *psychisches* und *soziales* Wohlbefinden gleichermaßen beansprucht. Die Wirkung dieser Botschaft auch in Deutschland und ihre Folgen relativieren die Adaptations- bzw. Übersetzungsprobleme. Die Definition bewirkt in Deutschland im Untersuchungszeitraum der 90er Jahre die Entwicklung

einer *Gesundheitsförderung in Schulen* und später des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*.

**Abbildung 7:** Die Definition von Gesundheit durch die WHO 1946 und beispielhafte deutsche Übersetzungen

<p align="center"><b>Die Definition von Gesundheit durch die WHO 1946 und beispielhafte deutsche Übersetzungen</b></p>
<p>-----</p> <p><b>“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”</b> (WHO, 2005 b, p.2).</p> <p>-----</p>
<p>„Die WHO umschreibt Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung“ (Niedersächsisches Kultusministerium, 1991, S.7).</p>
<p>„Gesundheit bedeutet mehr als die Abwesenheit von Krankheit, nämlich einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Badura, 1992, S.5).</p>
<p>„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak &amp; Sabo, 1998, S.60).</p>
<p>“Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit 1947 [1946] definiert als einen „Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (BARMER Ersatzkasse &amp; Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S.12-13).</p>
<p>„’Gesundheit ist körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen’, definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO)“ (Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, 1997, S.23).</p>
<p>„daß Gesundheit mehr als Abwesenheit von Krankheit ist, nämlich physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet“ (Schopmanns, 1998, S.79 – 80).</p>
<p>„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Barkholz, Israel, Paulus &amp; Posse, 1998, S.27).</p>
<p>„wenn Gesundheit mehr bedeutet als Abwesenheit von Krankheit, beispielsweise im Sinne der Definition der World Health Organization, den Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Ströbel, 1999, S.8),</p>

### 3.1.2 GLOBALER GESUNDHEITSPOLITISCHE RAHMEN (QUELLE: WHO-PROGRAMM *GESUNDHEIT FÜR ALLE BIS ZUM JAHR 2000* VON 1977)

*Vorbemerkung:*

*Auf der 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf 1977 verabschiedet die WHO die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit für alle“. Danach sollen alle Menschen bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen können, das es ihnen ermöglicht, „ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“. Aus dieser Entscheidung heraus entsteht das „WHO-Programm Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Es wird zur globalen Verpflichtung der WHO und zugleich aller nationalen Regierungen. In den 80er Jahren wird insofern das WHO – Regionalprogramm Europa „Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000 – Einzelziele“ erarbeitet und 1991 aktualisiert.*

*Das WHO-Programm wirkt durch seine Philosophie grundsätzlich und durch einzelne seiner ‚Einzelziele‘ begrenzt auf die schulpolitische Entwicklung in Deutschland ein. Die Wirkung dieses Einflusses auf die für Schule relevanten Entscheidungsebenen wird beispielhaft analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen werden erreicht:*

- *Lehrerfortbildung*
- *(BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte*
- *Besondere Publikationen*

#### ***Der internationale Impuls***

Das Programm hat als Hauptziel einen herausragenden sozialen Anspruch. Es setzt damit, nach mehr als 30 Jahren, die mit der WHO – Definition von Gesundheit 1946 begonnene Entwicklung von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit nunmehr auf operationaler, gesundheitspolitischer Ebene fort. Die nachfolgenden Quellen dokumentieren auszugsweise den Programmansatz und seine Entwicklung.

- **Resolution of the Thirtieth World Health Assembly (WHA), Geneva, 2. – 19. May 1977 *WHA 30.43 Technical Cooperation***

“The Thirtieth World Health Assembly, ...

Considering that health is a basic human right and a worldwide social goal, and that it is essential to the satisfaction of basic human needs and the quality of life; ...

1. *Decides* that the main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all the citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life;
2. *Calls upon* all countries urgently to collaborate in the achievement of this goal through the development of corresponding health policies and programmes at the national, regional and interregional level and the generation, mobilization and transfer of resources for health, so that they become more equitably distributed, particularly among developing countries” (WHO, 2005 c).

Als WHO – Programm *Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000 -Einzelziele* wird die globale Initiative 1984 auf den europäischen Zuständigkeitsbereich der WHO

übertragen und 1991 aktualisiert. Von Bedeutung sind hier als Impulse besonders die Ziele 16 und 17:

„Die Ziele 13-17 befassen sich mit der Frage, wie man handeln muss, um zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu gelangen. Sie stützen sich auf die Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

...

*Ziel 16 Gesundes Leben*

Bis zum Jahre 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten anhaltende Bestrebungen geben, mit denen man gesunde Lebensgewohnheiten aktiv fördert und unterstützt, indem man für ausgewogene Ernährung, sinnvolle körperliche Betätigung, gesundes Sexualverhalten und gute Stressbewältigung eintritt und andere Aspekte eines positiven Gesundheitsverhaltens betont.

...

*Ziel 17 Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen*

Bis zum Jahre 2000 sollte der gesundheitsschädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedstaaten erheblich zurückgegangen sein“ (WHO Regionalbüro für Europa, 1992, S.25-30).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Bei der vom *Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule* 1990 durchgeführten zentralen Lehrerfortbildungsveranstaltung *Schule und Gesundheit - Freude am Leben* wird auf entwicklungsgeschichtliche Aspekte des WHO- Konzepts der Gesundheitsförderung eingegangen und in diesem Zusammenhang aus der WHO-Dokumentation von 1984, die die Vorlage für die Ausarbeitung der europäischen Fassung des Programms *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* ist, die Definition von Gesundheitsförderung wörtlich übernommen. Sie wird damit landesweit in die Lehrerfortbildung von Schleswig-Holstein als Leitlinie eingeführt:

„Das Konzept der Gesundheitsförderung ist wesentlich vom Regionalbüro Europa der WHO entwickelt worden ... und findet seinen programmatischen Niederschlag in dem Dokument ‚Gesundheitsförderung- eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien‘ (WHO, 1984) und insbesondere in der Ottawa - Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986), die wiederum beide aus dem 1980 verabschiedeten und 1984 in 38 Einzelzielen konkretisierten Regionalprogramm ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ entwickelt worden sind.

In der Dokumentation von 1984 heißt es: ‚Gesundheitsförderung ist Ausdruck einer gemeinsamen konzeptionellen Grundlage für Programmansätze, die die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen anstreben. Sie setzt bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen an und ist bemüht, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken“ (Waller, 1990, S.15).

Auf dem Lehrerfortbildungs-Fachtag „Gesundheit und Schule“ des *Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis Bremen* wird 1990 ebenfalls das durch das WHO-Programm *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* entwickelte Konzept der Gesundheitsförderung diskutiert. Dabei wird herausgestellt, inwieweit sich das ganzheitliche Präventionskonzept der Gesundheitsförderung von dem traditionellen, krankheitsorientierten (pathogenen) Präventionsansatz unterscheidet: Prävention bedeutet

nicht (nur) Krankheitsvermeidung, Prävention hat (auch) den Erhalt der Gesundheit zum Ziel:

„Die Prävention nach dem Zweiten Weltkrieg war wesentlich durch die naturwissenschaftlich orientierte Schulmedizin und ihre krankheitsorientierte Früherkennung und Frühbehandlung ausgerichtet. Dieser Ansatz wurde durch die Erkenntnisse der Epidemiologie verstärkt, bei der in bevölkerungsweiten Untersuchungen Zusammenhänge zwischen sog. Risikofaktoren und Krankheits- bzw. Sterbehäufigkeit (Morbiditäts- bzw. Mortalitätsraten) statistisch belegt werden konnten. Die Folge war, dass gesundheitsriskante Verhaltensweisen (Tabakrauchen, Fehlernährung, unzureichende körperliche Aktivität etc.) zu den Hauptinhalten von Präventionsmaßnahmen zur Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung wurden. Demgegenüber entwickelte die Weltgesundheitsorganisation für die europäische Region ein ganzheitliches Präventionskonzept, das neben die Krankheitsvermeidung die Förderung und Erhaltung der Gesundheit setzt. Unter dem Anspruch ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ wurde das Konzept einer Gesundheitsförderung entwickelt und in mehreren Konferenzen diskutiert“ (Troschke, 1992, S. 27).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Im Zusammenhang mit der Diskussion um den grundsätzlichen Einfluss der Ernährung auf die allgemeine Gesundheit wird 1991 anlässlich der von der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein durchgeführten *1st European Summer School Nutrition Education in Health Promoting Schools* auf das Einzelziel Nr. 16 des WHO-Programms *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* zurückgegriffen, das die Bedeutung von „ausgewogener“ Ernährung für die Gesundheit betont. Hier wird der Zusammenhang zwischen einer erfolgreichen Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen und einer ganzheitlichen, das ganze „setting“ Schule einbeziehenden Ernährungserziehung hergestellt. Tagungsteilnehmer sind neben europäischen Fachvertretern aus Deutschland auch die zuständigen Referenten der Senats- und Kultusverwaltungen und der Lehrerfortbildungsinstitute der Bundesländer. Diese Teilnehmerzusammensetzung sichert in der Folge themenbezogen u.a. die Einführung des WHO – Programms in Deutschland:

„Health is determined by different factors such as heredity and environment, lifestyle and also nutrition. A healthy diet in itself is no guarantee but can form a good basis for achieving or maintaining health. In the book ‘The road to Wigan Pier’, George Orwell wrote: ‘I think it could be shown that dietary changes are more important than religious or dynastic changes’. And indeed, it seems that the importance of good nutrition on growth patterns, on protection against infection and on the rate of mortality and morbidity of populations is recognized on a national and international level.

In 1984 the WHO Regional Committee for Europe adopted 38 Regional Targets in order to support the European regional strategy for ‘Attaining Health for All by the Year 2000’. Target No. 16 states that: ‘by 1995 in all member states, there should be significant increases in positive health behaviour such as *balanced nutrition* [Hervorhebung durch den Autor], non-smoking, appropriate physical activity and stress management’.

A further objective will be to ‘asses the food and nutrition situation in order to identify and promote *policies and programmes* [Hervorhebungen durch den Autor] which enhance health through appropriate nutrition’” (Snel, 1991, p.27).

Vergleichbar themenbezogen, hier im Zusammenhang mit *Suchtprävention in Schulen*, wird das WHO – Programm (Einzelziel 17) auf der von der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein verantworteten *European Conference Drug Prevention in Schools* (1991: Lübeck) aufgegriffen. Erneut werden damit die dort wiederum vertretenen zuständigen Verantwortlichen der deutschen Kultusverwaltungen und Lehrerfortbildung stimuliert diesen internationalen Programmansatz in die Bundesländer hineinzutragen:

„We in the World Health Organization believe that the timing and subject of this conference is most relevant today. As you know, the programme ‘Health For All For Europe’, which was adopted by the Regional Committee in 1984, contains as one of its targets, ‘Decreasing Health Damaging Behaviour’ including alcohol consumption and drug abuse” (Kirsh, 1991, p.22).

Das von der Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein als Ergebnis ihres EU – Projektes *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools* herausgegebene Lehrerhandbuch *The European Guide „Nutrition Education in Schools“* subsummiert unter der Zieldefinition des Programms *Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000* seinen Ansatz der Entwicklung eines Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung in der Gesundheitsfördernden Schule:

„Also, under the rubric of Health For All by the year 2000, we can assert that all people should have the right of equal opportunity for reaching a level of health which enables them to lead socially usefull and economically productive lives“ (Die Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein, 1995 b, S.11).

### **Interpretation: Die Auswirkungen des Impulses „WHO-Programm Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ auf die Entwicklung in Deutschland**

Das WHO – Programm wird in Deutschland von der Lehrerfortbildung und von EU-Projekten aufgenommen. Die Aufnahme vollzieht sich inhaltlich auf zwei Wegen: *grundsätzlich*, indem sinngemäß oder wörtlich der soziale Charakter des Programms und das darin eingebettete Verständnis von Gesundheitsförderung als Lebensweisenkonzept übertragen wird, *punktuell*, indem Einzelziele des Programms aufgegriffen werden, die deutschen Lernbereichen entsprechen. Abb. 8 veranschaulicht die Impulse, ihre Verortung und ihre Inhalte. Auf der zentralen Lehrerfortbildungstagung 1990 in Schleswig-Holstein wird mit dem Hintergrund ihrer internationalen Entwicklungsgeschichte die Definition von *Gesundheitsförderung* aus diesem WHO-Programmansatz heraus wörtlich übernommen. Sie wird als Lebensweisenkonzept mit



individueller und gesellschaftlicher, d.h. sozialer Verantwortung interpretiert und so verstanden auch in die Lehrerfortbildung eingeführt. In Bremen wird der neue, ganzheitliche Präventionsansatz von Gesundheitsförderung als *ein* Ergebnis des WHO-Programms hervorgehoben und deutlich gegenüber dem bisherigen, rein medizinisch

**Abbildung 8:** Die Aufnahme des *WHO – Programms Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* durch die Institution Schule in Deutschland

<b>LEHRERFORTBILDUNG</b>	
<p><b>Landesinstitut Schleswig – Holstein für Praxis und Theorie der Schule</b>  Zentrale Lehrerfortbildungstagung Kiel 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition von Gesundheitsförderung</i></li> </ul>	
<p><b>Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Bremen</b>  Zentraler Lehrerfortbildungs-Fachtag Bremen 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entwicklung der Gesundheitsförderung als neues ganzheitliches Präventionskonzept</i></li> </ul>	
<b>(BLK-) MODELLVERSUCHE UND (EU-) PROJEKTE</b>	
<p><b>Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein</b></p> <p>1<sup>st</sup> European Summer School “Nutrition Education in Health Promoting Schools”  Sankelmark/ Flensburg 1991</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einzelziel Nr.16: „Gesundes Leben“ des WHO-Programms (Teilbereich „ausgewogene Ernährung“)</i></li> </ul>	
<p><b>Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein</b></p> <p>European Conference „Drug Prevention in Schools“  Lübeck-Travemünde 1991</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einzelziel Nr.17: „Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen“ des WHO-Programms</i></li> </ul>	
<p><b>Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein</b></p> <p>EU-Projekt “Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools”  Flensburg und Kiel 1993 – 1995</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gesamtziel (insbesondere „Sozialer Geist“) des WHO - Programms</i></li> </ul>	

verstandenen Erklärungsmodell von Prävention abgegrenzt. Die „ausgewählte“ Übernahme von nur 2 der 38 Einzelziele durch den Bildungsbereich fällt auf, sie verwundert nicht. Das WHO- Programm ist im Wesentlichen auf den Gesundheitssektor gerichtet. Die Berücksichtigung gerade dieser beiden Einzelziele durch in Deutschland 1991 durchgeführte internationale Konferenzen korrespondiert mit dem Interesse deutscher Senats- und Kultusverwaltungen, denn die Themenbereiche *Ernährungserziehung* und *Sucht- und Drogenprävention* sind traditionell Themenbereiche von Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in deutschen

Schulen. Der internationale Hintergrund ist der Bildungsverwaltung willkommen, legitimiert er doch, über diese beiden Themenfelder hinaus, zusätzlich die Anfang der 90er Jahre beginnende Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in Schulen. Dem 1995 federführend von Schleswig-Holstein in einem EU- Projekt entwickelten ersten europäischen Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung in Schulen dient das WHO- Programm mit seinem herausragenden sozialen Anspruch als Plattform, auf der die *Ernährungserziehung* in der Institution Schule Halt findet.

### **3.1.3 PROGRAMMATIK UND LEITLINIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (QUELLE: WHO- OTTAWA- CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG VON 1986)**

*Vorbemerkung:*

*1986 wird in Ottawa die „1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Sie versteht sich als eine der (herausragenden) Aktivitäten des WHO –Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Von der Konferenz wird die „Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung“ verabschiedet, die alle vorherigen Deklarationen und Leitgedanken der WHO zur Gesundheitsförderung zusammenfasst, fortschreibt und als Programmatik der Gesundheitsförderung für die Zukunft formuliert.*

*Die Charta orientiert sich völlig an einer salutogenetischen Sichtweise von Gesundheit, auch wenn der Begriff nicht fällt. Sie hat Gesundheit im Blickpunkt - nicht Krankheit. Ort der Gesundheitsförderung ist die „alltägliche“ Umwelt, d.h. vor allem die lokale Ebene und ihr „setting“: „dort, wo sie [Menschen] spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Die Charta entwickelt sich weltweit zu einer der bedeutendsten gesundheitspolitischen Leitlinien der WHO und ihrer Mitgliedsstaaten: „Mit diesem Dokument wird die sozial – ökologische Wende in der Prävention nicht nur in programmatische Formeln gefasst, sondern auch das Konzept der Gesundheitsförderung selbstbewusst als neues ‚Paradigma‘ für die Prävention und Gesundheitspolitik präsentiert“ (Franzkowiak & Sabo, 1998, S.26).*

*Im Folgenden werden beispielhaft von der Charta ausgehende Impulse benannt und mit Originaltexten belegt. Ihre deutsche Übernahme wird mit Zitaten konkretisiert und ihre jeweilige Bedeutung interpretiert. Häufig sind sie eingebettet in die komplette „Übernahme“ der Charta – Philosophie zur Gesundheitsförderung. Auch dieser Bedeutungszusammenhang wird interpretiert. Identifiziert wurden Impulse der folgenden Themenfelder:*

- *Die Definition der Gesundheitsförderung*
- *Die Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung*
- *Die Handlungsebenen der Gesundheitsförderung*
- *Der Ausgangsort („Setting“) der zukünftigen Entwicklung von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung*

## a) Definition von Gesundheitsförderung

*Einführung:*

*Eine der markantesten Aussagen der Ottawa – Charta ist ihre Definition der Gesundheitsförderung. Mit ihr schließt die WHO erfolgreich eine Diskussion um ihre Inhalte und Definitionen ab, die sie besonders 1977 (Genf) begonnen hatte. Kernaussage der Definition ist die Forderung im Rahmen eines „Kompetenzprozesses“ Betroffene zu Beteiligten zu machen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Definition setzt sich international durch und erreicht so auch die schulpolitische Entwicklung in Deutschland. Sie wird im Folgenden wörtlich aufgegriffen, ihre Wirkung in Deutschland auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen erreicht werden:*

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- Lehrpläne bzw. Rahmenrichtlinien
- Lehrerfortbildung
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

### ***Der internationale Impuls***

Die Definition lautet:

„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well – being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life – styles to well-being“ (World Health Organization, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association, 1986, p.1).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Die inhaltliche Aufnahme der Definition von *Gesundheitsförderung* bei gleichzeitigem sinngemäßen Einbezug der Botschaft des Gesamtdokumentes wird 1992 in dem Beschluss der *Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK)* „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ deutlich. Einvernehmlich wird mit diesem Beschluss für Deutschland Abschied genommen von dem „Aufklärungs- und Risikofaktorenkonzept“ traditioneller Gesundheitserziehung. In der Folge der Übernahme der Ottawa – Konzeption wird es abgelöst durch eine am „Lebensweisenkonzept“ orientierte salutogen geprägte Gesundheitsförderung. Die KMK forciert damit entschieden eine in einzelnen Bundesländern bereits begonnene Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen. Bildungspolitisch bemerkenswert ist, dass die KMK trotz schulpolitischer Länderhoheit mit einstimmigen Beschluss ihrer Kultusminister Kernaussagen des wesentlichsten

internationalen gesundheitspolitischen Dokumentes zur Gesundheitsförderung auf das deutsche Schulwesen adaptiert:

„Gesundheitserziehung in den Schulen ist auf internationaler und nationaler Ebene seit längerem ein zunehmend wichtiger Gegenstand von gesundheits- und bildungspolitischer Abstimmung und von speziellen Initiativen und Vorkehrungen.

Auf internationaler Ebene hat die Weltgesundheitsorganisation mit der „Ottawa – Charta“ vom 21.11.1986 und den „Adelaide - Empfehlungen“ vom 09.04.1988 eine globale Strategie zur Gesundheitsförderung und Angleichung der Gesundheitspolitiken einschließlich der Präventionsmaßnahmen im Bildungsbereich eingeleitet .

...

Gesundheitserziehung wird daher als Auftrag zur Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit verstanden. Das „Lebensweisenkonzept“ – in Ablösung des „Aufklärungs- bzw. Risikofaktorenkonzepts“ - bindet Gesundheitsverhalten in einen sozialen Zusammenhang ein, in dem das Gleichgewicht zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung gefunden werden muss.

...

Gesundheitserziehung ist nicht nur auf den einzelnen und sein eigenes Gesundheits- und Risikoverhalten bezogen, vielmehr geht es bei der Gesundheitsförderung und den verschiedenen Formen der Gesundheitserziehung auch darum, die umweltbedingten ökonomischen und sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit mit ins Bewusstsein zu rücken. Diese Entwicklung, durch die Weltgesundheitsorganisation maßgeblich mitgeprägt, bedeutet eine Abkehr von der herkömmlichen Auffassung von Gesundheitserziehung, die hauptsächlich auf eine Änderung des Risikoverhaltens von Einzelpersonen gerichtet war“ ( Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S. 5-7,26).

Ziele und Inhalte der Ottawa- Charta, insbesondere auch die dort formulierte Definition von Gesundheitsförderung, werden 1996 für das *Kultusministerium Sachsen-Anhalt* zur Basis der „Grundsätze und Anregungen“ von Gesundheitsförderung in Schulen Sachsen- Anhalts, ausdrücklich auch der mit der Selbstbestimmung (über Gesundheit) verbundene emanzipatorische Ansatz der Definition. Kern der „Grundsätze und Anregungen“ ist die Empfehlung einer *modernen* Gesundheitserziehung, die salutogen orientiert den von der WHO definierten Ansatz der Gesundheitsförderung übernimmt und - konsequent weiter gedacht - auf die Institution Schule selbst überträgt:

„Der *Ansatz der Gesundheitsförderung* ist der modernste im Bereich der gesundheitsbezogenen Interventionen in Schulen. In ihm sind Prinzipien eines neuen Verständnisses und eines neuen Umgangs mit Gesundheit formuliert worden .

...

Sie ist ein solidarisiertes, die Menschen verbindendes Konzept und vermeidet die naheliegende, oftmals praktizierte Strategie individueller Schuldzuweisung der *traditionellen Gesundheitserziehung*. Sie bemüht sich deshalb um die Mitwirkung der *Betroffenen* und will sie zu Beteiligten an diesen Prozessen machen. In der *Ottawa – Charta* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986, in der dieses Konzept erstmals umfassend dargestellt worden ist, kommt dies zum Ausdruck. Dort heißt es: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* Die Ideen der Gesundheitsförderung haben vor allem im Konzept der *„Gesundheitsfördernden Schule“* ihren Niederschlag gefunden.

...

Die Gesundheitserziehung in der Schule stößt dort an Grenzen, wo sie nicht die Bedingungen reflektiert und thematisiert, unter denen sie in der Schule stattfindet. Diese Grenze durchbricht die *„Gesundheitsfördernde Schule“* ... . In ihr wird die Schule selbst zum Thema gesundheitsbezogener

Interventionen. Die Schule anstelle der Schülerinnen und Schüler steht auf dem „Prüfstand“ (Kultusministerium des Landes Sachsen–Anhalt, 1996 a, S. 12-13).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf Lehrpläne bzw. Rahmenrichtlinien**

Die Definition von Gesundheitsförderung findet 1992 sinngemäß in Schleswig–Holstein Eingang in die *Lehrplanrevision*. Dabei wird die Mitverantwortung der Schule für Gesundheitsförderung im Hinblick auf ihren notwendigerweise frühzeitigen Beginn in der Schule selbst besonders herausgestellt. Betont wird auch die durch die Gesundheitsförderung mögliche Verbindung von Verhaltensprävention mit Verhältnisprävention:

„Der Begriff Gesundheitsförderung ist wesentlich umfassender als Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung. Beide sind in ihm aufgenommen. Ausgehend von der Ottawa–Charta der WHO (1986) schafft die Gesundheitsförderung eine den Lebenszusammenhang einschließende Sichtweise. Nicht nur individuell handelnde Menschen werden qualifiziert, sondern ihre Lebensweise und auch Lebenslage. Mit der Entwicklung eines krankheitsunspezifischen Aktivierungsansatzes ist die persönliche, die soziale und die ökologische, aber auch die politische Ebene und dazu ihre Vernetzung gemeint. Gesundheitsförderung will die *Verhaltensprävention* mit einer *Verhältnisprävention* verbinden. Insofern muss die Förderung gesunder Lebensweisen so frühzeitig wie möglich im Leben des Menschen beginnen. Der Institution Schule fallen Aufgaben der Mitverantwortung zu“ (Heindl, 1992, S.58).

Erstmalig für Deutschland werden aus dem am Lebensweisenprinzip orientiertem Ansatz der Gesundheitsförderung konkret Konsequenzen für die Lehrplanarbeit eines Bundeslandes (Schleswig–Holstein) abgeleitet, die die fachlich immer wieder geforderten Merkmale einer *Gesundheitsförderung in Schulen* einfordern:

„Die Orientierung am Lebensweisenprinzip der Gesundheitsförderung, das sich auch an Schulen richtet, führt zu Konsequenzen für die zukünftige Lehrplanarbeit.

1. Gesundheitsförderung ist Aufgabe und Verpflichtung des Schullebens insgesamt. In diesem Rahmen ist der Unterricht einzubetten.
2. Da ein eigenständiges Fach dem Verständnis der Gesundheitsförderung widerspricht, müssen gesundheitsbezogene Inhalte die Lehrpläne *aller* Fächer durchziehen.
3. Damit ist gleichzeitig die Begrenzung gesundheitsbezogener Inhalte auf sogenannte traditionelle Fächer ... aufzuheben.
4. Es empfiehlt sich für die Arbeit der Fachkommissionen, themenbezogen vorzugehen, Alters- und Entwicklungsstufen der Schülerinnen und Schüler sind leitend.
5. Gesundheitsrelevante Themen verpflichten sich der unspezifischen Krankheitsprävention. Positive Aspekte der Förderung gesundheitsbezogenen Handelns bestimmen die Auswahl.
6. Methodisch orientieren sich die Themen an der Projektarbeit, in die Anteile der verschiedenen Fächer einfließen.
7. Um themenbezogen und projektorientiert arbeiten zu können, müssen die einzelnen Fächer Zeitpunkte der Themenschwerpunkte „Gesundheit“ einander angleichen (Schulstufen, Klassenstufen)“ (Heindl, 1992, S. 59).

Auch das von der *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein* als Ergebnis des EU – Projektes *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools* herausgegebene Lehrerhandbuch „The European Guide ‚Nutrition Education in Schools‘“ fußt mit seiner Interpretation von Gesundheitsförderung auf der WHO - Definition der Ottawa- Charta. Das in dem Handbuch vorgelegte „Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung in Gesundheitsfördernden Schulen“ demonstriert dieses internationale Grundverständnis:

„The WHO sees health promotion as a process of enabling people to increase control over, and to improve their health. Put simply, health promoting activities can be seen as any planned attempts to increase health. The broadening of health promotion, with the recognition that health education does not hold all answers is part of the attempt to ‘re-focus upstream’ - that is, to get nearer to the root of the cause of the problem - is reflected in the thinking from Alma Ata, Ottawa and so on.

...

Health promotion can be seen as resting on the twin pillars of health education and healthy public policy, with a synergetic effect created by the combination of the two” (Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez - Rodrigo & Snel, (1995), pp. 11-12, 160).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Auf der Fachtagung „Life- Skill - was ist das?“ des *Arbeitskreis Prävention Mainz (AKP)* wird 1994 im Zusammenhang mit der Diskussion der Themenbereiche Suchtprävention und Gesundheitsförderung der Ansatz der Gesundheitsförderung, konkret die WHO – Definition von Gesundheitsförderung, auch als Suchtprävention interpretiert:

„Prävention [Suchtprävention] bedeutet die Förderung von Gesundheit im Sinne des Begriffsverständnisses der WHO und ist insofern ganzheitlich.

Prävention als Verbesserung der Lebensbedingungen und Entwicklung von Lebensqualität strebt auch Gesundheit im weitesten Sinne an: nicht als Abwesenheit von Krankheit, sondern als ganzheitliches Wohlbefinden [es folgt als wörtliches Zitat die WHO- Definition von Gesundheitsförderung s.S. ...]. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität“ (Rausch , 1995, S.11).

1995 findet vom *Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien* als Lehrerfortbildungsveranstaltung das Zentrale Forum „Lebensfreude in der Schule?! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen“ statt. Der programmatische Einfluss der WHO – Definition bei dieser Tagung wird bei der Aufarbeitung des Themenfeldes Gesundheit und Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Diskussion Gesundheitserziehung vs. Gesundheitsförderung deutlich. Die traditionelle Gesundheitserziehung mit ihrem risikoorientierten Präventionsansatz wird auch hier verworfen und abgelöst durch das salutogenetische, settingbezogene Konzept der Gesundheitsförderung:

„Hierfür sind entscheidende und weiterführende Impulse von der Ottawa- Charta der WHO 1986 ausgegangen. Danach geht es in der Gesundheitsförderung

- um die Einflussnahme der Betroffenen auf die Bedingungen einer personal verstandenen Gesundheit,
- um die Stärkung der Gesundheit und nicht mehr um die Vermeidung von Krankheit.

Auf zwei der Prinzipien der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa- Charta soll hier noch einmal eingegangen werden ... :

*1. Die Gesundheitsförderung ist ein salutogenetisch ausgerichtetes Konzept*

Während die Prävention und die traditionelle Gesundheitserziehung die Welt voll von Risiken sieht, sieht die Gesundheitsförderung die Welt voll von Möglichkeiten. Die Gesundheitsförderung vollzieht damit eine Abkehr von der dominanten Defizitorientierung, die der klassischen Gesundheitserziehung zu eigen ist.

*2. Gesundheitsförderung ist ein settingbezogenes Konzept.*

Die Umwelt und die Lebensbedingungen der Menschen kommen ins Blickfeld. Die Kommune („healthy cities“), der Betrieb („Gesundheitszirkel“), das Krankenhaus, die Schule sind solche Settings, in denen Gesundheitsförderung verwirklicht wird. Damit erfolgt auch eine Abkehr von einer eher auf das Verhalten bezogenen Orientierung und der oft damit einhergehenden Psychologisierung und Medikamentierung von eigentlich sozialen Problemen.

Mit diesem Verständnis wird Abschied genommen von einer normierenden und disziplinierenden Gesundheitsvision, von biomedizinischen Organismuskonzepten, individuellen Schuldzuweisungen und von einem paternalistischen Gesundheitsverständnis“ (Israel, 1999, 14 ).

Auf dem Fachtag ‚Gesundheit und Schule‘ 1996 des *Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis Bremen* wird auf den Einfluss der Ottawa – Charta bei der Implementation von Gesundheitsförderung insgesamt verwiesen. Hervorgehoben wird besonders der Aspekt der Definition von Gesundheitsförderung, der auf die Selbstbestimmungsmöglichkeit über die eigene Gesundheit abhebt. Er wird eingebunden und weitergeführt in das Konzept einer Gesundheitsförderung als Schulentwicklungsansatz mit den damit gegebenen Partizipationsmöglichkeiten:

„10 Jahre vor dem 4. Fachtag Gesundheit und Schule fand die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa [1986] statt. Dort wurde eine Charta verabschiedet, die zu aktiven Handeln für das Ziel ‚Gesundheit bis zum Jahr 2000‘ und darüber hinaus aufruft.

Von zentraler Bedeutung ist in diesem Dokument die aktive Beteiligung der Menschen bei der Entwicklung einer sinnvollen, subjektiv und objektiv stimmigen Lebensweise: ‚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‘.

Entsprechend dem Prinzip ‚Global denken, lokal handeln‘ ist der Ansatz konkreter Veränderungen vor allem in der Gestaltung alltäglicher Lebenszusammenhänge zu suchen, so auch in der Schule als Lebensraum und Arbeitsplatz. Lehren und Lernen können sowohl dem Spannungsfeld von Bewegung und Ruhe wie auch sinnlichen Bedürfnissen und Wünschen nach persönlicher Betätigung gerecht werden. Organisationsformen des schulischen Alltages können genauso in den Blick genommen werden wie die architektonischen und ökologischen Gegebenheiten des Gebäudes und des Schulgeländes sowie das Verhältnis zum soziale Umfeld der Schule.

Systematische Schulentwicklung als Ziel und als Weg der Gesundheitsförderung kann durch ein höheres Maß an Selbstbestimmung für alle Beteiligten von Schule eine bedeutende Rolle spielen. Auch die Förderung sozialer Prozesse durch die Entwicklung von Wahrnehmungs-, Ausdrucks-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit gehört zur Entwicklung einer bewussten Schulkultur. ‚Sich wohlfühlen in der Schule‘ mag eine Zauberformel sein“ (Ebert, Gropengießer & Thal, 1998, S.7).

„Prävention und Gesundheitsförderung“ werden Programmschwerpunkte niedersächsischer Lehrerfortbildung. Das *Niedersächsisches Landesinstitut für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung (NLI)* verbindet die

WHO– Definitionen der Gesundheit und der *Gesundheitsförderung* zur inhaltlichen Begründungsbasis eines mehrjährigen Fortbildungsschwerpunktes. Der gesellschaftlichen Aufgabe „Gesundheitsförderung“ muss sich auch als Mitglied dieser Gesellschaft die Schule annehmen. Derartig begründet werden entsprechende Aufgabenbereiche für die Lehrerfortbildung in Niedersachsen abgeleitet. Im dem NLI- Programm für 1998 z.B. heißt es insofern zur Erläuterung des Programmschwerpunktes 1998 und zu den sich daraus ergebenden Aufgabenbereichen der Lehrerfortbildung:

„Gesundheitsfördernde Lebensweisen können nur dann entwickelt werden, wenn Selbstverantwortung und Mitbestimmung als wichtige Bestandteile der Persönlichkeitsentwicklung gewertet werden und der Entwicklungsrahmen für soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen hergestellt werden kann.

Die Besonderheit der oben skizzierten Thematik besteht darin, dass sie nicht primär schulischer Natur ist, sondern die allgemeinen gesellschaftlichen Fragestellungen auch Schule betreffen. Von Schule wird allerdings erwartet, daß sie als gesellschaftliche Institution entsprechend reagiert und ihren Teil zur Bewältigung der sich daraus ergebenden Aufgaben beiträgt.

Die Lehrerfortbildung unterstützt Schule bei der Bewältigung dieses Arbeitsfeldes in folgenden fünf Aufgabenbereichen:

- Für die individuelle Entwicklungsebene werden Konzepte und Programme zur Persönlichkeitsstärkung sowohl von Schülerinnen und von Schülern als auch Lehrkräften angeboten.
- Durch Kooperation und Teambildung auf zentraler und regionaler Ebene von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Lehrkräften, von Angehörigen aus verschiedenen Berufen und Institutionen werden neue Unterstützungsstrukturen erprobt und weiterentwickelt.
- Durch Kursangebote zur Arbeit an präventiven und gesundheitsfördernden Schulprogrammen werden Hilfen gegeben, eine ansprechende Schulkultur zu gestalten und eine entsprechende Organisationsentwicklung zu begünstigen.
- Durch Vernetzung mit anderen Fachleuten und Institutionen wird Zusammenarbeit gefördert, um gesunde Lebenswelten zu erreichen.
- Durch NLI- Foren und die Anbahnung des Austausches im Internet werden Diskussionsebenen geschaffen, die einen gesundheitsfördernden Dialog in Gesellschaft und Politik in Gang setzen und wach halten“ (Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik Kultusminister, 1997, S.155-156).

#### **Analyse (4): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK -) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Das BMBW führt 1993 das Forschungsvorhaben „Schule und Gesundheit“ durch. Ausgangspunkt des Projektes ist das in der Ottawa – Charta formulierte Selbstverständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung. *Wörtlich* übernommen (Brößkamp, 1994, S. 5) und als „Forschungslinie“ eingeführt wird die WHO- Definition der *Gesundheitsförderung*. Das BMBW interpretiert die Definition und leitet daraus den Auftrag seines Forschungsvorhabens einer „zukunftsorientierten Gesundheitsbildung“ ab:

„Förderung von Gesundheit verlangt sowohl die individuelle Entwicklung und Förderung entsprechender Kompetenzen als auch die Gestaltung entsprechender Lebens-, Lern - und Arbeitsbedingungen. Somit bedeutet der Paradigmenwechsel von den Risikofaktoren zur Gesundheitsförderung ein völliges



Umdenken. Eine zukunftsorientierte Gesundheitsbildung bedarf einer gänzlich neuen, ganzheitlichen Grundlegung.

Für den Erfolg dieses umfassenden Ansatzes kommt es demgemäss darauf an, dass die Summe aller gesundheitsfördernden Faktoren und ihre gegenseitige Verschränkung bekannt sind. Hierzu hat die deutsche wie die internationale Forschung jedoch bisher nur Teilkomplexe beizusteuern.

Aus diesem Grund stand die erstmalige wissenschaftliche Aufarbeitung der Thematik im Mittelpunkt der hier vorgelegten Untersuchung“ (Bröckamp, 1994, S.2).

In das EU – Gemeinschaftsprojekt *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen* werden von der am Projekt mitbeteiligten *Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin* die zentralen Forderungen der Definition der Gesundheitsförderung aus der Ottawa- Charta im Hinblick auf Selbstbestimmung und Befähigung wörtlich übernommen. Das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO wird als pädagogische Aufgabe interpretiert; ‚Bewegungserziehung in der Schule‘ kann insofern zur Entwicklung gesunder Lebensweisen einen wichtigen Beitrag leisten:

„Seit 1990 existiert im Rahmen des Programms ‚Europa gegen den Krebs‘ das Aktionsprogramm ‚Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen‘.

An diesem Programm ist Berlin neben den Bundesländern Hessen, Schleswig– Holstein und Sachsen– Anhalt beteiligt. Die vorliegende Broschüre ist im Rahmen dieses Aktionsprogrammes entstanden. Bewegungserziehung ist neben den Bereichen Ernährung und Förderung des Nichtrauchens ein wichtiger Schwerpunkt des Berliner Programms. Alle Maßnahmen sollen fächerübergreifend und nicht nur biologisch- medizinisch oder sport- fachlich vermittelt werden, denn es geht darum, ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit zu entwickeln. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit dem Konzept der Gesundheitsförderung ein Leitbild entwickelt, das auf die Anbahnung einer positiven Lebensweise orientiert ist. So heißt es z.B. in der „Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung“, die 1986 veröffentlicht wurde:

‚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‘.

Nach diesem Modell wird Gesundheitsförderung als pädagogische Aufgabe verstanden, die positive Kräfte stärkt. Die regelmäßige, tägliche Bewegungszeit in der Schule kann einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer gesunden Lebensweise leisten. Im Rahmen dieser Broschüre werden daher konkrete Vorschläge vorgestellt“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin, 1994 b, S.5).

Auch der BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (1990 – 1993), (s. S. 159), greift in Verbindung mit seinen Versuchszielen wörtlich die WHO- Definition auf und prägt damit entscheidend den Versuch:

„Die Projektidee wird vor allem vom Begriffsverständnis der Gesundheitsförderung bestimmt, das 1986 durch die Ottawa- Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt wurde. Dort heißt es: [es folgt, überwiegend wörtlich, das Zitat der WHO- Definition von Gesundheitsförderung s. o....]“ (Gabriel & Heindl, 1992, S.7).

Der BLK- Modellversuch *‚Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen‘* (1993 – 1997), (s. S. 161) gibt die deutsche Fassung des internationalen Handbuches “Promoting The Health of Young People in Europe ‚Health Education in Schools’” heraus (s. S. 41). Dadurch erreicht die Lehrerbildung in Deutschland fachbezogen internationalen

Anschluss. Die Gesamtkonzeption des Handbuches wird bestimmt durch die Umsetzung der Programmatik der *Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung* auf die Institution Schule. Die Definition von Gesundheitsförderung wird dabei auf den Aufgabenbereich der Schule übertragen. Demnach reicht es in diesem Verständnis im Schulalltag nicht aus über Gesundheitsthemen im Fachunterricht zu unterrichten. Gesundheitsförderung bedeutet z.B., dass nach Abschluss des eigentlichen Fachunterrichtes die Tür des Fachraumes (Biologie ...) geöffnet wird und die gerade vermittelten Unterrichtsinhalte in der Schulpause von den Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften gelebt werden (z. B. aktive Bewegungspause, Gesundes Pausenfrühstück ...):

„Das Konzept

...

In den achtziger Jahren entwickelte sich ein allgemeiner Konsens über die Bedeutung des Begriffs *Gesundheitsförderung*.

...

Das Ergebnis dieser Entwicklung war die Formulierung der *Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung*, welche Gesundheitsförderung als den Prozess definiert, *Menschen zur Steigerung der Kontrolle über ihre Gesundheit und zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu befähigen*.

Gleichzeitig wuchs in den achtziger Jahren die Erkenntnis, dass das gesundheitsfördernde Potential Schule nicht allein durch das Unterrichten von im Lehrplan festgeschriebenen Gesundheitsthemen ausgeschöpft wird. Schule wurde zunehmend zum Einstiegsort für die Gesundheitsförderung angesehen, was die Gesundheitserziehung genau so wie alle anderen Aktivitäten einschließt, die der Schule zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit aller am gesamten Schulleben Beteiligten zur Verfügung stehen.

...

*Die Gesundheitsfördernde Schule*

Der Begriff *Gesundheitsfördernde Schule* ist eine stillschweigende Anerkennung der Tatsache, dass Gesundheitserziehung nicht allein aus der im Unterricht tatsächlich geleisteten Umsetzung des *offiziellen Lehrplanes* besteht. Ganz im Gegenteil liegt die Hauptstoßrichtung des Konzeptes in der Erkenntnis, dass der Effekt des Erlernten noch wesentlich durch das unterstützende Interesse von Schule, Familie und Gemeinschaft verstärkt werden kann. Dies wird manchmal als „*heimlicher Lehrplan*“ bezeichnet. Daraus folgt, dass die im Unterricht vermittelten Kernthemen von *sichtbar* gelebten Werten im Alltag von Schule, Familie und Gemeinschaft unterstützt werden müssen, damit diese in den Augen noch leicht beeinflussbarer Jugendlicher lebenspraktisch bedeutend bleiben. Wenn der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule ernstgenommen werden soll, muss sehr viel mehr auf die Art und Weise geachtet werden, wie das im Klassenzimmer Unterrichtete und Diskutierte unterstützt und verstärkt werden kann“ (BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S. 22-24).

Im Rahmen einer Selbstdarstellung aller 29 am BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* beteiligten Projektschulen dokumentiert die Jahnschule (Integrierte Gesamtschule) Hamburg aus schulischer Sicht ihren Zugang zur Implementation von Gesundheitsförderung. Sie betont dabei die Rolle der Schule als Gegenstand von Gesundheitsförderung und vor allem auch die Selbstbestimmungsmöglichkeit (über die Gesundheit):

„Die Ottawa – Charta der Weltgesundheitsorganisation hatte 1986 mit einer differenzierten und umfassenden Beschreibung von Gesundheitsförderung das Verständnis dafür bereitet, dass die Weiterentwicklung der ganzen Schule als Lernort und Arbeitsplatz eine wichtige Dimension der schulischen Gesundheitsförderung darstellt. ...

Die Ottawa – Charta sagt dazu: ‚Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung ... zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.‘ In diesem Sinn betrachten die am Projekt Beteiligten Schulentwicklung an der Jahnshule als einen gemeinsamen Prozess von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern, Eltern und nichtpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Schule gesünder machen heißt auch, ihr demokratisches Potential zu erhöhen“ (Nitschkowski, 1997, S.17).

Im Zusammenhang mit dem von der *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig - Holstein* initiierten Landesprojekt ‚Gewaltprävention in Schulen‘ führt das Forum ‚Gewaltprävention in Schulen‘ 1994 eine die Arbeit des Projektes abschließende Fachtagung durch. Sie soll zukunftsorientierte Präventionsansätze bekannt machen. Beispielhaft dafür wird insgesamt der Ansatz der Gesundheitsförderung der Ottawa- Charta angeführt und zugleich gegenüber der traditionellen Gesundheitserziehung abgegrenzt. Erste Versuchserfahrungen sprechen für seine Implementation in Maßnahmen der Gewaltprävention in Schulen:

„Gesundheitserziehung in Schulen hatte sich bequem eingerichtet. In traditionellen Fächern vermittelt, wie z. B. in Heimat - und Sachunterricht, in Biologie, Haushaltslehre/Hauswirtschaft, Sport, stehen bis heute Informationen über den menschlichen Körper, seine Krankheiten und ihre Vermeidung im Vordergrund. Aufklärungsmaßnahmen nutzen dabei vor allem Modelle der Abschreckung, die auf die Zukunft gerichtet sind. Ungeachtet dessen vergrößert sich die Kluft zwischen dem Gesundheitswissen und dem alltäglichen Gesundheitshandeln des einzelnen Menschen. Die gewünschte Intention einer Gesundheitserziehung - die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden - muss somit als verfehlt angesehen werden.

Mit der Proklamation der ‚Ottawa- Charta‘ hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 erstmals ein politisches Leitkonzept zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Mit der Förderung gesunder Lebensweisen nimmt sie, neben dem Verhalten des einzelnen Menschen, auch seine Lebens- und Umweltbedingungen in den Blick.

...

Im Begriffsverständnis der Gesundheitsförderung haben sich 29 Schulen des allgemeinbildenden Schulwesens im nördlichen Schleswig- Holstein auf den Weg gemacht, Maßnahmen zu gesunder Lebensführung im Schulalltag zu entwickeln und zu erproben.

...

Aus den Erfahrungen der Schulen können Empfehlungen für die aktuelle Diskussion zur Gewaltprävention in Schulen gegeben werden“ (Heindl, 1994, S.41).

Die *Robert Bosch Stiftung* beschließt 1994 ein Förderprogramm „Gesunde Schule“. Fachliche Basis des Programms ist - erheblich modifiziert - ein Teil der Kernaussagen des Reports von Ian Young und Trefor Williams (Young & Williams, 1989), insofern auch die in diesem Teil sich widerspiegelnde WHO- Programmatik zur Gesundheitsförderung von Ottawa (1986). Bestimmende Merkmale der „Gemeinschaftsaufgabe“ Gesundheitsförderung des Programms sind danach Partizipation, Aktivierung und Kooperation:

„Was heißt ‚Gesundheitsförderung in der Schule‘?

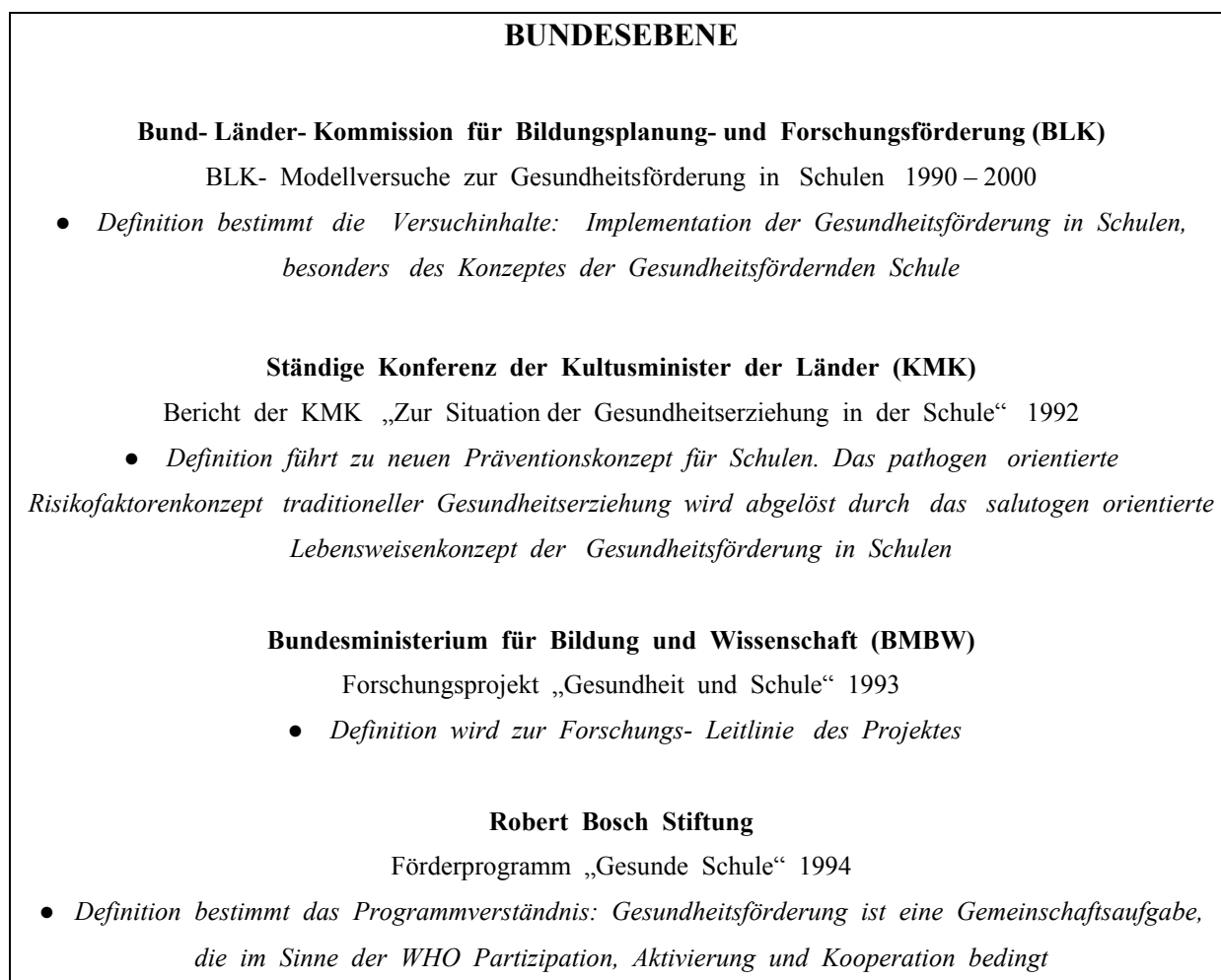
Gesundheitsförderung in der Schule ist in Anlehnung an die Ottawa- Charta von 1986 ein Prozess, der es allen Beteiligten ermöglichen soll, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen und der ihnen Befähigungen und Kompetenzen vermittelt, ihre Gesundheit zu stärken.

Gesundheitsförderung in der Schule ist damit sowohl eine *Gemeinschaftsaufgabe* aller an der Schule Beteiligten als auch eine individuelle Aufgabe eines jeden Einzelnen. Entsprechend den jeweiligen Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie der jeweiligen Funktion und Stellung können alle Beteiligten und Entscheidungsträger in der Schule und in ihrem Umfeld einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit leisten. *Partizipation, Aktivierung und Kooperation* sollten den Prozeß der Gesundheitsförderung in der Schule bestimmen“ (Robert Bosch Stiftung, 1997, S.7).

## **Interpretation: Die Auswirkungen des Impulses „Definition von Gesundheitsförderung“ auf die Entwicklung in Deutschland**

Abb. 9 verdeutlicht den Einfluss der Definition auf Bundesebene. Die wesentlichen nationalen bildungspolitischen Institutionen in Deutschland werden erreicht, auch eine prominente Stiftung.

**Abbildung 9:** Die Aufnahme der *Definition von Gesundheitsförderung* der Ottawa-Charta auf *Bundesebene*



Inhaltlich auffallend ist der staatlich breit unterstützte Impuls zur Einführung der Gesundheitsförderung in die Schulen. Durch den von allen Bundesländern 1992 verabschiedeten Beschluss der Kultusministerkonferenz *Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule* und die etwa zeitgleiche Entscheidung der BLK ab 1993 in großem Umfang Schulversuche zur *Implementation von Gesundheitsförderung* bundesweit zu unterstützen, wird den Ideen, Methoden, Zielen und Strukturen der *Gesundheitsförderung in Schulen* (im Sinne der WHO) in Deutschland über die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* förmlich, inhaltlich und finanziell die Tür geöffnet.

Von besonderer bildungspolitischer und pädagogischer Bedeutung ist, dass die KMK, die BLK und der BMBW sich das WHO- Verständnis von Gesundheitsförderung inhaltlich voll zu eigen machen und zum Anlass nehmen, ihr bisher an einer traditionellen Gesundheitserziehung ausgerichtetes Präventionsverständnis praktisch völlig neu zu definieren. Die traditionelle Gesundheitserziehung mit ihrem risikoorientierten Präventionsansatz wird verworfen und abgelöst durch das salutogenetische, settingbezogene Konzept der Gesundheitsförderung, d.h. durch das Lebensweisenkonzept der WHO. Von erheblicher Bedeutung in diesem Konzept ist auch die in der WHO- Definition enthaltene Möglichkeit der grundsätzlichen Mitwirkung der Betroffenen und ihrer Selbstbestimmungsmöglichkeit über *ihre* Gesundheit.

Abb. 10 veranschaulicht die breite, länderübergreifende staatliche Unterstützung der Entwicklung der Implementation der Gesundheitsförderung auf dem Hintergrund der bundesweiten, nationalen „Weichenstellung“. Das neue Präventionskonzept *Gesundheitsförderung* wird in den 90er Jahren auf Länderebene durch die zuständigen Institutionen bereitwillig auch inhaltlich konsequent aufgenommen und in Erlassen, Lehrplanrevision, Lehrerfortbildung, BLK- Modellversuchen und EU-Projekten der Senats- und Kultusverwaltungen praktisch aller Bundesländer (ohne Bayern) umgesetzt.

**Abbildung 10:** Die Aufnahme der *Definition von Gesundheitsförderung* der Ottawa- Charta auf *Länderebene*

<b>LÄNDEREBENE</b>	
<b>Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig- Holstein</b> Lehrplanrevision in Schleswig- Holstein 1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aufnahme der Definition in die Lehrplanrevision führt zu besonderer Mitverantwortung der Schule für Gesundheitsförderung und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lehrplanarbeit</i></li> </ul>
<b>Arbeitskreis Prävention Mainz (AKP)</b> Fachtagung „Life Skill: was ist das?“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition beinhaltet (auch) Suchtprävention mit dem Ziel des ganzheitlichen Wohlbefindens</i></li> </ul>
<b>Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport</b> EU- Modellversuch „Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen“ 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gesundheitsförderung wird als pädagogische Aufgabe interpretiert, Bewegungserziehung in Schulen kann insofern die Entwicklung gesunder Lebensweisen unterstützen</i></li> </ul>
<b>Ministerium für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein</b> Landesprojekt Gewaltprävention 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gesundheitsförderung wird in Abgrenzung zur traditionellen Gesundheitserziehung auch als zukunftsorientierter Ansatz zur Gewaltprävention verstanden</i></li> </ul>
<b>Ministerium für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein</b> EU- Projekt “Core Guidelines of Nutrition Education on Health Promoting Schools” 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Das von dem Projekt entwickelte Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung (European Guide Nutrition Education in Schools) fußt mit seiner Interpretation der Gesundheitsförderung auf der WHO- Definition</i></li> </ul>
<b>Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien</b> Zentrales Forum „Lebensfreude in der Schule ?! – Gesundheitsförderung in und mit Schulen“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition führt zur Implementation des settingbezogenen Konzepts Gesundheitsförderung</i></li> </ul>
<b>Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Bremen</b> Lehrerfortbildungs- Fachtag „Gesundheit und Schule“ 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition ermöglicht auch die Selbstbestimmung über Gesundheit und führt inhaltlich institutionell im Hinblick auf Schule weitergedacht zu einer Gesundheitsförderung als Schulentwicklungsansatz</i></li> </ul>
<b>Kultusministerium Sachsen- Anhalt</b> Broschüre „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung: Grundsätze und Anregungen für die Schulpraxis“ 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition führt zur Einführung einer „modernen“ Gesundheitserziehung mit dem salutogenen Ansatz der Gesundheitsförderung – in Abgrenzung zur „traditionellen“, einseitig auf Risikoprävention ausgerichteten, Gesundheitserziehung</i></li> </ul>
<b>Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung</b> BLK- Modellversuch „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition führt zur Benennung der Institution Schule als Gegenstand von Gesundheitsförderung mit den gegebenen Möglichkeiten der Selbstbestimmung von Gesundheit</i></li> </ul>
<b>Niedersächsisches Landesinstitut für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung (NLI)</b> Ein Programmschwerpunkt der niedersächsischen Lehrerfortbildung 1998: Prävention und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition führt dazu, dass Schule den gesellschaftlichen Auftrag der Gesundheitsförderung mitträgt; für die Lehrerfortbildung werden zur Unterstützung der Schule Aufgabenbereiche benannt</i></li> </ul>

## b) Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung

*Einführung:*

*Vier Handlungsstrategien zur Implementation der Gesundheitsförderung sieht die Ottawa- Charta vor:*

- *Voraussetzungen für Gesundheit schaffen*
- *Interessen vertreten*
- *Befähigen und ermöglichen*
- *Vermitteln und vernetzen*

*Diese Strategien müssen als allgemeine, sicher auch gesundheits- und sozialpolitische Methodik zur Implementation und Sicherung der Gesundheitsförderung verstanden werden. Die Institution Schule wird direkt nicht erwähnt, weil ihre Rolle in dem gewollten Entwicklungsprozess unbestritten ist. Von deutschen Wissenschaftlern oder Kultusverwaltungen bzw. deren Institutionen werden zwei dieser Strategien als Impulse aufgegriffen: „Voraussetzungen für Gesundheit schaffen“ sowie „Befähigen und ermöglichen“. Sie werden jeweils in der Lehrerfortbildung zum Thema für Schulen gemacht - auch im Zusammenhang mit dem neuen Präventionsverständnis (z.B. Verhältnisprävention). Dieser internationale Impuls auf Deutschland wird beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als einzige Einflussebene wird insofern nur die Lehrerfortbildung erreicht.*

### ***Der internationale Impuls***

Von den in der Ottawa- Charta vorgeschlagenen vier Handlungsstrategien erlangen zwei Strategien in Deutschland Bedeutung:

#### **„PREREQUISITES FOR HEALTH**

The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable eco – system, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

...

#### **ENABLE**

Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to *enable* all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men” (World Health Organization, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association, Eds, 1986, p.1).

### **Analyse: Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Auf dem Lehrerfortbildungs- Fachtag „Gesundheit und Schule“ des *Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis Bremen* wird 1990 im Zusammenhang mit der Ableitung eines neuen Präventionskonzeptes für Schulen auf beide Handlungsstrategien zurückgegriffen, die erfolgreich eingesetzt werden müssen, um Gesundheitsförderung zu implementieren. Die grundlegenden Bedingungen (prerequisites for health) bzw. konstitutiven Momente von Gesundheit müssen erfüllt sein, und die Menschen müssen zur Verwirklichung ihres größtmöglichen Gesundheitspotentials befähigt werden (enable...):

„In der Ottawa- Charta wird festgestellt, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll. Dazu wird es für notwendig gehalten, dass sowohl der einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. Gesundheit wird als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden und steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Als grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit werden Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit benannt.

Dieses Präventionskonzept geht weit über die traditionellen Ansätze der Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung hinaus. Neben die Befähigung von Menschen zur Verwirklichung ihres größtmöglichen Gesundheitspotentials wird die gemeinsame Verantwortung für die natürliche und soziale Umwelt und die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen gestellt.

Standen anfangs Programme zur Umsetzung des Konzeptes zur Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene (Gesunde – Städte – Programm) im Vordergrund, so wurden diese ausgeweitet und ergänzt durch Gesundheitsförderung im Betrieb, Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesundheitsförderung in Schulen.

Mit ihrem umfassenden, ganzheitlichen Bildungsauftrag ist die Schule in optimaler Weise legitimiert und aufgefordert zu einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung im Sinne der Vorgaben der Ottawa – Charta“ (Troschke, 1992, S.28).

Auch auf dem landesweiten Lehrerfortbildungsveranstaltung des *Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule* ‚Schule und Gesundheit - Freude am Leben‘ werden 1990 als Grundvoraussetzungen von Gesundheit in dem auch für Schleswig- Holstein vorgeschlagenen neuen Konzept der Gesundheitsförderung die in der Charta definierte Bedingungen übernommen und damit in die Lehrerfortbildung von Schleswig – Holstein eingeführt:

„In der Ottawa- Charta wurde dies [gemeint ist, dass sich das Konzept der Gesundheitsförderung als umfassendes Programm versteht] besonders deutlich. Dort heißt es: ‚Grundlegende Bedingungen [prerequisites for health ...] und konstituierende Momente der Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko- System, eine sorgfältige Behandlung der vorhandenen Energiequellen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung der Gesundheit kann nur von einer solchen Basis aus erreicht werden““ (Waller, 1990, S.16).

1995 findet vom *Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien* als Lehrerfortbildungsveranstaltung das ‚Zentrale Forum „Lebensfreude in der Schule ?! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen“ statt. Erneut wird der programmatische Einfluss der Ottawa- Charta, hier im Hinblick auf die Neuorientierung der Prävention durch die Gesundheitsförderung, deutlich gemacht. Die Thüringer Ministerin für Soziales und Gesundheit hebt in Ihrem Grußwort bei der Eröffnung des Forums die neu gegebenen Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensbedingungen durch die Menschen selbst hervor und zieht die Linie direkt zur Gesundheit.

„In der ‚Ottawa – Charta‘ vom November 1986 wird das Konzept der Gesundheitsförderung als neues Denkmuster für die Prävention und die Gesundheitspolitik dargestellt. Es geht also nicht mehr um eine



individuelle Krankheitsvorbeugung, sondern um die Gestaltung solcher Lebensbedingungen, die es dem einzelnen in gemeinschaftlicher Arbeit mit anderen ermöglichen, auf die Gesundheit aktiv und selbstbestimmten Einfluss zu nehmen.

Im Mittelpunkt steht nicht mehr die Frage ‚Was macht uns krank?‘ sondern die Frage ‚Was hält uns gesund?‘. Wenn auch in der Praxis sich die beiden Fragestellungen überschneiden, so ist es doch wichtig, dass eine Orientierung an der Gesundheit erfolgt, statt an der Krankheit“ (Ellenberger, 1999, S.6).

Die *Freie und Hansestadt Hamburg-Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung* informiert in ihrer ‚Hamburger Konferenz: Schule und Gesundheitsförderung‘ 1996 auf dem Hintergrund der Teilnahme Hamburger Schulen an dem Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen über Perspektiven und beispielhafte Praxisansätze gesundheitsfördernder Schulen. Bei ihrer Eröffnung fordert der Landesschulrat von Hamburg, unter Hinweis auf die in der Ottawa-Charta aufgestellten Handlungsstrategien zur Implementation von Gesundheitsförderung, *Verhältnisprävention* für den ‚Lebensraum‘ Schule ein. Hervorgehoben wird von ihm die Bedeutung der Einflussmöglichkeit der Menschen auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen:

„Neben der Verhaltensprävention, also der rechtzeitigen Einflussnahme auf die Lebensweise der einzelnen, gewinnt damit auch bei der Gesundheitsförderung in der Schule die Verhältnisprävention – d.h. auf die Verhältnisse frühzeitig Einfluss nehmen, die mitgestalten – an Bedeutung. Wenn es in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 heißt ‚Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können‘, so ist damit z. B. auch die Einflussnahme auf gesundheitsförderliche Faktoren des Lebensraumes Schule gemeint. Ein, wenn auch weit gestecktes Ziel, ist die Entwicklung einer bewusst umweltverträglichen und einer unterstützenden sozialen Umwelt die Schüler befähigt, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“ (Daschner, 1996, S.3).

Das *Landesinstitut Mecklenburg-Vorpommern für Schule und Ausbildung* bringt die Notwendigkeit, den Menschen die Möglichkeit der Einflussnahme auf die ihre Gesundheit bestimmenden Faktoren zu geben, in den „Lebensraum“ Schule ein und fordert Schüler und Lehrkräfte zu einem bewussten Umgang mit Gesundheit auf:

„Wenn es in der Ottawa-Charta der WHO heißt ‚Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitgehend erhalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können‘, so ist damit auch der Lebensraum Schule angesprochen. Ziel ist es, dass Schüler und Lehrer sich der Bedeutung ihrer Gesundheit bewusst werden und miteinander und mit sich selbst behutsamer und achtsamer umzugehen lernen“ (Landesinstitut Mecklenburg-Vorpommern für Schule und Ausbildung, 1997, S.3).

**Interpretation: Auswirkungen des Impulses „Handlungsstrategie der Ottawa-Charta“ auf die Entwicklung in Deutschland**

Abb. 11 veranschaulicht die Verortung der Handlungsstrategien in 5 Bundesländern in der Lehrerfortbildung, allerdings als einzige Entscheidungsebene. Der übernommene Impuls zur Sicherung der *Voraussetzungen von Gesundheit (prerequisites)* entspricht dabei deutschem, grundsätzlichem Problemlösungszugang: die gesundheitspolitischen bzw. bildungspolitischen Rahmenbedingungen müssen stimmen. Eher innovativ muss die Aufnahme der Handlungsstrategie der aktiven, *selbstbestimmten Einflussnahme (enable)* auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen interpretiert werden. Hier wird die pädagogische Linie zum „Lebensraum“ Schule gezogen mit den so gegebenen gestalterischen Möglichkeiten. Lehrkräfte, Schüler und Eltern bestimmen ihre gesundheitsfördernde Schule.

**Abbildung 11:** Die Aufnahme der *Handlungsstrategien der Ottawa- Charta* in Deutschland

<b>INSTITUTIONEN UND WIRKUNG DER IMPULSE</b>	
<b>Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Bremen</b> Zentraler Lehrerfortbildungs- Fachtag „Gesundheit und Schule“ 1990	
•	<i>Neues Präventionskonzept „Gesundheitsförderung“ übernimmt die Ottawa- Handlungsstrategien der Sicherung der Grundvoraussetzungen für Gesundheit und der Befähigung der Menschen zur Verwirklichung ihres größtmöglichen Gesundheitspotentials</i>
<b>Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule</b> Zentrale Lehrerfortbildungsveranstaltung „Schule und Gesundheit – Freude am Leben“ 1990	
•	<i>Die Handlungsstrategie der Herstellung der Grundvoraussetzungen für Gesundheit gilt für die zu implementierende Gesundheitsförderung in Schulen .</i>
<b>Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien</b> Zentrales (Lehrerfortbildungs-) Forum „Lebensfreude in der Schule?! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen.“ 1995	
•	<i>Prävention wird als die Gestaltung von Lebensbedingungen verstanden, die es dem einzelnen ermöglicht, auf seine Gesundheit direkt Einfluss zu nehmen</i>
<b>Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung</b> Zentrale Lehrerfortbildung „Hamburger Konferenz Schule und Gesundheitsförderung“ 1996	
•	<i>Einflussnahme der Menschen auf die ihre Gesundheit bestimmenden Faktoren ermöglicht Einflussnahme auf gesundheitsförderliche Faktoren des Lebensraumes Schule</i>
<b>Landesinstitut Mecklenburg-Vorpommern für Schule und Ausbildung</b> Handreichung für Lehrkräfte „Die Bedeutung der Gesundheitserziehung in den Schulen Mecklenburg – Vorpommerns“ 1997	
•	<i>Einflussmöglichkeit des Menschen auf die seine Gesundheit bestimmenden Faktoren bedeutet entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten im Lebensraum</i>

### c) Handlungsebenen der Gesundheitsförderung

*Einführung:*

*Die Ottawa – Charta sieht fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung vor, die als Voraussetzungen für aktives, gesundheitsförderndes Handeln gelten:*

- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*
- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln*
- *Die Gesundheitsdienste neu orientieren*

*Sie führen in besonderem Maß zur Konkretion von Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen. Insofern werden sie in Deutschland auch für die Institution Schule attraktiv und zu einem wesentlichen Impuls für die Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen. Ihre Wirkung auf für den Schule relevanten Entscheidungsebenen wird im Folgenden beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen werden erreicht:*

- *Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse*
- *Lehrpläne bzw. Rahmenrichtlinien*
- *Lehrerfortbildung*
- *(BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte*

### ***Der internationale Impuls***

Die Ottawa – Charta benennt als „Health Promotion Action“ (Handlungsebenen der Gesundheitsförderung):

- Built Healthy Public Policy (*Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*)
- Create Supportive Environments (*Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*)
- Strengthen Community Action (*Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*)
- Develop Personal Skills (*Persönliche Kompetenzen entwickeln*)
- Reorient Health Services (*Die Gesundheitsdienste neu orientieren*)

(World Health Organization, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association, 1986, pp. 1,2) [ Übers. d. Verf.]

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Das *Ministerium für Bildung und Sport Saarland* ordnet 1994 in seinen „Richtlinien zur Suchtprävention an den Schulen des Saarlandes“ Suchtprävention der Gesundheitsförderung zu. Gesundheitsförderung selbst wird in der Folge für die Schulen durch überwiegend wörtlichen Rückgriff auf die Charta- Handlungsebene *Persönliche Kompetenzen entwickeln* interpretiert:

„Schulische Gesundheitsförderung umfasst sowohl spezifische Themenbereiche wie Suchtprävention, Ernährungs- und Bewegungserziehung als auch die Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen.

...

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen

umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden“ (Ministerium für Bildung und Sport Saarland, 1994, S.3 - 4).

Der Erlass des *Kultusministeriums Sachsen- Anhalt* „Sexualerziehung an den allgemeinbildenden Schulen und berufsbildenden Schulen des Landes Sachsen- Anhalt“ von 1996 (vgl. Kultusministerium Sachsen- Anhalt, 1996 b) definiert Sexualerziehung als Teilgebiet der Gesundheitsförderung. In einem amtlichen Kommentar betont das Ministerium die Funktion der „Ottawa“- Handlungsebene *Persönliche Kompetenzen entwickeln* als Rahmenbedingung schulischer Sexualerziehung:

„Um dieses Ziel [Gesundheitsförderung] zu erreichen, ist es im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik u.a. notwendig,

- persönliche Kompetenzen zu entwickeln,
- gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen,
- gesundheitsgezogene Gemeinschaftsaktionen zu unterstützen.

Schulische Sexualerziehung ist als Bestandteil von Gesundheitsförderung zu unterstützen. Das bedeutet, dass in diesem Rahmen vor allem solche persönlichen Kompetenzen bei Schülerinnen und Schülern, aber auch bei Lehrkräften zu entwickeln sind, die allen am Prozess Beteiligten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen. Es bedeutet außerdem, dass solche Bedingungen in Schule und Elternhaus gefördert werden, die Kindern und Jugendlichen einen altersgerechten Zugang zur und einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität ermöglichen. Somit ergeben sich aus ganzheitlicher Sexualerziehung im Rahmen von Gesundheitsförderung Aufgaben für die Fortbildung der Lehrkräfte und die Elternarbeit“ (Köhler, 1996, S.358).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung der Impulse auf die Lehrerfortbildung**

Auf der von der *Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland- Pfalz* 1994 durchgeführten länderübergreifenden Fachtagung „Lebenskompetenzen fördern - Netzwerke schaffen“ für Fachkräfte schulischer und außerschulischer Suchtprävention wird der konzeptionelle Paradigmenwechsel - „von der Pathogenese zur Salutogenese“ - als Merkmal der Gesundheitsförderung ausgeführt. Alle von der Ottawa- Charta vorgeschlagenen Handlungsebenen werden in einen Zusammenhang mit dem Paradigmenwechsel und dem neuen Konzept *Gesundheitsförderung* gestellt und als Rahmenbedingungen verstanden. Im Ergebnis wird die Suchtprävention in die Gesundheitsförderung „integriert“:

„Die sechs [die Charta nennt fünf] zentralen Aktionsfelder von Gesundheitsförderung sind:

- Schaffung und Erhaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten [create supportive environments];
- Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit für alle [dieses „zentrale Aktionsfeld“ fehlt im Original - es ist als „6. Aktionsfeld“ eine über das Original hinausgehende Hinzufügung des Autors];
- Bürgerbeteiligung (Partizipation) und Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen [strengthen community action];
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Unterstützung bei der Lebensbewältigung [develop personal skills];
- bedürfnisorientierte Umorientierung von Gesundheits- und Sozialdiensten [reorient health services]

- bereichsübergreifendes Handeln, d.h., Gesundheitsförderung als „Querschnittspolitik“ in Kommunen, Regionen, Ländern und Staaten. [build healthy public policy].

...

In einem konzeptionell bedeutsamen Punkt besteht ein grundlegender Unterschied zu den bisherigen Modellen der Gesundheitserziehung bzw. Suchtvorbeugung. Die Gesundheitsförderung und ihre Teilbereiche nehmen Abschied von der medizinisch- psychiatrischen Krankheit- und Abweichungsorientierung („Pathogenese“) und orientieren sich an der gesundheitsorientierten „Salutogenese“.

*Die traditionelle pathogenetische Leitfrage war:*

„Warum und woran werden welche Menschen krank bzw. süchtig?“

*Die neuen salutogenetischen Leitfragen der Gesundheitsförderung lauten hingegen:*

„Unter welchen persönlichen und sozialen Rahmenbedingungen können Menschen Gesundheit und Suchtresistenz entwickeln und erhalten?“

„Warum bleiben Menschen (relativ) gesund, was schützt sie vor Suchtgefährdung - trotz der Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, trotz psychosozialer Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse?“ (Franzkowiak, 1996, S.6-7).

Einer der Fortbildungsschwerpunkte des *Niedersächsischen Landesinstituts für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung* ist 1997 „Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule“. Drei der fünf Handlungsebenen der Ottawa- Charta werden in den Fortbildungsschwerpunkt eingeführt und zu Eckfeilern niedersächsischer Lehrerfortbildung bei der Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen aufgebaut:

„Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule

...

Das Kursangebot des NLI versteht das Konzept einer gesundheitsfördernden Schule als Entwicklungsaufgabe, die sowohl von einzelnen Personen als auch vom System geleistet werden muss. Ein ganzheitliches „Lebensweisenkonzept“ schulischer Gesundheitsförderung soll Schülerinnen und Schüler befähigen

- eigene und andere Verhaltensweisen und Werte bewusst wahrzunehmen
- gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen und für sich und die Umwelt Verantwortung zu übernehmen
- ein gesundes Selbstwertgefühl zu entwickeln
- und Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen.

Die Kurse zielen daher darauf ab, auf der *personenbezogenen Ebene* [develop personal skills] psychische und körperliche Gesundheit, die individuellen Einstellungen zur Gesundheit und die persönlichen Kompetenzen in Bezug auf gesundheitsförderndes Verhalten zu entwickeln und zu erhalten. Angebote zu folgenden Themenbereichen gehören zu den ständigen Aufgaben des NLI

- [ - ] Suchtprävention
- [ - ] Gewaltprävention
- [ - ] Fragen der Sexualerziehung
- [ - ] Wege zu einem ganzheitlichen Gesundheitsbewusstsein

Auf der *sozialen und organisationsbezogenen Ebene* [create supportive environments] soll das Anliegen der Gesundheitsförderung in die Entscheidungsprozesse und die Organisation von Schule eingebracht werden: Probleme der lebensweltlichen Ausrichtung Jugendlicher, Umgang mit Störungen der Kommunikation und der Kooperation in der Klasse und in der Schulgemeinschaft als Ursache für psycho- soziale Belastungen von Schülerinnen und Schülern und Lehrkräften, berufsbegleitende Beratung und Supervision von Lehrkräften beim Umgang mit Entwicklungskrisen von Kindern und Jugendlichen und eigenen psycho- sozialen Belastungen.

Auf der *Vernetzungsebene* [strengthen community action] will das NLI die Gruppen des Umfeldes, die die Lebens- und Arbeitsprozesse in der Schule mit beeinflussen, in die Gesundheitsförderung einbeziehen - z.B. Universitäten, Einrichtungen der Jugend- und Wohlfahrtsarbeit, Verbände und Institutionen wie die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen mit ihrer Initiative ‚Praxisbüro: Gesunde Schule‘, die Landesstelle Jugendschutz, die Landesstelle gegen Suchtgefahren und das niedersächsische Jugendamt“ (Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik, 1996, S.146-147).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkungen des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Kernthema aller im Untersuchungszeitraum von 1989 bis 1999 durchgeführten *BLK-Modellversuche zur Gesundheitsförderung in Schulen* ist die Implementation der Programmatik der Ottawa- Charta insgesamt. Diese internationale Thematik ist auch versuchsbedingt erforderlich, denn BMBW und BLK machen die Anerkennung der Versuche als BLK- Modellversuche und die sich daraus ergebene Bundes- und Länderförderung jeweils von dem Versuchsinhalt ‚Implementation der Ottawa- Charta in die Institution Schule‘ abhängig. Unerwartet konkret und disseminationsfähig - dies interessiert Auftraggeber immer besonders - sind regelmäßig die die Umsetzung der Charta betreffenden jeweiligen Transfer- Versuchsergebnisse. Charakteristische Beispiele der ausformulierten Versuchsziele oder Versuchsergebnisse veranschaulichen im Folgenden die „Übersetzung“ der *Ottawa- Handlungsebenen* durch alle im Untersuchungszeitraum 1990 bis 1999 (2000) laufenden BLK- *Modellversuche zur Gesundheitsförderung* auf die Institution Schule:

#### **Analyse (3.1): Die Wirkung auf den BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* 1990 – 1993**

Der Modellversuch wird von Schleswig– Holstein in 29 Schulen in Schleswig- Holstein (und Nordschleswig (DK)) durchgeführt (s. S.150). Er gilt bundesweit als *Pilotversuch der Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen* und begründet die zehnjährige BLK- Förderung von Modellversuchen zur Gesundheitsförderung. Die Handlungsebenen der Ottawa- Charta bestimmen themenbezogen (Umwelt, Ernährung und Bewegung) die Versuchsinhalte. Sie werden vor Ort in den 29 Projektschulen zum pädagogischen Thema. Als *ein* Versuchsergebnis legt der Modellversuch eine erste deutsche Adaptation der Ottawa- Handlungsebenen für Schulen vor.

Zunächst werden die Handlungsebenen „nur“ benannt, insofern aber allgemein eingeführt (1992). Der Rückgriff auf sie dient dem Versuch zur Öffnung von Wegen, gesundheitsförderndes Handeln in Schulen zu unterstützen:

„Die Entwicklung gesunder Lebensweisen und die Förderung von Wohlbefinden führt weg von der spezifischen Krankheitsprävention in elementare Handlungsfelder der Bereiche: Umwelt, Ernährung und Bewegung. Die greift der Modellversuch auf und sucht nach Wegen, die ein aktives gesundheitsbezogenes Handeln fördern. Die Ausführungen der Ottawa- Charta (1986) fordern hier u.a.:

- die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik,
- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
- die Entwicklung persönlicher Kompetenzen,
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Überträgt man dieses Verständnis auf den Alltag der Schule, so wird deutlich, dass die Entwicklungen von der fachbezogenen Gesundheitserziehung zu fächerübergreifendem Handeln, das das Schulleben mit seinem Umfeld erfasst, reichen müssen. Die 29 Modellversuchsschulen haben sich auf diesen mühsamen Weg gemacht“ (Gabriel & Heindl, 1992, S.7).

Die erfolgreiche Durchführung dieses Versuchsansatzes und damit die „Erprobung“ der WHO- Handlungsebenen in den 29 Projektschulen des Versuchs (erstmal in Deutschland) verdeutlicht der Abschlussbericht der Projektleitung des BLK- Modellversuches. Die Handlungsebenen können erstmals „vorläufig“ schulbezogen konkretisiert werden (vgl. Heindl & Gabriel, 1994, S.30 – 31 und Anhang 2).

Die wissenschaftliche Begleitung des BLK – Modellversuches legt dann nach Verarbeitung der Versuchsergebnisse 1994 die *erste deutsche* Adaptation der Ottawa- Handlungsebenen für das „setting“ Schule vor:

„Wir gingen davon aus, dass sich die Projektidee handlungsbezogen auf unterschiedlichen Ebenen entfaltet, die es im Hinblick auf die Spuren und Wirkungen des Modellversuchs zu untersuchen und zu evaluieren galt. Diese Ebenen wollen wir wie folgt benennen:

#### *Person*

Qualifiziert sich, indem sie sich Formen und Wege des Aufbaus einer individuell gesunden Lebensweise aneignet, die zu einem möglichst umfassenden persönlichem Wohlbefinden beiträgt. So erwirbt sie Fähigkeiten zur Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit.

#### *Gruppe*

Die Gruppe, das Team, bildet einen Aktivierungskern. Die Gruppe artikuliert und ermittelt Interessen und Bedürfnisse. Sie fördert den kommunikativen Austausch und die Kooperation im Sinne der Herausbildung von produktiver Teamfähigkeit und regt damit durch Impulse und Aktivitäten Maßnahmen zu gesünderer Lebensweise an. Die Gruppe kann ebenso eine bedeutende reflexive Instanz im Sinne von schulischer Selbstevaluation sein, aber auch ein Forum für wirksame Berastung oder ein relevantes Planungsinstrument, das Perspektiven eröffnet und Umsetzungen anregt.

#### *Institution*

Die Institution entwickelt eine gesundheitsförderliche Organisationskultur, die durch das Ermöglichen von Veränderungen ihres Organisationsgefüges die gegebenen personellen Ressourcen effektiv nutzt, hierdurch kräftesparend und erfolgreich wirkt und damit das Betriebsklima und die Arbeitszufriedenheit begünstigt.

#### *Umfeld*

Schulen verstärken ihre Öffnung nach außen durch Einbeziehung von gesundheitsförderlichen Ressourcen des politischen und sozialen Gemeinwesens, durch Aufbau vernetzter Strukturen und Verbreitung der Idee der Gesundheitsförderung.

#### *Politik*

Hierzu gehören die Entwicklung von Durchsetzungsstrategien für bildungspolitische Erneuerungen, die vor Ort unmittelbar gesundheitsförderlich wirken können, ebenso wie das treffen von Maßnahmen, die

politische Entscheidungsträger veranlassen, sich mit dem Anliegen der Gesundheitsförderung stärker zu identifizieren und ihre Entscheidungen vermehrt an Aspekten der Gesundheitsförderung zu orientieren“ (Barkholz & Homfeldt, 1994, S.51-52).

### **Analyse (3.2): Die Wirkung auf den BLK – Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* 1993 – 1997**

Dieser BLK- Modellversuch versteht sich als bundesweiter Großversuch zur planmäßigen Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen in ganz Deutschland (s. S.161). 15 der 16 Bundesländer (ohne Bayern) nehmen an ihm teil. Er ist zugleich der deutsche Beitrag zum Aufbau des *European Network of Health Promoting Schools*. Seine europäische Einbindung sichert für Deutschland den Anschluss an die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung. Im Blickpunkt dieses Versuches steht die Entwicklung und Evaluation von Implementationsformen der Gesundheitsförderung in Schulen und ihre Weiterentwicklung zum Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* als Schulentwicklungsansatz. Inhaltlich greift die wissenschaftliche Begleitung im Laufe des Versuchs die Adaptation der ‚Ottawa-Handlungsebenen‘ von Ulrich Barkholz und Hans Günther Homfeld (vgl. Barkholz & Homfeldt, 1994) auf und entwickelt sie weiter (s. Abb. 12).

**Abbildung 12:** Deutsche Adaptation der (Leitlinien und) Handlungsebenen der Ottawa- Charta und deren Implikationen für die Schule durch den BLK-Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (vgl. Barkholz & Paulus, 1998, S.7-8 und Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.31).

<b>Leitlinien</b>	<b>Handlungsebenen</b>	<b>In der Schule:</b>
Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik	Gesellschaft / Politik	Gesundheitsförderung in den Horizont von Politik bringen
Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen	Lebenswelt / Umwelt	Öffnung, Vernetzung, Nutzung öffentlicher Ressourcen
Neuorientierung der Gesundheitsdienste	Organisation / Institution	Organisationsentwicklung Schulkultur pflegen „Gesundes“ Schulprofil
Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen	Gruppen	Teambildung, Kooperationsformen schaffen
Persönliche Kompetenzen stärken	Personen	Persönlichkeitsstärkung Gesunde Lebensweisen erproben, ermöglichen



Die Identifikation mit den Handlungsebenen führt über die Entwicklung des neuen Präventionskonzeptes *Gesundheitsförderung* zu dem Ansatz eines Schulentwicklungskonzeptes. Der von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs „zentral“ durch die Adaptation eröffnete Weg ihrer weiteren Umsetzung wird „regional“ noch während der Versuchslaufzeit, z.B. von Hamburg (vgl. Seeger, 1996, S.7-8) und Niedersachsen (vgl. Maasberg, 1997, S.34), aufgegriffen.

### **Analyse (3.3): Die Wirkung auf den BLK – Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* 1997 - 2000**

Hamburg führt seine Arbeit an der Übernahme der Ottawa- Handlungsebenen weiter und übernimmt in leicht modifizierter Form von den Versuchsergebnissen des 1997 abgeschlossenen BLK- Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* fast wörtlich die dort (s. Abb. 12) vorgeschlagene Adaptation in den neuen BLK- Modellversuch (s. S. 158). Es führt sie in Verbindung mit dem Präventionskonzept *Gesundheitsförderung* damit nochmals in die Hamburger Lehrerfortbildung und erstmals in die Hamburger Projektschulen des 1997 begonnenen BLK- Modellversuchs *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* ein. Sie werden insgesamt zur Plattform der Hamburger Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen:

„Dabei geht die Ottawa- Charta von fünf Bildungs- und Handlungsebenen aus, wobei jede einzelne Schule in vier dieser Ebenen eingebunden ist:

- Lebensweltbezüge durch Öffnung von Schule (Handlungsebene Lebenswelt/Umwelt),
- Gestaltung des Schullebens durch Organisationsentwicklung (Handlungsebene Organisation/Institution),
- Interessenvertretung durch Arbeitsgemeinschaften (Handlungsebene Gruppe),
- Gesundheitsbildung durch Lebensstildidaktik, Stärkung persönlicher Kompetenzen (Handlungsebene Person).

Unser Hamburger Ansatz zur Gesundheitsförderung in der Schule kann in folgenden Kernsätzen zusammengefasst werden:

1. Gesundheit ist der ständige Prozess der Stabilisierung eines lebenden Systems, das heißt des Ausgleichs von Störungen.
2. Gesundheitsförderung zielt auf diesen ständigen Prozess der Stabilisierung der in der Schule Lernenden und Arbeitenden.
3. Gesundheitsförderung zielt damit sowohl auf Verhaltensprävention (Lebensweise der Betroffenen) als auch auf Verhältnisprävention (Umwelt der Betroffenen):
  - Verhaltensprävention bezieht sich vor allem auf das körpereigene und soziale Verhalten hinsichtlich Hygiene, Ernährung, Bewegung, Sexualität, Sucht, Unfallgefahren, Kommunikation und Umgang mit Konflikten.
  - Verhältnisprävention bezieht sich vor allem auf die Verhältnisse in der Lerngruppe, in der Schulgemeinschaft, im Freundeskreis, in der Familie und im Stadtteil (psychischer und sozialer Aspekt) sowie auf die Verhältnisse im Schulgebäude und im Stadtteil (ästhetischer, ergonomischer und ökologischer Aspekt).
4. Gesundheitsförderung in der Schule kann und muss unabhängig von medizinisch- epidemiologischen Erhebungen bzw. Befunden als ständige Aufgabe in der Schule wahrgenommen werden (Aufgabengebiet im Schulgesetz).

Dazu sollten schulspezifische Konzepte zur Verhaltens- und Verhältnisprävention innerhalb der Schulgemeinschaft entwickelt werden, z B. im Rahmen der Schulprogramm- Entwicklung, mit Unterstützung durch Fort – und Weiterbildung“ (Hollmann, 1998, S.12).

Das Hamburger *OPUS- Kooperationsprojekt Auszeichnung Gesunde Schule* vervollständigt die in Hamburg eingeleitete Entwicklung zum Schulentwicklungskonzept. Es macht die Handlungsfelder der Charta zu seiner inhaltlichen Basis und legitimiert zusätzlich, durch Bezug auf sie, den „Hamburger“ Paradigmenwechsel des *Lernbereiches* Gesundheitserziehung in Schulen zum *Schulentwicklungskonzept* Gesundheitsfördernde Schule:

„Auf der internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa haben sich die Mitgliedsstaaten der WHO auf die sogenannte ‚Ottawa – Charta‘ verständigt. Die ‚Ottawa- Charta‘ formuliert notwendige Maßnahmen und Strategien für eine gesundheitsfördernde Entwicklung: Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung der persönlichen Kompetenzen und Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

...

Gesundheitsförderung in und mit Schulen gilt inzwischen als ein tragfähiges Schulentwicklungskonzept, dessen Bedeutung sowohl für Lernende und Lehrende als auch für das Gesamtsystem Schule auf Länder- und Bundesebene unbestritten ist. Der konzeptionelle Paradigmenwechsel von der Gesundheitserziehung zur gesundheitsfördernden Schule hat inzwischen auch in Hamburg Beispiele gelungener Praxis hervorgebracht“ (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung , OPUS & Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule , Jugend und Berufsbildung, 1998. S.2).

Berlin bestätigt die bundesweite Bedeutung der Adaptation der Ottawa- Handlungsebenen durch den BLK- *Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*. Die *Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin* und *OPUS Berlin* greifen auf sie, als inhaltliche Ausgangslage der Teilnahme Berlins an dem neuen bundesweitem Projekt, zurück. Sie übernehmen sie wörtlich:

„Die WHO hat Leitlinien aufgestellt, die Handlungsebenen auch für Schulen aufzeigen: [es folgt als Originalzitat (vgl. Barkholz & Paulus, 1998, S.8) die Abb.: *Leitlinien und Handlungsebenen der Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung und deren Implikationen für die Schule*.]

An diesen Leitlinien orientieren sich auch die 12 Berliner Schulen, die bisher bei OPUS mitmachen. Sie sind Teil des Netzes der Gesundheitsfördernden Schulen in unserer Stadt. Sie wollen, das sich etwas ‚bewegt‘ in ihrer Schule, sie wollen, das sich alle Beteiligten - Kinder und Jugendliche, Lehrer und Lehrerinnen, andere Mitarbeiter/innen und auch Eltern - in der Lebenswelt Schule wohlfühlen und ihre Schule zu einem gesundheitsfördernden Lern- und Arbeitsort machen. Dabei kooperieren sie mit den bezirklichen Plan- und Leitstellen für Gesundheit, der BARMER oder der Unfallkasse Berlin“ (Müller – Heck, 1999, S.2).

Auch die von den BLK- Modellversuchen zur Gesundheitsförderung initiierten und verantworteten ‚Transnationalen Konferenzen deutschsprachiger Schulen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen‘ übernehmen im Kontext des Transfers der Gesamtphilosophie der Charta alle oder einzelne Ottawa-

Handlungsebenen. Sie spielen dabei auch im Zusammenhang mit dem *Paradigmenwechsel* der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung ihre Rolle:

*„Gesundheitsförderung in und mit der Schule*

...

In umgekehrter Perspektive zur Gesundheitserziehung stehen für die Gesundheitsförderung folgende Fragen am Anfang:

- Was ist Gesundheit?
- Wie entwickelt sich Gesundheit? (Salutogenese)
- Wie lässt sich die Entwicklung von Gesundheit fördern?

Die Antworten auf diese Fragen münden häufig in fächerübergreifende Projekte in der Schule, die mit einer psycho- somatischen, sozialen und ökologischen Perspektive angelegt sind. Hierdurch sollen vor allem Lernende und Lehrende dabei unterstützt werden, ihre Gesundheit zu erhalten, indem individuelle und soziale Schutzfaktoren gestärkt werden. Damit wird meist die enge Perspektive individuellen Verhaltens erweitert und der Gestaltung gesundheitsfördernder Verhältnisse ein breiter Raum gegeben.

...

Über diesen Prozesscharakter hinaus bestimmen drei weitere Merkmale die Gesundheitsförderung, die programmatisch in der Ottawa – Charta der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 formuliert wurden [die Charta nennt fünf Handlungsfelder, nicht erwähnt werden hier die Handlungsfelder *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen* und *Die Gesundheitsdienste neu orientieren*]:

- Kompetenzen stärken
- ...
- Betroffene werden Beteiligte
- ...
- Beeinflussung aller Politikbereiche

...

*Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung*

Mit den oben skizzierten Merkmalen und Leitbildern lässt sich der Paradigmenwechsel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung wie folgt zusammenfassen:

- Von der Pathogenese zur Salutogenese
- Von Defiziten zu Ressourcen
- Vom Leid zum Glück
- Von der Aufklärung zur Partizipation
- Von der Anpassung zur Emanzipation
- Von der Askese zum Hedonismus.“

(Seeger, 1999, S. 20-22)

### **Analyse (3.4): Die Wirkung auf den *BLK – Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung***

Der Versuch (s. S. 170) führt 1996 die Handlungsebenen der Ottawa- Charta in die Institution *Hochschule* im Zusammenhang mit einer innovativ geprägten „gesundheitspädagogischen“ modellhaften Ausbildung (Gesundheitsbildung) von Lehramtstudenten ein: er fühlt sich ihnen in der vorgesehenen Lehrerbildung verpflichtet.

„Gesundheitsförderung als Kernstück gesellschaftlichen Handelns ist auf fünf Handlungsebenen angesiedelt: [es folgen, sinngemäß aus der Ottawa- Charta zitiert, die fünf Handlungsebenen]

...

Der BLK – Modellversuch „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“ fühlt sich allen Handlungsebenen der Ottawa – Charta verpflichtet und baut seine Strategien auf dem Verständnis von Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung auf“ (Heindl, 1996, S.7-8).

## **Interpretation: Die Auswirkungen des Impulses „Handlungsebenen der Ottawa-Charta“ auf die Entwicklung in Deutschland**

Die Ottawa- Charta benennt für die *Einführung* und *Verstetigung* der Gesundheitsförderung als zentrale Handlungsebenen:

- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*
- *Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen*
- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln*
- *Die Gesundheitsdienste neu orientieren*

Die deutsche Umsetzung verdeutlicht ein auffallendes Interesse der Institution Schule an der Implementation der internationalen Programmatik. Durch direkte Aufnahme der Handlungsebenen in die verschiedenen Ebenen der Schule wird das Themenfeld *Gesundheitsförderung in Schulen* formal und inhaltlich eingeführt und dort verankert. Das Saarland und Sachsen- Anhalt betonen in *Erlassen* die strukturelle Funktion dieser Handlungsfelder als (zu sichernde) Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in der Institution Schule. Niedersachsen und Rheinland- Pfalz besetzen die Handlungsfelder mit der *Lehrerfortbildung*, in direktem Zusammenhang mit der Einführung des neuen Präventionskonzeptes *Gesundheitsförderung*. Kernthema aller *BLK- Modellversuche zur Gesundheitsförderung in Schulen* ist die Implementation der Programmatik der Ottawa- Charta insgesamt; dabei spielen die Handlungsfelder für die Verstetigung im Schulalltag eine herausragende Rolle. Abb. 13 veranschaulicht den tiefgreifenden Adaptationsprozess in Deutschland. Die „Ottawa- Handlungsfelder“ sind *zehn Jahre* Gegenstand oder wesentliches Thema aller BLK- Modellversuche. Ihre Einführung und Erprobung im Schulalltag überzeugt alle Projektverantwortlichen, so dass ihre inhaltlich angemessene mehrjährige Adaptation zu einem approximativen Zugang wird, der in jedem Fall die zentrale Botschaft als Impuls sichern will. Die Botschaft lautet: Gesundheitsförderung ist als neues Präventionskonzept die Methode der Wahl und für Schulen ausbaufähig zu einem Schulentwicklungskonzept. Die von den Modellversuchen erarbeiteten Verbalisierungen und Inhalte der Handlungsfelder sind zwar nicht wortgleich und haben eine inhaltliche Streuung. Im Wesentlichen lehnen sie sich aber an die Vorschläge der jeweiligen wissenschaftlichen Beratung der Modellversuche an (vgl. Barkholz & Homfeldt, (1994) und Barkholz & Paulus, (1998)). Die Dissemination dieser Adaptationen, gerade auch über Buch- Publikationen, sichert die erhoffte breite Streuung des WHO- Ansatzes in Deutschland.

**Abbildung 13:** Die Adaptation der Handlungsebenen der Ottawa – Charta durch die BLK- Modellversuche im Untersuchungszeitraum und ihre Dissemination

<p style="text-align: center;"><b>Ottawa – Charter for Health Promotion (1986)</b></p> <p style="text-align: center;">„Health Promotion Action means:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Build Healthy Public Policy ...</li> <li>● Create Supportive Environments ...</li> <li>● Strengthen Community Action ...</li> <li>● Develop Personal Skills...</li> <li>● Reorient Health Services ...’</li> </ul> <p style="text-align: center;">(World Health Organization, Health and Welfare Canada &amp; Canadian Public Health Association, 1986, pp. 1-2).</p>	
<p><b>BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im Schulischen Alltag 1990 - 1993</b></p> <p>1992 Projektleitung: Deutsche Benennung der Handlungsebenen. Ihre Einführung soll dem Versuch Wege zeigen, „aktives gesundheitsförderndes Handeln“ zu fördern (Gabriel &amp; Heindl, 1992, S.7). <b>Zeitschriftenartikel</b></p> <p>1994 Projektleitung: Einführung der Handlungsebenen in den Versuch wird erfolgreich in den 29 Projektschulen erprobt - erstmals in deutschen Schulen überhaupt. Sie werden „vorläufig“, auf Schule bezogen, konkretisiert (Heindl &amp; Gabriel, 1994, S.30-31). <b>Projektbericht</b></p> <p>1994 Wissenschaftliche Beratung: Vorlage der ersten deutschen Adaptation der Handlungsebenen für das „setting“ Schule. Sie dienen dazu, die Wirkungen des Modellversuchs untersuchen und evaluieren zu können (Barkholz &amp; Homfeld, 1994, S. 51-52). <b>Publikation als Buch</b></p>	
<p><b>BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen 1993 - 1997</b></p> <p>1996 Teilprojekt Hamburg - Projektleitung: Einführung der Handlungsebenen (Autorenübersetzung) als Handlungsperspektiven im Bildungswesen auf der <i>Hamburger Konferenz: Schule und Gesundheitsförderung</i> (Zentrale Lehrerfortbildung). Sie weisen „Wege zur gesundheitsfördernden Schule“ (Seeger, 1996, S. 7-8). <b>Tagungsdokumentation</b></p> <p>1997 Teilprojekt Niedersachsen - <i>Praxisbüro „Gesunde Schule“</i>: Handlungsebenen (Autorenübersetzung) sind die Quelle für den Wandel der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung (Maasberg, 1997, S. 34) <b>Zeitschriftenartikel</b></p> <p>1998 Wissenschaftliche Begleitung: Überarbeitung der Adaptation der Handlungsebenen von 1994 (vgl. Barkholz &amp; Homfeld, 1994). Vorlage weiterentwickelter Adaptation, deren Funktion in dem neuen Präventionskonzept <i>Gesundheitsförderung</i> interpretiert wird. (Barkholz &amp; Paulus, 1998, S. 7-8). <b>Publikation als Buch</b></p>	
<p><b>BLK – Modellversuch Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS) 1997 - 2000</b></p> <p>1997 Teilprojekt Hamburg - Projektleitung: Auftaktveranstaltung des Modellversuchs OPUS (Lehrerfortbildung ). Handlungsebenen (Adaptation von Barkholz &amp; Paulus (1998)) werden als Merkmal des Hamburger Ansatzes zur Gesundheitsförderung in der Schule übernommen (Hollmann, 1998, S.12). <b>Tagungsdokumentation</b></p> <p>1997 BLK- Modellversuch OPUS Mitveranstalter der 3. <i>Transnationalen Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke (Innsbruck)</i>: Handlungsebenen sind bestimmende Merkmale der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit dem Paradigmenwechsel der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung (Seeger, 1999, S.20-22). <b>Tagungsdokumentation</b></p> <p>1998 Teilprojekt Hamburg - Wettbewerb <i>Auszeichnung Gesunde Schule</i>: Handlungsebenen (Autorenübersetzung) sind Basis des Hamburger Paradigmenwechsels der Gesundheitserziehung in Schulen zum <i>Schulentwicklungskonzept (!)</i> Gesundheitsfördernde Schule. (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, OPUS &amp; Freie und Hansestadt Hamburg-Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, 1998, S2). <b>Wettbewerb</b></p> <p>1999 Teilprojekt Berlin – Projektleitung: Handlungsebenen (Adaptation von Barkholz &amp; Paulus, 1998) dienen den 12 Berliner Schulen, die sich an OPUS beteiligen, als inhaltliche Leitlinien zur Implementation von Gesundheitsförderung (Müller-Heck, 1999, S.2). <b>„OPUS- Zeitung“ des Teilprojektes Berlin</b></p>	
<p><b>BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung 1994 – 1998</b></p> <p>1996 Projektleitung: Einführung der Handlungsebenen (Autorenübersetzung) in die „gesundheitspädagogische“ Hochschulausbildung von Lehramtsstudenten als Charakteristika von Gesundheitsbildung (Heindl, 1996, S. 7-8). <b>Projektbericht</b></p>	

## **d) Ausgangsort („Setting“) der zukünftigen Entwicklung von Gesundheit und Gesundheitsförderung**

*Einführung:*

*Die Ottawa– Charta fordert für die Zukunft der Gesundheitsförderung eine „Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung“ und „Internationales Handeln“. Als Ausgangspunkt dieses Weges in die Zukunft definiert sie das jeweilige „Setting“, in dem die Menschen leben. Damit erhält die Schule eine erhebliche Mitverantwortung für Gesundheitsförderung, auch in Deutschland - durch Übernahme des Ansatzes. Die Wirkung dieses Impulses auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen wird im Folgenden beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden hier erreicht:*

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

### ***Der internationale Impuls***

Die Definition bzw. Umschreibung des „Setting“ lautet:

„Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in created conditions that allow the attainment of health by all its members“ (World Health Organization, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association, 1986, p.2).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Die 1994 vom *Ministerium für Bildung und Sport des Saarlandes* herausgegebenen *Richtlinien zur Suchtprävention an den Schulen des Saarlandes* machen mit der Übernahme der Ottawa– Auffassung zum „Entstehungsort“ von Gesundheit diesen zur Plattform schulischer Suchtprävention im Rahmen der Gesundheitsförderung:

*„1. Unspezifische Prävention im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung*

*Die Schule hat viele Möglichkeiten, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Schulische Gesundheitsförderung umfasst sowohl spezifische Themenbereiche wie Suchtprävention, Ernährungs- und Bewegungserziehung als auch die Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen.*

...

#### *1.1 Der Gesundheitsbegriff*

Gesundheit ist kein feststehender Idealzustand, sondern ein lebenslanger Prozess, in dem sowohl der Einzelne als auch die Gesellschaft Verantwortung übernehmen:

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die alle ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (Ministerium für Bildung und Sport Saarland, 1994, S.3).

## Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

Hamburger Erfahrungen des BLK- Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen* (1993 – 1997) (s. S. 161) bringen das Thema Gesundheit durch Rückgriff auf die Ottawa- Charta in den inhaltlichen Zusammenhang mit Schule: Schule ist auch der Ort (das „Setting“), wo Gesundheit gelebt wird (werden kann):

„Denn Schule hat für das Thema Gesundheit eine herausragende Bedeutung. Jeder verbringt pflichtgemäß mindestens neun, zehn oder mehr Jahre seines Lebens in der Schule. Sie ist ein wichtiger Ort in einer wichtigen Lebensphase, ein Ort, an dem die Entwicklung der Persönlichkeit entscheidend geprägt wird. ‚Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben‘, können wir in der Ottawa – Charta für Gesundheitsförderung lesen. Auch die Schule gehört zur alltäglichen Umwelt von vielen, wie beispielsweise Lehrkräften, Schulleitung, Schülerinnen und Schülern, Hausmeistern, Eltern und Sekretärinnen“ (Johannsen, 1997, S.11).

Zusätzlich wird aus der Übernahme der „Setting“- Definition die direkte Beteiligung von Schülerinnen und Schülern an von Schulen zu initiiender gesundheitsförderlicher Schulentwicklung abgeleitet und darüber berichtet:

„Im Grundsatzdokument der Weltgesundheitsorganisation, der Ottawa- Charta, heißt es: ‚Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben‘. Es liegt daher auf der Hand, dass vor allem auch Schülerinnen und Schüler beteiligt werden müssen, wenn eine Schule sich um ein gesundheitsförderndes Profil bemüht.

...

Dementsprechend haben im letzten Jahr an den beiden Hamburger Modellschulen mehrtägige ‚Zukunftswerkstätten‘ mit Schülerinnen und Schülern zur Ziel- und Ideenfindung für die gesundheitsförderliche Schulentwicklung stattgefunden“ (Schlömer, 1997, S.54).

Bildungspolitisch wird Schule also immer deutlicher als bevorzugtes „Setting“ für Gesundheit und Gesundheitsförderung identifiziert. Im Kontext mit der Übernahme der „Gesamtphilosophie“ der Charta wird durch die Aufnahme des „Setting“- Verständnisses den Schulen auch der Zugang zum Paradigmenwechsel (Krankheitsvermeidung vs. Gesundheitsförderung) der schulfachorientierten *Gesundheitserziehung* zum Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernde Schule* ermöglicht. Diese Entwicklung und Interpretation verdeutlicht beispielhaft die von dem BLK- Modellversuch mitverantwortete 3. *Transnationale Konferenz deutschsprachiger Schulen des europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen* 1997 in Innsbruck:

„‚Gesundheit wird dort geschaffen, wo die Menschen leben, lieben und arbeiten‘ (Ottawa- Charta 1986). Gesundheitsförderung ist auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit ausgerichtet. Sie ist also mehr als das Aufspüren und Vermeiden von Krankheitsrisiken. Sie zielt darauf ab, all jene Faktoren zu fördern und zu unterstützen, die zur Entstehung von Gesundheit beitragen. Im Bildungszusammenhang zeigt sich ein Paradigmenwechsel. Das Konzept der Gesundheitserziehungsprogramme mit seiner engen Fokussierung auf Krankheitsvermeidung hat die erhofften Erfolge nicht gebracht. Die neuen Gesundheitsförderungskonzepte knüpfen an den realen Lebenswelten der Menschen an.

Auch die Schule ist ein Ort, wo Gesundheit entstehen kann - wenn die Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass

- ein gesundheitsförderndes Lern- und Arbeitsfeld geschaffen wird,
- das Verantwortungsbewusstsein der/des einzelnen und der Gemeinschaft gefördert wird,
- realistische und attraktive Gesundheitsalternativen angeboten werden,
- sich SchülerInnen und LehrerInnen wohlfühlen können

#### *Schule gestalten - Gesundheit fördern*

Es geht um die Beziehung zwischen Schule als Organisation und Gesundheit. Es geht um die Frage, wie das Leitbild ‚Gesundheitsfördernde Schule‘ im Sinne der Schulentwicklung nachhaltig und auf allen Ebenen umgesetzt werden kann. Es geht um die Gestaltung der Organisation Schule als physische, psychische und vor allem soziale Umwelt, für SchülerInnen und LehrerInnen.

Und ganz zentral geht es um die Rolle des Managements, also der Schulleitung, im Gesamtprozess einer nachhaltigen Entwicklung der Schule zu einem gesundheitsfördernden Profil“ (Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1997, S.1).

Anlässlich des Beginns des BLK- Modellversuches *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheits* (s. S. 166) im Saarland wirbt das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft des Saarlandes 1998 in einem Leaflet unter saarländischen Schulen mit direkten Bezug zum „Setting- Ansatz“ der Charta um Teilnahme an dem Versuch:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

...

*OPUS* orientiert sich an einer ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsförderung. Ziel ist der Aufbau eines Netzwerkes von Schulen und außerschulischen Institutionen, die gemeinsam an der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lern – und Arbeitsplatzes Schule arbeiten wollen.

*OPUS* will

- Gesundheit verstärkt zum Thema in der Schule machen,
- Alle an Schule Beteiligten auf dem Wege zu einer gesundheitsfördernden Schule beraten und begleiten“

(Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft Saarland, 1998, S.2,5).

### **Interpretation: Die Auswirkungen des Impulses „Setting-Ansatz“ auf die Entwicklung in Deutschland**

Die Übersicht (Abb. 14) der Analysebeispiele macht deutlich, dass die „Ortsbestimmung“ der Entstehung von Gesundheit durch die Charta modellhaft von mehr als 500 Projektschulen bzw. ihnen assoziierten Schulen angenommen und zur Schulentwicklung weitergeführt wird (vgl. Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001, S.8). Damit ist auch die Institution Schule als „Setting“ bestimmt und in „gesundheitsförderlicher“ Verantwortung. Die modellhafte Übernahme dieser Sichtweise



unterstützt in den Schulen nachhaltig die Implementation des neuen Präventionsverständnis *Gesundheitsförderung*.

**Abbildung 14:** Der „*Setting – Ansatz*“ der Ottawa – Charta: seine Aufnahme durch die Institution Schule in Deutschland

<p style="text-align: center;"><b>Ottawa – Charter for Health Promotion (1986)</b></p> <p>„Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one’s life circumstances, and by ensuring that the society one lives in created conditions that allow the attainment of health by all its members’ (World Health Organization, Health and Welfare Canada &amp; Canadian Public Health Association, 1986, p.2).</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;"><b>Ministerium für Bildung und Sport des Saarlandes</b></p> <p style="text-align: center;">Richtlinien zur Suchtprävention an den Schulen des Saarlandes <b>1994</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Schule ist eines der „settings“, wo Gesundheit entsteht und Gesundheitsförderung (damit auch Suchtprävention) beginnt</i> (vgl. Ministerium für Bildung und Sport des Saarlandes, 1994)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</b></p> <p>Hamburger Erfahrungen und Ergebnisse des BLK- Modellversuchs <i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i>. Dokumentation der Freien und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung <b>1997</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Schule hat für das Thema Gesundheit eine herausragende Bedeutung: sie gehört zur alltäglichen Umwelt [„setting“] von Lehrkräften, Schülern und Eltern .</i> (vgl. Johannsen, 1997) und (vgl. Schlömer, 1997)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>BLK- Modellversuch OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit</b></p> <p>Mitveranstalter der 3. Transnationalen Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke (Innsbruck). <b>1997</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die neuen Gesundheitsförderungskonzepte knüpfen an den realen Lebenswelten der Menschen an. Auch Schule ist ein Ort [„setting“], wo Gesundheit entstehen kann, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend gestaltet sind oder werden</i> (vgl. Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1997)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>BLK- Modellversuch OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit</b></p> <p>Faltblatt des Ministerium für Bildung , Kultur und Wissenschaft des Saarlandes zur Werbung für die Teilnahme an dem BLK- Modellversuch <b>1998</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ziel von OPUS ist der Aufbau eines Netzwerkes von Schulen und außerschulischen Institutionen, die gemeinsam an der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lern- und Arbeitsplatzes Schule [„setting“] arbeiten wollen</i> (vgl. Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft des Saarlandes, 1998)</li> </ul>
--

#### e) Interpretation: Auswirkungen der Impulse der Ottawa- Charta auf die Entwicklung in Deutschland

Welchen Einfluss hat die *Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung* von 1986 als internationale gesundheitspolitische Empfehlung insgesamt auf die nationale Einführung der *Gesundheitsförderung in Schulen* bzw. auf die Entwicklung des

Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland? Abb. 15 veranschaulicht den Einfluss im Überblick.

**Abbildung 15:** Die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (1986): ihre Wirkung als internationaler Impuls auf die Entwicklung in Deutschland

<b>Von Deutschland aufgenommene Impulse der Ottawa-Charta</b>	
<b>Übernommene Grundpositionen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entstehungsort (,Setting') von Gesundheit:</b>            ‚Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.‘ (<i>Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love</i>)</li> <li>• <b>Definition von Gesundheitsförderung:</b>            ‚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.‘ (<i>Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.</i>)</li> </ul>	<p>Diese Kernaussagen zu <i>Gesundheit</i> und <i>Gesundheitsförderung</i> bestimmen den inhaltlichen Hintergrund der Charta für ihre Handlungsstrategien und Handlungsebenen zur Implementation und Verstetigung von Gesundheitsförderung.</p>
<b>Übernommene Handlungsbereiche</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Handlungsstrategien</b> (zwei von vier):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzungen für Gesundheit (<i>prerequisites for health</i>)</li> <li>- Befähigen und ermöglichen (<i>enable</i>)</li> </ul> </li> <li>• <b>Handlungsebenen</b> (alle fünf):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (<i>Built Healthy Public Policy</i>)</li> <li>- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (<i>Create Supportive Environments</i>)</li> <li>- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (<i>Strengthen Community Action</i>)</li> <li>- Persönliche Kompetenzen entwickeln (<i>Develop Personal Skills</i>)</li> <li>- Die Gesundheitsdienste neu orientieren (<i>Reorient Health Services</i>)</li> </ul> </li> </ul>	

1. Die Charta- *Definition der Gesundheitsförderung* findet sinngemäß oder wörtlich breiten, oft förmlichen Eingang in die Schulen über Erlasse, Lehrerfortbildung, Lehrplanrevision, BLK- Modellversuche oder EU- Projekte fast aller Bundesländer. Die Übernahme wird regelmäßig verbunden mit einer Neudefinition des bis etwa 1990 von der Gesundheitserziehung geprägten Präventionsverständnis. Die traditionelle Gesundheitserziehung, etikettiert durch ihren risikoorientierten Ansatz, wird abgelöst durch das salutogenetische WHO- Lebensweisenkonzept der Gesundheitsförderung. Betont wird häufig auch die mit der Gesundheitsförderung eröffnete Möglichkeit der Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit.

2. Von vier in der Charta empfohlenen *Handlungsstrategien* zur Implementation von Gesundheitsförderung, also der Methodik ihrer Einführung, werden zwei aufgegriffen. Bildungspolitisch relevant und international transferfähig erscheinen die Strategien zur

*Schaffung der Voraussetzungen für Gesundheit und zum Befähigen und ermöglichen.* Beide zielen auf die Herstellung entscheidender Rahmenbedingungen ab, einerseits gesellschaftlicher, andererseits individueller: aktive, selbstbestimmte Einflussnahme auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lern - und Lebensbedingungen wird vorgeschlagen.

3. Einzeln oder gemeinsam werden *alle* in der Charta vorgeschlagenen *Handlungsebenen* der Implementation der Gesundheitsförderung von der Bildungspolitik, den Schulverwaltungen und der Wissenschaft bei der Einführung und Verstetigung einer Gesundheitsförderung in Schulen in Anspruch genommen und auf deutsche Verhältnisse adaptiert. Bei *Erlassen* der Senats - und Kultusverwaltungen, also den Richtlinien für die Schulen, haben sie strukturelle Bedeutung bei der Sicherung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Schulen. Für die *Lehrerfortbildung* wird eine Neuorientierung der Fortbildung abgeleitet. Den *BLK- Modellversuchen zur Gesundheitsförderung* gelingt es, dank ihrer innovativen wissenschaftlichen Begleitung, sie in das System Schule pädagogisch attraktiv hinein zu übersetzen. Damit wird auch Schulen „vor Ort“ der grundsätzlich angestrebte Paradigmenwechsel von der risikoorientierten *Gesundheitserziehung in der Schule* zum salutogenetisch bestimmten Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernde Schule* eröffnet und zugleich für die Pädagogik wissenschaftlich- praxisnah besetzt.

4. Der von der Charta propagierte *Setting- Ansatz* als Ort der Wahl für die Entstehung von Gesundheit und damit auch für die Implementation von Gesundheitsförderung wird übernommen. Zahlreiche deutsche Projektschulen verstehen sich bereits als derartiges „setting“.

### **3.1.4 KONZEPT DER LIFE- SKILLS- EDUCATION (QUELLE: WHO- PROGRAMM ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT VON 1994)**

*Vorbemerkung:*

*Der WHO- Ansatz (WHO, 1994 a) versteht sich inhaltlich als Präventionsprogramm zur Steigerung der psychosozialen Kompetenz (Lebenskompetenz) Jugendlicher, um sie konfliktfähig für die Bewältigung schwieriger Lebensphasen zu machen. Er basiert auf der Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1969), der Theorie des Problemverhaltens (Jessor & Jessor, 1977) und berücksichtigt amerikanische Erfahrungen zur Life – Skills – Education (Botvin & Tortu, 1988). Er will als internationaler politischer und wissenschaftlicher Impuls gelten, der Ideen und das notwendige know-how bereitstellt. Damit will er weltweit andere Länder anregen auf dieser Basis eigene Life Skills Programme zu initiieren oder bewährte Ansätze zu übernehmen.*

Dieser internationale Ansatz wird als Impuls für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland aufgegriffen. Im Folgenden wird seine Wirkung in Deutschland auf für den Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:

- Lehrerfortbildung
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

### **Der internationale Impuls**

Das WHO – Programm beansprucht folgendes Konzept:

„Complementary life skills can be paired to reveal 5 main life skills ‚areas‘, as shown below. For health promotion, teaching skills in each of these areas provides a foundation in generic life skills for psychological competence.

decision making - problem solving	creative thinking - critical thinking	communication - interpersonal relationships	self awareness - empathy	coping with – emotions stressors.’
--------------------------------------	--	---	-----------------------------	--

The teaching of life skills appears in a wide variety of educational programs with demonstrable effectiveness, including programmes for the prevention of substance abuse... and adolescent pregnancy ..., the promotion of intelligence..., and the prevention of bullying.... Educational programmes teaching these skills have also been developed for the prevention of AIDS..., for peace education ..., and for the promotion of self- confidence and self esteem.... Teaching life skills in this wide range of promotion and prevention programmes demonstrates the common value of life skills for the health promotion, beyond their value within any specific programme” (WHO, 1997, pp. 3-4).

Wichtig ist ihm sein offener, entwicklungsfördernden Implementationsansatz:

„These workshop materials and trainers guide form part three of a set of materials to guide the development and implementation of life skills education programmes in schools. ... This third part is primarily for the use of those who will be involved in the promotion of life skills education, the development of life skills programme materials and the training of life skills trainers. It does not, however, contain material for the use by teachers in the classroom and is not intended to help individual teachers who may wish to introduce life skills education into their own lessons.

The reader can use, adapt and built on these workshop materials to design training courses for the development of life skills education” (WHO, 1994 b, p.1).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung auf die Lehrerfortbildung und Curriculumentwicklung**

Der von dem EU- Projekt *The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe* („Fit und stark fürs Leben“) (s. S. 119) übernommene Life-Skills-Ansatz der WHO wird auf der Basis der von dem Projekt entwickelten Unterrichtsmaterialien in die Lehrerfortbildung in Deutschland eingeführt. Bemerkenswert ist, dass bei diesem europäischen Projekt die inhaltliche Leitlinie des *Life-Skills-Ansatz* der WHO durch Unterstützung des EU- Programms *Europa gegen den*

*Krebs* zur Grundlage eines *Spiralcurriculums zur Nichtraucherförderung* in Schulen wird und so auch an die Schulen herangetragen wird. Die zu entwickelnden Unterrichtsmaterialien haben als Zielgruppen die Klassenstufen 1 bis 8. Das vom Projekt erarbeitete Programm wird in der Lehrerfortbildung eingesetzt, z.B. in Mecklenburg – Vorpommern, Schleswig – Holstein und Bremen:

*“Fit fürs Leben: Persönlichkeitsförderung an Schulen*

Förderung von Lebenskompetenzen bei Schülern: Selbstwahrnehmung, Stressmanagement, Kommunikation und Problemlösen werden an Beispielen aufgezeigt und sind für den Unterricht didaktisch aufgearbeitet; besonders gut für Grund- und Hauptschule geeignet“ (Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung, 1996, S.32).

„*FIT FÜRS LEBEN*’...

Für Lehrerinnen und Lehrer an Grundschulen (Klasse 1 und 2).

In diesem Lehrgang wird das Konzept allgemeiner Lebenskompetenzen (Life Skills) mit Schülerinnen und Schülern der ersten beiden Grundschulklassen verhaltensorientiert umgesetzt. Nach dem Ansatz der WHO stehen folgende Bereiche im Vordergrund:

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen
- Kommunikation
- kritisches/ kreatives Denken
- Problemlösen

Die Einheit FIT FÜRS LEBEN entspricht den Inhalten des neuen Lehrplans und ist im Rahmen eines europäischen Gemeinschaftsprojektes entwickelt worden, an dem sich die Länder Schleswig- Holstein, Mecklenburg- Vorpommern und Dänemark beteiligt haben. Das Manual mit 20 Unterrichtsstunden stellt eine Überarbeitung einer in bereits 33 ersten und zweiten Klassen erfolgreich erprobten Form dar“ (Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1997, S.26-27).

„*Fit und stark fürs Leben – Persönlichkeitsförderung in der Orientierungsstufe.*

Prävention von Aggression und Sucht in den Klassenstufen 5 und 6 beinhaltet vor allem, die grundlegenden persönlichen und sozialen Kompetenzen der Schüler zu fördern. Dazu wurde innerhalb eines europäischen Kooperationsprojektes das Curriculum ‚Fit und stark fürs Leben‘ entwickelt und mit gutem Erfolg erprobt.

...

Die regelhafte Verankerung eines solchen Unterrichtsprogramms in das schulische Unterrichtsangebot hat auch schulprogrammatiscen Stellenwert“ (Landesinstitut für Schule Bremen, 1999, S.51).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Als erstes Ergebnis des mehrjährigen EU- Projektes legt die *Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig – Holstein* 1998 das Lehrerhandbuch ‚Unterrichtsideen- Fit und stark fürs Leben - Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht (1. und 2. Schuljahr)‘ vor. Das dort dargestellte inhaltliche Selbstverständnis des Präventionsansatzes dokumentiert die

## Adaptation des Life- Skills- Ansatzes der WHO zur Persönlichkeitsförderung durch das Projekt für Schulen in Deutschland:

„Durch eine solche Stärkung der psychosozialen Kompetenz wird auch ein entscheidender Schritt in Richtung eines gesunden Lebens getan, denn immer dann, wenn gesundheitliche Probleme durch Verhaltensweisen entstehen, die gezeigt werden, weil eine Unfähigkeit vorhanden ist, mit Problemen, Anforderungen und Stress adäquat umzugehen, genau dann kann die Stärkung der psychosozialen Kompetenz wirksam sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit fördern.

Die WHO befürwortet die gezielte Förderung von Life Skills insbesondere an Schulen aber auch deshalb, weil das Vorhandensein solcher Fähigkeiten im Allgemeinen deutlich überschätzt wird.

...

Es erscheint also angemessen, Life Skills an Schulen zu vermitteln und somit die Stärkung der psychosozialen Kompetenz zum Inhalt von Lehrplänen zu machen.

...

Die Unterrichtsabschnitte gliedern sich in 20 Abschnitte und greifen die von der WHO vorgeschlagenen Bereiche (Dimensionen)

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen
- Kommunikation
- Kritisches, kreatives Denken
- Problemlösen

wieder auf. Auch der Dimension Information/ Wissen [eine deutsche inhaltliche Ergänzung des WHO-Ansatzes durch die Autoren] wird durch die Abschnitte zum Thema Körperbewusstsein Rechnung getragen“ (Burow, Asshauer & Hanewinkel, 1998, S. 9, 26).

Das nationale Projekt „Eigenständig werden“ - ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule ist ein Programm zur Primärprävention des Substanzmittelmissbrauchs an Schulen für die Klassenstufen 1 – 4, das das *Kultusministerium des Landes Mecklenburg- Vorpommern* initiiert. Es wird gemeinsam mit dem IFT- Nord Kiel durchgeführt und von der deutschen Mentor-Stiftung gefördert. Auch dieses Projekt greift als inhaltliche Basis den *Life- Skills- Ansatz* der WHO und damit auch seinen amerikanischen Erfahrungshintergrund auf.

„Hintergrund dieses Projektes ist der auch von der Weltgesundheitsorganisation geforderte Lebenskompetenzansatz in der Erziehung. Die allgemeinen persönlichen und sozialen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler werden gezielt gefördert, so dass sie ihre psychosozialen Kompetenzen aufbauen und verbessern können. Diese Strategie in Kombination mit der Vermittlung von Fertigkeiten, sich sozial kompetent gegen den verführerischen Gruppendruck durchsetzen zu können, hat sich als effektive Methode zur Prävention des Substanzmittelkonsums erwiesen.

In dem Zeitraum von August 1998 bis November 1999 wurden in einer Pilotphase aufbauend auf den Materialien von Daniel Pellaux's „Objektif Grandir“ Unterrichtsmaterialien entwickelt und an einer Stichprobe von Lehrkräften und Schüler/ innen aus Grundschulen in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern erprobt und prozessevaluiert.

Das entwickelte Manual besteht aus insgesamt 40 Unterrichtseinheiten zur Persönlichkeitsförderung für die Klassenstufe eins bis vier, einem Lehrerhandbuch und einem Leitfaden für die Zusammenarbeit mit Eltern.

...

Die Lehrkräften haben *Eigenständig werden* als äußerst positiv eingeschätzt: Mehr als 90 % beurteilten das Projekt als „Sehr gut“ oder „Gut“ (Groth, Wiborg & Hanewinkel, 1999, S.3).

## **Interpretation: Auswirkungen des Konzept- Impulses „Life- Skills- Education“ auf die Entwicklung in Deutschland**

1994 greift die WHO den wissenschaftlichen Forschungsstand und erfolgreiche Erfahrungen amerikanischer Programme zur Life- Skills- Education auf und regt mit ihrer Initiative *„Life skills education for children and adolescents in schools“* global die Implementation von Präventionsprogrammen zur Steigerung der Lebenskompetenzen an. Inhaltlich ist ihr Ansatz auch für Deutschland attraktiv, weil sein Schwerpunkt auf der Vermittlung und Evaluation lebenspraktischer Fertigkeiten liegt und nicht auf Wissenserweiterung und Einstellungsänderungen, wie z.B. bei der traditionellen Gesundheitserziehung. Damit liegt das Konzept auf der Linie einer salutogenetisch orientierten schulischen Gesundheitsförderung, die sich in Deutschland seit 1990 entwickelt. Der konzeptionelle WHO - Ansatz der *Life- Skills- Education* findet Eingang über zwei Schulversuche, deren Ziel jeweils die Entwicklung von Präventionsprogrammen ist. *Schleswig- Holstein* führt von 1995 bis 1998 das EU-Projekt *„The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe“* durch. *Mecklenburg- Vorpommern* beginnt mit einer Pilotphase von 1998 bis 1999 sein nationales Projekt *„Eigenständig werden“* - ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention’.

Abb. 16 veranschaulicht zusammenfassend den internationalen Impuls und seine Wirkung in Deutschland. *Schleswig- Holstein* führt das WHO- Konzept der *Life- Skills Education* in die Lehrerfortbildung von drei Bundesländern (*Schleswig- Holstein*, *Mecklenburg- Vorpommern* und *Bremen*) ein und begreift es als innovativen Ansatz der Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt *Nichtraucherförderung*. Das Projektergebnis, ein Spiralcurriculum zur Nichtraucherförderung, wird von einem renommierten deutschen Schulbuchverlag herausgegeben. Die Verlagspublikation als „Schulbuch“ sichert dem WHO- Konzept Zugang zu allen Schulen in Deutschland. *Mecklenburg- Vorpommern* versteht sein Projekt als „Programm zur Gesundheitsförderung und zur Primärprävention des Substanzmittelmissbrauchs an Schulen“ (Wiborg & Hanewinkel, 2001, S.1). Als zentrale inhaltliche Basis nimmt es das WHO- Konzept der *Life- Skills- Education* auf. Erste erfolgreiche Projektergebnisse der Pilotphase von 1998 bis 1999 in den Ländern Hamburg und Mecklenburg- Vorpommern bestätigen die Praxisnähe und Aufnahme des WHO- Ansatzes.

**Abbildung 16:** Das WHO- Programm zur psychischen Gesundheit (Life- Skills- Education) von 1994: seine Wirkung als internationaler Impuls auf die Entwicklung in Deutschland.

Der internationale Impuls				
<p>“Complementary life skills can be paired to reveal 5 main life skills ‘areas’. As shown below. For health promotion, teaching skills in each of these areas provides a foundation in generic life skills for psychological competence.</p>				
Decision making- Problem solving	creative thinking- critical thinking	communication- interpersonal Relationships	self awareness- empathy	coping with- emotions stressors.”
Die Aufnahme durch die Institution Schule in Deutschland				
<p><b>Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig – Holstein</b> EU – Projekt “The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe (‘Fit und stark fürs Leben’)” <b>1995 - 1998</b></p>				
<p><b>Lehrerhandbuch</b> (Publikation durch Klett- Schulbuchverlag 1998) „Unterrichtsideen Fit und stark fürs Leben- Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht (1. und 2. Schuljahr)“.</p>				
<p><i>Einführung in die Förderung der [WHO-] Life Skills: Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, kritisches / kreatives Denken und Problemlösen, ergänzt um die Dimension „Information und Wissen“</i></p>				
<p><b>Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung</b> <b>Lehrerfortbildungsveranstaltung</b> „Fit fürs Leben- Persönlichkeitsförderung an Schulen“ (Zielgruppe: Grund- u. Hauptschulen) <b>1996</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einführung der Lebenskompetenzen (Life Skills): Selbstwahrnehmung, Stressmanagement, Kommunikation und Problemlösen</i></li> </ul>				
<p><b>Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule</b> <b>Lehrerfortbildungsveranstaltung</b> „FIT FÜRS LEBEN“ (Zielgruppe: Lehrerinnen und Lehrer an Grundschulen Klasse 1 und 2) <b>1997</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einführung der Lebenskompetenzen (Life Skills): Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, kritisches/ kreatives Denken und Problemlösen</i></li> </ul>				
<p><b>Landesinstitut für Schule Bremen</b> <b>Lehrerfortbildungsveranstaltung</b> „Fit und stark fürs Leben- Persönlichkeitsförderung in der Orientierungsstufe“ (Zielgruppe: Lehrkräfte der Sekundarstufe I) <b>1999</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einführung in die Förderung grundlegender persönlicher und sozialer Kompetenzen der Schüler nach dem Curriculum ‚Fit und stark fürs Leben‘</i></li> </ul>				
<p><b>Kultusministerium Mecklenburg – Vorpommern</b> Kooperationsprojekt mit IFT- Nord und Mentor- Stiftung „‘Eigenständig werden‘ - ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule“ für Klassenstufe 1 – 4 <b>Pilot-Projekt 1998 - 1999</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einführung in die nachhaltige Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen von Schülerinnen und Schüler auf der Basis des Lebenskompetenzansatzes [Life Skills] der WHO.</i></li> </ul>				



### 3.1.5 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION: DER EINFLUSS DER WHO-IMPULSE AUF DIE IMPLEMENTATION DES KONZEPTEGESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULE

Abb. 17 veranschaulicht die *wesentlichen* WHO- Impulse und ihre Quellen.

**Abbildung 17 :** Die wesentlichen *WHO- Impulse*

<p>• <b>Definition von Gesundheit:</b>          "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."  <b>Quelle:</b> Verfassung der WHO von 1946 (vgl. WHO, 2005 b).</p>				
<p>• <b>Formulierung von Einzelzielen der Gesundheitsförderung (1991) :</b>          „Die Ziele 13-17 befassen sich mit der Frage, wie man handeln muss, um zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu gelangen ...  <b>Ziel 16 Gesundes Leben:</b> Bis zum Jahre 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten anhaltende Bestrebungen geben, mit denen man gesunde Lebensgewohnheiten aktiv fördert und unterstützt, indem man für ausgewogene Ernährung, sinnvolle körperliche Betätigung, gesundes Sexualverhalten und gute Stressbewältigung eintritt und andere Aspekte eines positiven Gesundheitsverhaltens betont ...  <b>Ziel 17 Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen:</b> Bis zum Jahre 2000 sollte der gesundheitsschädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedstaaten erheblich zurückgegangen sein.“  <b>Quelle:</b> WHO- Programm <i>Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000</i> von 1977 in der für Europa ausgearbeiteten Fassung <i>Ziele zur „Gesundheit für alle“</i>. <i>Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Zusammenfassung</i> September 1991 (vgl. WHO Regionalbüro Europa, 1992).</p>				
<p>• <b>Definition von Gesundheitsförderung:</b>          „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.“</p>				
<p>• <b>Benennung von Handlungsstrategien (Methoden) zur Implementation von Gesundheitsförderung::</b>          , - PREREQUISITES FOR HEALTH ...          - ENABLE'</p>				
<p>• <b>Benennung von Handlungsebenen (Aktionsbereichen) der Gesundheitsförderung</b>          HEALTH PROMOTION ACTION MEANS          - BUILD HEALTHY PUBLIC POLICY...          - CREATE SUPPORTIVE ENVIRONMENTS...          - STRENGTHEN COMMUNITY ACTION...          - DEVELOP PERSONAL SKILLS...          - REORIENT HEALTH SERVICES...'</p>				
<p>• <b>Einführung des "Setting"- Ansatzes</b>          „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn. Work, play and love.“  <b>Quelle:</b> Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 (vgl. World Health Organisation ,Health and Welfare Canada &amp; Canadian Public Health Association , 1986).</p>				
<p>• <b>Einführung des Trainings psychosozialer Kompetenz in Programme der Gesundheitsförderung</b>          "Complementary life skills can be paired to reveal 5 main life skills 'areas', as shown below. For health promotion, teaching skills in each of these areas provides a foundation in generic life skills for psychological competence.</p>				
Decision making- Problem solving	creative thinking- critical thinking	communication- interpersonal Relationships	self awareness- empathy	coping with- emotions stressors."
<p><b>Quelle:</b> WHO-Programm zur psychischen Gesundheit (Life Skills Education) von 1994 (vgl. WHO, 1997).</p>				

Herausragende WHO- Impulse der Implementation des Konzeptes der Gesundheitsfördernde Schule in Deutschland sind die *Definition von Gesundheit* aus der Verfassung der WHO von 1946 und die in der Ottawa- Charta von 1986 niedergelegte *Programmatik der Gesundheitsförderung*, hier besonders die Definition von Gesundheitsförderung, die Konkretion der Handlungsebenen für Gesundheitsförderung und das *Konzept des „Setting“- Ansatzes* als Ort bzw. Rahmen der Entstehung von Gesundheit und Gesundheitsförderung. Zusammengefasst dargestellt bewirken sie folgende Entwicklung.

Die Aufnahme der *WHO- Definition von Gesundheit* durch die Schulpolitik und Schulverwaltung leitet in den 90er Jahren in Deutschland die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Schulen ein und bestimmt in der Folge ihre Programmatik wesentlich. Die hier vorgenommene Analyse zeigt, dass die WHO- Definition in den sie aufnehmenden Bundesländern und Institutionen regelmäßig ihren Platz als Ausgangsbasis bzw. Begründung für die Weiterentwicklung der traditionellen Gesundheitserziehung in Schulen findet. Ziele, Inhalte und Methoden der Gesundheitserziehung waren bis etwa 1990 von dem medizinischen Erklärungsmodell von Gesundheit bestimmt. Das durch die WHO definierte ganzheitliche, auch sozial geprägte Verständnis von Gesundheit ermöglicht den Ländern nunmehr grundsätzlich ihre Weiterentwicklung zur Gesundheitsförderung in Schulen und später, noch weitgehender, die Entwicklung und Implementation des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*.

Auch die *WHO- Definition von Gesundheitsförderung* wird bildungspolitisch vollinhaltlich von Deutschland aufgenommen. Dies führt zusammen mit der Neudefinition von Gesundheit bundesweit zu einem neuen Präventionskonzept für Schulen, das über diesen Zugang die risikoorientierte, pathogen geprägte *Gesundheitserziehung* tatsächlich überwindet und sie durch die salutogene, am Lebensweisenkonzept der WHO ausgerichtete, *Gesundheitsförderung* ersetzt. Besonders KMK, BLK und BMBW machen sich das WHO- Verständnis von Gesundheitsförderung zu eigen. Sie unterstützen die Implementation dieses Konzeptes maßgeblich inhaltlich und finanziell (KMK- Beschluss bzw. BLK- Modellversuche), denn das Konzept ist für sie nicht nur als neues Präventionskonzept interessant, sondern insbesondere auch als pädagogisch innovatives Schulentwicklungskonzept. Von erheblicher Bedeutung

in diesem Konzept ist insofern auch für Schulen die in der WHO- Definition enthaltene Möglichkeit der grundsätzlichen Mitwirkung der Betroffenen und ihrer Selbstbestimmungsmöglichkeit über *ihre* Gesundheit, also die Partizipationsmöglichkeit. Die Adaptation der von der Charta vorgeschlagenen *Handlungsebenen* auf die Institution Schule in Deutschland vollzieht sich vorzugsweise über die BLK – Modellversuche zur Gesundheitsförderung. Sie ist erfolgreich, unterstützt die Implementation des neuen Präventionskonzeptes Gesundheitsförderung und sichert Schulen den Weg zu dem Schulentwicklungskonzept Gesundheitsfördernde Schule. Durch direkte Aufnahme der Handlungseben in die verschiedenen Ebenen der Schule wird das Themenfeld Gesundheitsförderung in Schulen formal und inhaltlich eingeführt. So verankert sieht und versteht Schule die neue Aufgabe. Der von der Charta propagierte *Setting- Ansatz* als Ort der Wahl für die Entstehung von Gesundheit und damit auch für die Implementation von Gesundheitsförderung wird angenommen. Damit ist auch die Institution Schule als „Setting“ bestimmt und in gesundheitsförderlicher Verantwortung.

Weitere Impulse gehen von dem *WHO- Programm Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* von 1977 und dem *WHO- Programm zur psychischen Gesundheit (Life-Skills- Education)* von 1994 aus. Die Einführung des Programms ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ in Deutschland fördert das weitere Verständnis für den politischen und konzeptionellen Gesamtrahmen der Entwicklung der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘, vor allem den ihres sozialen Gesellschaftsauftrages. Das Programm der ‚Life- Skills- Education‘ findet insbesondere Eingang in deutsche Schulen. Sein methodisch- didaktischer Ansatz ist attraktiv, weil sein Schwerpunkt auf der Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten liegt und nicht auf Wissenserweiterung, wie z.B. bei der traditionellen Gesundheitserziehung. Damit liegt der Ansatz auf der Linie der salutogenetisch orientierten schulischen Gesundheitsförderung, die sich in Deutschland seit 1990 entwickelt.

### 3.2 IMPULSE DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION

Die *Europäische Union (EU)* ist der Zusammenschluss demokratischer europäischer Länder, die Frieden und Wohlstand für Europa sichern wollen. Geschichtlich hat sie ihre Wurzeln in mehreren „Vorläufer – Institutionen“, die ab 1951 gegründet wurden, um nach dem Zweiten Weltkrieg die politische und wirtschaftliche Einigung Europas zu initiieren. Gegründet wurden 1951 die *Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS)*, 1957 die *Europäische Atomgemeinschaft (EURATOM)* und die *Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG)*. 1967 wurden die Institutionen der drei Europäischen Gemeinschaften zusammengeführt; seitdem gibt es als gemeinsame Organe die Kommission, den Ministerrat und das Europäische Parlament. Ursprünglich bestand die EU aus sechs Ländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und den Niederlanden), im Untersuchungszeitraum zwischen 1989 und 1999 zunächst aus 12 Ländern, ab 1995 aus 15 Ländern. Politischer Arbeitsschwerpunkt war anfangs die gemeinsame Handelspolitik für Kohle und Stahl und die Agrarpolitik. Im Laufe der Zeit wurden weitere Politikbereiche hinzugefügt, z. B. die Bereiche Gesundheit und Bildung (vgl. Europäische Union, 2005).

Die *Europäische Kommission* ist in dem institutionellen System der EU Motor und ausführendes Organ („Europäische Regierung“). Im Untersuchungszeitraum 1989 - 1999 verantwortet sie insofern auch die Umsetzung der Beschlüsse der EU-Bildungsminister und der EU-Gesundheitsminister. Aus der Vielzahl dieser Beschlüsse und Programme erlangen im Hinblick auf die Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen bzw. des Schulentwicklungsansatzes Gesundheitsfördernde Schule folgende Impulse grundsätzliche und die Entwicklung in Deutschland stimulierende Bedeutung:

- Die Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister von 1988 zur *Gesundheitserziehung in Schulen*
- Die EU – Aktionspläne *Europa gegen den Krebs* für den Zeitraum 1990 bis 2000

Im Folgenden werden die in Frage kommenden Impulse durch Zitate dargestellt und analysiert. Ihr Eingang in die bildungspolitische Entwicklung wird beispielhaft belegt und interpretiert.

### 3.2.1 ENTSCHLIEßUNG DES RATES UND DER IM RAT VEREINIGTEN BILDUNGSMINISTER UND DARAUS RESULTIERENDE ENTWICKLUNGSPULSE

*Vorbemerkung:*

Mit der Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister vom 23.11.1988 zur Gesundheitserziehung in Schulen (vgl. Europäische Gemeinschaften, 1989) reklamieren die EU – Bildungsminister erstmals ihre, bisher bei den EU – Gesundheitsministern ressortierte, Zuständigkeit für Gesundheitserziehung in Schulen. Sie definieren zugleich aus Sicht der Kommission „Gesundheitserziehung in Schulen“ und wirken durch die vorgeschlagenen Entwicklungs- und Fördermaßnahmen, selbst bei Beachtung des Prinzips der Subsidiarität, tief in die Europäische Gemeinschaft und ihre Einzelstaaten ein. Zur inhaltlichen Plattform und Basis ihrer Umsetzung wird der 1991 im Zusammenhang mit der Entschließung für die Kommission und die Mitgliedsstaaten erstellte und von ihr herausgegebene Bericht „Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften. Überblick, Vergleich und Analyse“. Die Entschließung und der Bericht sind als Impulse für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Sie werden im Folgenden wörtlich aufgegriffen, ihre Wirkung in Deutschland auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

#### *Der internationale Impuls*

Die Entschließung (1988) stellt u.a. fest:

##### *„I. Allgemeine Grundsätze*

Die Gesundheitserziehung ist allgemein definiert worden als ein auf wissenschaftlichen Grundsätzen beruhender Prozess, bei dem planmäßige Lernmöglichkeiten eingesetzt werden, um Menschen in die Lage zu versetzen, einzeln oder kollektiv in voller Sachkenntnis Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen oder nach solchen Entscheidungen zu handeln.

...

In den Schulen

- sollte der Tagesablauf generell so gestaltet werden, dass u.a. ein gesunder Lehr- und Lernstil, ein gesunder menschlicher Umgang und gesunde Essgewohnheiten gefördert werden;
- sollten alle Unterrichtsfächer implizit zum Erwerb gesundheitsfördernder Einstellungen und Kenntnisse beitragen;
- sollte die Gesundheitserziehung in bestimmten Themenbereichen speziell im Lehrplan vorgesehen werden.

##### *II. Maßnahmen*

###### A. EINZELSTAATLICHE MAßNAHMEN

Im Rahmen ihrer spezifischen Erziehungspolitiken und -strukturen werden die Mitgliedstaaten alles daran setzen, um

- a) multidisziplinäre Maßnahmen der Gesundheitserziehung auf allen Stufen und in den unterschiedlichen Bereichen des Schulwesens zu entwickeln und zu verstärken;
- ...
- c) geeignete Vorkehrungen zu treffen, um die Koordinierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zwischen Schulen, Familien, Gesundheitsinstitutionen und -diensten sowie kommunalen Einrichtungen zu erleichtern, damit die Gesundheitserziehung seitens der Kinder auch in einem praktischen Bezug zu ihrem Leben gesehen werden kann;

- d) die Lehrerbildung für die Gesundheitserziehung sowohl bei der Erstausbildung als auch bei der Fortbildung zu vertiefen, damit
- Lehrern aller Fachrichtungen ihre potentielle Rolle als Förderer der Gesundheitserziehung ins Bewusstsein gerückt wird;
  - Lehrer in besonders betroffenen Fachbereichen eine angemessene Spezialausbildung erhalten;
  - sich die für die Schulleitung Verantwortlichen der Notwendigkeit bewusst werden, die praktische Umsetzung von Gesundheitserziehungskonzepten in der Schule zu fördern;

...

#### B GEMEINSCHAFTLICHE MAßNAHMEN

Zur Abstützung der Tätigkeiten in den Mitgliedstaaten wird die Kommission ersucht, mit Unterstützung der weiter unten genannten Arbeitsgruppe,

- a) den Austausch von Informationen durch Veranstaltung von Begegnungen und Seminaren über Gesundheitserziehung zu fördern und zu unterstützen. Spezifische Seminare für Lehrer aus den Mitgliedstaaten könnten Gelegenheit für einen Erfahrungs- und Wissensaustausch bieten und die Grundlagen für eine weitgespannte Zusammenarbeit schaffen;
- b) eine Übersicht über die Gesundheitserziehung in den Schulen der Mitgliedstaaten der Gemeinschaft zu erarbeiten, die sowohl die Lehrinhalte als auch die Lehrmethoden umfasst, und zwar mit dem Ziel der Weiterverbreitung gelungener Beispiele;

...

Bei der Planung, Durchführung und Auswertung der obigen Maßnahmen und zur Herbeiführung einer Zusammenarbeit auf diesem Gebiet wird die Kommission von einer Arbeitsgruppe von Vertretern der Mitgliedsstaaten unterstützt, die von der Kommission auf Vorschlag der Mitgliedsstaaten ernannt werden“ (Europäische Gemeinschaften, 1989, S.2-3).

Der *Bericht (1991)* fordert die Weiterentwicklung der traditionellen Gesundheitserziehung in der Folge der Entschließung des Rates von 1988 im Sinne einer am Lebensweisenkonzept orientierten Gesundheitsförderung ein:

„Abgesehen von dieser allgemeinen Definition der Gesundheitserziehung kommt man in Europa mehr und mehr zu der Überzeugung, dass es notwendig ist, von der Gesundheitserziehung alten Stils, die darin bestand, die Jugendlichen *über* gesundheitliche Fragen zu *unterrichten*, wegzukommen und einen positiveren Ansatz zu wählen, d.h. sie direkter in die Gestaltung ihrer eigenen Gesundheit und Lebensweise *einzu beziehen*. Diese eher ganzheitliche und aktivere Einstellung zur schulischen Gesundheitserziehung geht einher mit der Forderung nach partizipativen Unterrichtsformen und -methoden, die zwar den Vorstellungen der modernen Pädagogik entsprechen, in die Praxis aber nur langsam Eingang finden“ (Draijer & Williams, 1991, S.3).

#### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Die Entscheidung der *Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK)* für die Erstellung ihres Berichtes vom 05./06.11.1992 ‚Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule‘ wird maßgeblich durch den Ratsbeschluss stimuliert. Der Bericht, erstmalig in Deutschland zur Gesundheitserziehung überhaupt, wird unter Einbezug sowie Verarbeitung der für diesen Themenbereich bildungspolitisch relevanten EU – Beschlüsse erstellt und öffnet dadurch den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder die Tür auch formal nach Europa. Nachdrücklich, fast beschwörend, wird in diesem Zusammenhang an die Verpflichtung der Länder auf

das Subsidiaritätsprinzip erinnert. Inhaltlich schließt sich der Bericht der von der Kommission 1991 geforderten Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung zu einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung an:

„Der Bericht soll zur Beantwortung von Fragen aus der Öffentlichkeit auf nationaler und internationaler Ebene, vor allem auch im europäischen Rahmen, zur Stellung und Lage der Gesundheitserziehung dienen.

...

Mit Inkrafttreten des Vertrages über die Europäische Union wird auch die Sicherung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus zu den Aufgaben der Europäischen Gemeinschaft gehören. Sie wird dieser Aufgabe unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips und in Unterstützung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten nachkommen. Das umfasst auch die Förderung der Gesundheitserziehung. Die vom Ministerrat der Gemeinschaft beschlossenen Entschlüsse „Gesundheitserziehung in Schulen“ vom 23.11.1988 und „Aktionsplan Europa gegen den Krebs“ sind im Rahmen der neuen Vertragsbestimmungen zu würdigen. Dabei ist auf die ausschließliche Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Inhalte und die Organisation des Bildungswesens zu achten.

...

Ganzheitliche Konzepte und eine Einbeziehung zu verantwortlicher Selbstbestimmung erhalten in der Schule zunehmend Bedeutung. Gesundheitserziehung wird daher als Auftrag zur Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit verstanden“ (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S. 5-7).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (EU-) Projekte**

Auf dem Hintergrund der Entschlüsselung von 1988 und des Kommissionsberichts von 1991 entwickeln sich in Deutschland *drei* EU – Projekte zur internationalen Lehrerfortbildung, die wegen ihrer ausgewählten Teilnehmerzusammensetzung (Fachleute der Lehrerfortbildung und Multiplikatoren) eine hohe nationale und europäische Dissemination der jeweiligen Tagungsergebnisse sichern. Die entsprechenden Projektanträge werden bei gegebenem länderoffenem Antragszugang nur vom Bundesland Schleswig – Holstein (Kultusministerium) gestellt und z.T. vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft unterstützt. Ihre EU – Förderung vollzieht sich als Umsetzung der EU – Entschlüsselung zunächst über eine allgemeine EU – Haushaltslinie, ab 1996 überwiegend über das „EU- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000)“. Folgende drei internationale Lehrerfortbildungsmaßnahmen werden durchgeführt. Ihre bildungspolitischen Impulse gehen direkt auf die Entschlüsselung von 1988 (*Lehrerfortbildung* als Gemeinschaftliche Maßnahme) zurück, ebenso im wesentlichen ihre Finanzierung. Inhaltlich setzen sie themenbezogen die Forderung der Kommission von 1991 nach Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung um.

**a) European Summer School “Nutrition Education in Health Promoting Schools“  
1991**

Abb. 18 charakterisiert das erste von Deutschland initiierte internationale Lehrerfortbildungsprojekt.

**Abbildung 18:** Charakteristika der European Summer School “Nutrition Education in Health Promoting Schools“

<i>1<sup>st</sup> European Summer School “Nutrition Education in Health Promoting Schools“ Sankelmark / Flensburg August 1991</i>
<p><b>Veranstalter:</b> Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein mit Unterstützung der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit der WHO und dem Europarat.</p>
<p><b>Teilnehmer und Ziele:</b> Die Sommerschule ist eine europäische Fortbildungsveranstaltung für Fachleute der <i>Ernährungserziehung in Schulen</i> aus den Lehrerfortbildungsinstituten der EU-Mitgliedsstaaten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in verantwortlichen Multiplikatorenfunktionen ihrer Institute tätig und mit dem Konzept der <i>Gesundheitsfördernden Schule</i> vertraut. Besondere Themen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Europäischer Erfahrungsaustausch über Methodik und Didaktik der <i>Ernährungserziehung in Schulen</i> im Hinblick auf den Aufbau von gesundem Ernährungsverhalten bei Schülerinnen und Schülern</li> <li>- Diskussion der Methodik der Ernährungserziehung im Hinblick auf den Einsatz in verschiedenen europäischen Bildungssystemen und Kulturen</li> <li>- Festlegung des grundsätzlichen Ernährungsverhaltens als Leitlinien für Schülerinnen und Schüler der Grundschulen und weiterführenden Schulen</li> <li>- Beschreibung der kulturellen, sozialen, ökonomischen und psychologischen Faktoren, die das Ernährungsverhalten bei den Schülerinnen und Schülern auf ihren verschiedenen Entwicklungsstufen beeinflussen</li> <li>- Erprobung innovativer Methoden zur Ernährungserziehung und gesunden Lebensweise</li> <li>- Erarbeitung von Empfehlungen zum Vertrieb von Esswaren und Getränken in Schulen für Schulverwaltungen, Gemeinden, Schulleiter und Hausmeister</li> </ul>
<p><b>Ergebnisse:</b> Der erste europäische Erfahrungsaustausch von Verantwortlichen und Praktikern aus dem Bereich der <i>Ernährungserziehung in Schulen</i> erbringt Übereinstimmung im Hinblick auf die zukünftige Implementation ganzheitlicher, holistischer Methoden zur Ernährungserziehung in Schulen. Allerdings besteht hier europaweit noch ein großer Entwicklungs- und Fortbildungsbedarf: weitere nationale und europäische Initiativen sind erforderlich. Für den nationalen Bereich entwickeln alle Delegationen <i>Nationale Entwicklungspläne</i> zur Einführung dieser neuen Methoden in ihren Ländern. Die Konferenzergebnisse werden zum Grundstein eines von Deutschland ausgehenden internationalen Impulses zur Entwicklung, Evaluation und Publikation eines europäischen Lehrerhandbuches durch die EU, WHO und den Europarat 1999 (vgl. European Commission, World Health Organization Europe &amp; Council of Europe, 1999), das ein <i>Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung</i> beinhaltet.</p>

Für den Zusammenhang zwischen der EntschlieÙung von 1988, dem EU- Programm *Europa gegen den Krebs 1990 – 1994* und der Sommerschule gilt beispielhaft:

„The conference included several European dimensions.

1. *The resolution of the EC – Ministries for Education from 11/23/1988 ‘Health Education within the School’.*

Under the aspect ‘Health Promoting School’, this resolution also provides for further development of nutrition education within schools: Therefore, experience in innovative nutrition education made within the Federal Republic of Germany - in combination with other current European experiences - that are of special consequence for pupils and teachers in the development of a ‘Healthy Lifestyle’ should be further mediated during the Summer School.



2. *The resolution of the EC- Ministries for Health from 05/17/1990 'Action Plan 1990 to 1994 in the Frame of the Program Europe Against Cancer'.*

The Summer School picked up on topic areas from the program 'Europe Against Cancer', for example, the promotion of informative measures and health education with respect to cancer and its prevention. The Summer school will mediate to the school ideas, that should lead to a change in the pupil's eating habits (for instance the consumption of fruits and vegetables) during the school pauses and mealtimes" (Commission of the European Communities & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig - Holstein, 1991, p.5).

Mitbeeinflusst durch den Autor (Trefor Williams) und seine Teilnahme als EU –Berater an der Sommerschule (er war einer der Verfasser des Kommissionsberichtes von 1991 (vgl. Draijer & Williams, 1991)) wird auf der Sommerschule auch der inhaltliche Einfluss der Kommission im Hinblick auf die Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen deutlich:

„The concept of the health promoting school consists of three major strands which are closely linked and interwoven with each other:

1. The formal health education curriculum which in Europe is rarely treated as a separate subject but is integrated into other key subject areas such as science, physical education, maths etc.
2. The physical, social and psychological life of the school, referred to as its 'ethos' and sometimes as the "hidden curriculum" because its influence upon pupils is much less obvious than the formal curriculum.
3. The third element is provided by the families of the pupils and the surrounding community both of which exert tremendous influence upon the health related behaviour of pupils.

...

#### *Development of the Concept*

Clearly the outline concepts of the health promoting school presented above can provide 'markers' for further initiatives and developments. Each of the three suggested elements can provide starting points for the school based programmes but are likely to be much more effective if treated as part of a whole school approach.

The purpose of this Summer School is to consider how best the ideas and concepts outlined above might be instrumental in creating schools which, through organisation, planning and a little creativity can claim to promote the physical, social, intellectual, moral, mental and emotional lives of all who work there. We need to remember that even Rome was not built in a day - maybe it will take a little longer to build schools with a capacity to truly promote health. We shall see!" (Williams, 1991, pp. 17, 20).

Eingang in die Sommerschule finden ferner Qualifikationsstandards für Fortbildner, die von den internationalen Trainern der Sommerschule entwickelt und erprobt worden waren. Sie werden als 'examples of good practise' von den Konferenzteilnehmern für ihre eigene Lehrerfortbildungsarbeit übernommen. Wesentlichstes Merkmal dieser Standards sind die detailliert erarbeiteten Anforderungsvoraussetzungen im Hinblick auf persönlich- individuelle sowie schulisch- berufliche Qualifikationen, die Lehrerfortbildner für das Themenfeld 'Ernährungserziehung in gesundheitsfördernden Schulen' erfüllen sollen (s. Anhang 3: *Teacher Training Scheme*).

## b) European Conference “Drug Prevention in Schools“ Lübeck - Travemünde 1991

Die zweite von Deutschland initiierte internationale Lehrerfortbildung hatte *Suchtprävention in Schulen* zum Thema. Abb. 19 fasst ihre Charakteristika zusammen.

**Abbildung 19:** Charakteristika der European Conference “Drug Prevention in Schools“ Lübeck - Travemünde Oktober 1991

<p style="text-align: center;"><i>European Conference “Drug Prevention in Schools“ Lübeck - Travemünde Oktober 1991</i></p>	
<p><b>Veranstalter:</b> Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein mit Unterstützung des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft und der Europäischen Kommission, in Zusammenarbeit mit der WHO und dem Europarat.</p>	
<p><b>Teilnehmer und Ziele:</b> Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz sind verantwortliche Fachleute aus Bildungsministerien oder Gesundheitsministerien der EU-Mitgliedsstaaten und internationaler Organisationen sowie europäische Experten und Projektleiter. Besondere Ziele der Konferenz sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in Bestandsaufnahme und Bewertung schulischer Suchtpräventionsprogramme in Europa</li> <li>- Ausarbeitung von neuen Erziehungszielen und Programmen als ergänzende Maßnahmen zu den schulischen Programmen (z.B. Zusammenarbeit mit Eltern, Sportvereinen, Jugendzentren ...)</li> <li>- Vorbereitung gemeinsamer europäischer Programme zur Suchtprävention in Schulen</li> </ul>	
<p><b>Ergebnisse:</b> Die europäischen Erfahrungen und fachlichen Diskussionen während der Konferenz werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur <i>Lübeck-Resolution</i> verarbeitet, die den Mitgliedsstaaten der EU, der WHO und dem Europarat nach Abschluss der Konferenz als richtungsweisende Empfehlung für die zukünftige nationale und europäische Suchtprävention in Schulen zugeleitet wird. Sie enthält insbesondere Aussagen über das Management und über Implementationsstrategien zur Suchtprävention in Schulen (s. Anhang 4).</p>	

Die EntschlieÙung der EU-Bildungsminister von 1988 wird als Rahmenbedingung der Konferenz ausdrücklich betont:

„This conference has been convened as a result of initiatives undertaken by the Federal Republic of Germany, in particular the Federal Ministry of Education and Science, the Federal Ministry of Health, and the Land of Schleswig-Holstein, together with the European Community. The EC-working-group on “Health Education” accepted proposals submitted by the German delegation in connection with the implementation of the decisions of the EC Ministers of Education concerning health education taken on 23 November 1988 and on 6 December 1990. At this point I would like to thank the EC Commission for having assumed a large part of the funding for this conference. I am convinced that the national follow-up conferences already planned will keep in mind the experience accumulated in other countries” (Giese, 1991, p.21).

Den programmatischen Bezug der Konferenz zu dem Bericht der Kommission von 1991 verdeutlicht die transnationale inhaltliche Übereinstimmung in den Zielen und Methoden der Suchtprävention in gesundheitsfördernden Schulen, wiederum eingebettet in den Rahmen der EntschlieÙung von 1988.

## “2. Background of the conference

- Drugs and drug addiction are national and international problems that require national and international solutions.
- There is an incrising relevance for primary drug prevention approaches. Many possibilities exist within the school context to support drug prevention measures. Within the school itself, it is possible to reach young individuals of certain ages, in which they are both eager to learn and have the ability to take things in, and teachers with their special training are capable of supporting this learning process.
- The “Health Promoting School“ places the psycho- social aspects of healthy development in children especially in the foreground. The youth of today are faced with considerable pressure caused by the ever increasing speed in changes occuring within their homes and social areas. Maximum fitness in psycho- social healthcare should be a top priority in the field of prevention.
- The Lübeck conference and the European and national programmes as well as activities that are planned in the area of drug prevention are to be seen in conformity to translating the resolutions of the EC- Ministries of Education from the 11 – 23 – 1988 (1989 / C 3 / 01) ... into action“

(Commission of the European Communities, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein, 1991, p.6).

Bildungspolitisch relevant ist ferner die europaweit angelegte Dissemination der Konferenzergebnisse in Form der ‚Lübeck- Resolution‘ (s. Anhang 4). Die „Transfer“-Beispiele Deutschland 1991 (Tannenfelde) und Spanien 1992 (El Escorial) dokumentieren das gelungene Cascadenmodell dieser Dissemination. Deutscher Beitrag dieses europaweiten Transfers ist die ‚Nationale Fachkonferenz Suchtprävention in Schulen‘ in Tannenfelde im Dezember 1991:

„Plenumsdiskussion zu Umsetzungsmöglichkeiten der ‚Lübecker Resolutionen‘ im nationalen Rahmen.

Insgesamt einigten sich die Teilnehmer [incl. der anwesenden zuständigen Entscheidungsträger aller 16 deutschen Kultusministerien] darauf, den „Lübecker Resolutionen“ zuzustimmen. Die Grundlage der Diskussion bildete die deutsche Übersetzung des ursprünglich englisch verfassten Textes. Die Resolutionen wurden durch die folgenden nationalen Ergänzungen erweitert:

1. Evaluative Bemühungen sollten auf nationaler Ebene verstärkt werden.
  2. Kommunale Strukturen sollten national verbessert werden, um eine möglichst zügige Umsetzung von Suchtpräventionsprogrammen in Schulen zu erreichen.
  3. Auf Bundes- und Länderebene sollten ressortübergreifende zentrale Koordinationsstellen für Suchtprävention eingerichtet werden, die mit Fachleuten aus dem Bereich *Schule* besetzt werden“
- (Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig – Holstein, 1991, S.104).

In *Spanien* wird die „Lübeck- Resolution“ („Lübeck Resolucion Final“) durch die Aufnahme in die offizielle Konferenzdokumentation („Dossier documental“) zu einer der wesentlichen inhaltlichen Konferenzgrundlagen und -themen der ‚Conferencia Europea Educacón para la Salud en la Escuela – European Conference Health Education in Schools‘ vom 1. – 3. Juni 1992 in San Lorenzo de El Escorial. Damit bekennt sich auch Spanien zu einer ganzheitlich verstandenen Suchtprävention, deren Rahmen nur der der *Gesundheitsfördernden Schule* sein kann (vgl. Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Sanidad y Consumo & Comisión Europea, 1992).

**c) European Workshop “Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools” 1996**

Die dritte von Deutschland initiierte internationale Lehrerfortbildung greift das Thema *sexuelle Gewalt* auf. Die Charakteristika der Fortbildung veranschaulicht Abb. 20.

**Abbildung 20:** Charakteristika des European Workshop “Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools“ Weißenhäuser Strand/ Lübeck Oktober 1996

<p align="center"><i>European Workshop “Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools” Weißenhäuser Strand/Lübeck Oktober 1996</i></p>
<p><b>Veranstalter:</b> Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig- Holstein mit Unterstützung der Europäischen Kommission, in Zusammenarbeit mit dem ‚Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen. Frauen gegen Gewalt e.V./Projekt PETZE‘ Kiel und dem Interdisziplinären Forschungszentrum für Frauenfragen der Universität Kiel.</p>
<p><b>Teilnehmer und Ziele:</b> Die europäische Fortbildungsmaßnahme richtet sich an verantwortliche Fachleute aus Lehrerfortbildungsinstituten, Bildungsministerien und Forschungseinrichtungen aus den 15 Mitgliedsstaaten der EU. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden mit beispielhaften Angeboten themenbezogener Präventionsarbeit aus den Mitgliedsstaaten der EU bekannt gemacht. Besonders diskutiert werden die Erfahrungen der Entwicklung und Erprobung der deutschen Lehrerfortbildungskonzeption <i>PETZE – Schulische Prävention sexueller Gewalt gegen Mädchen und Jungen</i>. Auftrag des Workshops ist auch die Erarbeitung von Empfehlungen zur themenbezogenen Prävention für alle EU – Mitgliedsstaaten.</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Erstmals kann auf europäischer Ebene ein Erfahrungsaustausch der Verantwortlichen der Bildungsverwaltungen und von Fachleuten zu dem hochsensiblen Themenkomplex <i>Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen</i> mit dem Aspekt schulischer Präventionsmöglichkeiten durchgeführt werden. Eine Basis dafür ist auch die bei der Vorbereitung des Workshops erarbeitete Untersuchung über die vorhandenen Präventionsangebote in den EU- Mitgliedsstaaten. Die länderspezifischen Erfahrungen und fachlichen Diskussionen während des Workshops werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur <i>Weißenhäuser Resolution</i> verarbeitet die den 15 EU-Mitgliedsstaaten nach Abschluss des Workshops als richtungsweisende Empfehlung für die zukünftige nationale Arbeit zugeleitet wird. Sie macht Aussagen über Ausgangsvoraussetzungen, Management und Implementation <i>schulischer</i> Prävention sexualisierter Gewalt an Mädchen und Jungen (s. Anhang 5).</p>

Die gewünschte internationale Bedeutung erhält der Workshop insbesondere auch durch die Erarbeitung der ‚Resolution zur Schulischen Prävention sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Weißenhäuser Resolution)‘, die europaweit, ganz im Sinne des von der Kommission in ihrer Entschließung 1988 geforderten europäischen Mehrwertes, hier vorzugsweise unter Entscheidungsträgern, disseminiert wird (Die Dokumentation wird in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch herausgegeben):

„The *European Workshop on prevention of sexual violence against girls and boys in schools* here in Weissenhäuser Strand has been structured in such a way that the *Weissenhäuser Resolutions* could be subsequently transformed in other national specialized conferences throughout all Member States” (Karpen, 1996, p. 14).

Inhaltlich wichtig ist, dass die *Weissenhäuser Resolution* (s. Anhang 5) erstmals unter Einbezug gemeinsamer europäischer Erfahrungen internationale Standpunkte zu Kernaspekten der schulischen Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen formuliert. Daraus abgeleitete Präventionsvorschläge werden ausdrücklich ganz im Sinne der Forderungen des Kommissionsberichtes von 1991 in den Kontext von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung gestellt und interpretiert:

- „- Prevention of sexual violence against girls and boys in the context of a health education programme should help young people take charge of their social, mental, physical spiritual and emotional health including the development of strategies for getting help.
  - Research has proved that preventative strategies are extremely important in terms of improving health and quality of life. We need a multi-agency approach which includes school, family, youth service, leisure institutions, health services etc.. They all have to be part of a comprehensive approach of planning and implementing health promotion programmes. School plays a vital role in the process of developing healthy lifestyles for girls and boys in Europe.
  - The Member States of the EU should be encouraged to develop inter-agency measures and to provide adequate educational resources needed to promote the implementation of comprehensive health promotion and gender-specific sex-education programmes”
- (European Commission, Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig – Holstein & Petze In-school prevention, 1996, p.82).

#### **d) Interpretation: Auswirkungen des Impulses der EU- Bildungsminister auf die Entwicklung in Deutschland**

Deutschland nimmt die Impulse der EU – Bildungsminister inhaltlich- grundsätzlich und über die Initiative und Verantwortung innovativer Projekte zur internationalen Lehrerfortbildung auf.

Auf der *Richtlinienebene* hat die Entschließung von 1988 formalen und inhaltlichen Einfluss, weil der in Deutschland bis 1988 eher unbedeutende Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* erstmals eine europäische Bedeutung erfährt, die zu seiner nationalen Aufwertung führt. Für die KMK ist die Entschließung insofern 1992 Anlass zu einer ersten Bestandsaufnahme der *Gesundheitserziehung in Schulen* in Deutschland, die von ihr, entsprechend den Forderungen des Berichts der Kommission von 1991, zur Einleitung der Weiterentwicklung zur Gesundheitsförderung in Schulen

genutzt wird. Diese Weiterentwicklung wird in der Folgezeit praktisch von allen Bundesländern initiiert bzw. dort, wo sie zeitgleich bereits begonnen wurde, fortgesetzt. Auch auf der *EU- Projektebene* werden in Deutschland von den Antragstellern die Entschließung von 1988 und der Bericht von 1991 aufgegriffen und zusammengeführt. Für die Projekte sind sie Anlass und Rahmen, in ihrem konzeptionellen Bereich inhaltliche Entwicklungslinien. Bemerkenswert ist, dass das Land Schleswig- Holstein im Untersuchungszeitraum das einzige Bundesland ist, das nach den Möglichkeiten der Entschließung von 1988 Anträge bei der EU – Kommission stellt. In Kenntnis eigener Antragsmöglichkeiten verzichten die anderen Länder auf die Beantragung eigener EU – Projekte, teilweise beantragen sie Projekte in anderen Förderprogrammen der Kommission (z.B. Europa gegen den Krebs).

Inhaltlich ist der Kommissionsbericht von 1991 in weiterer Hinsicht bedeutungsvoll und einflussreich auf Deutschland. Er wird für die Kommission selbst, natürlich mit Rückwirkungen auf die Mitgliedsstaaten, ab 1991 die inhaltliche Plattform der programmatischen und finanziellen Ausgestaltung des Förderbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* aller in Frage kommenden EU- Programme (z.B. Europa gegen den Krebs, Europa gegen AIDS, ...). Die Kommission macht sich dabei die Analyseinhalte vollinhaltlich und politisch- administrativ zu Eigen, besonders bei der Einwerbung von Projektanträgen, bei ihrer Beratung, Begutachtung und abschließenden Auswahl. Für Antragsteller ist damit das Bewilligungsniveau auch inhaltlich definiert. Für die Mitgliedstaaten, so auch für Deutschland, führt der Bericht vor allem zu einer eigenen Standortbestimmung im europäischen Vergleich. Durch den Einbezug der Ergebnisse der regelmäßigen Konsultationen von Fachvertretern aller Mitgliedstaaten der *EU – Arbeitsgruppe Gesundheitserziehung in Schulen* (s. S. 202), die als Umsetzung des Beschlusses von 1988 eingerichtet wurde, kann die nationale Position regelmäßig aktualisiert werden. In Deutschland führt der Impuls insofern über seine Aufnahme in den KMK- Beschluss (1992) inhaltlich zur Weiterentwicklung der traditionellen Fachunterrichtskonzeption *Gesundheitserziehung in Schulen* zum Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernde Schule*. Die durchgeführten EU- Konferenzen und Tagungen konkretisieren diesen Entwicklungsschritt und -anspruch.

Bewusst zielgruppenorientiert ist im Hinblick auf den Beschluss von 1988 und die Situationsanalyse von 1991 die Aufnahme der Impulse durch Deutschland bei der konkreten Durchführung europäischer Lehrerfortbildungsveranstaltungen. Teilnehmer sind vorzugsweise Multiplikatoren der Lehrerfortbildung. Der Zugriff auf diese Entscheidungsträger ermöglicht über die Lehrerfortbildung europäischen Einfluss auf nationale Bildungspolitik. Die Konferenzergebnisse und Fortbildungserkenntnisse werden - gerade so sind die Tagungen angelegt - oft unmittelbar im Anschluss an die Konferenzen national umgesetzt. Die Problematik der Subsidiarität steht dabei immer im Raum, aber nie im Weg. Bedeutsam ist auch: es gelingt allen Veranstaltungen die Integration ihrer jeweiligen fachspezifischen Thematik (*Ernährungserziehung*, *Suchtprävention* und *Schulische Prävention sexuellen Missbrauchs*) in den Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule.

Hervorzuheben ist schließlich, dass alle drei Tagungen die internationalen Impulse „doppelt“ verarbeiteten. Sie nehmen sie auf und geben sie ebenso wirkungsvoll international weiter bzw. zurück. Für die *European Conference „Drug Prevention in Schools“* (Lübeck) und den *European Workshop „Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in Schools“* (Weißenhäuser Strand/Lübeck) heißt das: Deutschland greift die inhaltlichen Anregungen der Kommission von 1988 zur gezielten internationalen Lehrerfortbildung in dem Kommissionsverständnis von 1991 zur Weiterentwicklung der *Gesundheitserziehung in Schulen* zur *Gesundheitsfördernden Schule* auf, und umgekehrt werden die themenbezogenen Konferenzresolutionen aus Deutschland europaweit adressatengemäß disseminiert. Und: Die Ergebnisse der *1st European Summer School „Nutrition Education in Health Promoting Schools“* (1991) werden zum Grundstein einer von Deutschland angestoßenen internationalen Entwicklung, die durch die EU und WHO 1999 mit der Herausgabe des europäischen Lehrerhandbuches *Healthy Eating for Young People in Europe- A School based nutrition education Guide* erfolgreich abgeschlossen wird (vgl. European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe, 1999).

### 3.2.2 AKTIONSPROGRAMME UND -PLÄNE ZUR KREBSBEKÄMPFUNG EUROPA GEGEN DEN KREBS VON 1987 BIS 2000 UND DARAUS RESULTIERENDE ENTWICKLUNGsimpulse

*Vorbemerkung:*

Die Staats- und Regierungschefs der Europäischen Gemeinschaften (EG) „betonen“ im Juni 1985 auf dem Europäischen Rat in Mailand, „dass es von Interesse wäre ein europäisches Aktionsprogramm gegen den Krebs in Gang zu bringen“ (Europäische Gemeinschaften (Hrsg.), 1991, S. 114). In dem Ratsbeschluss und der folgenden Umsetzung ist zunächst nur umrisshaft von geplanten und förderfähigen Maßnahmen zur Gesundheitserziehung die Rede. Die Konkretion und Festlegung eines Förderbereiches „Gesundheitserziehung in Schulen“ wird ab 1987 jedoch konstitutiver Bestandteil der Aktionspläne des Programms ‚Europa gegen den Krebs‘ für den Gesamtzeitraum 1987 - 2000.

Die miteinander zusammenhängenden drei Aktionspläne 1987 - 1989, 1990 - 1994 und 1996 - 2000 sehen folgende vier Aktionsschwerpunkte vor:

- Krebsverhütung
- Aufklärung und Gesundheitserziehung
- Ausbildung des Gesundheitspersonals
- Forschung und Lehre

Innerhalb dieser Aktionsschwerpunkte werden förderfähige Maßnahmen definiert. Eine der Maßnahmengruppen ist der Bereich „Gesundheitserziehung in Schulen“. Ergänzend zu diesen Maßnahmen unterstützt die Europäische Kommission durch eine Reihe flankierender Entscheidungen ihre Initiativen zur Krebsbekämpfung, so z.B. durch das Aktionsprogramm 1988 – 1989 für eine Informations- und Motivierungskampagne oder durch Europäische Konferenzen.

Die EU - Förderprogramme „Europa gegen den Krebs“ sind als Impulse für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Sie werden im Folgenden ausschnittsweise wörtlich aufgegriffen. Ihre Wirkung auf die Realisierung deutscher EU-Projekte und in der Folge auf die für Schule relevanten Entscheidungsebenen wird beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen werden erreicht:

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- Lehrpläne
- Lehrerfortbildung
- Besondere Publikationen

#### ***Der internationale Impuls***

In allen EU- Programmen *Europa gegen den Krebs* für den Zeitraum 1987 bis 2000 werden zum Themenbereich ‚Gesundheitserziehung in Schulen‘ Initiativen der EU-Mitgliedsländer für beihilfefähig erklärt. Abb. 21 gibt einen Überblick über diese Förderprogramme und die jeweils beispielhaft dort benannten Förderschwerpunkte; sie erleichtert das Programmverständnis und verdeutlicht den Stellenwert des Fördermaßnahmenbereichs ‚Aufklärung und Gesundheitserziehung‘.



**Abbildung 21:** Der internationale Impuls: Die EU - Förderprogramme  
*Europa gegen den Krebs 1987 - 2000*

***Europa gegen den Krebs Aktionsprogramm 1987 – 1989***

„Aktion 47: Ausarbeitung einer vergleichenden Bilanz für die Lehrpläne zur Gesundheitserziehung in den europäischen Ausbildungsstätten

...

Aktion 48: Ausarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Gesundheitserziehungsprogramme in Europa

...

Aktion 49: Bereitstellung von Lehrmaterial für die Gesundheitserziehung“  
 (Europäische Gemeinschaften, 1991, S.132-133).

***Europa gegen den Krebs Aktionsplan 1990 - 1994***

„Unterstützung der Aufklärung von Lehrern über den ‚Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung‘ und Sensibilisierung der Betreffenden hierfür;

- Verteilung von europäischen Lehrmitteln zur Gesundheitserziehung;
- Förderung von Pilotaktionen zur Sensibilisierung von Jugendlichen für den Europäischen Kodex;
- Anregung in der Schule zu einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten, insbesondere Anregung zum Verzehr von Obst und Gemüse während der Pausen und bei den Mahlzeiten“

(Europäische Gemeinschaften, 1990 a, S.35).

***Aktionsplan zur Krebsbekämpfung Europa gegen den Krebs innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit 1996 - 2000***

„8. Anregung von europaweiten Projekten zur Förderung des Nichtrauchens; Bewertung der Umsetzung von Empfehlungen in bezug auf das Rauchen in der Öffentlichkeit, vor allem in öffentlichen Verkehrsmitteln und Schulen.

...

11. Unterstützung des Erfahrungsaustausches im Rahmen der integrierten Gesundheitserziehungsprogramme zwecks Verbesserung der Erstausbildung und Weiterbildung der Lehrkräfte und Leiter von Projekten auf dem Gebiet der Krebsverhütung unter Berücksichtigung der im Rahmen von Programmen wie ERASMUS als auch der unterstützenden Maßnahmen der Kommission im Bildungsbereich gesammelten Erfahrungen“  
 (Europäische Gemeinschaften, 1996, S.14).

***Aktionsprogramm 1988 – 1989 für eine Information - und Motivierungskampagne***

„Die Kampagne soll insbesondere dazu führen, dass die breite Öffentlichkeit wie auch die Lehrkräfte und das im Gesundheitswesen tätige Personal ein verstärktes Bewusstsein für den Kampf gegen den Krebs entwickeln, was insbesondere die Bekämpfung des Tabakkonsums, den Schutz gegen krebserregende Stoffe und - im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit allgemein - die Verbesserung der Ernährung einschließt“

(Europäische Gemeinschaften, 1991, S.122).

Auf den in Frage kommenden, von der Kommission selbst veranstalten, *Europäischen Konferenzen* werden die Grundlagen für inhaltliche Impulse zur Implementation des Konzeptes der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ gelegt. Abb. 22 fasst die wesentlichen Konferenzergebnisse zusammen.

**Abbildung 22:** Der internationale Impuls: „Botschaften“ der vom EU – Programm  
*Europa gegen den Krebs* durchgeführten Konferenzen

**Die 1. Europäische Konferenz Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in Schulen Dublin 1990**

*Das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ wird ab 1990 zur Förderphilosophie der EU – Programme Europa gegen den Krebs. Im Konferenzprogramm heißt es:*

„Wir streben daher die gesundheitsfördernde Schule an, da wir uns bewusst sind, dass wirksame schulische Gesundheitserziehung sich nicht auf den Klassenraum beschränken darf. Wir können uns dies als dynamische Wechselwirkung zwischen drei Komponenten von Lernen und Unterstützung veranschaulichen.

- 1.) *Was Kinder im Unterricht lernen* - durch den Lehrplan Gesundheitserziehung.
- 2.) *Was Kinder vom schulischen Alltag lernen* - durch Ethos, Kultur und Tradition der Schule, ihrer Regelungen, ihren Aufbau, ihr Respekt für menschliche Beziehungen und Würde - all dies kann das im Unterricht gelehrt werden und weiterentwickeln.
- 3.) *Was Kinder von ihrem Umfeld am Wohnort lernen können* - durch das Üben in Familien und Austausch mit anderen wichtigen Bezugsgruppen, durch die Medien und die Tätigkeit der Gesundheitsdienste, d.h. Ärzte, Krankenschwestern und Krankenhäuser sowie gesundheitliche Aufklärungskampagnen“ (Williams, 1990, S. 4.1.2, vgl. Schlussfolgerungen der Konferenz: Anhang 6)

**The Second European Conference on Health Education and Cancer Prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992**

*Das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ findet Eingang in die Lehrerbildung. In der dort verabschiedeten ‚European Charter towards a minimum curriculum in teacher training in health education‘ heißt es:*

“ 5. The school as promotor of Health

Teachers should fully understand their own role and that of the school in the promotion of health amongst pupils and their own staff colleagues teachers should be equipped with the knowledge and skills to enable them to:

- Understand that the most effective classroom teaching needs to be supported by school policies, the physical and social milieu of the school as well as being linked with family and community efforts.
- Identify the appropriate key health issues for inclusion in health education teaching, taking care to place them firmly within the context of promoting healthy lifestyles and healthy living conditions.
- Start from where pupils are in their own perceptions, knowledge and attitudes of key health issues.
- Understand the importance of building a “whole school” approach through the careful development of a spiral curriculum in health education.
- Recognize how most subjects can be enhanced and made more relevant to the lives of the pupils by the integration of health education topics.
- Use a variety of teaching/learning methods which involve pupils more directly in the process of learning.
- Appreciate the importance of evaluation in building a successful health education programme and know how to evaluate their own teaching.
- Recognize and address the health inequalities which might exist amongst pupils due to socio/economic/cultural differences” (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, ps. 13 – 14; vgl. ‚European Charter‘: Anhang 7).

**Die 2. Europäische Konferenz Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in Schulen Dublin 1994**

*Als Merkmal des Konzeptes ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ wird in den Empfehlungen der Konferenz ihre systematische jahrgangsübergreifende Lehrplanarbeit im Sinne eines Spiralcurriculums beschrieben und zur Entwicklung empfohlen:*

„The term ‘spiral curriculum’, one of the key concepts of school health education and health promotion, has been repeatedly used in the context of developments in school health and cancer education. It has rarely been developed, however, as a firm and practical tool and classroom strategy.

It is recommended that a spiral curriculum framework which clearly identifies targets for each age group be developed. This should include integration of classroom learning with the school milieu, encouraging family and community involvement. This framework should include issues of consequence to cancer prevention such as : smoking, nutrition, alcohol, protection against harmful rays of the sun and sexual behaviour. Media awareness particularly related to the influence of television and posters must also be included.

Within this framework issues of self esteem and skill building are of paramount importance” (Commission of the European Communities, Department of Education of Ireland & Department of Health of Ireland, 1994, p.2; vgl. Empfehlungen der Konferenz: Anhang 8).

Die EU- Programme *Europa gegen den Krebs* werden in Deutschland, in der Folge ihrer Brüsseler Ressortierung beim EU – Gesundheitsministerrat, insgesamt durch den BMG koordiniert. Über die KMK (KMK-Beauftragter für Gesundheitserziehung in Schulen) findet der BMG Kontakt zu den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder und wirbt dort, im Hinblick auf den Programmförderbereich *Gesundheitserziehung in Schulen*, für die Teilnahme der Länder am Programm (s. S. 205). Der internationale Impuls „*Europa gegen den Krebs*“ stimuliert Kultusministerien von fünf Bundesländern (Berlin, Hessen, Mecklenburg- Vorpommern, Sachsen- Anhalt und Schleswig- Holstein) zur Beantragung von EU- Projekten. Bedeutsam ist, dass alle Projekte den Einsatz von Komplimentärmitteln durch die Länder erfordern, wozu die Antragsteller bereit sind und investieren. Von *allen* (7) deutschen EU – Projekten ( Abb. 23 Gesamtüberblick) gehen in der Folgezeit deutliche transnationale Impulse auf die Implementation einer unspezifischen Krebsprävention im Rahmen der *Gesundheitsförderung in Schulen* in Deutschland aus. Die sieben Projekte aus dem Untersuchungszeitraum werden im Folgenden überblickhaft (Abb. 24 bis Abb. 30) charakterisiert; ihre ebenfalls dokumentierten Impulse werden damit aus dem jeweiligen Projektansatz verständlich. Ein weiteres Projekt, die *1<sup>st</sup> European Summer School Nutrition Education in Health Promoting Schools 1991*, wird hier nicht erwähnt, da es nur zusätzlich aus Mitteln des Programms *Europa gegen den Krebs*, im Wesentlichen jedoch durch die Generaldirektion V der Kommission, finanziert wird. Auf seine Darstellung (s S. 96) wird verwiesen.

**Abbildung 23:** Gesamtüberblick über die deutsche EU- (Schul-) Projekte im Rahmen des EU- Programms *Europa gegen den Krebs*

<b>Deutsche EU- (Schul-) Projekte des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> im Zeitraum 1991 - 1999</b>	
•	EU- Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> (1991 - 1995)
•	EU- Projekt <i>Evaluation of a guideline for the distribution of food and drink in schools by the Ministry of Education of the Land Schleswig – Holstein</i> (1992 - 1994)
•	EU- Projekt <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> (1993 - 1995)
•	EU- Video- Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> (1994 - 1996)
•	EU- Projekt <i>The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe</i> ‚Fit und stark fürs Leben‘ (1995 - 1998)
•	EU- Projekt <i>Evaluation of the “European Guide Nutrition Education in Schools”</i> (1997 - 1999)
•	EU- Projekt <i>The Smokefree Class Competition</i> („Be Smart - Don’t Start“) ab 1997

**a) EU- Projekt *Health Education and Cancer Prevention in Schools*  
1991 - 1995**

Das *erste* deutsche EU-Projekt im Rahmen von *Europa gegen den Krebs* hat „Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen“ zum Thema. ( s. Abb. 24).

**Abbildung 24:** Charakteristika des EU - Projektes *Health Education and Cancer Prevention in Schools*

<p><b>Laufzeit:</b> 1991 – 1995</p>
<p><b>Projekträger:</b> Die Senats- und Kultusverwaltungen der Länder Berlin, Hessen, Sachsen- Anhalt und Schleswig- Holstein (Federführung: Kultusministerium Schleswig- Holstein) mit Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des EU-Programms <i>Europa gegen den Krebs</i>.</p>
<p><b>Ziele:</b> In dem Vier- Länder- Projekt haben die einzelnen Bundesländer inhaltliche <i>Teilprojekte</i> zu entwickeln, die über die Dauer des Aktionsprogramms miteinander verzahnt und evaluiert werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Schleswig-Holstein:</i> Die Rauchfreie Schule- Nichtraucherförderung für Schülerinnen, Schüler, Lehrkräfte und Eltern in Schulen</li> <li>- <i>Berlin:</i> Ernährungserziehung, Bewegungserziehung und Nichtraucherförderung - Die Entwicklung und Erprobung neuer Unterrichtsmaterialien und Lehrerfortbildungskonzeptionen</li> <li>- <i>Hessen:</i> Die Entwicklung und Erprobung neuer Kooperationsformen zwischen Lehrkräften, Öffentlichem Gesundheitsdienst und anderen außerschulischen Partnern zu den Themenfeldern ‚Förderung des Nichtrauchens‘ und ‚Förderung einer gesunden Ernährungsweise‘</li> <li>- <i>Sachsen- Anhalt:</i> Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung in und durch Schulen</li> </ul> <p>Inhaltliche Basis der gesamten Projektarbeit ist die 1992 von der Kultusministerkonferenz formulierte, international geprägte Interpretation der Gesundheitserziehung im Sinne von Gesundheitsförderung: „Gesundheitserziehung wird daher als Auftrag zur Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit verstanden. Das Lebensweisenkonzept – in Ablösung des Aufklärungs- bzw. Risikofaktorenkonzeptes – bindet Gesundheitsverhalten in einen sozialen Zusammenhang ein, in dem das Gleichgewicht zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung gefunden werden muss“ (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland , 1992, S.7; Arnhold, 1995, S. 6)</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Bedingt durch seinen neuen inhaltlichen, methodischen und didaktischen unterrichtlichen Zugang wird das Thema <i>Krebsprävention</i> für die Schulen „wiederentdeckt“. Durch die Verbindung von unspezifischer Prävention im Sinne des Lebensweisen-Konzeptes der WHO mit spezifischer Prävention, z.B. zur Förderung des Nichtrauchens oder zum Aufbau gesunder Ernährungsweisen, wird die Thematik Krebs und Krebsprävention Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern so interessant gemacht, dass sie die vermeintlich trockenen und nicht altersgemäßen Themen neu motiviert aufgreifen. Die während des Projektes entwickelten und erfolgreich erprobten themenbezogenen Lehrerfortbildungsveranstaltungen finden Eingang in die planmäßigen Lehrerfortbildungsangebote der Projektländer und durch entsprechenden Transfer auch in andere Bundesländer.</p>

**Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Über ein Rundschreiben an alle Schulen interpretiert 1993 die *Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin* Gesundheitserziehung schulpolitisch als Bildungsauftrag und inhaltlich als Auftrag zur Förderung gesunder Lebensweisen. Im Zusammenhang mit ihrem ‚EU – Teilprojekt Berlin‘ weist sie auf Informationsbroschüren

und Fortbildungsveranstaltungen zum Themenbereich Ernährung und Bewegung hin, die dieses Verständnis propagieren und auf konkrete Beratungsmöglichkeiten durch das Projekt zu Themenbereichen gesundheitsfördernder Ernährung und täglichen Bewegungszeit:

„Gesundheitserziehung ist ein wichtiger Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule. Bei den Heranwachsenden soll ein Bewusstsein für Gesundheitsfragen erzeugt, die Bereitschaft für eine verantwortliche Einstellung zur eigenen Gesundheit gefördert und zu einem gesundheitsdienlichen Verhalten beigetragen werden. Dies lässt sich nicht allein über Informations- und Wissensvermittlung anbahnen. Gesundheitserziehung ist als Auftrag zur Förderung einer gesunden Lebensweise zu verstehen. [Die ersten beiden Sätze wurden fast wörtlich aus dem KMK – Bericht von 1992 übernommen, leider ohne Quellenhinweis (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S.7).]

...  
Alle Schulen erhalten die Informationsschrift ‚Guten Appetit! In unserer Cafeteria‘ [vgl. Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin, 1993 c]. Diese Schrift wurde im Rahmen des EG – Aktionsprogramms ‚Europa gegen den Krebs - Gesundheitserziehung und Krebsprävention in der Schule‘ in Zusammenarbeit mit der AOK erstellt.

...  
Mitarbeiterinnen der Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport beraten im Rahmen des EG-Aktionsprogramms die Schulen zu Fragen gesundheitsfördernder Ernährung und Förderung der täglichen Bewegungszeit“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin, 1993 a, S.1 u. 2).

Das *Kultusministerium Sachsen- Anhalt* nimmt in die Broschüre ‚Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung - Grundsätze und Anregungen für die Schulpraxis‘ als beispielhafte und innovative inhaltliche Anregung ihres ‚EU-Teilprojektes Sachsen – Anhalt‘ einen Projektbericht auf, der andere Schulen zur Implementation *Gesundheitsfördernder Schulen in Gesundheitsfördernden Gemeinden* stimulieren soll:

„Im Rahmen des Programms der Europäischen Gemeinschaft (EG) ‚Europa gegen den Krebs‘ nahm das Land Sachsen- Anhalt in der Zeit vom 1. November 1992 bis 31. Oktober 1995 an der EG- Aktion, Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen‘ teil. Partner waren in Deutschland die Bundesländer Berlin, Hessen und Schleswig- Holstein. Jedes der teilnehmenden Länder hatte sich einen eigenen Themenschwerpunkt gesetzt. Sachsen - Anhalts Teilprojekt stand unter dem Motto ‚Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen - gemeindenah und öffentlichkeitswirksam‘. Fünf Schulen ... aus der Verwaltungsgemeinschaft Gernrode (Harz) waren daran beteiligt. Die Hauptphase der Aktion dauerte vom 1. Februar 1993 bis 31. Januar 1995.

...  
Mit dem Projekt wurden konkret zwei Ziele verfolgt. Erstens sollten verschiedene Möglichkeiten der Krebsprävention im Kindes- und Jugendalter erprobt werden. Folgende Themen standen dabei im Mittelpunkt: Gesunde Ernährung, Förderung des Nichtrauchens, Vermeidung von Alkoholmissbrauch, Bewegung und Entspannung sowie gesundheitsfördernde Schul- und Umweltgestaltung. Zweitens sollten die Schulen diese Inhalte gemeindenah und öffentlichkeitswirksam umsetzen. Hierdurch sollte erreicht werden, dass die gesundheitsfördernden Aktivitäten der Schulen auch in die Gemeinde hineinwirken und dass lokale Partner mit ihren personellen und materiellen Ressourcen für die Schule gewonnen werden.

...  
Als übergreifendes Ziel fungierte die Idee, dass eine ‚gesunde Schule‘ und eine ‚gesunde Gemeinde‘ sich gegenseitig in ihren Bemühungen um die Gesundheitsförderung unterstützen und ergänzen“ (Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt, 1996 a, S.39-40).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Das Teilprojekt Berlin des EU – Versuchs thematisiert im Rahmen der Lehrerfortbildung durch das *Berliner Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung und Schulentwicklung* als Ansätze der Gesundheitsförderung ihren Paradigmenwechsel (Lebensweisenkonzept) sowie, entsprechend dem Förderschwerpunkt von *Europa gegen den Krebs*, die Themenbereiche Ernährungserziehung, Entspannungstechniken bzw. Stressbewältigung für Lehrkräfte und Nichtraucherförderung:

*„Lust am Leben‘ - das Motto für eine erfolgreiche Gesundheitserziehung*

in Zusammenarbeit mit dem EG- Aktionsprogramm ‚Europa gegen den Krebs - Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen‘.

In diesem Kurs sollen Anregungen für einen lustvollen Umgang mit Gesundheit gegeben werden. Es geht darum, Schülerinnen und Schüler anzuregen, Freundschaft mit dem eigenen Körper zu schließen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Alle Übungen und Anregungen basieren auf dem Lebensweisenkonzept, das die WHO zur Gesundheitsförderung empfiehlt“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport, 1993 b, S.489).

*„Das Klasse(n) – Frühstück - ein aktiver Beitrag zur Gesundheitserziehung*

in Zusammenarbeit mit der AOK und dem EG- Aktionsprogramm ‚Europa gegen den Krebs - Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen‘.

Repräsentative Untersuchungen im Bereich der Ernährungsmedizin haben gezeigt:

- Richtige Ernährung ist auf lange Sicht eine Grundvoraussetzung für die gesunde Entwicklung des Kindes.
- Das Frühstück zu Hause und das Schulfrühstück haben auch kurzfristig großen Einfluss auf die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit der Kinder.
- Es ist bekannt, dass 12 % der Schülerinnen / Schüler im Alter von 6 bis 12 Jahren nicht zu Hause frühstücken und auch kein Pausenbrot mit in die Schule bringen.

Aus pädagogischer Sicht darf deshalb das Schulfrühstück im geregelten Tagesablauf kein Stiefkind sein. Das tägliche gemeinsame Schulfrühstück bringt interessante, erzieherische Ansatzpunkte als Erfahrungsfeld für soziales Lernen, zur Verstärkung eigener positiver Schumatmosphäre und für ein partnerschaftliches und sachbezogenes Verhältnis zwischen Elternhaus und Schule.

Gemeinsam mit Ernährungsberaterinnen der AOK soll in diesem Kurs auf die genannten Aspekte eingegangen werden. Praktische Tipps zur Zubereitung eines vollwertigen Schulfrühstücks werden ebenso behandelt wie die unterrichtliche Einbindung dieses Themas“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin , 1993 b, S.493).

*„Mehr- Tun durch ‚Nichts - Tun‘ mit Hilfe funktioneller Entspannung*

in Zusammenarbeit mit dem EG - Aktionsprogramm ‚Europa gegen den Krebs- Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen‘.

Hier soll konkret arbeits/alltagsbezogen über den Körper ‚spürend‘ gelernt werden, wo unnötig festgehalten, angespannt, verspannt wird und wie dies mit Hilfe der funktionellen Entspannung auch über den unbewusst vertieften Atemrhythmus gelöst werden kann.

Beginnend mit kurzen theoretischen Überlegungen und Selbsterfahrung, über gemeinsames Auffinden von Möglichkeiten, wie und wo im Schulalltag ein Krätesammeln spielerisch einfügbar ist, soll der Weg frei werden für tiefere Konzentration, mehr Gelassenheit und damit ökonomischere Belastbarkeit. Das Ziel ist, bei sich selbst und bei den Kindern Empfindungsqualitäten zu entwickeln und zu fördern, präexistentes, intuitives Wissen wieder freizulegen und nutzbar zu machen“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin, 1994 a, S.409).

*„Die rauchfreie Schule - eine Chance (auch) für Lehrerinnen und Lehrer*

in Zusammenarbeit mit dem EG - Aktionsprogramm „Europa gegen den Krebs - Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen“.

Das EG- Aktionsprogramm erprobt Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit dem Rauchen. Dabei gilt ein besonderes Interesse der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern, die bereits Erfahrungen mit dem Rauchen haben. Nicht das Aufzeigen von Risiken, sondern die Fähigkeit „nein“ sagen zu können, motiviert Schüler, ihre Raucherkarriere zu überprüfen.

Die Teilnehmer lernen Teile eines Selbstsicherheitstrainings kennen und erproben in der Gruppe Methoden seiner Anwendung“ (Berliner Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung und Schulentwicklung, 1994, S.318-319).

1991 wird vom *Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule* eine zentrale Lehrerfortbildungsveranstaltung ‚Krebsprävention - (k)ein Thema für den Schulunterricht!‘ durchgeführt. Sie ist eine Reaktion auf die im gleichen Jahr vom Kultusministerium Schleswig – Holstein begonnenen EU – Projekte im Rahmen des EU – Programms *Europa gegen den Krebs* und will auch in der Lehrerfortbildung dem Programm entsprechende inhaltliche Zeichen setzen:

„Die Europäische Gemeinschaft hat sich zum Ziel gesetzt, die vielfältigen nationalen Initiativen in der Krebsbekämpfung zu einer gemeinsamen Aktion ‚Europa gegen den Krebs‘ zusammenzuführen. Im Rahmen dieser Bemühungen muss die Durchführung einer Krebspräventionsfachtagung für Lehrerinnen und Lehrer in Schleswig- Holstein gesehen werden.

Ziel dieser Fortbildungstagung war es, zum einen die sachspezifischen Aspekte, zum anderen aber besonders den ganzheitlichen Ansatz unspezifischer, ursachenorientierter Prävention im Sinne eines pädagogischen Handlungsprinzips herauszustellen“ (Schulz, 1992, S.1).

Auf dieser Fortbildungsveranstaltung wird der Ansatz der traditionellen *Gesundheitserziehung in Schulen* relativiert und dem Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*, hier als Transfer der EU-Konferenzergebnisse von Dublin 1990, die Tür geöffnet:

„Neuere Ansätze sehen daher in der Informationsgewinnung zwar einen weiterhin wichtigen Bestandteil schulischer Gesundheitserziehung, jedoch im Gesamtrahmen einer umfassenden und ganzheitlichen Orientierung an gesunden Lebensweisen. Die sogenannten ‚Dubliner Empfehlungen‘ [vgl. Anhang 8] der Europäischen Konferenz über Gesundheitserziehung und Krebsprävention in der Schule fordern daher eine Gestaltung der Schulprogramme, die die Schüler in die Lage versetzt, die Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und Lebensweisen selbst in die Hand zu nehmen“ (Riemann, 1992, S.21-22).

Das *Teilprojekt Schleswig – Holstein* des EU- Projektes greift den internationalen Entwicklungsimpuls der ‚Life-Skills-Education‘ (s. S. 83) auf und führt diesen Ansatz der Gesundheitsförderung über sein Projektthema ‚Nichtraucherförderung in Schulen‘ in die Lehrerfortbildung ein:

*„Die rauchfreie Schule - Nichtraucher ist ‚in‘. Schwerpunkt: Jüngere Schülerinnen und Schüler (5. und 6. Klasse, die noch nicht rauchen, aber als gefährdet gelten.*

...

Adressatenkreis und Thematik: Fortbildungsveranstaltungen für Lehrerinnen und Lehrer aller Schularten Im Rahmen des Projektes ‚Europa gegen den Krebs‘ haben Schulen in Schleswig- Holstein

Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit der Förderung des Nichtrauchens erprobt. Die Evaluation dieser Programme hat sich als erfolgreich erwiesen.

Durch ein spezifisches Training sozialer Kompetenzen sollen diese Schülerinnen und Schüler so gestärkt werden, dass sie gar nicht mit dem Rauchen beginnen und in Versuchungssituationen ‚Nein‘ sagen können.

Die Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen [Life-Skills] wird erreicht durch ein spezielles ‚Standfestigkeitstraining‘, das die Programmelemente Entspannungsübungen, Rollenspiel, Kontraktmanagement, Selbstbeobachtungsaufgaben und Modelling enthält“ (Landesinstitut Schleswig - Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1995 a, S. 16).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch besondere Projektpublikationen**

Von dem 4- Länder Gemeinschaftsprojekt werden Broschüren herausgegeben und bundesweit gestreut. Sie dokumentieren charakteristisch die inhaltliche Verarbeitung der europäischen Projektimpulse. Die Einführung der *Gesundheitsförderung* in die Schulen bzw. des weiterführenden Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* als ganzheitliche Maßnahmen zur Krebsprävention bei Jugendlichen wird damit erstmals bundesweit in Deutschland thematisiert. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Publikationen.

Die *Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin* gibt für das ‚Teilprojekt Berlin‘ zwei Broschüren heraus: *„Guten Appetit“ in unserer Cafeteria* und *Schule in Bewegung*. Betont wird in ihnen die Stärkung positiver Ansätze menschlichen Verhaltens, positiver Lebensweisen also - ganz im Sinne der Konferenzergebnisse von Ottawa 1986 (s. S. 81 - 83) bzw. Dublin 1990 (s. S. 106). Sie werden in einen Zusammenhang mit dem Programmschwerpunkt von *Europa gegen den Krebs*, in Verbindung mit den Themenbereichen Ernährungserziehung und Bewegungserziehung, gebracht:

„Diese Schrift [*Guten Appetit‘ in unserer Cafeteria*] erscheint im Rahmen des Aktionsprogramms ‚Europa gegen den Krebs - Gesundheitserziehung und Krebsprävention in der Schule‘. In diesem Programm versuchen wir in Berlin, positive Ansätze menschlichen Verhaltens zu stärken und damit Beiträge zu einer Veränderung der Eßgewohnheiten, zur Förderung der Bewegung und des Nichtrauchens zu leisten, ohne mit Abschreckung zu belehren und dann, wie so oft, erfolglos zu sein (bekanntlich wissen Raucher über die Gefahren des Rauchens besser bescheid als Nichtraucher)“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport, 1993 e, S.5).

„Die vorliegende Broschüre [*Schule in Bewegung*] ist im Rahmen dieses Aktionsprogramms entstanden. Bewegungserziehung ist neben den Bereichen Ernährung und Förderung des Nichtrauchens ein wichtiger Schwerpunkt des Berliner Programms. Alle Maßnahmen sollen fächerübergreifend und nicht nur biologisch - medizinisch oder sport-fachlich vermittelt werden, denn es geht darum, ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit zu entwickeln. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit dem Konzept der Gesundheitsförderung ein Leitbild entwickelt, das auf die Anbahnung einer positiven Lebensweise orientiert ist. So heißt es z.B. in der ‚Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung‘, die 1986 veröffentlicht wurde: ‚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'. Nach diesem Modell wird Gesundheitsförderung als pädagogische Aufgabe verstanden, die positive Kräfte stärkt. Die regelmäßige, tägliche Bewegungszeit in der Schule kann einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer gesunden Lebensweise leisten. Im Rahmen dieser Broschüre werden daher konkrete Vorschläge vorgestellt“ (Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin, 1994 c, S. 5).

In der Broschüre *„Gesundheitsmärkte- Anregungen für die Schulpraxis“* des *„Teilprojektes Sachsen- Anhalt“* wird vom *Kultusministerium Sachsen- Anhalt* als ein Praxisbeispiel für erprobtes Projektmanagement vom Gesundheitsmärkten das Projekt der Sekundarschule „Robert Koch“ aus Halle genannt. Projektziele sind hier Initiativen für neu zu gestaltendes Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein sowie die Initiierung von Lernprozessen bei Lehrkräften und Schülern, um gemeinsam Themen der gesunden Lebensführung (Lebensweisenkonzept) zu identifizieren und umzusetzen:

*„Gesundheitsmarkt ‚Europa gegen den Krebs - wir auch‘ der Sekundarschule ‚Robert Koch‘, Halle am 25.10.1995.*

Ausgangslage und Idee

Die *Sekundarschule, Robert Koch* befindet sich in einem typischen Neubaugebiet in Halle- Südstadt. Dort leben ca. 50 000 Menschen.

Zu den Nachbarn der Sekundarschule gehören die Grundschule *„Brüder Grimm“*, ein Heim für ältere Bürger, ungenutztes Brachland sowie 5- bis 10- geschossige Wohngebäude.

...

Aufgrund *fehlender Infrastruktur* ist es notwendig, die Bewohner des Neubaugebietes - besonders die jüngere Generation - für gesundheitliche Aspekte aufzuschließen und mit der Vorbereitung und Durchführung eines *Gesundheitsmarktes* ein Signal für ein neu zu gestaltendes Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten zu geben.

Durch dieses Projekt sollen auch für das Kollegium neue *Lernprozesse* in Gang gesetzt werden, die die Pädagoginnen und Pädagogen sensibilisieren und befähigen, für die *Stärkung von Gesundheitspotentialen* tätig zu werden, d.h. mit den Schülerinnen und Schülern Themen einer gesunden Lebensführung aufzugreifen und gemeinsam umzusetzen“ (Kultusministerium des Landes Sachse- Anhalt, 1996 c, S.55).

Das 1996 von der BARMER Ersatzkasse und dem BLK-Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (s. S. 161) im Auftrag des *Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig – Holstein* herausgegebene Lehrerhandbuch *Die „Rauchfreie Schule“* stellt das Ergebnis des *„Teilprojektes Schleswig – Holstein“* des EU- Projektes *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen* dar. Das dort publizierte Programm zur Nichtraucherförderung verknüpft die Konferenzergebnisse von Dublin 1990 und 1994 (s. S. 106) zur Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*, fußt wissenschaftlich jedoch im wesentlichen auf dem international entwickelten Ansatz zur Förderung der Lebenskompetenzen (*„Life-Skills-Education“* (s. S.84), den es hier themenbezogen (Nichtraucherförderung), in der Folge des entsprechenden Förderschwerpunktes von *Europa gegen den Krebs*, nach Deutschland transferiert.

„Das hier veröffentlichte Manual [*Die „Rauchfreie Schule“*] ist mit Unterstützung des Bildungsministeriums des Landes Schleswig- Holstein und durch eine Förderung seitens der Europäischen Kommission im Rahmen des 2. Aktionsplanes *„Europa gegen den Krebs“* entstanden.

...  
 Substanzmittelmissbrauch wird als Ergebnis sozialer Lernprozesse in Kombination mit personalen Faktoren wie Kognition, Einstellungen und Überzeugungen aufgefasst. Es kennzeichnet diesen Ansatz, dass neben der Fokussierung auf ein bestimmtes Abhängigkeitsverhalten das Ziel sehr weit gefasst ist und in Richtung auf die generelle Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Entwicklung allgemeiner Coping – Strategien abzielt [Life-Skills-Education].

Als Ziele werden genannt:

- a) durch Informationen und gezieltes Training des Widerstandes gegen soziale Einflüsse den Suchtmittelmissbrauch zu verhindern
- b) grundlegende personale Bewältigungsfertigkeiten sowie
- c) grundlegende soziale Kompetenzen zu vermitteln.

Mit Hilfe von lerntheoretischen Methoden und praktischen Übungen sollen die Jugendlichen lernen, dem zum Rauchen animierenden Gruppendruck zu widerstehen und mit schwierigen Situationen und Belastungen besser umzugehen, so dass der Rückgriff auf Suchtmittel überflüssig wird“ (BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1996 b, S. 3, 112-113).

**b) EU- Projekt *Evaluation of a guideline for the distribution of food and drinks in schools by the Ministry of Education of the Land Schleswig- Holstein* 1992 - 1994**

Inhalt des *zweiten* deutschen EU-Projektes im Rahmen von *Europa gegen den Krebs* ist die Evaluation einer Ernährungsrichtlinie für Schulen (s. Abb. 25).

**Abbildung 25:** Charakteristika des EU- Projektes *Evaluation of a guideline for the distribution of food and drinks in schools by the Ministry of Education of the Land Schleswig – Holstein* from January 17, 1990

**Laufzeit :** 1992 - 1994

**Projekträger:** Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein mit Unterstützung der Europäischen Kommission.

**Ziele:** Entwicklung und Durchführung einer systematischen Fragebogenstudie zur Umsetzung und zu den Auswirkungen des ‚Müsli – Erlasses‘ an Schulen. Dieser Erlass schreibt verbindlich vor, dass in Schulen des Landes Schleswig – Holstein nur noch Produkte, die zu einer vollwertigen Ernährung beitragen, verkauft werden dürfen. Bei der Untersuchung sollte auch das Nahrungsangebot der Schulen sowie das Ernährungs- und Essverhalten der Schülerinnen und Schüler mituntersucht werden. Befragt werden sollten Schulleitungen, Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler.

**Ergebnisse:** Insgesamt nehmen an der Untersuchung 53 Schulen teil. Fragebogen von 2182 Personen werden ausgewertet: 1077 Schülerinnen bzw. Schüler von Grundschulen, 888 Schülerinnen bzw. Schüler der Sekundarstufe I, 53 Schulleitungen und 164 Lehrkräfte. Der Erlass wird besonders von den Schulleitungen und Lehrkräften als hilfreich und sinnvoll beurteilt. Die Auswirkungen auf den Schulalltag, das Schulleben sowie die Schülerinnen und Schüler werden positiv beschrieben. Bei der Einführung des Erlasses traten im wesentlichen keine Probleme auf. Als Fazit wird aus der Studie die Erkenntnis abgeleitet, dass sich der „Müsli –Erlass“ als gute Richtlinie empfiehlt, da er auf breite Zustimmung stößt.

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Das Projekt wird als Beitrag des EU- Programms *Europa gegen den Krebs* zur Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung der Warenangebote in Schulen durch die Schulverwaltungen und zur Weiterverbreitung des ‚Europäischen Kodex gegen den Krebs‘ verstanden. Für Deutschland bewirkt diese europäische Projektförderung eine internationale Anerkennung des Präventionsansatzes. Ernährungserziehung in Schulen als Verhaltens - und Verhältnisprävention („Müsli – Erlass“) erhält im Zusammenhang mit der Krebsprävention eine weitere Bedeutung. Die erfolgreiche Evaluation demonstriert die Möglichkeiten „institutioneller“ gesundheitsfördernder Maßnahmen.

### **Analyse (2): Beispielhafte Wirkungen der (Projekt -) Impulse durch Publikationen**

Zwei Projekt- Veröffentlichungen unterstützen durch ihre breite Streuung in Deutschland und Europa die vom EU – Programmschwerpunkt geforderte Qualifizierung der Prävention gegen den Krebs durch Verbesserung der Warenangebote und Mahlzeiten in Schulen und durch Weiterverbreitung *des Europäischen Kodex gegen den Krebs*. Der internationale Programmimpuls auf Deutschland wird insofern auch nach Europa zurückgegeben. Das Projekt empfiehlt, auf der Basis seiner Evaluationsergebnisse, den Transfer bzw. die Adaptation des deutschen „Müsli-Erlasses“ in andere europäische Länder:

„It can be concluded that this guideline is recommendable as it has met the approval of headmasters and teachers.

Recommendations are:

- The range of food and drinks on offer at schools should be increased
- A joint breakfast – break should be introduced in secondary schools
- Pupils should be given more opportunity to have lunch at school.

In sum the evaluation study shows that this guideline for the distribution of food and drinks in schools is feasible. Therefore it is highly recommended as an example for other European countries” (Arnhold & Hanewinkel, 1994, p.3).

Die Notwendigkeit der Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten wird auch im Zusammenhang mit dem „Europäischen Kodex gegen den Krebs“ thematisiert. Der „Müsli – Erlass“ wird als institutionelle gesundheitsfördernde Maßnahme interpretiert:

„Ein wesentlicher Faktor der Krebsvorsorge bzw. Krebsvermeidung ist die Verbesserung (Veränderung) von Ernährungsgewohnheiten. Dies wird auch deutlich in dem vom Ausschuss der Krebssachverständigen der Europäischen Union formulierten ‚Europäischen Kodex gegen den Krebs‘ [s. Anhang 9]. Darin sind u.a. folgende Gebote enthalten:

5. Essen Sie häufig frisches Obst und Gemüse sowie Getreideprodukte mit hohem Fasergehalt.
6. Vermeiden Sie Übergewicht, und begrenzen Sie die Aufnahme fettreicher Nahrungsmittel.’

...  
Das Bundesland Schleswig – Holstein versucht, Gesundheitsförderung und -erziehung an der Schule im Bereich der Ernährung mit Hilfe eines Erlasses seit 1990 zu regeln.

...  
Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine umfassende Evaluation dieses Erlasses“ (Die Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig – Holstein, 1995, S.1-2).

### c) EU- Projekt *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools* 1993 - 1995

Das *dritte* deutsche EU-Projekt im Rahmen von *Europa gegen den Krebs* thematisiert die Entwicklung eines Rahmenlehrplanes der Ernährungserziehung (s. Abb. 26).

**Abbildung 26:** Charakteristika des EU- Projektes *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools*

**Laufzeit:** 1993 - 1995

**Projekträger:** Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein und Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg- Universität mit Unterstützung der Europäischen Kommission.

**Ziele:** Entwicklung eines Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung in Kindergärten und Schulen für die Altersgruppen 4 - 16. Das Curriculum soll als Handbuch erarbeitet werden und Lehrkräften themenbezogen bei der Umsetzung des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* in ihren Schulen helfen. Thema des Handbuches soll *Ernährungserziehung in Schulen* in ihrem weitesten Sinn sein, denn sie ist besonders dafür geeignet, einfache und leichte Schritte zur Einführung des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* im Schulalltag zu tun. Alle Menschen essen; es liegt auf der Hand, dass Schülerinnen und Schüler ihre Einstellung dazu haben und bereit sind zu investieren. Schulleitungen und Lehrkräfte können in diesem Themenfeld noch am leichtesten erste Veränderungen herbeiführen, um gesunde Lebensweisen auch im Schulalltag zu ermöglichen.

**Ergebnisse:** Das Lehrerhandbuch wird als *The European Guide Nutrition Education in Schools* (1.Entwurf) herausgegeben und beinhaltet im wesentlichen ein *Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung* für die Altersgruppen 4 – 16 Jahre. Es illustriert darüber hinaus eine Vielzahl von Ideen und Empfehlungen zum Aufbau und zur Stabilisierung gesunder Ernährungsgewohnheiten, die leicht und erfolgreich auch zur Implementation des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* eingesetzt werden können.

### Analyse : Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf Lehrpläne

Mit dem Anspruch auf die Entwicklung eines *Spiralcurriculums* greift das Projekt die durch das EU– Programm *Europa gegen den Krebs* mehrfach geforderten Initiativen zur planmäßigen Verbesserung der Lehrpläne auf (vgl. z.B. Dublin 1994, s. S.106). Mit Bezug auf die Entschließung der EU – Bildungsminister von 1988 (s. S. 93) bringt es, obwohl ausschließlich gefördert durch das von den EU - Gesundheitsministern verantwortete Programm *Europa gegen den Krebs*, in das Projekt als

bildungspolitischen Rahmen dieser Lehrplanarbeit das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* ein:

„The idea of schools as settings for health promotion is not new. Since the beginning of formal, compulsory schooling, it has been hoped that schools are health enhancing rather than health damaging! However it is more recently, that a planned, co-ordinated and altogether more conscious attempt has been made to ensure that schools are truly promoting the health of pupils. Resolution 89/C 3/01, signed by the Education Ministers of the 12 European Union member states in 1988 and concerning health education in schools, served to highlight its importance. The European Commission has played an important role by calling for the development of guidelines in health education. The joined WHO – EU – CE project ‘European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)’ has also focused discussion on what exactly a HPS is. Publications exist which elaborate the idea, one of the earliest being Young and Williams (1989)” (Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez-Rodrigo & Snel, 1995, p.14).

Als Projektergebnis wird von der *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein* das Lehrerhandbuch ‚The European Guide Nutrition Education in Schools (Draft)’ herausgegeben. Es beinhaltet den Entwurf eines Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung für die Altersgruppen 4 - 16 Jahre. Damit liegt erstmals ein europäischer Vorschlag für die Integration des Themenfeldes Ernährungserziehung als (Spiral-) Curriculum in das Konzept und in die Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* vor (s. auch: „Blueprint“ for Nutrition Education in the Health Promoting School, Anhang 10):

„The central aim of this document is to present a spiral curriculum for nutrition education in the health promoting school.

...

The document is primarily a guide, to be of assistance of those concerned about developing health promoting schools. It focus on nutrition education - in its broadest sense. It is in the field of nutrition that it's perhaps easiest to start to make changes towards the health promoting school. Eating is something we all do; it is accessible to children as a topic to think about and investigate, and thus it is an area where school staff can begin to make changes to enable healthier lifestyles.

...

The spiral curriculum is presented in the form of a series of objectives. It is felt that this was the most useful way to frame a curriculum. Teachers can then decide on materials, methods and activities” (Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez – Rodrigo & Snel, 1995, pp.7-8).

Das von Deutschland verantwortete EU- Projekt übernimmt damit zunächst die europäischen Förderimpulse von *Europa gegen den Krebs* zur Entwicklung eines derartigen Curriculums, bietet aber dann im Ergebnis ein Spiralcurriculum für ein wesentliches Themenfeld der *Gesundheitsfördernden Schule* zum internationalen Transfer an. Das Lehrerhandbuch wird europaweit disseminiert. Damit erhält die Lehrplanarbeit auf den jeweiligen nationalen Ebenen ein internationales Modell, das in Lehrplanrevisionen Eingang finden kann. Das Handbuch greift bewusst auch den EU-Förderschwerpunkt ‚Ernährungsempfehlungen’ auf. Es empfiehlt begründet und ausdrücklich als generelle Ernährungsempfehlung zur Prävention von Krebs den von der Europäischen Kommission herausgegeben *European Code against Cancer*:

„Scientific knowledge on the links between diet and cancer has lead to some general recommendationes for the benefit of public health.

- It is not possible to isolate any single component of fruit and vegetables which will protect from all types of cancer.
- Vitamin C and carotenoids from fruit and vegetables protect against cancer of the mouth, pharynx , larynx and oesophagus.
- High fibre intake from vegetables and cereals protects against cancer of the bowel.

Therefore, as suggested by the ‘European Code Against Cancer’ [s. Anhang 9] eating more fruit and vegetables in general can significantly reduce the risk of cancer and probably also cardiovascular diseases. Excess weight should be avoided and consumption of foods rich in fat limited” (Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez – Rodrigo & Snel, 1995, p.28).

#### **d) EU- Video- Projekt *Health Education and Cancer Prevention in Schools* 1994 - 1996**

Das *vierte* deutsche EU-Projekt im Rahmen von *Europa gegen den Krebs* entwickelt themenbezogene Arbeitsmaterialien (Videobänder) für die Lehrerfortbildung (s. Abb. 27).

**Abbildung 27:** Charakteristika des EU- Video- Projektes *Health Education and Cancer Prevention in Schools*

<b>Laufzeit:</b> 1994 - 1996
<b>Projekträger:</b> Staatliche Landesbildstelle Hessen und Hessisches Kultusministerium mit Unterstützung der Europäischen Kommission.
<b>Ziele:</b> Das Projekt sollte die Ergebnisse des ländertübergreifenden <i>EU- Projektes „Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen (Teilprojekt Hessen)“</i> (s. S. 97) aufgreifen und in Videofilmen für den Einsatz in der Lehrerfortbildung dokumentieren.
<b>Ergebnisse :</b> Es wurden 3 Videofilme zu folgenden thematischen Schwerpunkten hergestellt: <i>Film 1 „Schule, die schmeckt“:</i> Förderung einer gesunden Ernährungsweise und ihre Auswirkungen auf den Schulalltag; <i>Film 2 „Sich regen macht Schule“:</i> Lehrer lernen, auf wie vielfältige Weise sich <i>gesunde Schule</i> gestalten lässt; <i>Film 3 „Schule in Bewegung“:</i> neue Strukturen für eine gesunde Schule. Mit ihren Fallbeispielen wollen sie die Kooperation von Lehrkräften, Eltern sowie Schülerinnen und Schülern anregen mit dem Ziel der Einrichtung von Cafeterien und Aggressions- oder Entspannungsräumen sowie der Umgestaltung von Klassenräumen und Schulhöfen.

#### **Analyse: Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Die in Hessen im Rahmen des EU- Projektes *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen* entwickelte und erprobte innovative Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen wird von diesem Video- Projekt kreativ aufgegriffen. Es wird ein Video – Produktionsansatz deutlich, der den gelungenen Transfer der programmatischen internationalen Entwicklungsimpulse (vgl. Williams, 1990) in

Deutschland dokumentiert und damit bundesweit in die Lehrerfortbildung einführt (VHS- Kopien sind über die Landesbildstellen aller Bundesländer ausleihbar):

„Will man den Wandel zu einer *gesunden Schule* in Gang setzen, ist es von Vorteil, mit dem Thema Ernährung zu beginnen: viele Lehrkräfte bringen Kenntnisse und Erfahrungen bereits mit; zudem ist es ausgesprochen reizvoll und spannend, die im Film gezeigten Beispiele in den eigenen Schulalltag einzubringen und in der Gemeinschaft zu erproben (z.B. ein Frühstücksbüffet als zugleich attraktive Einstimmung in das Projekt). Erfahrungen besagen allerdings, dass wiederholte theoretische und praktische Beschäftigung mit dem Thema *Ernährung* für einen nachhaltigen Wandel zu einer *gesunden Schule* nicht ausreichen; sie müssen vielmehr einhergehen mit beispielsweise einer Umgestaltung der Räume, einer Veränderung des Tagesrhythmus u. ä..

Die Filme fördern die Einsicht, dass Gesundheitsförderung immer bei der eigenen Person beginnt und eigenverantwortliches Handeln verlangt. Vielfach setzt das eine tiefgreifende Veränderung der eigenen Lebensweise voraus. Wenn dabei mitunter eine persönliche Belastung registriert oder sogar beklagt wird, so sollte man nicht die Entlastung übersehen, die sich am Ende einstellen wird. Auf die Schule übertragen bedeutet es, dass sie sich mit Ideen und gemeinsamen Engagement zu einem Arbeitsplatz gestalten lässt, an dem sich Lehrende und Lernende gleichermaßen wohlfühlen“ (Madeisky & Werner, 1996, S.3).

**e) EU – Projekt *The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe 1995 - 1998***

Nichtraucherförderung ist der Inhalt des *fünften* deutschen EU-Projektes im Rahmen von *Europa gegen den Krebs*. (s. Abb. 28).

**Abbildung 28:** Charakteristika des EU- Projektes *The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe*  
(*„Fit und stark fürs Leben“*)

**Laufzeit:** 1995 – 1998

**Projekttträger:** Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium des Landes Mecklenburg- Vorpommern und Dänemark (Landesteil Nord- Schleswig) sowie ab 1996 auch in Kooperation mit Österreich und Luxemburg - mit Unterstützung der Europäischen Kommission.

**Ziele:** Entwicklung, Implementierung, Evaluation und Publikation eines *Spiralcurriculums zur schulischen Nichtraucherförderung*. In diesem Rahmen werden Unterrichtsmaterialien für die Klassenstufen 1/2, 3/4 und 5/6 entwickelt. Das Projekt basiert auf dem *Life- Skills-Ansatz*, der maßgeblich durch die WHO empfohlen wird. Absicht dieses Präventionsansatzes ist zum einem die konkrete Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und -situationen: so sollen z.B. Kinder und Jugendlichen lernen, dem Gruppendruck zum Zigarettenrauchen zu widerstehen. Andererseits sollen sie in ihren Kompetenzen und Bewältigungsstrategien so weit gefördert werden, dass sie zu gesunden Personen heranwachsen.

**Ergebnisse:** Die Materialien werden wie vorgesehen entwickelt, erprobt, evaluiert und herausgegeben. Ihre Publikation durch einen bekannten deutschen Schulbuchverlag sichert die breite Dissemination und damit die Implementation des WHO- Konzeptes der Life-Skills-Education in Deutschland. Die dänische Fassung ermöglicht den Zugang zu dänischen Schulen. Eine vom Projekt ergänzend herausgegeben englische Fassung wird den Bildungsministerien aller EU- Mitgliedsstaaten zur Verfügung gestellt, um ihnen die Möglichkeit der Einführung der Materialien auch in ihren Ländern zu eröffnen.

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Aus zwei Gründen führt das EU – Programm *Europa gegen den Krebs* mit diesem Projekt den WHO – Programmansatz der *Life-Skills-Education* (WHO-Life-Skills-Education ausführlicher s. S.84) mit einem EU- Programm zur Nichtraucherförderung zusammen. Einerseits ist die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen (zur Nichtraucherförderung) Bestandteil jeden Aktionsplanes *Europa gegen den Krebs*; dazu gehört dann auch die Forderung nach Entwicklung entsprechender Lehrplanbausteine oder Spiralcurricula (z.B. Dublin 1994 s. S. 106). Andererseits favorisiert die EU-Kommission die Implementation der Gesundheitsförderung als Methode der Wahl der Krebsprävention in Schulen (Dublin 1990 s. S. 106). Das Konzept der *Gesundheitsförderung* und der *Gesundheitsfördernden Schule* aber hat viele Gemeinsamkeiten mit dem WHO- Konzept der *Life-Skills-Education*. Da die Kommission die Implementation von Gesundheitsförderung konkret unterstützt, fördert sie folgerichtig auch die Einführung des Ansatzes der *Life- Skills-Education* in die Praxis.

Der gemeinsame EU- WHO- Impuls führt in bzw. durch Deutschland, auf dem Hintergrund der bundesweit beginnenden Implementation von Gesundheitsförderung, zur Entwicklung eines *Spiralcurriculums zur Nichtraucherförderung in Schulen*, das nach seiner Entwicklung und Fertigstellung ab 1997 in die Lehrerfortbildung der Bundesländer eingeführt wird. Mecklenburg- Vorpommern betont in diesem Zusammenhang ausdrücklich auch die Bedeutung des EU –Projektansatzes für die Suchtprävention:

„Ein Beispiel dafür, wie wir versuchen, präventiv der [die] Entstehung von Abhängigkeiten und Erkrankungen zu verhindern, ist ein im Rahmen des Projekts ‚Europa gegen den Krebs‘ durchgeführter Modellversuch, der die Lebenskompetenzen der Schüler von der Grundschule an bis zur 8. Klasse so stärken soll, dass dem Rauchen vorgebeugt wird. Erste Evaluationen haben ergeben, dass dieser Ansatz geeignet ist, Schüler auf ein Leben ohne legale und illegale Drogen vorzubereiten.

Für solche ganzheitlichen Ansätze der Gesundheitserziehung ist es notwendig, dass die Lehrer die Lebenswelten der Schüler kennen und berücksichtigen, auf ihre Probleme und Bedürfnisse eingehen und ihnen Verantwortung übertragen. Mit rein informativen und abschreckenden Methoden allein, z.B. der Darstellung eines Raucherbeines oder einer mit Metastasen verseuchten Lunge kann kaum nachhaltige Wirkung erzielt werden“ (Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung, 1997a, S.3).



## Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses durch Projektpublikationen

Mit der Herausgabe des vom Projekt entwickelten *Programm- Manuals* für Lehrkräfte durch einen Schulbuchverlag wird die Dissemination des Nichtraucherprogramms und damit die seines inhaltlich innovativen Präventionsansatzes (WHO- Life- Skills- Education) bundesweit gesichert. Deutschland nimmt die internationalen Impulse auf und gibt sie durch Vorlage eines *Spiralcurriculums zur Nichtraucherförderung* in Deutsch, Englisch und Dänisch durch entsprechend gezielte Dissemination transnational zurück.

### f) EU- Projekt *Evaluation of the “European Guide Nutrition Education in Schools”* 1997 - 1999

Das *sechste* deutsche EU-Projekt im Rahmen von *Europa gegen den Krebs* evaluiert europaweit den vom *zweiten* deutschen EU-Projekt entwickelten Rahmenlehrplan zur Ernährungserziehung in Schulen (s. Abb. 29).

#### Abbildung 29: Charakteristika des EU - Projekts *Evaluation of the “European Guide Nutrition Education in Schools”*

<b>Laufzeit:</b>	1997 - 1999
<b>Projekträger:</b>	Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein und Institut für Therapie - und Gesundheitsforschung (IFT- Nord) Kiel in Zusammenarbeit mit dem <i>Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> , mit Unterstützung der Europäischen Kommission.
<b>Ziele:</b>	Der 1. Entwurf (1995) des <i>European Guide ,Nutrition Education in Schools’</i> mit seinem innovativen Vorschlag eines <i>Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung</i> (s. S. 106) findet europaweit in Fachkreisen große positive Resonanz. Die mit diesem neuen Projekt beabsichtigte Fertigstellung einer endgültigen Fassung des Guide bzw. des Spiralcurriculum soll auf Basis der Ergebnisse einer Evaluation gemacht werden, die <i>alle</i> EU – Mitgliedsstaaten einbezieht. Die Evaluation ist auch unter direkter Beteiligung von Experten der Mitgliedsstaaten des <i>Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen</i> durchzuführen. Sie wird abschließend gemeinsam mit den Autoren diskutiert und zu Empfehlungen verarbeitet. Auf der Basis dieser Empfehlungen soll der erste Entwurf des <i>European Guide ,Nutrition Education in Schools’</i> überarbeitet und als endgültige Fassung eines <i>Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung für die Altersgruppen 4 bis 16 Jahre</i> herausgegeben werden.
<b>Ergebnisse:</b>	Die Evaluation und Überarbeitung des Guide wird wie vorgesehen durchgeführt. Er wird 1999 gemeinsam von Europäischen Kommission, der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat als Lehrerhandbuch herausgegeben (vgl. European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe, 1999).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf die Lehrplanarbeit**

Als Ergebnis des EU- Projektes wird unter Federführung von Deutschland ein europaweit evaluiertes *Lehrerhandbuch zur Ernährungserziehung* vorgelegt (European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe, 1999). Es geht zurück auf die 1991 während der *1st European Summer School ‚Nutrition Education in Health Promoting Schools‘* (s. S. 96) entwickelte neue, ganzheitlich im Sinne von Gesundheitsförderung orientierte, Methodik und Didaktik der *Ernährungserziehung in Schulen*. Mit ihr begann die Entwicklungsarbeit des Spiralcurriculums im Zeitraum von 1991 bis 1999. Das nunmehr erfolgreich abgeschlossene europäische Projekt, also die Evaluation und Überarbeitung des 1995 vorgelegten 1. Entwurfes des Handbuches (s. S. 116), verleiht dem Anliegen, innovative Ernährungserziehung in Schulen auch in Deutschland durchsetzen zu wollen, erhebliche Kraft. Allen Bundesländern steht erstmals ein fächer- und jahrgangsübergreifendes *Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung* als Modell für die eigene Lehrplanrevision zur Verfügung. Bedeutsam ist an ihm auch die Integration des *Spiralcurriculums* in das Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*. So gilt als Rahmen:

„A health – promoting school concerned with nutrition education would be expected to:

- have nutrition teaching that is provided adequate resources;
- develop a statement of policy about nutrition education;
- focus on the enjoyment of food;
- promote training for staff - teachers, caterers and cleaners - in healthy eating;
- provide comfortable surroundings in which children and staff can enjoy eating;
- enable healthy choices if food is provided at school;
- involve parents and the wider community;
- be explicitly concerned that no child is hungry while at school and that poor nutrition does not affect learning;
- coordinate all aspects of nutrition education to ensure efficient use of resources and to minimize contradictory messages; and
- ensure that all staff are committed to the goals of the health- promoting school and be explicitly concerned about the health and wellbeing of both pupils and staff” (European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe, 1999, p.14).

### **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses durch Publikationen**

Das Projektergebnis wird als *Lehrerhandbuch* gemeinsam von der WHO, der EU und dem Europarat 1999 herausgegeben. Die damit verbundene europaweite Dissemination der Publikation fördert einerseits die planmäßige Verbreitung des beispielhaften Spiralcurriculums, andererseits gibt sie in Deutschland der Einbeziehung der Ernährungserziehung in die Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen Rückenwind:

„The guide intend to encourage the further development of nutrition education in European schools. It intends to do this by placing nutrition education within the idea of the health promoting school and by providing a framework for nutrition education in the health promoting school. The framework provides objectives for nutrition education for four age groups from 4 to 16 years old under seven topic headings. There are also objectives for the whole school and for work with families and the community.

This guide also provides case studies from various countries outlining innovative and interesting ways of doing nutrition education. Ways of evaluation nutrition education in the health- promoting school are suggested and activ methods recommended” (European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe, 1999, p.9).

### g) EU - Projekt *The Smokefree Class Competition* ab 1997

Das letzte (7.) deutsche *Europa gegen den Krebs*-Projekt im Rahmen des Untersuchungszeitraumes entwickelt einen europäischen Nichtraucherwettbewerb (s. Abb. 30).

**Abbildung 30:** Charakteristik des EU - Projektes *The Smokefree Class Competition*  
(*Be Smart - Don't Start*)

<b>Laufzeit:</b>	ab 1997
<hr/>	
<b>Projektträger:</b> Institut für Therapie - und Gesundheitsforschung (IFT- Nord) Kiel in Zusammenarbeit mit den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder mit Unterstützung der Europäischen Kommission. Das Projekt ist europaweit angelegt und eingebunden in das auch vom EU – Programm <i>Europa gegen den Krebs</i> geförderte <i>European Network on Young People and Tobacco</i> (vgl. ENYPAT- European Network on Young People and Tobacco, 1999, p.5).	
<hr/>	
<b>Ziel:</b> Das Projekt ist ein Nichtraucherwettbewerb, der für die Klassenstufen 6 – 8 konzipiert ist, da viele Jugendliche in dieser Altersstufe beginnen mit dem Rauchen zu experimentieren. Ideen und Inhalt des Wettbewerbes stammen aus Finnland, wo er seit 1989 jährlich durchgeführt wird. Mit dem Wettbewerb werden <i>drei Ziele</i> verfolgt:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzögerung bzw. Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen bei nicht rauchenden Schülerinnen und Schülern.</li> <li>- Einstellung des Zigarettenkonsums bei den Schülerinnen und Schülern, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, so dass sie nicht zu regelmäßigen Rauchern werden.</li> <li>- Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse.</li> </ul>	
Bei dem Wettbewerb verpflichten sich Schülerinnen und Schüler der teilnehmenden Klassen (7 u. 8, ggf. 6), sechs Monate lang nicht zu rauchen und dabei bestimmte Regeln zu beachten. Nationale und internationale Preise werden ausgelobt.	
<hr/>	
<b>Ergebnisse:</b> Präventionskonzeption und Management des Wettbewerbes sind für die Zielgruppe der Klassenstufen 6- 8 attraktiv. Der Wettbewerb beginnt im Schuljahr 1997/1998 und hat im 3. Projektjahr, dem Schuljahr 1999/2000, bereits 240.000 Teilnehmer, davon 58.000 aus Deutschland. Es beteiligen sich Schüler und Schülerinnen aus 14 europäischen Ländern. Der Wettbewerb ist damit im Schuljahr 1999/2000 das größte europäische Projekt zur Prävention des Rauchens (vgl. Wiborg & Hanewinkel, 2000, S.3-4).	

### **Analyse (1): Die beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Der Wettbewerb wird begleitet durch einführende Lehrerfortbildung. Inhalte der Fortbildung sind neben der Vermittlung des Präventionskonzeptes die Diskussion der Notwendigkeit „Pädagogischer Begleitmaßnahmen“ und ihrer Inhalte. Auch die Begleitmaßnahmen verdeutlichen als fachlichen Hintergrund des Wettbewerbes das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*, hier eher im Sinne des WHO – Ansatzes der *Life- Skills- Education*. Die Lehrerfortbildung ‚bringt‘ den Wettbewerb in die Schulen. In Schleswig – Holstein wird folgende Fortbildung ausgeschrieben:

„*Be smart - Don't start.*

Nichtrauchen '98 .. Der Wettbewerb für die Klassen sieben und acht. Mitmachen!

...

Die Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS) bietet für die teilnehmenden Lehrkräfte eine projekteinführende Fortbildung an.

...

- *Zielsetzung der Mitmachaktion '98*
- *Einführung in den Projektverlauf*
- *Rahmenbedingungen*
  - Motivation der Klasse
  - Einbindung der rauchenden Schülerinnen und Schüler
  - Klassenvertrag
  - Information der Eltern
  - Rückmeldung über den Projektverlauf an das IFT– NORD
- *Pädagogische Begleitmaßnahmen bei Problemen*
  - Umgang mit Gruppendruck und Rückfallproblematik
  - Vernetzung mit außerschulischen Präventionsfachkräften
  - Unterstützung durch die Eltern
  - Einsatz von „peers“
  - Zwischendurchmotivation
- *Klärung offener Fragen“* (Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1998, S.32).

### **Analyse (2): Die beispielhafte Wirkung des (Projekt-) Impulses durch Publikationen**

Maßnahmen zur Nichtraucherförderung gehören zu den Förderprioritäten der Europäischen Kommission. Das EU- Programm *Europa gegen den Krebs* greift den Vorschlag des IFT- Nord Kiel zur Entwicklung und Durchführung der europaweit angelegten Kampagne für Förderung des Nichtrauchens auf, weil ihr inhaltlicher Ansatz dem Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* folgt, als Primärprävention innovativ ist und die Projektform (Wettbewerb) auch europaweit besonders disseminationsfähig erscheint:

„Der Ansatz dieses Programms unterscheidet sich insofern von klassischen Interventionskonzepten, als dass nicht allein die Vermittlung negativer Folgen des Rauchens im Mittelpunkt der Intervention steht. Vielmehr wird darauf abgezielt, die Attraktivität des Nichtrauchens hervorzuheben und dieses als Normverhalten bei Jugendlichen zu etablieren. Schüler, die noch keine (oder nur wenige) Erfahrungen mit Rauchen gesammelt haben, sollen motiviert werden, weiterhin Nichtraucher zu bleiben“ (Wiborg, Hanewinkel, & Kliche, 2002, S.431).

Die Förderung dieses Präventionsansatzes durch die EU regt, auch über eine Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift, in Deutschland als neuer Impuls die wissenschaftliche Diskussion um die Methodik der Primärprävention (des Rauchens) an, auch deshalb, weil die Evaluationsergebnisse ausgesprochen ermutigend sind:

*„Methoden:* Im Schuljahr 1998/1999 wurde eine Kontrollgruppen- Studie mit Messwiederholung durchgeführt. An der Studie nahmen 1677 Schüler mit einem durchschnittlichen Alter von 12,8 Jahren ( $SD = 0,97$ ) teil, die über einen Zeitraum von 12 Monaten zu drei Messzeitpunkten a) vor der Intervention, b) direkt nach der Intervention und c) 6 Monate nach der Intervention zu ihrem Rauchverhalten befragt wurden. Die in dieser Studie untersuchten Schüler besuchten Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien.

*Ergebnisse:* Nach Beendigung der Maßnahme gaben in der Kontrollgruppe 13,1 % der Schüler an, innerhalb der vergangenen 4 Wochen geraucht zu haben, im Vergleich zu der Experimentalgruppe mit 7,6% ( $OR = 1,84$  (1,31 - 2,58);  $p < 0,001$ ). Auch in der Katamnese zeigt sich ein Unterschied zwischen der Kontrollgruppe mit 20,9 % rauchende Schüler und der Experimentalgruppe mit 16,4 % ( $OR = 1,34$  (1,03 - 1,75);  $p < 0,05$ ). In Bezug auf die verschiedenen Schularten zeigte sich der stärkste Effekt sowohl hinsichtlich gelegentlichen als auch täglichen Rauchens an Gesamtschulen.

*Folgerung:* Die Ergebnisse deuten an, dass das Programm geeignet ist, den Einstieg in das Rauchen bei Jugendlichen unterschiedlicher Schularten zu verzögern“ (Wiborg, Hanewinkel & Kliche, 2002, S.430).

## **h) Interpretation: Auswirkung der Impulse des EU- Programms**

### ***Europa gegen den Krebs auf die Entwicklung in Deutschland***

#### ***Exkurs: Der finanzielle Hintergrund***

Abb. 31 veranschaulicht den potentiellen finanziellen Gesamtrahmen der von Deutschland im Untersuchungszeitraum in Anspruch genommenen EU- Programme *Europa gegen den Krebs*, ihre Förderschwerpunkte und, als Schätzung, von der EU realisierte Beihilfen im Rahmen des Förderschwerpunktes *Ausbildung und Gesundheitserziehung*. Was bedeutet diese finanzielle Konfiguration für die Entwicklung in Deutschland? Oder anders gesagt: hat Deutschland zur Verfügung stehende EU- Beihilfen auch tatsächlich abgerufen, d.h. hat es die internationale Entwicklungshilfe akzeptiert und auch angenommen?

Die zwei Aktionspläne des Programms *Europa gegen den Krebs* erhalten im Zeitraum von 1990 bis 2000, also innerhalb von 11 Jahren, insgesamt 119 Mio. ECU Fördermittel. Sie sind im Wesentlichen als Beihilfen für europäische Projekte staatlicher Institutionen, nichtstaatlicher Organisationen (NGO's) oder von Experten der 12 (ab 1995: 15) EU – Mitgliedstaaten vorgesehen. Für diese Untersuchung ist der

finanzielle „Einzelrahmen“ des Programm- Förderschwerpunktes *Aufklärung und Gesundheitserziehung* von weiterführendem Interesse, da mit diesen Mitteln neben außerschulischen Projekten ausschließlich die oben (S. 108-125) analysierten deutschen EU- (Schul-) Projekte bedient werden. Dieser „Einzelrahmen“ lässt sich nur schätzen, denn eine vom Programm vorgesehene oder von der Europäischen Kommission selbst festgelegte prozentuale oder absolute Aufteilung der Beihilfemittel auf die vier Förderschwerpunkte gibt es nicht.

**Abbildung 31:** Finanzieller Rahmen des Förderschwerpunktes *Aufklärung und Gesundheitserziehung* innerhalb des Programms *Europa gegen den Krebs* im Zeitraum 1990 – 2000

<b>Fördermittel des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> für Projekte der EU- Mitgliedsstaaten</b>			
• Aktionsplan	1990 - 1994:	55 Mio. ECU	1)
• Aktionsplan	1996 - 2000:	64 Mio. ECU	2)
<b>Summe</b>		<b>119 Mio. ECU</b>	
Die Bereitstellung der EU- Beihilfen ist regelmäßig geknüpft an die Bedingung, dass die Antragsteller (nationale) Komplementärmittel in ihre beantragten Projekte einbringen.			
<b>Förderschwerpunkte (Aktionen) des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> (beispielhaft benannt im Aktionsplan 1990 - 1994) 3)</b>			
• Krebsverhütung			
• Aufklärung und Gesundheitserziehung			
• Ausbildung des Gesundheitspersonals			
• Forschung und Krebs			
<b>Realisierte EU- Beihilfen für den Förderschwerpunkt <i>Aufklärung und Gesundheitserziehung</i> (konservative Schätzung) 4)</b>			
• 25 % der Gesamtsumme der Beihilfen in Höhe von 119 Mio. ECU	= ca.	30 Mio. ECU	
• pro EU – Mitgliedsstaat 30 : 12/(15)	= ca. 2 - 2,5 Mio. ECU		
1) (Europäische Gemeinschaften, 1990 a, S.32)			
2) (Europäische Gemeinschaften, 1996, S.11)			
3) (Europäische Gemeinschaften, 1990 a, S.34-35)			
4) Ableitung im Text auf den Seiten S.127-130.			

Als Schätzwert für den Umfang der Beihilfen für diesen Aktionsschwerpunkt kristallisiert sich ein Prozentsatz von ca. 25 % der Gesamtmittel des Programms heraus. Er stützt sich auf die Analyse einzelner EU - Dokumente der Jahre 1990 bis 1992. So berichtet die Kommission im Hinblick auf die Situation von 1990: „Für die vorgesehenen Aktionen der Gesundheitserziehung zur Krebsverhütung wird ein durchschnittlicher *jährlicher* Betrag von etwa 2 Mio. ECU bereitgestellt“ (Europäische

Gemeinschaften, 1990 c, S.20). Das sind knapp 20 % des *jährlichen* Gesamtbudgets des Aktionsprogramms 1990- 1994 (Gesamtbudget: 55 Mio. ECU, jährlich etwa 11 Mio. ECU). Dieser prozentuale Anteil wird weiter belegt und nach oben korrigierbar durch Angaben der Kommission in ihrem Bericht über die Durchführung des Programms 1992 (Europäische Gemeinschaften, 1993, S.23). Für 1991 wird hier für Beihilfen ein Prozentanteil des Gesamtbudgets des Programms für den Bereich Gesundheitserziehung zum Themenfeld *Tabak* in Höhe von 16 % und für den Bereich Gesundheitserziehung zum Themenfeld *Ernährung* in Höhe von 14 % genannt, zusammen also 30 % eines Beihilfevolumens im Jahr 1991 in Höhe von insgesamt etwa 9 Mio. ECU. Für 1992 werden dann für Gesundheitserziehung zum Themenfeld *Tabak* 17 % und für Gesundheitserziehung zum Themenfeld *Ernährung* 12 % genannt, zusammen also 29 % der insgesamt 1992 zur Verfügung stehenden Beihilfen in Höhe von mehr als 10,7 Mio. ECU.

Für Maßnahmen zur Förderung der *Gesundheitserziehung (in Schulen)* innerhalb der Aktionspläne 1990 bis 2000 des Programms *Europa gegen den Krebs* stehen in den 11 Jahren insofern schätzungsweise 25 % von 119 Mio. ECU, also ca. 30 Mio. ECU zur Verfügung. Rein rechnerisch hat jeder der 12 bzw. (ab 1995) 15 EU-Mitgliedsstaaten danach grundsätzlich Zugriff auf durchschnittlich etwa 2 bis 2,5 Mio. ECU Fördermittel. Diese Einschätzung führt zu der für die Ziele dieser Untersuchung wichtigen Frage und ihrer Beantwortung: hat Deutschland die Chance dieses Förderpotentials wahrgenommen?

Abb. 32 gibt einen Überblick über die Finanzvolumina aller im Untersuchungszeitraum durchgeführten deutschen EU (Schul-) Projekte, über ihre jeweiligen EU - Beihilfen bzw. Komplementärmittel *und* beantwortet die Frage. Es wird deutlich, dass die in dieser Untersuchung analysierten deutschen EU- (Schul) – Projekte innerhalb von 9 Jahren ((1991/1992) bis (1999/2000)) mit EU- Mitteln in Höhe von ca. 3,1 Mio. ECU unterstützt werden, *neben* anderen „nichtschulischen“ deutschen EU – Projekten zur Aufklärung und Gesundheitserziehung, die hier nicht zu erwähnen sind. Das ist eine hohe „schulische“ Ausschöpfung des errechneten deutschen Anteils der EU-Mittel (2,0 - 2,5 Mio. ECU für 11 Jahre (Abb. 31)), auch im Vergleich zur der aktiven innerdeutschen Konkurrenz, wie z.B. der BZgA oder der Bundesvereinigung für Gesundheit, die für die „nichtschulischen“ Projekte EU – Beihilfen einwerben. Dies ist eine beachtliche Gesamtsumme von Fördermitteln, die für ein derart spezielles und

**Abbildung 32:** Finanzvolumina der deutschen EU-(Schul-) Projekte im Rahmen des Programms *Europa gegen den Krebs* zwischen 1991 und 1999 in ECU

(1) Kopien der Verträge, (2) R. Hanewinkel (persönl. Mitteilung, 14.07.2004),

(3) 1 ECU = 1,96 DM (in den 90er Jahren von den Europäischen Gemeinschaften festgelegter Kurs)

<b>Deutsche EU- (Schul-) Projekte des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> im Zeitraum 1991 - 1999</b>			
<b>• EU- Projekt <i>Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen</i> (1991 - 1995) Quelle 1)</b>			
a) Vertrag 91/92			
EU- Beihilfe:	69.000	Komplimentärmittel:	70.000 Gesamtvolumen: 139.000
b) Vertrag 92/93			
EU- Beihilfe:	320.000	Komplimentärmittel:	320.000 Gesamtvolumen: 640.000
c) Vertrag 93/94			
EU- Beihilfe:	350.000	Komplimentärmittel:	350.000 Gesamtvolumen: 700.000
d) Vertrag 94/95			
EU- Beihilfe:	369.945	Komplimentärmittel:	369.600 Gesamtvolumen: 739.545
<b>• EU- Projekt <i>Evaluation des Erlasses zum "Vertrieb von Esswaren und Getränken in Schulen" der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein vom 17. 01. 1990</i> (1992-1994)</b>			
EU- Beihilfe:	15.000	Komplimentärmittel:	5.000 Gesamtvolumen: 20.000 (Schätzung: Verf.)
<b>• EU- Projekt <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> (1993-1995) Quelle 1)</b>			
EU- Beihilfe:	30.472	Komplimentärmittel:	6.000 Gesamtvolumen: 36.472
<b>• EU- Video- Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> (1994 - 1996)</b>			
EU- Beihilfe:	50.000	Komplimentärmittel:	50.000 Gesamtvolumen: 100.000 (Schätzung: Verf.)
<b>• EU- Projekt <i>The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe</i> („Fit und stark fürs Leben“). (1995 - 1998) Quelle 2)</b>			
a) Vertrag 1.5.95 - 1.5.96			
EU- Beihilfe:	230.000	Komplimentärmittel:	230.320 Gesamtvolumen: 460.320
b) Vertrag 1.5.96 - 1.5.97			
EU- Beihilfe:	222.000	Komplimentärmittel:	222.290 Gesamtvolumen: 444.290
c) Vertrag 1.10.97 - 1.10.98			
EU- Beihilfe:	237.000	Komplimentärmittel:	237.149 Gesamtvolumen: 474.149
<b>• EU- Projekt <i>Evaluation of the "European Guide Nutrition Education in Schools"</i> 1997 - 1999</b>			
Vertrag: 1.8.97 - 1.08.98 Quelle 2)			
EU- Beihilfe:	131.200	Komplimentärmittel:	56.330 Gesamtvolumen: 187.530
<b>• EU - Projekt <i>The Smokefree Class Competition</i> („Be Smart - Don't Start“) seit 1997 (Quelle 2)</b>			
Vertrag: 97/98			
EU- Beihilfe:	257.436	Komplimentärmittel:	257.436 Gesamtvolumen: 514.872
Vertrag: 98/99			
EU- Beihilfe:	310.136	Komplimentärmittel:	310.136 Gesamtvolumen: 620.272
Vertrag: 99/00			
EU- Beihilfe:	505.961	Komplimentärmittel:	277.273 Gesamtvolumen: 783.234
<b>•• Summen (Förderzeitraum 1991 – 1999)</b>			
EU-Beihilfen:	3.098.150	Komplimentärmittel:	2.761.534 <b>Gesamtvolumina: 5.859.684 ECU</b>



bildungspolitisch nicht aktuell bedeutsames Themenfeld (Krebs) bereitgestellt wird. Die Brüsseler Unterstützung bedeutet vor allem inhaltlich eine erstmalige und erhebliche internationale Förderung unspezifischer, ganzheitlicher Krebsprävention in Schulen - eingebettet in die Förderung der Implementation eines salutogen orientierten Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland. Unter Berücksichtigung der für jedes Projekt von Deutschland jeweils auch aufzubringenden Komplimentärmittel, in der Regel etwa 50 % der Projektvolumina, de facto sind es 2,8 Mio. ECU (s. Abb. 32), bedeutet dies bemerkenswerte Entwicklungsmöglichkeiten für einen bis etwa 1990 im schulischen Kontext der klassischen A, B und C – Fächer kaum wahrgenommenen Lernbereich. Damit erhält der Themenkomplex *Gesundheitserziehung in Schulen* bzw. das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland eine ‚Entwicklungsförderung‘, europäische Beihilfen und nationale Komplimentärmittel zusammen gerechnet, von insgesamt 5,86 Mio. ECU (ca. 11,5 Mio. DM): *jährlich* also ca. 651.000 ECU (etwa 1,276 Mio. DM), *9 Jahre lang*.

***Die Auswirkung der Impulse des EU- Programms ‚Europa gegen den Krebs‘ insgesamt***

- **Weiterentwicklung der Ernährungserziehung und Nichtraucherförderung**

Wegen der Bedeutung des Einflusses der Ernährung und des Rauchens auf die Entstehung von Krebs sieht das EU- Programm als Themenschwerpunkte aus dem Gesamtspektrum der *Gesundheitserziehung in Schulen* die Entwicklung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen zur *Nichtraucherförderung* und zur *Ernährungserziehung* vor. Inhaltlicher Hintergrund dieser Präventionsmaßnahmen ist die Förderphilosophie des EU – Programms, die den Paradigmenwechsel des Fachunterrichtskonzeptes *Gesundheitserziehung in Schulen* zum Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernde Schule* europaweit unterstützen bzw. stimulieren will. Für andere Themenfelder der Gesundheitserziehung oder Gesundheitsförderung, wie z.B. Suchtprävention, Sexualerziehung/AIDS oder Gewaltprävention, bestehen keine Fördermöglichkeiten oder nur die anderer EU- Programme. Die insofern „bevorzugte“ europäische Förderung nur dieser beiden Themenfelder führt in Deutschland zu ihrer innovativen Weiterentwicklung mit erheblichen Auswirkungen auf die

Lehrerfortbildung, die Entwicklung und Verfügbarkeit evaluierter moderner Unterrichtsmaterialien, die inhaltliche Aufnahme der Ernährungserziehung und Nichtraucherförderung in das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule, die Lehrplanarbeit und die Popularisierung der Krebsprävention in Schulen.

- **Inhaltliche Aufnahme des Konzeptes der „Gesundheitsfördernden Schule“**

Die Empfehlungen der vom EU- Programm *Europa gegen den Krebs* durchgeführten Konferenzen in Dublin 1990 und 1994 sowie in Rotterdam 1992 bestimmen den Hintergrund der Förderphilosophie des Programms: inhaltliche Basis unspezifischer Krebsprävention ist das Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*. Alle deutschen EU- Projekte identifizieren sich mit diesem Ausgangspunkt. Sie übernehmen ihn, integrieren ihren jeweils themenspezifischen Zugang (Ernährungserziehung bzw. Nichtraucherförderung) in ihre Vorschläge zur Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* und disseminieren bundesweit diesen Ansatz. Zwei Bundesländer (B und SA) sprechen ministerielle Empfehlungen zur Implementation dieses neuen Präventionsverständnisses für ihre Schulen aus.

- **Stimulation der Lehrerfortbildung**

In *sechs Bundesländern* (SH, HE, B, SA, NS und MV) werden regionale oder schulinterne Lehrerfortbildungsveranstaltungen zur Ernährungserziehung und Nichtraucherförderung unter dem „Dach“ von *Europa gegen den Krebs* angeboten. Ihr Ziel ist die Einführung der Lehrkräfte in themenbezogene Präventionsangebote, meist die der „unspezifischen Krebsprävention“.

*Bundesweit* verbreitet werden die Projektergebnisse zweier EU- Projekte der Länder Hessen und Schleswig- Holstein; damit erfahren auch die die Projekte tragenden internationalen inhaltlichen *Präventionskonzeptionen* die gewünschte breite Streuung. Das hessische EU- Video Projekt *Gesundheit in die Schule: „Schule die schmeckt“, „Sich regen macht Schule“ und „Schule in Bewegung“* konkretisiert und visualisiert beispielhaft das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule. Kopien der Videofilme sind für Schulen und Lehrerfortbildungsinstitute bei allen Landesbildstellen in Deutschland ausleihbar. Das schleswig- holsteinische EU- Projekt *The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in the Health Promoting School* führt zwei internationale Einflüsse bei seiner Realisierung nach Deutschland:

das EU – Programm *Europa gegen den Krebs* und den WHO- Präventionsansatz *Life Skills Education*. Das EU- Programm ermöglicht die Implementation des WHO- Ansatzes *Life- Skills- Education* in ein zu entwickelndes Programm zur Nichtraucherförderung in Schulen - wegen seiner inhaltlichen Nähe zum Konzept der Gesundheitsförderung. Die Publikation des Projektergebnisses in Form eines *Lehrerhandbuches* durch einen namhaften deutschen Schulbuchverlag sichert seine bundesweite Dissemination.

Zwei EU- Projekte aus Schleswig – Holstein nehmen *internationale Impulse* auf und geben neue internationale Impulse zurück. Das EU- Projekt *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools* legt als Ergebnis den *European Guide "Nutrition Education in Schools" (Draft)* vor, der ein Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung in der Gesundheitsfördernden Schule beinhaltet. Er wird zielgruppenspezifisch europaweit an alle EU Mitgliedsstaaten (z.B. Bildungsministerien, Lehrerfortbildungsinstitute oder Curriculuminstitute) verteilt. Rückmeldungen aus den Mitgliedsstaaten werden gesammelt und später der Evaluation zur Verfügung gestellt. Das EU- Projekt *Evaluation of the European Guide "Nutrition Education in Schools"* übernimmt die systematische internationale Evaluation des Guide und führt im Ergebnis zu dem Lehrerhandbuch *Healthy Eating for Young People in Europe. A School based Nutrition Education Guide*, das gemeinsam von der WHO, der Europäischen Kommission und dem Europarat herausgegeben wird. Mit dieser internationalen Publikation erfährt das von Deutschland entwickelte und verantwortete Projekt eine herausragende Anerkennung. Sein inhaltlicher Ansatz, das *Spiralcurriculum Ernährungserziehung* in der Gesundheitsfördernden Schule, wird damit auch für Deutschland gewürdigt und zugleich international zum Einsatz empfohlen. Seine weiterentwickelte deutsche Adaptation wird später von seiner deutschen Mitautorin vorgelegt (Heindl, 2003); damit trägt sie das Konzept weit in die deutsche Fachöffentlichkeit und Lehrerbildung hinein.

### • **Lehrplanarbeit**

Die Konferenz von Dublin 1994 (s.S. 106) stellt heraus, dass Spiralcurricula ein charakteristisches Merkmal der Gesundheitsfördernden Schule sind, andererseits beklagt sie einen gravierenden Mangel an Spiralcurricula für alle Themenbereiche der Gesundheitsförderung in Schulen. Zwei schleswig – holsteinische EU- Projekte nehmen

diesen Hinweis als Impuls auf und entwickeln erstmals auch für Europa themenbezogene Spiralcurricula, die sich als integrativer Bestandteil einer Gesundheitsfördernden Schule verstehen. Die Projektergebnisse werden jeweils als Lehrerhandbuch vorgelegt. Das Lehrerhandbuch *Healthy Eating for Young People in Europe. A School based Nutrition Education Guide* (s. S. 116, 121) beinhaltet ein Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung für die Altersgruppen der 4 – 16 Jährigen und das Lehrerhandbuch *Unterrichtsideen ‚Fit und stark fürs Leben‘ 1. und 2. Schuljahr* (später auch für 3. u. 4. Klassen sowie 5. und 6. Klassen) ein Spiralcurriculum zur Nichtraucherförderung (s. S. 119). Die Entwicklungsarbeit kann in beiden Fällen durch Publikationsformen der Lehrerhandbücher abgeschlossen werden, die nationale bzw. internationale Aufmerksamkeit, besonders aber Dissemination garantieren. Beide Spiralcurricula gelten fortan als innovative Modelle für deutsche Lehrplanrevisionen.

- **Internationaler Wettbewerb**

Das EU-Projekt *The Smokefree Class Competition („Be smart - Don't Start“)* (s.S.123) begründet, von Deutschland aus Finnland übernommen und zu einem europäischen Projekt weiterentwickelt, erstmals einen internationalen Wettbewerb zu einem prominenten Themenbereich der Gesundheitsförderung: *Nichtraucherförderung in Schulen*. Der Impuls aus Brüssel heißt: Initiierung von Jugendwettbewerben, um die Thematik der Krebsprävention auch in Schulen zu popularisieren. Die inhaltliche Projektkonzeption gilt als förderungswürdig, die Organisationsform als Wettbewerb international als erfolgversprechend. Das Zwischenergebnis bestätigt die EU-Einschätzung. Der Wettbewerb beginnt 1997 zeitgleich in 7 europäischen Ländern mit ca. 100.000 Schülern, bereits ein Jahr später nehmen 11 Länder mit ca. 150.000 Schülern teil, im Schuljahr 1999/2000 14 europäische Länder mit ca. 250.000 Schülerinnen und Schülern. Der Wettbewerb wird seitdem jährlich wiederholt.

### **3.2.3 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION: EINFLUSS DER EU-IMPULSE INSGESAMT AUF DIE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND**

Abb. 33 vermittelt einen Überblick über die Impulse und ihre Wirkungen. Deutschland nimmt die Impulse der *EU- Bildungsminister* von 1988 zur Weiterentwicklung der ‚Gesundheitserziehung in Schulen‘ unmittelbar und zeitnah auf.

**Abbildung 33:** Die Impulse der *EU-Bildungsminister* und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland

**IMPULSE**

**1.) Entschlieung des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister vom 23.11.1988 zur Gesundheitserziehung in Schulen** (vgl. Europäische Gemeinschaften, 1989)

Die Entschlieung hat als Impuls mehrere Aspekte. Die EU – Bildungsminister

- betonen die Bedeutung dieses Themenfeldes für die gesundheitsförderliche Entwicklung der Schülerinnen und Schüler.
- fordern auf europäischer und einzelstaatlicher Ebene Maßnahmen für seine Weiterentwicklung zum Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule.
- weisen auf die Notwendigkeit einer themenbezogenen Qualifikation der Lehrerausbildung und Lehrerfortbildung hin.
- kündigen die Ausarbeitung einer Übersicht zur Gesundheitserziehung in Schulen in den EU-Mitgliedstaaten an, die die Planungsgrundlage der gemeinsam zu verantwortenden europäischen Weiterentwicklung dieses Bereiches sein soll.
- richten eine *EU – Arbeitsgruppe Gesundheitserziehung in Schulen* aus Vertretern der Mitgliedsstaaten ein, die die Kommission bei der Umsetzung der Entschlieung beraten soll.

**2.) Technischer Bericht der EG-Kommission von 1991 „Die Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Überblick, Vergleich und Analyse.“** (vgl. Draijer & Williams, 1991, und s. S. 94)

Der Bericht stellt die von den EU– Bildungsministern angekündigte Übersicht dar. Er fördert insbesondere die Weiterentwicklung des Fachunterrichtskonzeptes Gesundheitserziehung in Schulen konzeptionell zum Ansatz des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. So *fordert* er eine Verabschiedung von der „Gesundheitserziehung alten Stils, die darin bestand, Jugendliche über gesundheitliche Fragen zu unterrichten“ und empfiehlt Schulen einen „positiven Ansatz zu wählen, d.h. [Schülerinnen und Schüler] direkter in die Gestaltung ihrer eigenen Gesundheit und Lebensweise einzubeziehen.“

**WIRKUNG**

**Grundsätzlich – konzeptionell:**

**Bundesrat**

Benennung eines Beauftragten des Bundesrates (KMK- Experte) für die EU – Arbeitsgruppe Gesundheitserziehung in Schulen (vgl. Bundesrat, 1989)

- *Die EU-Entschlieung (1988) ermöglicht Deutschland über die KMK die direkte Beteiligung an ihrer europäischen Umsetzung und damit auch die nationale Partizipation an der themenbezogenen internationalen Weiterentwicklung*

**Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK)**

Bericht „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ (1992), (s. S. 94)

Nationale Rahmenrichtlinie (Empfehlung)

- *EG -Entschlieung (1988) ist Anlass und zugleich Rahmen des KMK –Berichtes; EG- Bericht (1991) unterstützt KMK bei Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung zu dem Schulentwicklungskonzept **Gesundheitsfördernde Schule***

**Projekt- und Zielgruppenbezogen:**

**Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein**

1<sup>st</sup> European Summer School “Nutrition Education in Health Promoting Schools“ (1991), (s.S. 96)

Internationale Experten – und Lehrerfortbildung

- *EG - Entschlieung (1988) ist Anlass und Rahmen der Sommerschule; EG- Bericht (1991) unterstützt inhaltlich die Integration ganzheitlicher **Ernährungserziehung** in das Konzept der **Gesundheitsfördernden Schule***

**Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein**

European Conference „Drug Prevention in Schools“ (1991), (s.S. 98)

Internationale Experten- und Lehrerfortbildung

- *EG- Entschlieung (1988) ist Anlass und Rahmen der Konferenz; EG- Bericht (1991) unterstützt inhaltlich die Integration von Suchtprävention in das Konzept der **Gesundheitsfördernden Schule***

**Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig – Holstein**

European Workshop “Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School“ (1996), (s.S. 100)

Internationale Experten - und Lehrerfortbildung

- *EG- Entschlieung (1988) ist Anlass und Rahmen der Konferenz; EG- Bericht (1991) unterstützt inhaltlich die Integration von **Prävention sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen** in das Konzept der **Gesundheitsfördernden Schule***

Die KMK begreift in der Folge ihrer Mitarbeit (ab 1989) in der *EU- Arbeitsgruppe Gesundheitserziehung in Schulen* den EU- Beschluss als Anlass für eine Situationsanalyse des Themenfeldes (1992) und leitet die Weiterentwicklung des Fachunterrichtskonzeptes *Gesundheitserziehung in Schulen* zum Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernden Schule* ein. Der Transfer wird praktisch unterstützt durch sinngemäße Bundesländerinitiativen (EU- Projekte) zur internationalen Lehrerfortbildung und Lehrplanarbeit.

Die inhaltlichen und praktischen Impulse des von den *EU-Gesundheitsministern* verantworteten EU- Programms *Europa gegen den Krebs* gelangen über EU- Projekte in Trägerschaft der zuständigen Senats- und Kultusverwaltungen nach Deutschland. Dank bedeutender finanzieller Ausstattung und fachlicher Kompetenz entwickelt das Programm das Potential, inhaltlich über das Themenfeld *Krebsprävention in Schulen*, den Paradigmenwechsel der Gesundheitserziehung in Schulen zur Gesundheitsfördernden Schule nachhaltig europaweit zu fördern oder zu stimulieren. Damit ist auch für Deutschland die aktive Teilnahme am Programm attraktiv: bei Teilnahme ist die Partizipation an einer gemeinsamen Weiterentwicklung der Themenbereiche *Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsförderung* garantiert und der Transfer ihrer Ergebnisse direkt möglich. Deutschland ergreift die Chance und beteiligt sich mit 7 z.T. umfangreichen mehrjährigen EU- Projekten so aktiv, dass es den durchschnittlichen finanziellen Förderrahmen für EU – Mitgliedsstaaten in Brüssel praktisch überschritt (3,1 Mio. ECU im Vergleich zu durchschnittlich 2,0 - 2,5 Mio. ECU). Abb. 34 veranschaulicht zusammenfassend die Impulse und die von ihnen ausgehenden Wirkungen durch die Projekte. Das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* wird zur inhaltlichen Basis aller deutschen EU – Projekte. Das EU- Programm *Europa gegen den Krebs* ermöglicht de facto eine innovative, allerdings europäisch durch die Förderschwerpunkte *Ernährungserziehung* und *Nichtraucherförderung* des Programms bestimmte Entwicklung eines für die Bildungspolitik und Pädagogik zu Beginn der 90er Jahre in Deutschland unbedeutenden Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen*. Insbesondere über die projektbedingten Maßnahmen der Lehrerfortbildung, der Lehrplanarbeit und über die inhaltliche Ausgestaltung der Projekte selbst wird der Lernbereich für Deutschland international pädagogisch aufgewertet, neu begründet und zur Gesundheitsförderung verbreitert.

**Abbildung 34:** Die Impulse der EU - Aktionspläne *Europa gegen den Krebs* und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland

<p style="text-align: center;"><b>IMPULSE</b></p> <p><b>Grundsätzlich – konzeptionelle (Konferenz-) Impulse</b></p> <p><b>1. Europäische Konferenz <i>Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in Schulen</i> Dublin 1990<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ wird ab 1990 zur Förderphilosophie der EU- Programme Europa gegen den Krebs</li> </ul> <p><b>The Second European Conference on <i>Health Education in Teacher Training</i> Rotterdam 1992<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ findet Eingang in die Lehrerbildung</li> </ul> <p><b>2. Europäische Konferenz <i>Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in Schulen</i> Dublin 1994<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Merkmal des Konzeptes ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ wird ihre systematische jahrgangsübergreifende Lehrplanarbeit (Spiralcurriculum) beschrieben und zur Entwicklung empfohlen</li> </ul> <p><b>Impulse aus Förderschwerpunkten der Aktionspläne</b> (vgl. Europäische Gemeinschaften, 1990 a, 1996 a)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementation und Evaluation unspezifischer Krebsprävention in Schulen</li> <li>• Förderschwerpunkte : Ernährungserziehung und Nichtraucherförderung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curriculumentwicklung</li> <li>• Innovative Lehrerfortbildung</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>WIRKUNG</b></p> <p><b>Deutsche EU- (Schul-) Projekte des Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> im Zeitraum 1990 - 2000</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EU- Projekt <i>Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen</i> (1991 - 1995): Ernährungserziehung und Nichtraucherförderung im Rahmen unspezifischer Krebsprävention im Sinne der Gesundheitsfördernden Schule (s. S.108).</li> <li>• EU- Projekt <i>Evaluation des Erlasses zum “Vertrieb von Esswaren und Getränken in Schulen der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein</i> von 1990 (1992 - 1994: Administrative Gesundheitsförderung -Verwaltungsregelung zur Ernährung in Schulen (s.S.114).</li> <li>• EU- Projekt <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i> (1993 - 1995): Entwicklung eines Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung in Schulen (s. S.116).</li> <li>• EU- Video- Projekt <i>Health Education and Cancer Prevention in Schools</i> (1994 - 1996): Themenbezogene Einführung in methodisch innovative Lehrerfortbildung im ganzheitlichen Sinne der Gesundheitsförderung (s. S.118).</li> <li>• EU- Projekt <i>The Life Skills Approach to Primary Prevention of Cigarette Smoking in Schools in Europe (‘Fit und stark fürs Leben‘)</i>. (1995 – 1998): Entwicklung eines Spiralcurriculums zur Nichtraucherförderung in Schulen (s. S.119).</li> <li>• EU- Projekt <i>Evaluation of the “European Guide Nutrition Education in Schools”</i> (1997 - 1999): Fortsetzung des Projektes von 1993 – 1995. Europaweite Evaluation des Guide und abschließende Publikation als Lehrerhandbuch ( s.S. 121).</li> <li>• EU- Projekt <i>The Smokefree Class Competition (, Be Smart - Don’t Start)</i> seit 1997. Förderung des Nichtrauchens durch unspezifische Prävention (Internationalen Schüler –Wettbewerb, s. S.123).</li> </ul> <hr/> <p>i) s. S.106</p>
--

### 3.3 IMPULSE DES EUROPARATES

Der Europarat wurde 1949 als *erste* politische Organisation nach dem Zweiten Weltkrieg in Europa gegründet. Er ist eine zwischenstaatliche Organisation mit Sitz in Straßburg, hat 44 Mitglieder (Stand: Januar 2001 (vgl. Europarat, 2003, S.1-2)) und folgende Ziele:

- „ - Schutz der Menschenrechte, der pluralistischen Demokratie und des Rechtsstaates;
- Förderung des Bewusstseins um die gemeinsame kulturelle Identität in ihrer ganzen Vielfalt, für deren ständige Weiterentwicklung der Europarat eintritt;
- Suche nach Lösungen für die gesellschaftlichen Probleme Europas (Diskriminierung von Minderheiten, Fremdenhass, Intoleranz, Umweltverschmutzung, Klonen von Menschen, AIDS, Drogen, organisiertes Verbrechen usw.;
- Konsolidierung der demokratischen Stabilität in Europa durch die Förderung politischer, gesetzgeberischer und verfassungsrechtlicher Reformen“ (Europarat, 2003, S.1).

Bei Verfolgung seiner Ziele greift er auch Themenbereiche der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung auf. Zwei derartige Initiativen erreichen Deutschland:

- Recommendation No R(88)7 of the Committee of Ministers to Member States *on school health education and the role and training of teachers* (18.04.88)
- Europarat – Pilotprojekt *Education for health-preventing dependence and addiction*

Beide Initiativen werden im Folgenden im Hinblick auf ihre Impulse und ihre Entwicklungswirkung analysiert.

#### 3.3.1 RECOMMENDATION No R(88)7 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES ON *SCHOOL HEALTH EDUCATION AND THE ROLE AND TRAINING OF TEACHERS* (18.04.88)

##### *Der internationale Impuls*

Die Empfehlung Nr. R(88)7 macht konzeptionelle Aussagen zur Gesundheitserziehung in Schulen und in diesem Zusammenhang auch über die Aufgaben und die Ausbildung der



Lehrkräfte. Von Bedeutung für Deutschland sind die inhaltlichen Ausführungen des dort formulierten Konzeptes der Gesundheitserziehung im Sinne einer Gesundheitsförderung.

*“1. Basic concepts*

1.1 Health is more than the absence of infirmity or illness, it is a quality of compromising social, mental, moral and emotional as well as physical dimensions. It is a dynamic asset to be acquired, defended and constantly rebuilt throughout life.

...

1.3 Health education in school implies that children and adolescents are confronted with formal and informal experiences enabling them to acquire attitudes and behaviour patterns which have a positive effect on their health, and are given the information and capacities required in order to make free decisions. It is different from other ‘taught’ school subjects in that it is an interdisciplinary activity which has to permeate the whole school life and extend into the community, and requires a personal commitment on the part of all those involved” (Council of Europe, 2003, p. 2).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

In dem Bericht der KMK ‚Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule‘ werden die Empfehlungen inhaltlich aufgegriffen und zu einer der Grundlagen des Berichtes gemacht:

„Eine erste gesamteuropäische Orientierungsgrundlage für alle Aspekte der Thematik [gemeint ist die Entwicklung zur Gesundheitsförderung] liegt in der Empfehlung des Europarates vom 18.4.1988 zur ‚Gesundheitserziehung in Schulen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Lehrer auf diesem Gebiet‘ vor“ (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S.6).

### **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

‚Prävention und Gesundheitsförderung‘ ist 1997 einer der Programmschwerpunkte der Lehrerfortbildung des *Niedersächsisches Landesinstitut für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung*. In der Begründung und inhaltlichen Festlegung des Fortbildungsschwerpunktes wird der Einfluss der Empfehlung als Grundlage der Entwicklung in Deutschland ausdrücklich betont:

*„Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule:*

Auf der Grundlage der Europarat-Empfehlungen zur Gesundheitserziehung von 1988 wurde in Deutschland von der Kultusministerkonferenz 1992 der Bericht ‚Zur Gesundheitserziehung in Schulen einschließlich der Aus – und Fortbildung auf diesem Gebiet‘ vorgelegt [Gemeint ist der Bericht der KMK vom 5./6.11.1992 ‚Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule‘ (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992)]. Gesundheitserziehung wird dort als ein wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule definiert.

Die Empfehlungen lehnen sich an die Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, deren Vertreterinnen und Vertreter 1986 auf der Konferenz in Ottawa Grundsätze zur Gesundheitsförderung

aufgestellt haben“ (Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik, 1996, S.146).

### **3.3.2 EUROPARAT- PROJEKT *EDUCATION FOR HEALTH: PREVENTING DEPENDENCE AND ADDICTION* 1985 - 1990**

#### ***Der internationale Impuls***

Das Projekt hat folgende Ziele:

„The Education for Health Pilot Projects Programme was established as a feasibility exercise with the following objectives:

- to test the practical use of the Education for Health guidelines developed by the Council of Europe in 1984
  - to test the applicability of the principles to diverse cultures and situations
  - to test the flexibility of the guidelines to reflect the needs of different communities
  - to stimulate, or initiate collaborative school- community education for health programmes”
- (Spratley, 1990, p.3)

*“Testing an education for health programme - the joint initiative of European institutions*

In 1984, the Council of Europe drew up an education for health programme to prevent dependence and addiction based on a holistic view of health education and health promotion, and intended to be developed in both school and the community.

In 1985, the World Health Organisation, the Commission of the European Communities and the Council of Europe agreed to join forces and to test the feasibility of this programme” (Council of Europe, World Health Organisation Regional Office for Europe & Commission of the European Communities, 1990, p.4).

#### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf Modellversuche und Projekte**

Aus Deutschland beteiligt sich der *Senator für Bildung und Wissenschaft der Freien Hansestadt Bremen* an dem Europaratprojekt. Das Bremer Projekt dieser Europaratinitiative, *Prävention in Obervieland*, versteht sich als settingbezogener Präventionsansatz, der den vom Europarat empfohlenen „Leitfaden“ zur Implementation von schulischer Gesundheitsförderung stadtteilbezogen implementieren und evaluieren soll:

„Ziel des Europarates ist es , den ‚Pink guide‘ [gemeint ist der in einem rosa Einband (pink) 1984 herausgegebene ‚Leitfaden‘ des Europarates *Education for Health: Preventing dependence and addiction*] auf seine Handhabbarkeit hin zu überprüfen, um Anregungen für Verbesserungen bzw. Veränderungen zu gewinnen. Um Suchtprävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren, wird angestrebt, nach der

Erprobungsphase und Auswertung der Evaluationsergebnisse ein Handbuch zu erstellen, das im gesamten europäischen Raum angewendet werden kann.

...

Im Guide wird sehr detailliert und stringend beschrieben, wie ein Projekt entstehen sollte und wie und in welcher Reihenfolge die einzelnen Schritte zu gehen sind. In der praktischen Arbeit in Obervieland hat sich sehr bald gezeigt, dass das beschriebene Konzept nur sehr schwer umsetzbar ist. Es erwies sich als zu theoretisch, zu wenig praxisorientiert und ließ den Ausführenden zu wenig Spielraum. Ähnliche Erfahrungen wurden auch in den anderen europäischen Projekten gemacht. Der Guide ist daraufhin gründlich überarbeitet worden und liegt inzwischen in einer veränderten Fassung vor“ (Freie und Hansestadt Bremen. Der Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst, 1990, S.4).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Mit Beginn des Schuljahres 1991/1992 führt das *Wissenschaftliche Institut für Schulpraxis Bremen* das Präventionsverständnis des Bremer Europarat-Projektes in die Bremer Lehrerfortbildung ein:

*„Die Schule im Mittelpunkt stadtteilorientierter Prävention*

Die Öffnung der Schule in den Stadtteil ist eine notwendige Voraussetzung zur Einbeziehung des Stadtteils in präventive Arbeit. Im Europaratprojekt ‚Prävention in Obervieland‘ und in anderen Ansätzen stadtteilorientierter Prävention in Bremen wurden Erfahrungen gemacht, die an interessierte Kollegien weitergegeben werden können. Stadtteilorientierte Prävention erzielt durch die Kooperation von Schule und außerschulischen Institutionen eine höhere Effektivität und größere Zufriedenheit bei allen Beteiligten“ (Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen, 1991, S.124).

Die Fortbildungsveranstaltung stößt auf reges Interesse bei Lehrkräften und wird deshalb in den Folgejahren mit gleichem Ausschreibungstext regelmäßig wiederholt (vgl. Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen, 1992 a, 1992 b, 1993, 1994; Landesinstitut für Schule Bremen, 1998).

Bei der vom *Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule* 1990 durchgeführten zentralen Lehrerfortbildungsveranstaltung ‚Schule und Gesundheit - Freude am Leben‘ werden die Bremer Erfahrungen des Europarat-Projektes in die schleswig-holsteinische Lehrerfortbildung eingeführt. Als inhaltlicher Rahmen der Bremer Erfahrungen gilt das Verständnis einer *Gesundheitsfördernden Schule* im Sinne von *Jan Young* und *Trefor Williams* (vgl. Young & Williams, 1989). Ausgehend davon (vgl. Günther, 1990) wird der gewählte Zugang zur stadtteilorientierter Prävention erläutert:

*„Initiierung der Gesundheitsförderung im Stadtteil*

Es gibt verschiedene Möglichkeiten für Schule, sich zum Stadtteil hin zu öffnen. Wir haben inzwischen Erfahrungen mit 3 Ansätzen gesammelt:

*Das Stadtteilprojekt*

...

Ausgangspunkt sollte das Schulzentrum im Stadtteil sein. Eine Öffnung der Schule in den Stadtteil und die Mitwirkung außerschulischer Instanzen sollten angestrebt werden. So wurde ein Treffen zwischen

dem Schulleiter des Stadtteil- Schulzentrums, dem Ortsamtleiter, einer Vertreterin der sozialen Dienste des Stadtteiles und einem Präventionsspezialisten als eine Art Gründungsversammlung verabredet. Der nächste Schritt war dann die Vorstellung der Ideen im Kollegium, das jedoch insgesamt wenig Begeisterung zeigte. Trotz der allgemeinen Ablehnung fanden sich jedoch einige Lehrerinnen und Lehrer, die bereit waren, ihre eigenen gesundheitserzieherischen Interessen mit Hilfe von anderen in die Tat umzusetzen. Es entstanden einige Teilprojekte, die man getrost als „Steckenpferde“ der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bezeichnen konnte, die aber durchaus (oder vielleicht gerade deswegen) ihren verdienten Platz in diesem stadtteilbezogenen Ansatz hatten.

...

#### *Die Stadtteilkonferenz*

Ein zweiter Ansatz ist die „Benutzung“ bestehender Regionalkonferenzen, die es in vielen Gemeinden, Stadtteilen und Städten gibt. In solchen Konferenzen sitzen oft bereits Vertreterinnen und Vertreter verschiedenster Institutionen zusammen und sprechen über ihre Arbeit. Bei diesem Ansatz geht es darum, Inhalte der Gesundheitsförderung in diese Konferenzen einzubringen, bei der Umsetzung von Aktivitäten mitzuhelfen, sich zu beteiligen und andere zu motivieren.

...

#### *Aufnehmen eines Phänomens im Stadtteil*

Ein wiederum anderer Ansatz ist das Aufgreifen eines Problems wie z.B. das Auftreten von Neonazis, der Zerstörungsdrang von Schülern oder Drogenvorfälle in oder außerhalb der Schule.

Als erster Schritt empfiehlt es sich, Interessierte zu diesem Thema aus der Schule und dem außerschulischen Bereich einzuladen. Es erfordert zwar Geschick, die Diskussion über die Wege zu einer Lösung des Problems in präventive Bahnen zu lenken, da auch immer „Hauruck - Lösungen“ ins Gespräch gebracht werden, nach unseren Erfahrungen ist jedoch der Ansatz der Gesundheitsförderung so plausibel, dass er sich letztlich durchsetzt“ (Günther, 1990, S.43-45).

### **3.3.3 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION: EINFLUSS DER IMPULSE DES EUROPARATES**

Die Wirkung der *Empfehlungen von 1988* ist in Deutschland begrenzt, sie bezieht sich auf die Übernahme inhaltlich konzeptioneller Aussagen. Immerhin ist es aber die KMK, die sich die durch die Empfehlungen vorgezeichnete Entwicklungsrichtung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in Schulen als Orientierungsrahmen zu Eigen macht.

Die Wirkung des *Bremer Teilprojektes der Europaratsinitiative* von 1985 bis 1990 bleibt, bis auf eine einmalige projektbezogene Lehrerfortbildung in Schleswig-Holstein, auf das Bundesland Bremen begrenzt. In Bremen allerdings werden nach Abschluss des Projektes ab 1991 regelmäßig Lehrerfortbildungsveranstaltungen angeboten, die den stadtteilbezogenen Präventionsansatz der Gesundheitsförderung thematisieren. Die Tatsache der Regelmäßigkeit der Veranstaltungen dokumentiert den fachspezifischen Fortbildungsbedarf der Lehrkräfte. Abb. 35 dokumentiert zusammenfassend die Wirkung der Europaratimpulse auf die Entwicklung in Deutschland.

**Abbildung 35:** Die Impulse des Europarates und ihre Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland

IMPULSE
<p><b>1.) Recommendation No R (88)7 of the Committee of Ministers to Member States on school health education and the role and training of teachers (1988)</b>, (vgl. Council of Europe, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ganzheitliches, vom Verständnis der Gesundheitsförderung geprägtes Konzept der Gesundheitserziehung in Schulen</i></li> </ul> <p><b>2.) Europarat- Pilotprojekt „Education for Health: Preventing dependence and addiction“ (1985 – 1990)</b>, (s.S.138)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Implementation und Evaluation eines „Leitfadens“ (Lehrerhandbuch) zur Einführung von Gesundheitsförderung als stadtteilbezogene Suchtprävention</i></li> </ul>
WIRKUNGEN
<p><b>Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK)</b>, ( s. S.137) Bericht der KMK vom 05./06.11. 1992 „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlungen des Europarates (1988) wirken auf die KMK als gesamteuropäische Orientierungsgrundlage und werden von ihr als Basis des KMK- Berichtes übernommen</li> </ul> <p><b>Niedersächsisches Landesinstitut für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung (NLI)</b>, (s.S. 137) Lehrer- Fortbildungsschwerpunkt „Prävention und Gesundheitsförderung“ 1997</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlungen des Europarates (1988) bewirken als eine der Grundlagen des Berichts der KMK die dort vorgenommene Definition der Gesundheitserziehung als Bildungs- und Erziehungsauftrag und die Übernahme des Auftrages in die Lehrerfortbildung</li> </ul> <p><b>Senator für Bildung und Wissenschaft der Freien Hansestadt Bremen</b> Bremer Europaratprojekt „Prävention in Obervieland“ 1985 – 1990 (s. S.138)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Projektinitiative des Europarates <i>Education for Health: Preventing dependence and addiction</i> bewirkt die Teilnahme Bremens an dem europäischen Projekt mit einem stadtteilbezogenen Präventionsansatz. Damit wird in Bremen die Entwicklung zu einer stadtteilbezogenen, ganzheitlich orientierten Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung als Konzept der Suchtprävention eingeleitet</li> </ul> <p><b>Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Bremen</b> Regelmäßige Lehrerfortbildungsangebote zur stadtteilorientierten Prävention (s. S.139)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Abschluss des Bremer Europaratprojektes werden ab 1991 praktisch jährlich regelmäßig die Projektergebnisse als Lehrerfortbildungsveranstaltungen für Kollegien angeboten. Diese Dissemination der Versuchsergebnisse trägt den konzeptionellen Suchtpräventionsansatz ganzheitlicher Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung breit in Bremer Schulen</li> </ul> <p><b>Landesinstitut Schleswig – Holstein für Praxis und Theorie der Schule</b> Zentrale Lehrerfortbildung 1990 (s. S.139)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor Lehrerfortbildnern werden die Projektergebnisse des Bremer Europaratprojektes im Hinblick auf die Implementation der Gesundheitsfördernden Schule in Stadtteilen vorgestellt. Inhaltlich wird dabei als konzeptionelle Leitlinie auf den Ansatz der <i>Gesundheitsfördernden Schule</i> von Young &amp; Williams (1989) zurückgegriffen</li> </ul>

### 3.4 IMPULSE DES *EUROPEAN NETWORK OF HEALTH PROMOTING SCHOOLS*

Gesundheitserziehung in Schulen und das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* gewinnen in Europa im Rahmen der Gesundheits- und Bildungspolitik in den 80er und Anfang der 90er Jahre erheblich an Bedeutung. Die Empfehlung des Europarates von 1988 ‚Gesundheitserziehung in Schulen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Lehrer auf diesem Gebiet‘ (s. S.138), die Entschließung der EU- Bildungsminister von 1988 ‚Zur Gesundheitserziehung in Schulen‘ (s. S.93) oder das EU- Programm ‚Europa gegen den Krebs 1990 - 1994‘ (s. S.105) dokumentieren diese Entwicklung beispielhaft. In diesem Zusammenhang werden international und national immer häufiger Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Themenfeldes unterstützt. So erkennen die Europäische Kommission, die WHO (Regionalbüro für Europa) und auch der Europarat in zunehmendem Maße die Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes zur Förderung der Gesundheit junger Menschen. Ein besonderes Ergebnis dieser Entwicklung ist der Aufbau eines *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen*. Es wird gegründet, um in den Mitgliedsstaaten der EU, des Europarates und der Europa- Region der WHO Verbindungen zwischen Modellschulen zu schaffen, die zeigen sollen, wie Gesundheitsförderung in Schulen, insbesondere aber das Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*, implementiert werden kann und wie sie sich auf Schulen auswirken. Die Projektschulen sollen ihre Erfahrungen an die Gesundheits- und Bildungsinstitutionen weiterleiten sowie Impulse für die Politik und die praktische Umsetzung auf nationaler und internationaler Ebene geben.

Das Netzwerk beginnt als WHO- Projekt 1991 zunächst in den drei osteuropäischen Staaten Polen, Ungarn und (damals) CSFR. 1992 wird es von den drei internationalen Organisationen offiziell als Gemeinschaftsprojekt gegründet und europaweit ausgelegt. Damit ist es offen für weitere Mitglieder. Deutschland tritt dem Netzwerk Ende 1993 (s. Anhang 19) über seinen BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* bei. 1997 hat es bereits 37 Teilnehmerstaaten. Eine herausragende politische Bedeutung erfährt das Netzwerk deshalb, weil es das erste und über Jahre hinweg einzige gesundheits- und bildungspolitische Gemeinschaftsprojekt der drei internationalen Organisationen ist. Aus der Vielzahl der

Impulse des Netzwerkes erlangen in Deutschland im Hinblick auf die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* folgende Impulse grundsätzliche und nachhaltige Bedeutung:

- Das *Konzept* der Gesundheitsfördernden Schule
- Die *Kriterien* für die Aufnahme von Schulen in das Netzwerk
- Das *Konzept* des Networking
- Die (inhaltliche und politische) *Attraktion* eines internationalen Pilotprojektes
- Der Anspruch auf Evaluation, sowohl auf Evaluation (Feldforschung bzw. Beforschung) des Europäischen Netzwerkes als auch auf Implementation der Evaluation in die nationalen Netzwerken

### 3.4.1 KONZEPT GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULE

*Vorbemerkung:*

Das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ des Gemeinschaftsprojektes wird 1993 von seinen drei internationalen Trägern WHO, EG und Europarat vorgelegt. Inhaltlich geht sein Ansatz, was durch diese Untersuchung erstmals offen gelegt werden kann, im Wesentlichen und z.T. sogar wörtlich (ohne Quellenhinweis) auf Trefor Williams und Jan Young (1989) zurück, die die Philosophie einer ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ im Auftrag der Scottish Health Education Group und der WHO erarbeiteten (Young & Williams, 1989). Das internationale Gemeinschaftsprojekt adaptiert den Konzeptansatz von Trefor Williams und Jan Young und greift den politischen Meinungsbildungsprozess zur Gesundheitsförderung insbesondere im Zusammenhang mit der Ottawa- Charta von 1986 (s. S.38) auf. Es organisiert und unterstützt die modellhafte Implementation der Gesundheitsförderung in Schulen. Sein Grundgedanke ist die Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung mit Hilfe der Gesundheitsfördernden Schule.

Das Konzept ist als Impuls für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Es wird im Folgenden wörtlich aufgegriffen, seine Wirkung auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte
- Besondere Publikationen

#### ***Der internationale Impuls***

Das Europäische Netzwerk *Gesundheitsfördernde Schulen* fordert von seinen Mitgliedern die modellhafte Realisierung der *Gesundheitsfördernden Schule*. Dazu gibt es ihnen folgendes Konzept als verbindliche Leitlinie vor:

„Das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*

1. Die Gesundheitsfördernde Schule strebt gesunde Lebensweisen für die gesamte Schulbevölkerung an, und zwar durch ein stützendes, der Förderung der Gesundheit dienliches Umfeld. Sie bietet Möglichkeiten, verlangt aber auch das engagierte Eintreten für eine sichere, die Gesundheit stärkende soziale und physische Umwelt.

...

3. Die WHO, die Kommission der Europäischen Gemeinschaften und der Europarat wollen gemeinsam ein europäisches Netz Gesundheitsfördernder Schulen unterstützen. Diese Schulen sollen:

- durch Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. ein *gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld schaffen:*

- *das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern;*
  - *zu gesunden Lebensweisen anhalten* und Schülern wie Lehrern realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten;
  - *es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential auszuschöpfen* und ihre Selbstachtung fördern;
  - für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) *klare Ziele vorschreiben* [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33 Nr. 3];
  - *gute Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern und unter den Schülern selbst* sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33, Nr. 2 und 6];
  - die *Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen* zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung *ausloten* [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33 Nr. 11];
  - mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein *kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen* [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33 Nr. 7];
  - *den Schülern das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben*, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33 Nr. 1];
  - *die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne* als Bildungsressource *begreifen*, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzen der Gesundheitsversorgung zu entwickeln [vgl. Young & Williams, 1989, S. 33 Nr. 12]“
- (WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 1) .

Das Quellenstudium dieses internationalen Impulses führt zu der Erkenntnis, dass die Quelle des internationalen *Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule* der von Trefor Williams und Jan Young 1989 vorgelegte Report *The Healthy School* ist (vgl. Young & Williams, 1989). Warum die internationalen Projektträger die Quelle ihrer Erkenntnis nicht nennen und dies später bei noch stärkerer Inanspruchnahme (s. S.148) auch nicht tun, ist rätselhaft, zumal die Quelle, also Trefor Williams und Jan Young, im Auftrag eines der drei Träger (WHO) ihren Report erarbeitete und publizierte. Insbesondere wirkt die in dem Report veröffentlichte *Health Promoting School Checklist* (Young & Williams, 1989, p.33) als „Blaupause“ für das internationale Konzept vollinhaltlich durch. Anhang 11 und 12 veranschaulichen durch die Gegenüberstellung des Originals und der „Adaptation“ den Zusammenhang.

### **Analyse (1) Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Das Kultusministerium Sachsen-Anhalt vollzieht 1996 den Entwicklungsschritt von der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in der Schule zu dem Ansatz der *Gesundheitsfördernden Schule* als Konzept für eine Schulorganisationsentwicklung. Es greift dabei wörtlich auf das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule des Europäischen Netzwerkes *Gesundheitsfördernde Schulen* zurück:



*„Empfehlungen zur Schulorganisationsentwicklung - die Gesundheitsfördernde Schule*

Immer mehr Schulen finden die Idee interessant, ihre Schule in ihrer Gesamtheit gesundheitsförderlicher zu gestalten. Sie bemühen sich darum, im Unterricht, im Schulleben und im schulischen Umfeld gesundheitsförderliche Bedingungen zu realisieren. In einer solchen Perspektive stehen dann nicht mehr die Personen und ihr problematisches gesundheitliches Verhalten im Vordergrund, sondern das ‚Setting‘ Schule. Damit ist der Schritt von der Gesundheitserziehung und -förderung *in* der Schule zur *Gesundheitsfördernden Schule* vollzogen. Das Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt eine Idee davon, wie eine solche Schule beschaffen sein könnte. Danach soll die Gesundheitsfördernde Schule ... [Es folgen, als wörtliches Zitat, die vom *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* formulierten Projektziele der Schulen (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 1; s. S. 134)]“ (Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt, 1996 a, S. 22 – 23).

## **Analyse (2) Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und EU - Projekte**

Das *Ministerium für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein* führt 1993 die *Internationale Fachtagung „Spuren zeigen, Spuren suchen“* durch. Sie stellt die Verbindung her zwischen dem 1993 zu Ende gehenden BLK-Modellversuch ‚Gesundheitsförderung im schulischen Alltag‘ und dem im gleichen Jahr beginnenden BLK- Modellversuch Netzwerk ‚Gesundheitsfördernde Schulen‘, der mit Versuchsbeginn Mitglied des Europäischen Netzwerkes *Gesundheitsfördernde Schulen* wird. Auf der Fachtagung wird durch das im WHO- Regionalbüro für Europa angesiedelte Technische Sekretariat des Europäischen Netzwerkes *Gesundheitsfördernde Schulen* die Implementation und das Management des europaweiten Starts des Netzwerkes erläutert und das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* als Philosophie des internationalen Gemeinschaftsprojektes und gleichzeitig auch als Leitlinie für den gerade beginnenden deutschen BLK- Modellversuch ‚Netzwerk *Gesundheitsfördernde Schulen*‘ (1993 – 1997) wörtlich eingeführt (vgl. Macdonald, 1994, S.94).

Das Konzept wird 1997 auch von dem neuen BLK – Modellversuch ‚OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit‘ (1997 – 2000) aufgenommen und wörtlich anlässlich der Auftaktveranstaltung des *OPUS - Teilversuchs Hamburg* im Sinne des Lebensweisenkonzeptes der WHO als inhaltliche Leitlinie auch für diesen Versuch eingeführt:

„Zum ‚Europäischen Netzwerk *Gesundheitsfördernde Schulen*‘ ist ein Heft zum Konzept, zur Struktur und zur Aufnahme in den Verbund erschienen. Der Schlüsselsatz darin lautet: ‚Die *Gesundheitsfördernde Schule* strebt gesunde Lebensweisen für die gesamte Schulbevölkerung an, und zwar durch ein stützendes, der Förderung der Gesundheit dienliches Umfeld. Sie bietet Möglichkeiten, verlangt aber auch das engagierte Eintreten für eine sichere, die Gesundheit stärkende soziale und physische Umwelt.‘

Das WHO- Konzept der Gesundheitsfördernden Schule umfasst folgende Zielsetzungen: [es folgen als wörtliche Zitate die Projektziele für Schulen (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 1; s. S.134)“ (Hollmann, 1998, S.13).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch besondere Publikationen**

Innerhalb des Schwerpunktthemas ‚Gesunde Schule in Niedersachsen‘ wird in der vom *Niedersächsischen Kultusminister* herausgegeben Zeitschrift *Beispiele: In Niedersachsen Schule machen* 1/97 das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule wörtlich übernommen und seine Vielfältigkeit im Hinblick auf die Implementationsmöglichkeiten in Schulen hervorgehoben:

„Ausgehend von diesen allgemeinen Anliegen sind von der WHO [gemeint ist hier das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*] in zehn Zielen die wesentlichen Inhalte der Gesundheitsfördernden Schule zusammengefasst worden ... [es folgt in wörtlicher Übernahme als Übersicht eine Abbildung der 10 Ziele der Gesundheitsfördernden Schule (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap.1; s .S.134)]. Diese Zusammenstellung der Ziele gibt zugleich auch den Blick frei auf die Vielfalt der Ansatzpunkte, von denen aus die Schule zu einer gesundheitsfördernden Schule umgestaltet werden kann“ (Paulus, 1997, S.30-31).

### **Interpretation: Konzept der Gesundheitsfördernden Schule des „Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen“. Die Auswirkungen seines Impulses auf die Entwicklung in Deutschland**

Abb. 36 verdeutlicht die breite Streuung des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* in Deutschland. Dies gelingt insbesondere über die BLK- Modellversuche der Jahre 1993 bis 2000, an denen praktisch alle (13 bzw. 15 von 16) Bundesländer teilnehmen. Ihre inhaltliche Leitlinie ist das europäische Konzept. Damit erhalten Schulen de facto einen Leitfaden an die Hand, der ihnen ,im Sinne der Ottawa- Charta, die Einführung der Gesundheitsförderung in Schulen zunächst als Lernbereich, später als Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule* ermöglicht.

**Abbildung 36:** Das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen: der Impuls und seine Wirkung auf die Entwicklung in Deutschland

### IMPULS

#### **Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen**

*Das Konzept der Gesundheitsfördernde Schule*

- Adaptation (ohne Quellenhinweis) des Ansatzes und vor allem der *Health Promoting School Checklist* von Young & Williams (1989, S.33)

### WIRKUNG

#### **Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein**

*Internationale Fachtagung „Spuren zeigen, Spuren suchen“ (1999)*

- Einführung des Konzeptes als inhaltliche Leitlinie für den **BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (1993 – 1997)** und Aufnahme des Konzeptes durch die den Modellversuch mittragenden 13 Bundesländer

#### **Kultusministerium Sachsen- Anhalt**

*Broschüre „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung: Grundsätze und Anregungen für die Schulpraxis“ (1996)*

- Im Zusammenhang mit dem „ministeriellen“ Entwicklungsschritt von der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in der Schule zu dem Ansatz der **Gesundheitsfördernden Schule** als Ansatz für eine Schulorganisationsentwicklung wird das Konzept als beispielhafte Umsetzungsmöglichkeit genannt und Schulen Sachsen- Anhalts zur Einführung empfohlen .

#### **Beispiele: In Niedersachsen Schule machen 1/97. Zeitschrift des Friedrich Verlages und des Niedersächsischen Kultusministeriums**

*Schwerpunktthema: Gesunde Schule (1997)*

- Einführung des Konzeptes in die Schulöffentlichkeit in Verbindung mit dem Hinweis auf Vielfältigkeit der Gestaltungsmöglichkeiten des Ansatzes

#### **Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung**

*Gesundheitsförderung und Schulprogramm. Perspektiven für Hamburg im **BLK- Modellversuch OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit.** (1997 – 2000) Auftaktveranstaltung des OPUS- Teilprojektes Hamburg (1997)*

- Wiederaufnahme und Weiterführung des Konzeptes als Leitlinie des neuen BLK-Modellversuches auch durch die den Modellversuch mittragenden 15 Bundesländer

### 3.4.2 KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DAS NETZWERK

*Vorbemerkung:*

*Das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen versteht sich - ähnlich wie deutsche BLK-Modellversuche - als Modellprojekt, in dem bestimmte Maßnahmen beispielhaft implementiert und evaluiert werden. Aus versuchsbedingten Gründen muss insofern die Zahl der mitarbeitenden Schulen begrenzt sein. Infrage kommende Schulen müssen zudem inhaltlich themenbezogen Kriterien für die Aufnahme in das Netzwerk erfüllen. Die vom internationalen Gemeinschaftsprojekt bei Projektbeginn 1993 festgelegten und ausformulierten Kriterien stellen, geringfügig redaktionell geglättet, in vollständiger wörtlicher Übernahme die ‚Health Promoting School Checklist‘ (Young & Williams, 1989, p.33) dar - ohne Quellenhinweis. Die Anhänge 14 und 15 stellen beide Fassungen zum Vergleich gegenüber.*

*Diese Aufnahmekriterien sind als Impuls für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Sie werden im Folgenden wörtlich aufgegriffen, ihre Wirkung auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:*

- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

#### ***Der internationale Impuls***

Die vom Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen festgelegten Kriterien beinhalten im Wesentlichen zwei große Themenbereiche. Einerseits handelt es sich um die inhaltlichen Anforderungen, die im Kontext zum Konzeptansatz der *Gesundheitsfördernden Schule* stehen (s. S.143) und ergänzt werden durch die überwiegend wörtliche Übernahme (ohne Quellenhinweis) der ‚Health Promoting School Checklist‘ (Young & Williams, 1989, p.33; s. Anhang 11 und 12). Andererseits sind es, in inhaltlicher Verbindung ergänzend, speziell zu erfüllende Versuchscharakteristika, wie z. B.:

*„Countries and schools participating in the European Network should:*

- *design* a health-promoting school project plan for a minimum of three years;
- *form* a school project team and give the project definite high priority in school activities;
- *implement* projects to tackle issues which are important locally and at the same time have European relevance, so that such projects can subsequently be used as models of good practice;
- *implement* activities, which demonstrably promote the health of young people, foster solidarity and support attitudes and behaviour favouring responsibility for personal and community health and greater safety awareness;
- *make* all necessary arrangements to ensure the visibility and credibility of activities related to the health promotion school project and facilitate the evaluation and dissemination of results”

(WHO Regional Office for Europe, 1993, chap. 4).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU -) Projekte**

Die *Senats- und Kultusverwaltungen der Länder* orientieren ihre Entscheidungen über die Benennung von Schulen als Projektschulen des deutschen *BLK- Modellversuchs Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 bis 1997) an den internationalen Aufnahmekriterien für Schulen des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen*. Der insofern durch die Kriterien operationalisierte Ansatz des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule wird, auch in der Folge von Praxishandeln der Verwaltungen, durch die Übernahme der Kriterien erneut vollinhaltlich von ihnen übernommen. Sie machen den infrage kommenden Schulen die internationalen Kriterien zugänglich. Die Schulen treffen dann, nach interner Auseinandersetzung mit den Kriterien, ihre Entscheidung über die Teilnahme am Netzwerk in Schulkonferenzen und bewerben sich gegebenenfalls bei ihren Verwaltungen für eine förmliche Benennung.

Die *Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung* macht über ihre Berichterstattung der Ergebnisse des Hamburger Teilprojektes des BLK – Modellversuches ‚Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen‘ (1993 – 1997) allen Hamburger Schulen die Kriterien wörtlich zugänglich und unterstreicht in diesem Zusammenhang nochmals die Bedeutung, die diese Aufnahmekriterien für die Projektschulen haben:

„Die teilnehmenden Schulen mussten sich entsprechend den „Kriterien für die Aufnahme in den Verbund“ damit einverstanden erklären, auf die Erfüllung von 12 Kriterien hinzuarbeiten, einen vier Jahre umfassenden Schulprojektplan aufstellen sowie ein Schulprojektteam bilden und dem Projekt in den schulischen Tätigkeiten einen festen hohen Stellenwert einräumen. Nach zwei Jahren konnten sich weitere Schulen, die sich aufgrund von Beschlüssen in den Schulgremien den Kriterien verpflichteten, dem Netzwerk assoziieren“ (Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, 1997 a, S.5).

Bei der Auftaktveranstaltung des Hamburger Teilprojektes des BLK- Modellversuches *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 - 2000) wird, im Zusammenhang mit der „Anwerbung“ weiterer Schulen als *assoziierte Schulen* im Netzwerk mitzuarbeiten, auf die Bedeutung der dort auch wörtlich zitierten Aufnahmekriterien verwiesen:

„Wir laden Sie ein, sich dem Netzwerk zu assoziieren und dabei die Erfahrungen der bestehenden Netzwerkschulen sowie die Unterstützung unseres Koordinationsteams zu nutzen.

Wir haben aber auch Erwartungen an eine assoziierte Schule. Wir erwarten, dass Sie und Ihre Schule - bzw. die sie repräsentierenden Gremien - sich mit den Kriterien für die Aufnahme in den Verbund einverstanden erklären [es folgen in wörtlicher Übernahme die WHO- Aufnahmekriterien (vgl. WHO

Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 4)]“ (Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, 1998, S.14-15).

Die *Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein* gibt als Ergebnis des EU- Projektes *Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools* das Lehrerhandbuch „The European Guide „Nutrition Education in Schools“ heraus’ (s. S. 116). Auf dem Hintergrund der Diskussion um die strukturelle Einführung des Themenbereiches Ernährungserziehung in *Gesundheitsfördernden Schulen*, die das Handbuch beansprucht, setzt es sich ausdrücklich mit den 12 Kriterien für die Aufnahme von Schulen in das Europäische Netzwerk bzw. mit dem Themenfeld Gesundheitsfördernde Schule auseinander. Die Kriterien werden insgesamt wörtlich eingeführt (vgl. Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez – Rodrigo & Snel, 1995, p.161), ihre zugrunde liegende Philosophie der *Gesundheitsfördernden Schule* bestätigt und um zwei Merkmale erweitert:

„The joined WHO- EU- CE project ‘European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)’ has also focused discussion on what exactly a HPS is.

...  
The requirements for joining the ENHPS provide more on the philosophy of the HPS [es wird auf die in den Anhang der Veröffentlichung aufgenommene wörtliche Wiedergabe der 12 Aufnahmekriterien verwiesen].

Other key features of the HPS are:

- a *child centered* approach is essential. This means with what children and young people know and how they see the world. It means taking their point of view seriously and respecting what they think and feel. It also means actively involving pupils in the health promoting process.
- there is a *spiral curriculum* of planned educational activities. That is, health education is provided for all age groups, in a cross- curricular fashion, with coordination between the taught curriculum, the whole school and the family/community dimension. Topics are introduced at the appropriate level for each age group and returned to in a planned sequence. Health and healthy lifestyles should be seen as a permeating all aspects of classroom and school life”

(Arnhold , Dixey, Heindl, Loureiro, Perez – Rodrigo & Snel, 1995, pp.14-15).

### **Interpretation: Kriterien für die Aufnahme von Schulen in das Netzwerk und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung in Deutschland**

Im Zusammenhang mit dem Entscheidungsverfahren über die Benennung von Projektschulen für die BLK- Modellversuche *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und z.T. für den BLK- Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* machen die Senats- und Kultusverwaltungen von 13 bzw. 15 Bundesländern sich die internationalen Aufnahmekriterien zu Eigen und interpretieren sie auch als nationale Aufnahmekriterien ihrer BLK- Projektschulen. Schleswig- Holstein führt sie zudem in ein EU-Projekt als Basis eines Spiralcurriculums zur Ernährungserziehung ein. Abb. 37

fasst die Auswirkungen des Impulses *Aufnahmekriterien* zusammen und verdeutlicht den Einfluss.

**Abbildung 37:** Die Kriterien für die Aufnahme in das Netzwerk und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung in Deutschland

<p style="text-align: center;"><b>IMPULS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>WHO, EG und Europarat</b>  <b>Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (1993 – 2000)</b>          Kriterien für die Aufnahme in das Netzwerk (Überwiegend wörtliche Übernahme, ohne Quellenhinweis, der <i>Health Promoting School Checklist</i> (Young &amp; Williams, 1989, p.33))</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;"><b>WIRKUNG</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Senats- und Kultusverwaltungen von 13 Bundesländern</b>          Administration des BLK- Modellversuches <i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> 1993 – 1997</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaltungen nehmen die Kriterien auf und zum Maßstab der Benennung von Projektschulen für den BLK- Modellversuch</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung</b>          Berichterstattung der Ergebnisse des Hamburger Teilprojektes des BLK- Modellversuchs <i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> und Auftaktveranstaltung des Hamburger Teilprojektes des von <b>15 Bundesländern</b> getragenen BLK- Modellversuches <i>OPUS: Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behörde disseminiert die Kriterien gezielt unter Hamburger Schulen und fordert auch von neuen, „assozierten“ Netzwerkschulen eine Verpflichtung auf diese Kriterien</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein</b>          EU- Projekt <i>Core Guidelines of Nutrition Education in Health Promoting Schools</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das vom Projekt entwickelte <i>Spiralcurriculum zur Ernährungserziehung</i> macht die Kriterien zur Grundlage seiner von Gesundheitsfördernden Schulen zu vermittelnden Ernährungserziehung</li> </ul>
--

### 3.4.3 KONZEPT DES NETWORKING

*Vorbemerkung:*

*Networking bzw. vernetzte Zusammenarbeit ist konstitutives Merkmal des „Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“. Dabei geht es um themenbezogene, planmäßig vernetzte Kooperation aller Funktionsträger und Ebenen des Netzwerkes. National und transnational miteinander vernetzt werden Schulen, Lehrerfortbildung, Projektunterstützungszentren, Bildungsverwaltungen und die das Projekt tragenden internationalen Organisationen (WHO, EU und Europarat).*

*Das Konzept des Networking ist als Impuls für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Es wird im Folgenden wörtlich aufgegriffen, seine Wirkung auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflussebenen werden erreicht:*

- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte

### ***Der internationale Impuls***

Die Einrichtung eines *Netzwerkes* wird von seinen drei internationalen Trägern gesundheits- und bildungspolitisch begründet, die Aufgabe formuliert und die Struktur der Vernetzung dezentral verstanden:

„Ein *Europäisches Netz Gesundheitsfördernder Schulen* ist ein wirksames Mittel zum Erfahrungs- und Informationsaustausch und zur Weitergabe modellhafter, guter Praxisbeispiele, weshalb Gesundheits- und Bildungsexperten, Regierungspolitiker, Wissenschaftler und Lehrer auf verschiedenen Tagungen und internationalen Konferenzen der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, des Europarates und der WHO wiederholt zur Schaffung eines solchen Verbundes aufgefordert haben“ (WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 1).

#### ***„Die Struktur der Vernetzung***

Der Verbund sollte von seiner Struktur her möglichst dezentralisiert sein. Effektives Management und wirksame Koordination an einzelnen Schulen, in den Mitgliedsstaaten und auf europäischer Ebene setzen vor allem voraus:

- die Auswahl der Schulen (etwa 10 in jedem Mitgliedstaat)
- die Ernennung eines Schulprojektteams und Schulprojektmanagers an den Schulen
- die Ermittlung eines unterstützenden Projektzentrums und die Ernennung eines nationalen Koordinators auf Landesebene,
- die Einsetzung eines Internationalen Planungsausschusses auf internationaler Ebene“ (WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 3).

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Deutschland beteiligt sich an dem *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* mit den BLK- Modellversuchen *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 - 1997) und *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 – 2000). Beide Versuche übernehmen den internationalen Strukturimpuls, vor allem seine Voraussetzungen der Vernetzung und installieren bzw. erproben insofern in Deutschland ein nationales Netzwerk. Die Projektschulen des Netzwerkes werden von den zuständigen Senats- und Kultusverwaltungen ausgewählt. Die Beteiligung von Schulen am Auswahlverfahren setzt einen breiten schulinternen Abstimmungsprozess voraus:

„Die Auswahl der Schulen lag in der direkten Verantwortung der Kultus- und Senatsverwaltungen der Länder, nachdem jeweils alle schulischen Gremien (Lehrerdienstversammlung, Schüler (mit) -verwaltung, Schulelternbeirat, Schulkonferenz) über die Teilnahme am Modellversuch positiv entschieden hatten“ (Barkholz & Paulus, 1998, S.20).

Die Schulen bilden Projektteams und benennen Schulkoordinatoren. Ein Projektunterstützungszentrum wird - nach Absprache der Bundesländer - an der Universität Flensburg gebildet, die als einzige Hochschule Deutschlands 1993 bereits BLK- Projekterfahrung zum Themenfeld *Gesundheitsförderung in Schulen* vorweisen



kann. Im Zusammenhang mit dieser Entscheidung steht auch die Benennung einer nationalen Koordinatorin (vgl. Arnhold, Barkholz, Gabriel, Heindl & Paulus, 1994, S.7-19). Das Projektunterstützungszentrum hat folgende Aufgabe:

„Das Projektunterstützungszentrum des Netzwerkes an der Universität Flensburg koordinierte bundesweit die Arbeit im Netz, hielt Kontakt zu den europäischen Nachbarn und entwickelte die Projektidee auf der Grundlage der gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich weiter. Das Projektunterstützungszentrum war die zentrale Anlaufstelle der Schulen in allen Fragen der Projektentwicklung und -umsetzung. Die regelmäßige Weitergabe von Informationen gehörte ebenso zu seinen Aufgaben wie die Unterstützung der wissenschaftlichen Evaluation des Modellversuchs“ (Barkholz & Paulus, 1998, S.7).

Der BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* implementiert insofern die nationale und internationale Vernetzung. Eine Bestätigung dieser erfolgreichen nationalen Vernetzung liefert der ihm folgende BLK- Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheits*, der auf seiner Netzwerkstruktur aufbaut. Neben der gelungenen technisch- organisatorischen Vernetzung ist die inhaltliche Auswirkung der Vernetzung von Bedeutung. Letztere führt z.B. zu größerer Demokratisierung der Schulen oder zur Verbesserung der Schulentwicklungsprozesse:

„Über OPUS können entwickelte Netzwerkstrukturen effektiv und nachhaltig genutzt werden, wie die bundesweite Zusammenarbeit mit Bildungsministerien, Fortbildungsinstituten, Hochschulen, Schulen, Vereinigungen und Verbänden bisher gezeigt hat. Erfahrungen in der Nutzung des Internet zur Sammlung und Verbreitung von Informationen (Website, Newsletter, Online- Datenbank) tragen dazu bei, eine qualifizierte Nutzung auch der medialen Kommunikationswege im Netzwerk zu ermöglichen.

Die gewonnenen Erfahrungen zeigen wesentliche Perspektiven für bildungspolitische Neuorientierungen:...

- Unsere Untersuchungen haben ergeben, dass durch die Einbindung der Vernetzung in Deutschland in das europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ein deutlicher Motivationsschub und ein hoher Identifikationsgrad bei den Beteiligten zu erzielen ist. Die Mitarbeit in dem europäischen Netzwerk kann auch als Beitrag zur Demokratisierung der Schule verstanden werden. Die europäische Initiative schafft darüber hinaus den Rahmen für die Entwicklung einer medialen Informations- und Kommunikationsstruktur.
- Die Ergebnisse des OPUS- Modellversuchs zeigen außerdem, dass sich durch die Vernetzung Schulentwicklungsprozesse verbessern können. Das Netzwerk bildet eine bedeutende Klammerfunktion zwischen schulischen und außerschulischen Einrichtungen und erleichtert somit die Öffnung von Schule. Ein Leitbild, das auch für die Schulprogrammentwicklung hilfreich ist, lässt sich über vernetzte Strukturen leichter vermitteln und unter den Beteiligten abstimmen“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1999, S.116-117).

Charakteristisches Ziel des BLK-Modellversuches *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheits* ist die Weiterentwicklung der Vernetzung in Deutschland. Dazu entwickelt der Versuch bundesweit ein *offenes Partizipationsnetz*. Er überwindet das Modell schulbezogener Unterstützung (Distributionsmodell: Konzept des Networking von 1993) und implementiert ab 1997 das vernetzungsbezogene Modell (Partizipationsmodell) als Netzwerk:

„Das Modell schulbezogener Unterstützung (Distributionsmodell)...

Das Flensburger Projektunterstützungszentrum war eine zentrale Transferstelle, welche die Schulen im weitesten Sinn mit Informationen, aber auch mit den zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln für Projekte versorgte. Es entwickelte sich eine Vernetzungsstruktur mit überwiegend monozentrischem Charakter. Ausgehend von dem Zentrum war sie in ihrer Hauptrichtung auf die einzelne Schule ausgelegt. Die horizontale Vernetzung zwischen den Schulen und ihren möglichen Kooperationspartnern war hingegen nicht systematisch entwickelt...

Das vernetzungsbezogene Modell (Partizipationsmodell)...

In diesem neuen Vernetzungsmodell, das der Modellversuch OPUS anstrebt, werden für die Schulen Möglichkeiten geschaffen, sich über Gesundheitsthemen zu verständigen, Erfahrungen und Informationen auszutauschen und miteinander und voneinander zu lernen. Es ist ein Modell, in dem nicht mehr primär in die Einzelschule und ihre individuelle Entwicklung investiert wird, sondern in die Vernetzung von Schulen. Dadurch entsteht ein Netz von Verbindungen, das eher multizentrisch gegliedert ist“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998, S. 15-16).

Zu einer besonderen Form des “Networking” wird die enge transnationale Kooperation der Projektunterstützungszentren der deutschsprachigen Netzwerke des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen*, die von Deutschland und Österreich initiiert wird (vgl. Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1997). Hier entsteht auch die Idee zur regelmäßigen Durchführung transnationaler Konferenzen mit den unterschiedlichen Funktionsträgern der jeweiligen nationalen Netzwerke. Eine Erfolgsbestätigung dieser internationalen Vernetzung dokumentieren vor allem die inhaltlichen Impulse, die von den im Untersuchungszeitraum (1989 – 1999) in den Jahren 1995 (Köln), 1996 (Zürich), 1997 (Innsbruck) und 1999 (Luxemburg) durchgeführten *Transnationalen Konferenzen Deutschsprachiger Netzwerke* ausgehen. Sie ermöglichen den 5 Mitgliedstaaten dieses „subregionalen Netzwerkes“ z. B. ihre notwendige europäische Standortbestimmung oder die Rückmeldung zum eingeschlagenen Entwicklungsweg der Implementation der Gesundheitsfördernden Schule in ihren Ländern. Als Beispiel für diese inhaltlichen Impulse gelten die von der *1. Transnationalen Konferenz* 1995 verabschiedeten „Kölner Empfehlungen“ (s. Anhang 13), die für die beteiligten Länder insbesondere das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ als tragfähiges Leitmuster der innovativen Entwicklung bestätigen (vgl. Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995).

Aufgenommen von außen und in den Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* als Bestätigung gelungener europäischer Vernetzung eingebracht werden erfolgreiche Ergebnisse einer ersten Evaluation der *Implementation* des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen* in mehreren Mitgliedstaaten des Netzwerkes (vgl. Parsons, Stears, Thomas, C. , Thomas, L. & Holland, 1997):

„Inzwischen wurden die Erträge der europäischen Vernetzung in einer Feldstudie ausgewertet. Als wesentliche Ergebnisse halten Parsons u.a. fest:

- Das ENHPS wird von den Mitgliedstaaten als „Transportmittel“ für die Entwicklung öffentlicher Gesundheitspolitik international anerkannt und als geeignet für das Schaffen von gesunden Allianzen und zur Abgrenzung und zur Anregung gemeinschaftlicher Aktionen angesehen.
- Das Netzwerk hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und Ausweitung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in den Schulen ganz Europas gewonnen.
- Das ENHPS hat das Potential, zu internationaler Zusammenarbeit zu ermutigen und Chancengleichheit im Feld der Gesundheitsförderung zu bewirken in einem Umfang, wie er bisher in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung noch nicht erreicht worden ist.
- Das Netzwerk hat viel Zuspruch auf allen Ebenen des Handelns, des Managements und der Überprüfung von schulbezogener Gesundheitsförderung gefunden.
- In das Setting Schule hat das ENHPS eine durch einen ökologisch- holistischen Ansatz geprägte Philosophie von Gesundheitsförderung hineingebracht. Aus zeitlich begrenzten Projekten und Testphasen ist die Grundlage für kontinuierliche und weiterführende Entwicklung gelegt worden“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998 S.24).

### **Interpretation: Konzept des Networking des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen. Die Auswirkungen seines Impulses auf die Entwicklung in Deutschland**

Inhaltlich bestimmen während des Untersuchungszeitraumes nicht nur der tägliche Erfahrungs - und Informationsaustausch die Netzwerkarbeit, sondern zunehmend die Weiterentwicklung der Vernetzungsform und die Reflexion von Kernthemen der *Gesundheitsfördernden Schule* das „Networking“. Konkret heißt das: Deutschland adaptiert zunächst das internationale Konzept *Networking*, erprobt es und implementiert schließlich als weiterentwickelte Vernetzungsform bundesweit ein offenes Partizipationsnetz. *Transnationale Konferenzen Deutschsprachiger Netzwerke* greifen Kernthemen auf, so z.B. 1997 in Innsbruck mit dem Themenschwerpunkt *Schule gestalten. Gesundheitsorientiertes Schulmanagement* oder 1999 in Luxemburg mit dem Themenschwerpunkt *Die Schule: ein gesunder Lebensraum. Lernen, Arbeiten und Wohlfühlen im Setting Schule*. Aus Abb. 38 wird die Übernahme und Weiterentwicklung des internationalen „Networking“- Konzeptes durch Deutschland deutlich.

**Abbildung 38:** Das Konzept des Networking des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen*. Die Auswirkung seines Impulses auf die Entwicklung in Deutschland

<p style="text-align: center;"><b>IMPULS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen</b> (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap. 3)</p> <p style="text-align: center;">Operationalisierung des (vorgegebenen) Networking- Konzeptes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ziele der Vernetzung:</b> Erfahrungsaustausch und Weitergabe modellhafter, guter Praxisbeispiele</li> <li>• <b>Strukturcharakter der Vernetzung:</b> dezentrale Organisationsform</li> <li>• <b>Voraussetzungen für die Vernetzung:</b> Schulen, Schulprojektteam, Schulprojektmanager, Projektunterstützungszentrum , Nationaler Koordinator, Internationaler Planungsausschuss</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;"><b>WIRKUNG</b></p> <p><b>National und international vernetzt arbeitende Modellversuche der Senats- und Kultusverwaltungen von 13/15 (der 16) Bundesländer</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BLK-Modellversuch „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Deutschland)“ 1993 – 1997</i> <i>BLK- Modellversuch „OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ 1997 - 2000</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aufnahme, Adaptation, Erprobung und Weiterentwicklung der internationalen Networking- Konzeption</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufbau eines nationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen ab 1993</li> <li>2. Besondere europäische Vernetzung des deutschen Netzwerkes mit den weiteren deutschsprachigen Netzwerken des Europäischen Netzwerkes (Österreich, Luxemburg, Belgien und Schweiz) „A Network within the Network“: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperation der nationalen Projektunterstützungszentren ab 1994</li> <li>- Durchführung von <i>Transnationalen Konferenzen Deutschsprachiger Netzwerke</i> (1995 Bensberg/Köln, 1996 Zürich, 1997 Innsbruck und 1999 Luxemburg)</li> </ul> </li> <li>3. Weiterentwicklung des (nationalen) Netzwerkes zu einem „offenem Partizipationsnetz“ ab 1997</li> </ol> </li> </ul>
--

### 3.4.4 INHATLICHE UND POLITISCHE ATTRAKTION DES INTERNATIONALEN PROJEKTES UND DARAUS RESULTIERENDE IMPULSE

*Vorbemerkung:*

*Zeitgleich mit der Gründung des internationalen Gemeinschaftsprojektes „Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“ beginnen 1992 die drei Träger (WHO, Kommission der Europäischen Gemeinschaften und Europarat) in ihren Mitgliedsstaaten mit der Werbung um Teilnahme an dem Projekt. Inhaltlich besteht bei allen Mitgliedsstaaten großes Interesse an einer aktiven Teilnahme, notwendig sind aber überall regelmäßig politische und finanzielle Entscheidungen. Diese werden in Deutschland getroffen.*

*Das neu eingerichtete internationale Gemeinschaftsprojekt „Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ wirkt als Impuls für schulpolitische Entwicklungen und für die Durchführung von BLK-Modellversuchen und Forschungsprojekten. Er wird im Folgenden, z.T. wörtlich aufgegriffen und seine*

*Wirkung auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen werden erreicht:*

- Ministerielle Empfehlungen oder Erlasse
- Lehrerfortbildung
- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte
- Besondere Publikationen

### ***Der internationale Impuls***

Die Träger des internationalen Gemeinschaftsprojektes werben um Teilnahme an dem Projekt, d. h. um Mitgliedschaft im *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*. Der Europarat z.B. informiert im März 1992 den BMG über den Start des neuen internationalen Gemeinschaftsprojektes und wirbt um die Mitgliedschaft Deutschlands (s. Anhang 14). Die Initiative führt zunächst konkret dazu, dass der BMG den *KMK- Beauftragten für Gesundheitserziehung in Schulen* bittet an einer ersten Arbeitssitzung bereits benannter Nationaler Koordinatoren von beitrtrittswilligen Mitgliedsstaaten des im Aufbau befindlichen Netzwerkes teilzunehmen, was auch geschieht. Auf dieser im Mai 1992 in Straßburg stattfindenden Arbeitssitzung informieren die drei internationalen Projektträger auf der Basis eines offiziellen Positionspapiers (s. Anhang 15) über Philosophie, Ziele, Management und Finanzierung des geplanten *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen*. Die inhaltliche, konzeptionelle Kernaussage ihres Positionspapiers stellt - ohne Quellenhinweis - die redaktionell leicht geglättete, im wesentlichen wörtliche Übernahme der *12 key questions* der *Health Promoting School Checkliste* (s. Anhänge 11 und 12) in sinngemäß referiertem Rahmen des von Trefor Williams und Jan Young 1989 entwickelten Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* dar (vgl. Young & Williams, 1989).

Die internationale Initiative von 1992 trifft auf fruchtbaren Boden. Deutschland führt bereits seit 1990 den themenbezogenen BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* durch. 1991 beginnt das erste deutsche EU- Projekt *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen*, das konkrete Eindrücke über die Notwendigkeit europäischer Zusammenarbeit im Themenfeld Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in Schulen vermittelt. Die positiven Zwischenergebnisse beider Versuche, vor allem aber die von der aktuellen internationalen Initiative ausgehenden gesundheits- und bildungspolitischen Impulse und Entwicklungsmöglichkeiten, veranlassen die Bundesländer und den BMBW bei der BLK erstmals einen Förderbereich

*Gesundheitsförderung (in Schulen)* einzurichten, der weitere themenbezogene Modellversuche und vor allem die Teilnahme an dem internationalen Projekt ermöglichen soll. Das internationale Projekt und die von ihm im wesentlichen bewirkten deutschen Teilnahme - Rahmenbedingungen (bevorzugte BLK- Förderung) stimulieren in der Folge praktisch alle Senats- und Kultusverwaltungen der Bundesländer (ohne Bayern) BLK- Modellversuche zur Gesundheitsförderung (mit) zu beantragen bzw. sich daran aktiv zu beteiligen. Zwei dieser Versuche werden sukzessiv Mitglied des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen*. Damit ist für Deutschland die angestrebte internationale Zusammenarbeit gesichert. Bedeutsam ist, dass im Zusammenhang mit der gängigen Finanzierungspraxis von BLK- Modellversuchen, alle beteiligten Bundesländer eigene Komplimentärmittel einbringen. Die Projekte aus dem Untersuchungszeitraum werden im Folgenden überblickhaft charakterisiert. Ihre ebenfalls dokumentierten Impulse für die Entwicklung in Deutschland werden aus ihrem jeweiligen Projektansatz heraus verständlich. Abb. 39 vermittelt zunächst einen zusammenfassende Überblick über die Versuche und Projekte.

**Abbildung 39:** Überblick über BLK- Modellversuche und BMBW- Forschungsprojekte zur Gesundheitsförderung als Folge der Auswirkung des internationale Impulses auf Deutschland

**BLK- Modellversuche und BMBW/F- Forschungsprojekte im Zeitraum 1990 bis 2000**

- BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (1990 - 1993)<sup>1</sup>
- BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 - 1997)
- BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* (1994 - 1998)
- BLK- Modellversuch *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 - 2000)

- BMBW- Forschungsprojekt *Gesundheit und Schule* (1993)
- BMBW- Forschungsprojekt *Gesundheit und allgemeine Weiterbildung* (1996)
- BMBW- Forschungsprojekt *Gesundheit und berufliche Bildung* (1997)

<sup>1</sup> Der Modellversuch läuft bereits bei Bekanntwerden der internationalen Initiative, seine positiven Zwischenergebnisse unterstützen die Entscheidung der bevorzugten Förderung des Themenbereiches *Gesundheitsförderung* durch die BLK ab 1993.

**a) BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* 1990 - 1993**

Mit diesem Modellversuch beginnt 1990 die 10-jährige BLK-Versuchsreihe zur Gesundheitsförderung. Abb. 40 veranschaulicht die wesentlichen Merkmale des Projektes.

**Abbildung 40:** Charakteristika des BLK- Modellversuches *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*

**Laufzeit:** 1990 - 1993

**Projekträger:** Kultusministerium Schleswig- Holstein mit Unterstützung des BMBW in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Flensburg.

**Ziele:** Unter Berücksichtigung von Leitfragen haben 29 allgemeinbildende Schulen im nördlichen Schleswig- Holstein Maßnahmen zur gesunden Lebensführung in Schulen zu entwickeln und zu erproben; inhaltlicher Hintergrund ist das *Lebensweisen-Konzept* der WHO (*Ottawa- Charta*). Damit verbunden ist auch das Ziel erstmals zu erproben, ob und ggf. wie Gesundheit zum Anliegen der gesamten Schule gemacht werden kann und nicht nur als didaktische Vermittlungsaufgabe einzelner interessierter Lehrkräfte verstanden wird. Die Leitfragen sind:

- Wie lassen sich Natur/Umwelt, Ernährung, Bewegung und Kleidung über den Unterricht hinaus in das Schulleben, aber auch darüber hinaus gemeinwesenbezogen entwickeln?
- Welche Bedeutung hat die Persönlichkeit der Lehrkräfte für die Gesundheitsbildung?
- Wie lässt sich schulisches Gesundheitshandeln mit außerschulischem Verhalten verbinden?

**Ergebnisse:** Der Versuch erbringt erste, grundlegende, deutsche ‚Feld‘-Erfahrungen zur Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen. Wesentlichste Erkenntnis ist, dass Gesundheitsförderung als Entwicklung der Schule von innen verstanden und das Konzept *Gesunde Schule* als Entwicklungsziel ausgewiesen werden muss und kann. Diese Erkenntnisse werden durch Publikationen und länderübergreifende Fortbildungsmaßnahmen allen Bundesländern zur Verfügung gestellt werden. Der *Versuch* entwickelt sich, auch wegen seiner wissenschaftlichen Aufbereitung, zum *Ausgangs- und Bezugspunkt* einer Vielzahl neuer Initiativen und BLK- Modellversuche zur Implementation von Gesundheitsförderung in Schulen in Deutschland.

**Analyse (1): Die Bedeutung des BLK- Modellversuches als Entscheidungshilfe (Zeitraum 1991 - 1992)**

Der Versuch wird von der Pädagogischen Hochschule Flensburg federführend durch das Kultusministerium Schleswig- Holstein 1989 bei der BLK für den Zeitraum 1990 – 1993 mit dem Ziel beantragt ihren Ausbildungsschwerpunkt Gesundheitsbildung, d.h. den Kontaktstudiengang ‚Erziehung und Gesundheit‘ sowie den Diplomstudiengang ‚Erziehungswissenschaft: Schwerpunkt im Hauptstudium‘ durch Feldforschung zur konkreten Implementation von *Gesundheitsförderung in Schulen* weiter zu qualifizieren. Bedingt durch die internationale Entwicklung der frühen 90er Jahre übernimmt der Versuch für die Senats- und Kultusverwaltungen der Länder auch die Rolle eines Pilotprojektes. Er soll, auch wenn zu diesem Zeitpunkt nur erste Zwischenergebnisse zur Verfügung stehen, Entscheidungshilfen über die Einrichtung eines Förderbereichs *Gesundheitsförderung (in Schulen)* bei der BLK liefern, der als Voraussetzung für die Teilnahme Deutschlands an dem Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen gilt. Die BLK – Entscheidung ist erforderlich, weil nur sie eine mehrjährige bildungspolitische, inhaltliche und vor allem finanzielle Förderung garantieren kann.

Der seit Beginn des Versuches weiter spezifizierte Versuchsansatz spricht für die breite Implementation des auch für Deutschland innovativen Konzeptes der *Gesundheitsförderung in Schulen*:

„Das Bemühen um gesünderes Leben und Lernen in Schulen beschränkte sich bisher weitgehend auf Aspekte der Gesundheitserziehung, vornehmlich im Rahmen von Fachunterricht oder Aufklärungskampagnen. Der schulische Alltag insgesamt, das Schulleben im Feld von Erziehung und Gesundheit zeigt jedoch Widersprüche zwischen den gesundheitsbezogenen Lerninhalten des Unterrichts und ausserunterrichtlichem Gesundheitsverhalten. Die Perspektive des Aufbaus gesunder Lebensweisen im Alltag „Schule“ eröffnet hier neue Lernfelder und Lernwege. Gesundheitsförderung in diesem Sinn nimmt Aspekte von Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung in sich auf und ist auch strukturell-ökologisch zu verstehen: Unterricht, ausserunterrichtliche und außerschulische Bereiche sind, wo möglich, zusammenzuführen und in ihren Wirkungen in einen Zusammenhang zu stellen. Stets sollen die Personen bestimmend und tragend sein, welche in die jeweiligen Prozesse eingebunden sind. Es gilt, das eigene Profil, den spezifischen Alltag der einzelnen Schule zur Kenntnis zu nehmen“ (Barkholz & Homfeldt, 1991, S.52).

Erfolgversprechend gelingt dem Versuch auch die Aufnahme der Programmatik der Ottawa- Charta (s. S. 38). Dies ist insofern bedeutsam, weil auch die Implementation der Charta eines der konstitutiven Merkmale des *Europäischen Netzwerkes für Gesundheitsfördernde Schulen* ist:

„Zum Schluss ein Blick zurück auf die Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung: Nur gesunde Lebenswelten können persönlich und sozial gesunde Menschen hervorbringen. Wenn Schule als Teil der Lebenswelt für neun bis dreizehn Jahre nicht länger nur auf Defizite der Gesellschaft reagieren will, muss der aktiv handelnde Mensch in die Mitte rücken. Aktives Handeln lässt sich jedoch nur durch ‚Tun‘ erlernen, für das in der Schule von heute kaum Raum vorhanden ist. Handeln bringt Erfahrungen, Erfahrungen, untermauert von Wissen, führen zu Erfahrungswissen, das schließlich wieder in Handeln einfließen kann. Wenn dabei der ganze Mensch in seiner körperlichen, seelisch- geistigen und sozialen Ausstattung angesprochen wird, dann ergibt sich daraus eine Gesundheitsförderung, die Bewegung in das starre Verständnis von ‚Gesundheit = Freisein von Krankheit‘ (WHO, 1946) bringt“ (Gabriel & Heindl, 1992, S.9).

Da zudem in Deutschland die Qualitätsdiskussion im Bildungswesen die Problemfelder Schulentwicklung, Organisationsentwicklung und Schulprofilbildung thematisiert (vgl. Fend, 2001), spricht auch der *Schulentwicklungsansatz* des Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule für einen Anschluss an die internationale Diskussion und damit für die Mitgliedschaft im *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*:

„Ziel dieses Modellversuchs ist es unter anderem, dem bildungspolitischen Umfeld im Sinne von Politikberatung Anregungen und Impulse für Innovationen und Strukturveränderungen im allgemeinbildenden Schulwesen zu verschaffen.

...

Die Bereitstellung von Mitteln alleine wird nichts bewirken, wenn nicht ein *generelles Umdenken* hinzukommt, das positiv auf die Möglichkeiten zu schulischer Selbstbestimmung und Selbstverwaltung setzt. Gesundheitsförderung heißt Förderung von gesünderen Lebensweisen in Schulen, von gesünderen Formen des Lehrens und Lernens, kurz Förderung beim Aufbau der gesunden Schule. Sie lässt sich nicht administrativ verordnen; trotz der Gebundenheit der Schule an äußere Strukturbedingungen *verläuft die Implementation und Institutionalisierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen immer über Schule als Organisation von innen*. Als Ergebnis einer solchen Entwicklung böte sich ein Bild von Schule mit von innen entwickelter Vielfalt anstelle von außen verordneter Einfalt“ (Barkholz & Homfeldt, 1992, S.71).



Die Einrichtung eines BLK- Förderbereichs *Gesundheitsförderung (in Schulen)* wird anlässlich der Beratungen des BLK- Modellversuchsantrages *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* noch 1992 entschieden. Damit ist der Weg frei für die aktive Teilnahme Deutschlands an dem *Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen* - vorausgesetzt, die Bundesländer stellen Anträge für geeignete BLK- Modellversuche, was dann geschieht.

## b) BLK - Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* 1993 - 1997

Der Modellversuch baut auf den Versuchsergebnissen des Projektes von 1990 – 1993 auf und erprobt in internationaler Kooperation die Implementation des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Abb. 41 veranschaulicht seine wesentlichen Merkmale.

**Abbildung 41:** Charakteristika des BLK- Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*

**Laufzeit:** 1993 – 1997

**Projekträger:** Die Kultus- und Senatsverwaltungen von 13 Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Federführung: Bildungsministerium Schleswig- Holstein, mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft und der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit der Bildungswissenschaftlichen Hochschule Flensburg –Universität. Der Versuch ist zugleich der Beitrag Deutschlands zum internationalen Gemeinschaftsprojekt *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*.

**Ziele:** Die an dem Netzwerk teilnehmenden 29 Schulen aus 13 Ländern der Bundesrepublik Deutschland sind Regelschulen der Primarstufe, der Sekundarstufe (I und II) sowie des beruflichen Schulwesens. Jede dieser Projektschulen erarbeitet ein spezifisches Schulprofil, das sich am Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* orientierte. Das erarbeitete Schulprofil soll beispielgebend für andere Schulen in der Region sein, die Implementationstechnik transferierbar. Die Erfahrungen sollen in das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen* eingebracht und entsprechend modifiziert auf andere Schulen Europas übertragen werden.

**Ergebnisse:** Zu besonders positiven Impulsen und wertvollen Implementationshilfen für die Schulen entwickeln sich die im Modellversuch erarbeiteten *Schritte zur Gesundheitsfördernden Schule* sowie, innerhalb dieser Schritte, die schulische Bedürfnis- und Erwartungsanalyse. Hierdurch wird es Schulen möglich, ein eigenes an der Gesundheitsförderung orientiertes Schulprofil auf der gesicherten Grundlage schulischer Realbedingungen und Bedürfnislagen zu entwickeln. Erstmals können damit in Deutschland gemeinsam länderübergreifend und gleichzeitig auf den Ebenen der Schulen, der Lehrerfortbildungsinstitute und Kultusverwaltungen wissenschaftlich und schulpraktisch abgeleitete Erfahrungen zur Implementationsmethodik von Gesundheitsförderung im Schulalltag gesammelt werden. Die Einbindung des Projektes in das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* ermöglicht allen Beteiligten weiterführende Basiserfahrungen: Gesundheitsförderung wird als ein die regionalen Kulturen und nationalen Dispositionen umfassendes Entwicklungsmodell erlebt, das die internationale Verständigung sowie das Verstehen und den Respekt von anderen Kulturen fördert und damit regionalen Initiativen erweiterte Perspektiven eröffnet.

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Das *Kultusministerium Sachsen- Anhalt* betont, im Zusammenhang mit dem Hinweis auf die Teilnahme von Schulen aus Sachsen- Anhalt an dem Modellversuch, verschiedene Vorteile des Schulentwicklungsansatzes *Gesundheitsfördernde Schule* und empfiehlt seine Einführung auch unter dem Aspekt der Chance zur Schulprofilbildung:

„Der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule hat mehrere Vorteile:

1. Er geht von den Bedürfnissen und Erwartungen der Betroffenen aus. Die Schulprojekte entwickeln sich aus der Schule für die Schule.
2. Er macht die Betroffenen zu Beteiligten an einem Schulentwicklungsprozess.
3. Er lässt die Beteiligten erfahren, dass die Bedingungen von Gesundheit veränderbar sind.
4. Er macht deutlich, dass in der Schule nicht nur ‚Gesundheit gelernt‘ wird, sondern auch ‚gesund gelernt‘ werden kann.
5. Er macht Gesundheit zum Thema der Schule und ermöglicht so etwas wie eine ‚Gesundheitsverträglichkeitsprüfung‘ der Schule.
6. Er verwirklicht am konsequentesten die Maxime der Gesundheitsförderung, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

.....

Schulen, die sich auf den Weg der gesundheitsfördernden Schule begeben, entwickeln dabei ein spezielles *Schulprofil*. . Damit ist gemeint, dass sich diese Schulen auf der Grundlage des verpflichtenden Grundkanons entschieden haben, ihre organisatorischen und inhaltlichen Freiräume zu nutzen, sich fachlich und erzieherisch mit der Gesundheitsfördernden Schule einen eigenen Schwerpunkt zusetzen und diesen als ihr besonderes Anliegen zu verfolgen. Das Kultusministerium unterstützt eine solche Profilbildung, weil es in ihr einen geeigneten Weg sieht, die Autonomie von Schulen zu stärken“ (Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt, 1996 a, S.25 – 26).

### **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Im Rahmen der versuchsinternen Lehrerfortbildung des BLK- Modellversuchs wird 1994 während einer Projektfortbildung in *Gernrode/Harz* die Implementationsmethodik als Entwicklungsprozess thematisiert. Dabei werden die durch das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* definierten Ziele einer Gesundheitsfördernden Schule als Vision zugrunde gelegt, wörtlich übernommen und auch förmlich in den Modellversuch eingeführt. Mit dem Hintergrund dieses internationalen Grundverständnisses wird eine grundsätzliche, vor allem zeitlich- methodische Ordnungsmöglichkeit vorgeschlagen: die *Schritte der Gesundheitsfördernden Schule*. Dies bedeutet, dass damit ab 1994 erstmals für Deutschland ein Implementationsmodell zur Verfügung steht. Es wird, modifiziert weiterentwickelt, in der Folgezeit über entsprechende Lehrerfortbildungen in allen Bundesländern die Methode der Wahl zur Einführung des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* in den schulischen Alltag. Diese Erfahrungen begründen die genauere Analyse dieser

„Schritte“, die von der wissenschaftlichen Beratung des Versuchs in ihrem Abschlussbericht vorgenommen wird (vgl. Barkholz & Paulus, 1998, S.97-104).

„Die zweite Möglichkeit besteht darin, die vielen verschiedenen Einzelaktivitäten in eine *zeitliche Ordnung* zu bringen und zwar in eine, die der Entwicklung der gesundheitsfördernden Schule entspricht. Auch wenn wir die Entwicklung noch nicht im einzelnen kennen, lassen sich aber aus den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen und Analysen zur Schulentwicklung, Schulwirksamkeit und zur gesundheitsfördernden Schule einige Merkmale extrahieren, aus denen sich ein Entwicklungsstufenmodell in den Grundzügen konstruieren lässt. Bildlich gesprochen kann es als eine Abfolge von Schritten dargestellt werden....

Zum Verständnis der nachfolgenden Zusammenstellung ist anzumerken, dass es sich nicht um eine zwingende Ordnung handelt, so sind Querverbindungen, Feedbackschleifen etc. hier noch nicht berücksichtigt. Die Zusammenstellung hat an dieser Stelle mehr die Funktion, einen Orientierungsrahmen zu bieten [es folgt Abb. 42: *Schritte der Gesundheitsfördernden Schule* s. S.155].“ (Paulus, 1994, Kap. 1, S.8)

Abb. 42 dokumentiert und erläutert die *Schritte der Gesundheitsfördernden Schule*.

**Abbildung 42 :** Schritte der Gesundheitsfördernden Schule (Paulus, 1994, S.9)

<b>SCHRITTE DER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULE</b>	
<b>1</b>	<b>INTERESSIERTE VERBÜNDEN SICH:</b> BILDUNG EINES „SCHULPROJEKTEAMS“
<b>2</b>	<b>DIE IDEE VERBREITEN:</b> FÖRDERER / INNEN UNTERSTÜTZERINNEN FÜR DIE IDEE DER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULE IN UND AUßERHALB DER SCHULE FINDEN
<b>3</b>	<b>WO DRÜCKT DER GESUNDHEITSSCHUH, WO SITZT ER GANZ BEQUEM?</b> UMFASSENDE BEDÜRFNIS- UND ERWARTUNGSANALYSE UNTER BETEILIGUNG ALLER RELEVANTEN PERSONENGRUPPEN IN UND AUßERHALB DER SCHULE
<b>4</b>	<b>WAS TUN WIR NICHT SCHON ALLES!</b> UMFASSENDE BESTANDSANALYSE ALLER GESUNDHEITS- UND NICHTGESUNDHEITSBEZOGENER AKTIVITÄTEN; INITIATIVEN ETC. (IN) DER SCHULE
<b>5</b>	<b>ALLE BETEILIGTEN AN EINEN RUNDEN GESUNDHEITS- TISCH!</b> EINRICHTUNG EINES „GESUNDHEITSPLENUMS“ IN DER SCHULE
<b>6</b>	<b>WAS IST BEI UNS LOS UND WAS IST UNS WICHTIG?</b> GESAMTANALYSE DER GESUNDHEITS- SITUATION DER SCHULE (ZUSAMMENFASSUNG DER BEDÜRFNIS-, ERWARTUNGS- UND BESTANDSANALYSE) UND PRIORITÄTENSETZUNG FÜR PROJEKTE
<b>7</b>	<b>AN DIE PLANUNGSARBEIT!</b> BILDUNG VON „GESUNDHEITS- ARBEITSGRUPPEN“ IN DER SCHULE
<b>8</b>	<b>WIR BRAUCHEN UNTERSTÜTZUNG!</b> AUFBAU EINES „KOMITEES ZUR FÖRDERUNG DER SCHULISCHEN GESUNDHEIT“
<b>9</b>	<b>IDEEN WERDEN WIRKLICHKEIT:</b> DURCHFÜHRUNG VON SCHULPROJEKTEN

Der Modellversuch holt ab 1995 mit Unterstützung der WHO, Europäischen Kommission und BARMER Ersatzkasse die internationale Lehrerfortbildungsphilosophie zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung der 90er Jahre nach Deutschland.

*Drei europäische Lehrerhandbücher*, deren Entwicklung jahrelang durch die WHO, EU und den Europarat gefördert wurde, werden ins Deutsche übersetzt, adaptiert, herausgegeben und bundesweit über die zuständigen regionalen Fortbildungsinstitute in die Lehrerfortbildung implementiert. Deutschland findet damit Anschluss an die internationale methodische und didaktische Entwicklung des Schulentwicklungsansatzes der *Gesundheitsfördernden Schule*.

„Das bereits von Deutschland 1994/1995 herausgegebene Handbuch *„Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa“*, (deutsche Übersetzung und Adaptation des *„Promoting the Health of Young People in Europe - a Training Manual for teachers and others working with young People“*, hrsg. vom Health Education Board for Scotland) konnte in Deutschland über die Lehrerfortbildungsinstitute in fast allen Bundesländern verteilt werden. Es wurde und wird vielfach zur Anregung und Stimulation besonderer Lehrerfortbildungsaktivitäten auf Länderebene eingesetzt.

Nachfragen der deutschsprachigen Schulen Österreichs, der Schweiz, Luxemburgs und Belgiens bestätigten den im Manual dargestellten Implementationsansatz von Gesundheitsförderung in Schulen und seine Einsatzmöglichkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrer.

Eine erste deutsche Übersetzung des *„Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide“* (herausgegeben von Health Promotion Cardiff in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Europäischen Union (EU) und dem Europarat) [ist] fertiggestellt.

Vorbereitet wird zur Zeit auch wiederum mit Unterstützung der EU das Manual *„Promoting Mental and Emotional Health in the European Network of Health Promoting Schools“* (Universität Southampton).

Der Einsatz dieser Manuale in Deutschland dokumentiert die gesundheits- und bildungspolitische Übereinstimmung Deutschlands mit den europaweit geltenden Prinzipien der *Gesundheitsfördernden Schulen*“ (Barkholz & Paulus, 1998, S.71).

So übernimmt z.B. auch das *Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule* die internationale Lehrerfortbildungskonzeption und setzt sie in der Lehrerfortbildung von Schleswig – Holstein um:

„*Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Schulen*: die Arbeit mit dem internationalen Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer *„Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa“*.

...

Das Handbuch ist eine Einführung in die Theorie und Praxis schulischer Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung mit zahlreichen Beispielen zur Gruppenarbeit mit Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften.

Die Veranstaltung wird zusammen mit der BARMER durchgeführt“ (Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule, 1995 b, S.22).

### **Analyse (3): Beispielhafte Wirkungen des Impulses durch die Herausgabe von Publikationen**

Der BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* sichert die Weiterqualifikation der Projektteam-Mitglieder aller 29 Projektschulen, auch durch die Herausgabe von *Arbeitspapieren* („Graue Literatur“: ausgewählte Streuung an

Projektschulen, Schulverwaltungen und Projektunterstützungszentrum). Eines dieser Arbeitspapiere stellt die überarbeitete (Vorläufer: vgl. Günter, 1990, S.49-50 und 1994, S.56-57; Heindl & Gabriel, 1991, S.37 ; Barkholz & Homfeldt, 1994, S.30) deutsche Fassung der von Trefor Williams und Jan Young (Young & Williams, 1989, p.32) entwickelten Übersicht *Moving from traditional School Health Education towards the Health Promoting School* dar (Anhänge 16 und 17). Sie ermöglicht unmittelbar allen Projektteam- Mitgliedern und Verantwortlichen den konzeptionellen Zugang für das notwendig werdende eigene und institutionelle Verständnis des Paradigmenwechsels der schulischen Prävention, d.h. für die Entwicklung vom Risikofaktorenmodell der Gesundheitserziehung zum Salutogenesemodell der Gesundheitsförderung sowie dem Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*. Sie wird durch ihre breite Streuung über die 15 am Modellversuch beteiligten Bundesländer in der Folge zu einem der prominentesten fachpolitischen Dokumente, das die weitere Entwicklung des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland entscheidend beeinflusst.

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellversuchs veröffentlicht 1998 den überarbeiteten *Abschlussbericht* der Projektleitung und der wissenschaftlichen Beratung als *Buch* und macht damit den Versuchsansatz und die Versuchsergebnisse detailliert und breit der Öffentlichkeit zugänglich. Der Versuch ist erfolgreich; die internationalen Impulse sind wirksam. Seine bildungspolitisch besonders relevante Botschaft ist:

- „- Die Vernetzung der Schulen konnte im Laufe des Versuchs auf mehreren Ebenen (Schule, Schulberatung, Kooperationspartner, regionale Zusammenarbeit, bundesweiter Austausch, bundesweite Unterstützung ) erfolgreich aufgebaut werden.
- Es ist gelungen, das Konzept der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ in den beteiligten Schulen zu implementieren. Die Schulen sind sichtbare Schritte zu einer „Gesundheitsfördernden Schule“ gegangen.
- ...
- Besonders positive Impulse und wertvolle Hilfen für die Schulen waren die im Modellversuch entwickelten ‚Schritte zur gesundheitsfördernden Schule‘ sowie innerhalb dieser Schritte die schulische Bedürfnis- und Erwartungsanalyse. Hierdurch wurde es den Schulen möglich, ein eigenes an der Gesundheitsförderung orientiertes Schulprofil auf der gesicherten Grundlage schulischer Realbedingungen und Bedürfnislagen zu entwickeln. Auf diese Weise geriet die Einzelschule in das zentrale Blickfeld der Schulentwicklung, was sich mit neueren Reformbestrebungen im Zusammenhang mit einer Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstorganisation von Schule gut zusammenfügte.
- ...
- Insgesamt hat der BLK- Modellversuch ‚Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen‘ wesentliche Impulse dafür liefern können, dass Gesundheitsförderung heute in der Bundesrepublik Deutschland ein anerkanntes Schulentwicklungsmodell darstellt“ (Barkholz & Paulus, 1998, S.129,131).

**c) BLK – Modellversuch OPUS- Offenes Partizipationsnetz und**

## **Schulgesundheit 1997 - 2000**

Das Projekt schließt die 10-jährige BLK-Modellversuchsreihe zur Gesundheitsförderung ab. Abb. 43 gibt einen Überblick über den Modellversuch.

**Abbildung 43:** Charakteristika des BLK – Modellversuchs *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit*.

**Laufzeit:** 1997 - 2000

**Projekträger:** Die Senats- und Kultusverwaltungen von 15 Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Federführung: Bildungsministerium Schleswig- Holstein. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft in Zusammenarbeit mit der Bildungswissenschaftlichen Hochschule Flensburg - Universität. Der Versuch ist wiederum der Beitrag Deutschlands zum internationalen Gemeinschaftsprojekt ‚Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen‘ der WHO, der EU und des Europarates.

**Ziele:** Das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* wird, wegen der positiven Erfahrungen der beiden vorausgegangenen themenbezogenen BLK – Modellversuche, für Schulen in Deutschland immer mehr eine attraktive Chance, eigene Schulprofile zu entwickeln, Schule als gesunden Lern- und Lebensort zu entfalten und die Schulqualität allgemein zu verbessern. Der BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* bringt insofern von 1993 bis 1997 für einen begrenzten Kreis geförderter Schulen ein bedeutendes Potential an Wissen und Erfahrungen. Viele weitere Schulen zeigen sich zwischenzeitlich interessiert, dieses Know-how unter ihren Alltagsbedingungen zu nutzen und ihrerseits Wissen und Erfahrung beizusteuern. Es gibt bislang jedoch kaum Erkenntnisse darüber, wie eine vernetzte technische und personelle Infrastruktur beschaffen sein musste, um Schulen dies zu ermöglichen. Der neue BLK-Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* hat die Aufgabe, Möglichkeiten der offenen Beteiligung für Schulen zu erproben und zu evaluieren. Seine Integration in das *Europäisch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* ermöglicht die Orientierung an dessen Leitlinien zu einer mehrdimensional ausgerichteten Gesundheitsförderung, die eine insgesamt positive Ausrichtung des Gesundheitsverständnisses bewirken sollte.

**Ergebnisse:** OPUS setzt den *Settingansatz* der Gesundheitsförderung erfolgreich im Schulbereich um und demonstriert, dass dieser Ansatz nach wie vor die Basisinnovation und -intervention schulischer Gesundheitsförderung ist. Die partizipativ und multizentrisch angelegten Netzwerkstrukturen erweisen sich als geeignete Instrumente schulischer Gesundheitsförderung. Der Versuch baut in den beteiligten Bundesländern ein Netzwerk mit 15 regionalen Koordinierungsstellen und fast 500 mitarbeitenden Schulen auf, die in einem offenen Verbund kooperieren. Um die Offenheit mit einem Qualitätsanspruch der gesundheitsförderlichen Netzwerkarbeit garantieren zu können, entwickelt der Versuch ein Leitbild (vgl. Barkholz & Paulus, 1998, S.141; s. Anhang 21), an dem die Beteiligten ihre Zusammenarbeit orientieren (müssen). Das Leitbild bewährt sich. Es wird als grundsätzlicher Verständigungsrahmen für die weitere Entwicklung des *Deutschen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* empfohlen.

### **Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf die Lehrerfortbildung**

Die *Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung* unterstreicht 1997 während der als Lehrerfortbildung verstandenen Auftaktveranstaltung ihres Hamburger Teilprojektes die inhaltlich - innovative Programmatik der Gesundheitsförderung und verdeutlicht damit gleichzeitig den unmittelbaren internationalen Einfluss auf OPUS. Mit diesem Anspruch und dem Verständnis von

Gesundheitsförderung als *Schulprogramm-Konzept* werden Hamburger Schulen aufgefordert sich aktiv an OPUS zu beteiligen:

„Während des Modellversuches sollen sich möglichst viele Hamburger Schulen dem Netzwerk assoziieren. Dafür soll ein tragfähiges Konzept der regionalen Beratung und Koordination entwickelt werden. Grundlage unserer Bemühungen, im Sinne von Gesundheitsförderung und Schulprogramm, soll dabei die OPUS – Programmatik sein ...:

- das systematisch- ganzheitliche Verständnis von Gesundheit,
- der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung,
- der Setting- Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule,
- der Partizipationsgedanke,
- der Vernetzungsgedanke und
- die europäische Dimension“

(Schlankardt & Hollmann, 1998, S.3).

Das *Landesinstitut für Schule und Ausbildung Mecklenburg- Vorpommern* greift 1998 die von dem Modellversuch entwickelte und erfolgreich erprobte Methodik der Einrichtung von *Gesundheitstischen* (vgl. Jahn, 2000) als systematische, themenbezogene Kommunikationsplattform auf und führt sie als Thema in die Lehrerfortbildung ein:

„, Gesundheitstische als Qualitätszirkel der Gesundheitsförderung“

Nach einem Erfahrungsbericht aus Schleswig-Holstein [OPUS- Regionalzentrum Schleswig- Holstein] und einer Bedürfnisanalyse der Teilnehmenden soll geklärt werden, in welcher Weise Gesundheitstische Schulen einen Erfahrungs- und Informationsaustausch, die Klärung von gemeinsamen Fragen und eine projektorientierte Zusammenarbeit ermöglichen können“ (Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung, 1998, S.21).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch Publikationen**

Bevorzugte Medien der Dissemination der internationalen Impulse, Versuchsansätze und Versuchsergebnisse sind erfahrungsgemäß Projektzeitungen und Berichte der Versuche sowie Buchpublikationen. Die folgenden Beispiele veranschaulichen die Öffentlichkeitsarbeit.

Das OPUS- Regionalzentrum *Brandenburg* informiert in seiner *OPUS- Projektzeitung* über das Netzwerk und hebt dabei das Konzept der Gesundheitsförderung als Ansatz der Schulentwicklung hervor:

„Liebe Leserin, lieber Leser, mit dieser Ausgabe von ‚OPUS – aktuell‘ möchten wir erstmals alle Schulen des Landes Brandenburg ansprechen und über den Modellversuch „OPUS“ (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit), der sich insbesondere mit der Gesundheitsförderung als Beitrag zur Schulentwicklung befasst, informieren“ (Kayser, 1999, S.2).

Die Versuchsergebnisse des 1997 abgeschlossenen BLK- Modellversuches *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und das Selbstverständnis des internationalen

Gemeinschaftsprojektes *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* bestimmten die Entwicklung und Festlegung des inhaltlichen Leitbildes des BLK-Modellversuches *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* insgesamt. Der *1. Zwischenbericht des Projekts (1998)* hebt auf diesen Hintergrund ab und begründet das daraus für OPUS entwickelt Leitbild (Anhang 18):

„Opus knüpft an die Erfahrungen und Ergebnisse des BLK- Modellversuchs ‚Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen‘ (1993 - 1997) an und ist integriert in das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen ( ENHPS), einem Gemeinschaftsprojekt von WHO (Regionalbüro Europa), Europäisches Kommission und Europarat. OPUS orientiert sich an dessen Leitlinien zu einer mehrdimensional ausgerichteten Gesundheitsförderung, die eine insgesamt positive Ausrichtung des Gesundheitsverständnisses bewirken soll. Aus diesen Ansätzen wurde für OPUS das ... Leitbild formuliert und darüber während des ersten Arbeitstreffens der Regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren Einvernehmen hergestellt“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998, S.17).

Charakteristische Merkmale des Leitbildes sind (vgl. Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998, S. 18):

- das systemisch- ganzheitliche Verständnis von Gesundheit,
- der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung,
- der Setting-Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule,
- der Partizipationsgedanke,
- der Vernetzungsgedanke,
- die europäische Dimension.

Der *2. Zwischenbericht des Projektes (1999)* zieht für Deutschland eine bildungspolitische Zwischenbilanz des ‚*Know-how schulischer Gesundheitsbildung*‘ (vgl. Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1999, S.116). Er betont insbesondere den „dialektischen“ Bedeutungswandel den Bildung und Gesundheit als Begriffspaar in ihrem Kontext erfahren. Zunächst gilt *Bildung als Quelle* des Erhalts und der Förderung der Gesundheit, jetzt gilt *Gesundheit als Quelle* des Erhalts und der Förderung der Bildung. Betont wird auch der grundsätzliche Einfluss des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen* als notwendiger Rahmen dieser Entwicklung in Deutschland:

„In bald zehnjähriger Arbeit wurde in drei Modellversuchen der Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) das Konzept der gesundheitsfördernden Schule entwickelt und erprobt. Drei ‚Meilensteine‘ stehen für diese Entwicklung:

- Gesundheitsförderung in Schulen (1990 - 1993)
- Gesundheitsförderliche Schulprofile (1993 - 1997)
- Das offene Partizipationsnetz gesundheitsfördernder Schulen (1997 – 2000) [OPUS]
- ...
- Bisherige Ansätze gingen davon aus, Bildung als Ressource zu nutzen, um die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Lehrkräften zu erhalten und zu verbessern. OPUS und seine Vorgängerprojekte verfolgten hingegen das Ziel, Gesundheit als Ressource zu nutzen, um die Qualität von Bildung zu erhöhen. Hierzu gehört auch der Erwerb der erzieherischen Fähigkeit, im



Lernprozess die Balance zwischen Über- und Unterforderung herstellen zu können. In diesem Sinne versteht sich OPUS als ein pädagogisches Konzept, welches sich die Erkenntnisse der Medizin, der Prävention und der Gesundheitswissenschaften zu Nutze macht und Beiträge zur Öffnung der Schule und zur Schulprogrammentwicklung leistet“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1999, S.115,117).

Der in Buchform vorgelegte *Abschlussbericht des Projektes (2001)* fasst, auf dem Hintergrund der zehnjährigen Erfahrungen der *BLK- Modellversuche zur Gesundheitsförderung in Schulen*, die wesentlichsten Ergebnisse des Projektes zusammen. Bemerkenswert ist, aufgrund der erfolgreichen internationalen Transferarbeit, die gewünschte ‚Umwidmung‘ gelegentlicher internationalen Impulse in verstetigte „Dauerbeziehungen“:

„Der Setting- Ansatz ist nach wie vor die Basisinnovation schulischer Gesundheitsförderung. Er ergänzt auf sinnvolle Weise die bisher dominierenden problembasierten Ansätze, weil er für diese einen Verständigungsrahmen zur Verfügung stellt. Er bietet Anknüpfungspunkte für spezifische themen- und problembezogene Gesundheitsinterventionen in Schulen. Deren Impulse können leichter aufgegriffen und sinnvoll in den umfassenderen gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsprozess integriert werden, der durch den Setting – Ansatz verwirklicht wird.

...  
Das auf Partizipation ausgelegte deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen hat sich als ein geeignetes Instrument schulischer Gesundheitsförderung bewährt. Es besteht gegenwärtig aus knapp 500 Schulen, die in einem offenem Verbund miteinander kooperieren.

...  
Um die Offenheit mit einem Qualitätsanspruch der gesundheitsförderlichen Netzwerkarbeit garantieren zu können, ist das Leitbild des OPUS- Modellversuchs formuliert worden [an dem die Beteiligten ihre Zusammenarbeit orientieren (müssen)].

...  
Das deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen ist Teil einer europäischen Initiative zur schulischen Gesundheitsförderung. Das ‚European Network of Health Promoting Schools‘ zählt zu den erfolgreichsten Ansätzen der Gesundheitsförderung und besitzt durch die Beteiligung von 40 Nationen und durch die zentrale Steuerung durch das Technical Secretariat der WHO Europa in Kopenhagen ein hohes innovatives Entwicklungspotential, an dessen Aufbau das deutsche Netzwerk maßgeblich beteiligt gewesen ist. Für die Konzeptentwicklung, für die Entwicklung Modelle guter Praxis, für die Evaluation, Qualitätsentwicklung und -sicherung ist der Austausch und die Teilhabe an der europäischen Entwicklung unerlässlich“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001, S. 23-25).

#### **d) BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* 1994 – 1998**

Dieser Modellversuch steht im Zusammenhang mit den konzeptionellen Überlegungen des BMBW zur Entwicklung eines *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* für Deutschland (s. S. 172, Abb. 45). Er erprobt erstmals die Implementation der Gesundheitsförderung in die Lehrerbildung. Abb. 44 gibt einen Überblick über den Versuch.

**Abbildung 44:** Charakteristika des BLK – Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* 1994 – 1998

<b>Laufzeit:</b> 1994 - 1998
<p><b>Projektträger:</b> Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig- Holstein und Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg - Universität mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft.</p>
<p><b>Ziele:</b> Durch Studiengänge zur Gesundheitsbildung (<i>Kontaktstudium „Erziehung und Gesundheit“</i> sowie <i>„Diplomstudiengang Erziehungswissenschaft: Schwerpunkt im Hauptstudium“</i>) entwickelt die Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg - Universität seit 1983 Perspektiven der Gesundheitsförderung vor allem für die Bereiche Schule, Weiterbildung und Erwachsenenbildung. Der Modellversuch hat als Erweiterung dieser Angebote Aufbau, Implementierung und Evaluation zweier weiterer Studiengänge zum Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwerpunkt „Gesundheit“ in Lehramtsstudiengängen für das allgemeinbildende Schulwesen (Primarstufe und Sekundarstufe I): Abschluss 1. Staatsexamen.</li> <li>- Ergänzungsstudium „Gesundheitsbildung“: Abschluss Magister (M. Sc) .</li> </ul> <p>Bundesweit ist Flensburg damit die erste deutsche Hochschule, die Gesundheitsförderung grundständig in der Lehrerausbildung vermittelt. Das Magisterstudium reiht sich zunächst in Angebote der Public-Health- Entwicklungen anderer Universitäten ein, unterscheidet sich jedoch wesentlich von diesen durch die pädagogische Ausrichtung der Studieninhalte, deren Ziel der Erwerb von Vermittlungskompetenz ist (Aus- und Weiterbildung zu Multiplikatoren der Gesundheitsförderung).</p>
<p><b>Ergebnisse:</b> Der BLK- Modellversuch ist erfolgreich. Die Schwerpunktsetzung Gesundheitsbildung in den Lehramtsstudiengängen und der Ergänzungsstudiengang mit Magisterabschluss werden in das kontinuierliche Lehrangebot der Hochschule übernommen. Lehre und Lernerfolg in beiden Studiengängen wird von den Studierenden evaluiert. Die Beurteilung ist überwiegend positiv. Das Land Schleswig-Holstein greift den Erfolg auf und wandelt die zeitlich befristete Professur des Modellversuchs mit Ablauf des Versuchs in eine unbefristete C 3 Professur für Gesundheitsbildung um.</p>

**Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Das *Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig- Holstein* greift die Versuchsergebnisse strukturell auf und führt die zunächst nur versuchsbedingt angebotenen zwei neuen Studiengänge nach Ende der Versuchszeit grundsätzlich weiter. Damit wird das Themenfeld Gesundheitsförderung fest in die planmäßige Lehrerausbildung aufgenommen. Im Zusammenhang mit dieser Entscheidung wandelt es die befristete Professur des Modellversuches nach seinem Abschluss in eine zeitlich unbefristete C 3 - Professur für Gesundheitsbildung um:

„Die erfolgreiche Entwicklung der Studiengänge des Modellversuchs führte im Herbst zu einer ersten Entscheidung über die Weiterführung der Angebote, indem zum WS 1997/98 weitere Studierende für das Magisterstudium zugelassen wurden. Die personelle und institutionelle Sicherung der Gesundheitsbildung im Lehramts- und Magisterstudium soll zunächst durch die drei hauptamtlich Tätigen gewährleistet werden. Eine C3- Professur für Gesundheitsbildung wurde im SS 1998 ... ausgeschrieben“ (Engler, Heindl, Schwaner- Heitmann & Wilke, 1998, S.28).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte**

Das von der WHO durch die Ottawa- Charta geprägte und propagierte Grundverständnis von Gesundheitsförderung bestimmt den Modellversuch und, ausgewählt, seinen Schwerpunkt:

„Gesundheitsförderung, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) versteht, wird als positive zukunftsorientierte gesellschaftlich relevante Aufgabe verstanden, zu deren Verwirklichung Personen und Institutionen ermutigt und befähigt werden sollen.

...

Das handlungsleitende Interesse bezüglich ausgewählter Verfahren und Strategien zur Gesundheitsförderung im Rahmen des BLK- Modellversuchs bezieht sich auf den Begriff „empowerment“, d.h. die Fähigkeit und die Ermächtigung zur Einflussnahme und zur Übernahme von Verantwortung auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Handlungsebenen“ (Heindl, 1996, S.6,8).

## **Analyse (3): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch Publikationen**

Der *2. Zwischenbericht der Projektleitung und wissenschaftlichen Beratung (1996)* bestätigt den inhaltlich- wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn dieses Projektes, der sich gerade aus seiner Zusammenarbeit mit dem BLK – Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* über dessen Mitgliedschaft im *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* ergibt:

„Der deutsche Beitrag zu diesem europäischen Netzwerk ist der BLK- Modellversuch „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ an der Bildungswissenschaftlichen Hochschule Flensburg – Universität. 29 allgemein- und berufsbildende Schulen in 15 Bundesländern sind Projektschulen dieses Netzes. Das Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen konnte inzwischen eine Reihe von praktischen Erfahrungen über die Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Schulentwicklung sammeln. Hierzu gehören unter anderem die Beschreibung von geeigneten Entwicklungsschritten und pädagogischen Konzepten zur Schulprofilbildung. Die im Netzwerk entwickelten „Dimensionen der gesundheitsfördernden Schule“ bieten wichtige Anregungen auch für das Evaluationsdesign des Modellversuches ‚Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung‘. Das schulbezogene Know-how des Netzwerks findet seinen Niederschlag in konzeptionellen Überlegungen insbesondere für die Gestaltung des Lehramtstudienganges.

...

Für die Zukunft wird angestrebt, im Netzwerk zusammengeschlossene und assoziierte Schulen in der Region um die Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg für die Bereitstellung von Praktikumsplätzen und als Hospitationsschulen für Studierende der Gesundheitspädagogik zu gewinnen“ (Heindl, 1996, S 28).

## **e) BMBW Forschungsprojekt *Gesundheit und Schule* 1993**

Ermuntert durch die Ergebnisse des von ihm mitverantworteten BLK-Modellversuchs *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (s. S. 159) entwirft der BMBW die Entwicklung eines *Gesamtkonzept zur Gesundheitsbildung*. Das Forschungsprojekt *Gesundheit und Schule* soll einen ersten Baustein für dies Gesamtkonzept bereitstellen. Abbildung 45 vermittelt einen Überblick über das Forschungsprojekt.

**Abbildung 45:** Charakteristika des BMBW Forschungsprojektes  
*Gesundheit und Schule*

<b>Laufzeit:</b>	1.4.1993 - 31.12.1993
<b>Projektträger:</b>	Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft.
<b>Ziele:</b>	Entwicklung des ersten „Bausteines“ („Gesundheit und Schule“) eines alle Stufen des Bildungswesens umfassenden <i>Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung</i> . Inhaltlicher Ausgangspunkt des <i>Forschungsprojektes</i> sind zwei Erkenntnisse. Einerseits haben in den letzten Jahren gesundheitliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen besorgniserregend zugenommen. Andererseits hat Schule keine präventive Antwort auf diese Entwicklung gefunden: alle bisherigen Programme zur gesundheitlichen Prävention zeigten nicht die erwarteten Erfolge. Leitlinie für die notwendige innovative Entwicklung ist die „Ottawa- Charta“ zur Gesundheitsförderung, die auf der Basis des Lebensweisenkonzeptes der WHO den (auch für Schule) notwendigen Paradigmenwechsel von den Risikofaktoren zur Gesundheitsförderung ermöglicht. Notwendig dazu ist allerdings die Identifikation der <i>Gesundheitsfördernden Faktoren</i> und ihre gegenseitige Verschränkung. Das Forschungsprojekt sieht die schriftliche und mündliche Befragung von 43 Experten vor. Alle Befragten bekommen Gelegenheit in den verschiedenen Phasen der Ausarbeitung des Forschungsberichtes die einzelnen Texte zu lesen und dazu Stellung zu nehmen.
<b>Ergebnisse:</b>	Das Projekt legt 1994 seinen Forschungsbericht vor (Brößkamp, 1994). Der Bericht vollzieht für die Schule den Paradigmenwechsel vom Risikofaktorenmodell zum Lebensweisenkonzept als Präventionsmodell und leitet daraus mit konkreten Empfehlungen für die Schule eine ganzheitliche und zukunftsorientierte Gesundheitsbildung ab. Der Bericht will vom BMBW als erster Baustein eines vom BMBW vorgeschlagenen Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung in die BLK eingebracht werden.

**Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ministerielle Empfehlungen oder Erlasse**

Der internationale Impuls führt zu besonderen konzeptionellen Entwicklungen in Deutschland. Der BMBW beabsichtigt die Entwicklung eines *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* auf der Basis von drei Bausteinen, die er als Forschungsprojekte an die Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in den Jahren 1993 bis 1997 vergibt. Bei der Veröffentlichung des Berichtes des zweiten Forschungsprojektes wird der bildungspolitische Rahmen und Zeithorizont deutlich:

„Die Überlegungen zu einem ‚Gesamtkonzept zur Gesundheitsbildung‘ reichen ins Jahr 1991 zurück. Als erster Baustein liegt seit 1994 die Veröffentlichung ‚Gesundheit und Schule‘ vor. Sie hat großen Anklang gefunden. Dies ist sicher auch auf ihre Qualität zurückzuführen. Begriffe wie Gesundheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung werden integrativ entfaltet und erläutert. Dieses Konzept liegt auch dem Text des hier veröffentlichten Bausteins ‚Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung‘ zugrunde. Die Ergebnisse des nächsten Bausteines ‚Gesundheit und berufliche Bildung‘ werden im Laufe des Jahres 1997 vorliegen. Danach wird das Gesamtkonzept in die Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung eingebracht werden“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, 1997, Vorwort).

## Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch Publikationen

Die Veröffentlichung des Berichts des ersten Forschungsprojektes durch den BMBW 1994 fördert inhaltlich bei Entscheidungsträgern die weitere Aufnahme des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Die zunächst noch separate Initiative eines *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* des BMBW unterstützt nachträglich inhaltlich vergleichbare Positionen der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder, der BLK und auch des BMBW selbst, die diese bereits ab 1989 im Rahmen der Antragsberatung, Genehmigung und Durchführung der BLK – Modellversuche zur Gesundheitsförderung (ab 1993 besonders auch als Beitrag Deutschlands zum *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*) hatten. Strukturell liegt damit ein so benannter erster Baustein eines alle Stufen des Bildungswesens einschließenden *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* vor. Sein internationaler inhaltlicher Hintergrund und die Adaptation entsprechender Empfehlungen und Leitlinien auf Deutschland ist gegeben: so wie die Ottawa- Charta das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* bestimmt, so prägt sie bereits über diesen ersten Baustein das noch zu entwickelnde und politisch zu verabschiedende deutsche *Gesamtkonzept zur Gesundheitsbildung*:

„Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ganzheitlich in ihrer körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Dimension beschrieben. Gesundheit steht für ein positives Konzept, dass in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und psychischer Ressourcen bzw. Potentiale wie die körperlichen Fähigkeiten für Gesundheit betont.

...

Sie wird auf der Ebene der WHO als individuell erlebtes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umschrieben, wobei zugleich die gesellschaftlichen und Umwelt-Bedingungen für dieses Befinden eingeschlossen werden [Es folgt als wörtliches Zitat die Definition von *Gesundheitsförderung* der Ottawa – Charta (s. S.38)]“ (Bröckamp, 1994, S.5).

### 3.4.5 EVALUATION

*Vorbemerkung:*

Ein Charakteristikum des „Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen“ ist sein Anspruch auf Evaluation. Zwei Erwartungshaltungen bestehen. Einerseits geht es um die Implementation von Evaluation selbst, d.h. um Impulse in seine Mitgliedsstaaten zur Entwicklung von Verständnis für Evaluationsnotwendigkeit und zur Etablierung von Evaluationskompetenz. Andererseits geht es um die Evaluation durchgeführter Implementationen von gesundheitsfördernden Maßnahmen oder Projekten der Mitgliedsstaaten des Netzwerkes. Zur Umsetzung dieses Anspruches führt das Netzwerk zwei Maßnahmen durch:

1. Internationale Evaluationsprojekte zur Qualifikation der nationalen Koordinatoren, nationalen wissenschaftlichen Berater und nationalen Schulprojektleiter
2. Internationale Evaluationsprojekte über die Implementation des Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule durch die nationalen Netzwerke in Europa.

Der Anspruch auf Evaluation und die dazu eingeleiteten internationalen Maßnahmen sind als Impulse für schulpolitische Entwicklungen in Deutschland bedeutsam. Sie werden im Folgenden wörtlich

aufgegriffen, ihre Wirkung auf den für Schule relevanten Entscheidungsebenen beispielhaft belegt, analysiert und interpretiert. Als wesentliche Einflüssebenen werden erreicht:

- (BLK-) Modellversuche und (EU-) Projekte
- Besondere Publikationen

### ***Der internationale Impuls***

Die Träger des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* formulieren ihren grundsätzlichen Anspruch auf Evaluation als Aufnahmebedingung für die Mitgliedstaaten in das Netzwerk:

„Requirements for applying to join the Network

...

4. A project of this nature will need detailed planning at school level, so objective evaluation and auditing must be key elements of the project as a whole. All school projects will be evaluated in the context of their chosen aims and objectives. National coordinators will play an important role in assisting the process of evaluation in their own countries and will have the opportunity to update their knowledge and skills through participation in specially designed workshops on planning and process evaluation” (WHO Regional Office for Europe, 1993, chap.4).

#### **a) Aufnahme des Impulses**

Um dem Anspruch auf Evaluation entsprechen zu können, initiieren und unterstützen die Träger des Netzwerkes im Untersuchungszeitraum mehrere internationale Projekte zur Entwicklung und Erprobung von *(Lehrer-) Handbüchern zur Evaluation (bzw. mit dem Schwerpunkt Evaluation)*. Die Manuale fördern bei Lehrkräften das bildungspolitische und wissenschaftliche Verständnis für die Evaluationsnotwendigkeit, greifen alle Kernfragen der Evaluationsmethodik auf und führen praxisbezogen in die Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen und Konzepte ein. Die Projektergebnisse (Manuale) werden den Nationalen Koordinatoren anlässlich ihrer jährlichen Arbeitstreffen von den jeweils verantwortlichen Autoren mit dem Ziel vorgestellt, ihnen selbst Qualifikationsmöglichkeiten zu eröffnen, besonders aber, um sie mit Hilfe der Manuale zu einer von ihnen selbst organisierten und verantworteten nationalen Multiplikatorenschulung zu stimulieren. Abb. 46 stellt die internationalen *(Lehrer-) Handbücher* im Überblick dar. Parallel dazu fördert das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen die *Evaluation* der europaweiten Implementation der Gesundheitsfördernden Schule der nationalen Netzwerke. Dieser Ansatz ist u.a. Teil des Projektes *Towards an Evaluation of the European Network of Health Promoting Schools . The EVA – Project* (s.Abb 46). Ausschließlich aber mit der Evaluation der Implementation befasst sich dagegen das Projekt *(Researching) The Implementation of*

*ENHPS in different national contexts 1996 – 1997* (vgl. Parsons, Stears, Thomas, C., Thomas, L. & Holland, 1997). Beide Evaluationsergebnisse werden an die Mitgliedsstaaten des Netzwerkes herangetragen, um ihnen eine externe internationale Bewertung ihrer nationalen Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* zu ermöglichen (s. S.154).

**Abbildung 46:** Gesundheitsfördernde Schule - Europäische (Lehrer -) Handbücher  
zur Evaluation bzw. mit einem Schwerpunkt Evaluation

Commission of the European Communities, Council of Europe, World Health Organization & Health Education Board for Scotland (Eds.) (1994). *Promoting the Health of Young People in Europe. Health Education in Schools. A training manual for teachers and others working with young people*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland.

Commission of the European Communities, World Health Organization Regional Office for Europe, Council of Europe & Université Libre de Bruxelles (Eds.) (1995). *Towards an Evaluation of the European Network of Health Promoting Schools. The EVA – Project. A manual for national coordinators of the ENHPS and their collaborators*. Bruxelles: Authors. (gemeint ist das Projektergebnis von “EVA 1”)

Commission of the European Communities, World Health Organization Europe, Council of Europe & Health Promotion Wales (Eds.) (1996). *Promoting Health in Second Level Schools in Europe. A Practical Guide*. Cardiff: Health Promotion Wales.

Commission of the European Communities, World Health Organization Europe, Council of Europe & Université Libre de Bruxelles (Eds.) (1999). *Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination. The EVA 2 project. Final report (draft)*. Bruxelles: Authors. (als Ergänzung zu “EVA 1”)

Die BLK- Modellversuche *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* partizipieren an den internationalen Entwicklungsimpulsen dieses Netzwerkes *auch* im Hinblick auf die Aufnahme der europäischen Evaluationsergebnisse und auf die Übernahme der internationalen Evaluationsphilosophie zur *Gesundheitsfördernden Schule* in deutsche Projekte oder Maßnahmen zur ihrer Etablierung.

**Analyse (1): Beispielhafte Wirkung des Impulses auf ( BLK-) Modellversuche und EU - Projekte**

Die wissenschaftliche Beratung des BLK- Modellversuches *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 – 1997) entspricht dem Anspruch und Impuls des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* in besonderer Form. Sie ist, bedingt durch die deutsche Tradition der BLK – Schulversuche, konstitutives

Merkmal des Modellversuches und unterscheidet sich damit z.T. wesentlich von den Projektansätzen anderer Mitgliedsstaaten des Netzwerkes. Aus dieser internationalen und nationalen Verpflichtung heraus führt sie die Evaluation des nationalen Netzwerkes durch und entfaltet dazu spezifische Beratung für alle Ebenen und Funktionsträger des Versuches. Während der 3. Arbeitstagung der (Schul-) Koordinatoren des Versuchs 1994 führt sie insofern, innerhalb des Rahmenthemas „Vom Schulteam zur Schulentwicklungsarbeit“, in die Methodik der *Selbstevaluation* ein. Selbstevaluation der Projektschulen wird dabei als notwendige Ergänzung von Fremdevaluation durch externe Forschungseinrichtungen (Wissenschaftliche Beratung) verstanden und vermittelt:

„Wir möchten unsere Projektschulen dazu anregen, verstärkt darüber nachzudenken, inwieweit Planung und Handeln im Rahmen von innerschulischen Initiativen zum Aufbau gesundheitsfördernder Schulen überhaupt Sinn machen, wenn nicht gleichzeitig in der Schule selbst die Möglichkeiten bestehen, die eigenen Impulse in ihrem Verlauf intern zu beobachten, ihre praktischen Wirkungen unmittelbar zu erfassen und die Resultate unter direkter Einbeziehung der Beteiligten zu bewerten. Genau dies will Selbstevaluation und hierzu geeignete Verfahren bereitstellen. Ziel von Selbstevaluation ist in diesem Sinn eine *Stärkung der reflexiven Komponente* der Schule. Dieser Aspekt ist in der Vergangenheit weitgehend vernachlässigt worden, was beispielsweise daran erkennbar ist, wie wenig verlässliche interne Ergebnisse angesichts einer kaum zu überblickenden Zahl von schulischen Projektinitiativen überhaupt verfügbar sind“ (Barkholz & Paulus, 1994, Kap. 2, S.1-2).

Ein Themenbereich der Evaluation durch die wissenschaftliche Beratung ist z.B. die Evaluation der Veränderung der Modellschulen in den „Dimensionen der Gesundheitsfördernden Schule“:

„Wie im ersten Jahr des Modellversuchs ist auch im zweiten und dritten Jahr des Versuchs (1995 und 1996) von der wissenschaftlichen Beratung eine Erhebung zu den Handlungsfeldern der ‚Gesundheitsfördernden Schule‘ durchgeführt worden.

...

Die Ergebnisse zeigen, dass die Schulen in jedem Jahr einen Schritt auf dem „Weg der Gesundheitsfördernden Schule“ gegangen und in allen acht Handlungsfeldern aktiv geworden sind. In einem Vergleich mit den Ergebnissen der Vorjahre werden Entwicklungen sichtbar. Die Mittelwertdifferenzen sind dabei statistisch auf ihre Signifikanz überprüft worden (T-Test, zweiseitig).“ (Barkholz & Paulus, 1998, S.106-107).

Die wissenschaftliche Begleitung des BLK- Modellversuches *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 – 2000) setzt die Evaluationspraxis des vorausgegangenen Versuches fort - im internationalen Disput. So entwickelt und verantwortet sie, de facto international weiterführend, auch das EU- Projekt *First workshop on practise of evaluation of the Health Promoting School- models, experiences and perspectives* (Bern/Thun 1998).

„Die wissenschaftliche Begleitung

...

wirkt in der nationalen und internationalen Vernetzung der Evaluationsbemühungen mit. So bestehen Kontakte zum Eva 2 - Projekt der WHO an der Université Libre Bruxelles, mit dem Technischen Sekretariat des „European Network Health Promoting Schools“ (ENHPS), das beim Regionalbüro der



WHO in Kopenhagen angesiedelt ist. Eine Tagung der Evaluatoren des ENHPS, die im November in Thun (Schweiz) stattfinden wird und von der Europäischen Kommission und dem Bundesamt für Gesundheit der Schweiz in Bern unterstützt wird, geht auf die maßgebliche Initiative der wissenschaftlichen Begleitung des deutschen Modellversuchs zurück“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998, S.121-122).

Mit dieser Initiative dreht sie den ursprünglichen Impuls des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen zur Etablierung von Evaluation praktisch um. Sie gibt jetzt den Impuls, der dann international aufgegriffen wird. Die Charakteristika und wesentlichen Ergebnisse des EU- Workshops werden aus Abb. 47 deutlich:

**Abbildung 47:** Charakteristika des EU-Projekts *First workshop on practise of the Health Promoting School- models, experiences and perspectives* .  
Bern/Thun 1998

<b>Laufzeit:</b>	19. - 22. November 1998
<b>Projektträger:</b>	Universität Lüneburg, Schweizer Bundesamt für Gesundheit & Schweizer Konferenz der Kantonalen Erziehungsminister <i>mit</i> Unterstützung der Europäischen Kommission, der WHO Regionalbüro Europa und dem Europarat.
<b>Ziele:</b>	Die Evaluatoren der Nationalen Netzwerke des <i>Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen</i> diskutieren praktische Probleme ihrer Evaluationsarbeit und entwickeln konkrete Aktionspläne für ihre eigenen Evaluationsprojekte. Im Einzelnen bedeutet dies:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offenlegung der neuesten Theorien zur Gesundheitsförderung in Schulen und zur Evaluation</li> <li>- Erfahrungsaustausch über Konzepte, Strategien und Rahmenbedingungen der Implementation in den einzelnen Ländern</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b> (ausgewählt):	
	<p>“1. There is a continuing need to debate what the health promoting school is and to allow that it will take different forms in different countries. Usefull debates occurred about the bio – medical model and the eco – holistic approach. Most felt that both had a necessary place in evaluation thinking about health promotion.</p> <p>...</p> <p>4. It is important that good theory underlies both the approach to health promotion and to the evaluation of health promotion. There is a need for a wide variety of skills if evaluation is to be conducted sucessfully- and have influence.</p> <p>...</p> <p>7. Evaluation needs to be a strong part of this health and education initiative and supportive networks and events will help to develop this area.</p> <p>8. Communicating evaluation results meaningfully, powerfully and concisely to policymakers and funding bodies remains a high priority challenge.</p> <p>9. The involvement of pupils n all stages of the project, including evaluation, is feasible and valuable”</p> <p>(WHO Regional Office for Europe, 1998, p.3).</p>

Der *EU- Workshop* bestimmt ein für die Evaluation neues Themenfeld, das unmittelbar auf den BLK –Modellversuch zurückgespiegelt wird: die „Alltagsverträglichkeit und Alltagstauglichkeit“ von Evaluation. Der zweite Zwischenbericht des Versuches hält dazu fest:

„Die Tagung hatte für die Evaluation ein neues Themenfeld eröffnet: Die Alltagsverträglichkeit und Alltagstauglichkeit von praktizierten Evaluationsvorhaben zur gesundheitsfördernden Schule. Bisherige Maßnahmen zur Förderung der Evaluation im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen waren in erster Linie an der Analyse der Konzept- und Methodenverträglichkeit der Evaluationsvorhaben oder an der

Anschlussfähigkeit an Politikentscheidungen interessiert. Die Bedeutung dieser theoretischen und politischen Implikationen für die Praxis der Evaluation ist dabei unbestritten. Von der Praxis können aber auch wichtige Impulse zur Diskussion theoretischer Postulate und zur Klärung bzw. Korrektur politischer Erwartungen an die Evaluation ausgehen. Deshalb kann auch auf eine eigenständige Diskussion und auch auf Kompetenzvermittlung dieses Aspektes nicht verzichtet werden“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1999, S.34)

Auch die Ergebnisse der europäischen Evaluation der Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* der ausgewählten nationalen Netzwerke werden durch das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* seinen Mitgliedsstaaten direkt zugänglich gemacht. Sie werden zeitnah zu ihrer Veröffentlichung auch in den laufenden BLK -Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* eingebracht. Der positive internationale Ertrag des EU- und WHO- Projektes (*Researching*) *The implementation of ENHPS in different national contexts* stützt das deutsche Projekt und bestätigt im internationalen Vergleich seine nationale Implementationsstrategie und -praxis. So werden die Hauptergebnisse dieser Evaluation wörtlich in den ersten Zwischenbericht des Versuches übernommen (vgl. Parsons, Stears, Thomas, C., Thomas, L. & Holland, 1997, p.2):

„Inzwischen wurden die Erträge der europäischen Vernetzung in einer Feldstudie ausgewertet. Als wesentliche Ergebnisse halten Parson u.a. fest:

- Das ENHPS wird von den Mitgliedstaaten als „Transportmittel“ für die Entwicklung öffentlicher Gesundheitspolitik international anerkannt und als geeignet für das Schaffen von gesunden Allianzen und zur Abgrenzung und zur Anregung gemeinschaftlicher Aktionen angesehen.
- Das Netzwerk hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und Ausweitung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in den Schulen ganz Europas gewonnen.
- Das ENHPS hat das Potential, zu internationaler Zusammenarbeit zu ermutigen und Chancengleichheit im Feld der Gesundheitsförderung zu bewirken in einem Umfang, wie er bisher in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung noch nicht erreicht worden ist.
- Das Netzwerk hat viel Zuspruch auf allen Ebenen des Handelns, des Managements und der Überprüfung von schulbezogener Gesundheitsförderung gefunden.
- In das Setting Schule hat das ENHPS eine durch einen ökologisch- holistischen Ansatz geprägte Philosophie von Gesundheitsförderung hineingebracht. Aus zeitlich begrenzten Projekten und Testphasen ist die Grundlage für kontinuierliche und weiterführende Entwicklung gelegt worden“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1998, S.24).

## **Analyse (2): Beispielhafte Wirkung des Impulses durch Publikationen**

Das europäische (Lehrer-) Handbuch *Promoting the Health of Young People in Europe - Health Education in Schools* wird 1994 nach längerer internationaler Vorarbeit gemeinsam von der WHO, Europäischen Kommission, Europarat und dem Health Education Board Scotland herausgegeben. Es setzt für Europa Leitlinien und Maßstäbe zur Implementation *schulischer* Gesundheitsförderung, insbesondere wegen seiner Aufnahme und Verarbeitung der global anerkannten WHO – Philosophie der Gesundheitsförderung. Die Träger des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde*

*Schulen* (überwiegend auch Herausgeber des Manuals) bringen es unmittelbar in das Netzwerk ein. Seine inhaltliche Attraktion führt in der Folge zu einer Vielzahl von Adaptationen und nationalen Herausgabe durch verschiedene Mitgliedsstaaten des Netzwerkes. Deutschland ist eines der ersten Mitgliedsländer, das es auf nationaler Ebene adaptiert und durch den BLK – Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* 1995 mit Unterstützung seines Kooperationspartner BARMER Ersatzkasse auf Deutsch herausgibt. So gelangt *auch* international gültige Evaluationsphilosophie schulischer Gesundheitsförderung erstmals und vor allem praxisnah in die deutsche Lehrerfortbildung und (Projekt-) Schulen:

„wir versuchen zu klären, was Evaluation ist, für wen sie bestimmt ist, was bewertet werden sollte, wie die Bewertung vorzunehmen ist und wie ein Ergebnisbericht aussieht.

...

Evaluation ist das regelmäßige Sammeln von Informationen zu Aktivitäten, Merkmalen und Ergebnissen von Projekten. In dieser Definition von Evaluation sind die Begriffe Erfassen und Bewertung enthalten. Erfassung bedeutet die regelmäßige Aufzeichnung von Informationen, Bewertung ist eine Einschätzung des Projektverlaufes unter verschiedenen Aspekten.

...

Die Projektevaluation dient folgenden Hauptzwecken:

- Auffinden positiver Anpassungsmöglichkeiten für das Projekt. Dies wird durch Offenlegung der Stärken und Schwächen der tatsächlichen Projektverläufe, sogenannten gesunden Menschenverstand und Beobachtung erreicht - *Prozessevaluation*.
- Nachvollziehbarkeit der im Projekt eingesetzten Quellen und Hilfsmittel.
- Ermöglichen von Entscheidungen über die Projektfortsetzung. Dies wird durch Messung der Effektivität erreicht, d.h. durch Beantwortung der Frage „Haben wir die festgelegten Ziele erreicht und unsere Ergebniserwartungen erfüllt?“ - *Ergebnisevaluation (Produktevaluation)*“

(BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S.71-73).

Das europäische Handbuch für Lehrer an Sekundarschulen *Promoting Health in Second Level Schools in Europe. A Practical Guide* geht aus einem von der Health Promotion Wales ab 1992 durchgeführten Projekt des Programms *Europa gegen den Krebs* hervor, das i.W. die Konferenzergebnisse der Europäischen Konferenzen zur Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen (Dublin 1990 und 1994) verarbeitet. Es wird 1996 gemeinsam von der WHO, Europäischer Kommission, Europarat und Health Promotion Wales herausgegeben und von ihnen in das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* eingeführt. Von Interesse ist in dem Manual die konkretisierte Verbindung von Evaluationsprinzipien und -methodik mit Fragestellungen der Gesundheitsfördernden Schule. Sie ist besonders für die praktische Arbeit der (Projekt-) Schulen im Schulalltag hilfreich. Der BLK-Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* adaptiert und übersetzt deshalb auch dieses Handbuch und gibt es 1999 mit Unterstützung seines Kooperationspartners BARMER Ersatzkasse heraus. In seinem Kapitel „Evaluation

von schulischen Projekten zur Gesundheitsförderung“ werden *key questions* benannt, die bei Beginn des Entwurfs einer „Strategie der Evaluation“ gestellt werden sollen und zugleich das inhaltliche Grundverständnis von Evaluation widerspiegeln. Abb. 48 fasst die Schlüsselfragen zusammen. Ihre praxisnahe Konkretion erleichtert die Überwindung von Barrieren, besonders bei Lehrkräften.

**Abbildung 48:** Schlüsselfragen der Evaluation (BARMER Ersatzkasse & OPUS-Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit, 1999, S.70)

- 1. Was ist der Zweck der Evaluation?**  
oder Warum wollen wir unser Gesundheitsförderungsangebot evaluieren?
- 2. Wer stellt die Zielgruppe dar?**  
oder Wer soll das Ergebnis der Evaluation erfahren?
- 3. Was ist der Schwerpunkt der Evaluation?**  
oder Welche spezifischen Themen / Probleme / Aktivitäten sollten evaluiert werden?
- 4. Was sind die spezifischen Nahziele des Projekts oder Programms zur Gesundheitsförderung?**
- 5. Welche Leistungsindikatoren werden verwendet?**  
oder Wie werden wir erkennen, dass wir unsere Ziele erreicht haben?
- 6. Welche Informationsquellen und Methoden zur Datenerhebung werden verwendet?**
- 7. Welche Evaluationsinstrumente werden verwendet?**  
oder Wie können wir einen einheitlichen Zugang zur Evaluation anregen?
- 8. Wie können Daten analysiert und benutzt werden, um die zukünftige Projektentwicklung zu unterstützen?**  
oder Welche Beurteilungen können aufgrund der gesammelten Information vorgenommen werden, und wie können diese effektiv zusammengefasst werden, um den Prozess der Bestandsaufnahme zu unterstützen?

## b) Interpretation: Auswirkungen des Impulses Evaluation auf die Entwicklung in Deutschland

Die Abb. 49 und 50 vermitteln zweierlei, *einerseits* einen Überblick über die Netzwerk- Impulse zur Etablierung von Evaluation, zur entsprechenden fachlichen Weiterqualifikation von Lehrkräften bzw. wissenschaftlichen Mitarbeitern und zur konkreten europaweiten Evaluation, *andererseits* eine Zusammenfassung über die Auswirkung dieser internationalen Impulse auf die Entwicklung in Deutschland. Deutlich wird, dass Deutschland die Impulse in qualifizierter Form auf 3 Ebenen aufgreift: der Strukturebene, der Qualifikationsebene und der Forschungsebene.

**Abbildung 49:** Die Impulse zur strukturellen Etablierung von Evaluation, zur fachlichen Qualifikation von Lehrkräften bzw. wissenschaftlichen Mitarbeitern und zur konkreten europaweiten Evaluation

### **Strukturmaßnahme: Evaluation**

Die internationalen Träger bestimmten als Aufnahmekriterium des Netzwerkes die Verpflichtung interessierter Mitgliedsstaaten zur Evaluation ihrer nationalen Netzwerke.

„Requirements for applying to join the Network

...

4. A project of this nature will need detailed planning at school level, so objective evaluation and auditing must be key elements of the project as a whole.“

(WHO Regional Office for Europe, 1993)

### **Qualifikationsmaßnahme: Evaluation**

Die internationalen Träger initiieren und unterstützen einzeln oder gemeinsam durch europäische Projekte u.a. die Entwicklung und Herausgabe von Lehrerhandbücher zur Evaluation; sie fördern die europaweite Dissemination dieser Manuale bzw. ihre Adaptation und nationale Publikation von einzelnen Mitgliedstaaten des Netzwerkes. Sie führen einen internationalen Workshops für Evaluatoren durch.

- EU, WHO und Europarat-Projekt *Promoting the Health of Young People in Europe. Health Education in Schools. A training manual for teachers and others working with young people.* (1990-1994)
- EU- Projekt *Towards an Evaluation of the European Network of Health Promoting Schools. The EVA 1- project. A manual for national coordinators of the ENHPS and their collaborators.* (1994-1995)
- EU- Projekt *European Network Health Promoting Schools. Promoting Health in Second Level Schools in Europe. A Practical Guide.* (1992-1996)
- EU- Projekt *First workshop on practice of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives.* (1998)

### **Europäische Feldforschung: Evaluation**

Die internationalen Träger führen eine Evaluation der Nationalen Netzwerke im Hinblick auf die Implementation der Gesundheitsfördernden Schule in den betreffenden Ländern durch.

- WHO, EU und Europarat- Projekt *Researching the Implementation of ENHPS in Different National Contexts.* (1996 - 1997)
- EU- Projekt *Tracking down ENHPS Successes for Sustainable Development : the EVA 2 project.* (1997-1999)

**Abbildung 50:** Die *Auswirkungen* der Impulse zur Evaluation auf die Entwicklung in Deutschland

**Strukturmaßnahme: Evaluation**

Deutschland ist über die BLK- *Modellversuche Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und OPUS- *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* von 1993 bis 2000 Mitglied des Europäischen Netzwerkes *Gesundheitsfördernde Schulen*. Charakteristisches Merkmal der Versuche ist ihre wissenschaftliche Beratung bzw. Begleitung. Ein bestimmender Arbeitsbereich dieser Begleitung bzw. Beratung ist die Evaluation. Dazu gehört sowohl die entsprechende Befähigung der Lehrkräfte als auch die Evaluation der Implementation der Gesundheitsfördernden Schule durch das Nationale Netzwerk. Mit Einrichtung dieser Infrastruktur übernimmt Deutschland strukturell den internationalen Entwicklungsimpuls; Arbeitsergebnisse sind z.B.

- Arbeitstagung für Projektschulen in Gernrode 1994 (s. S. 176). Themenschwerpunkt: Selbstevaluation.
- Forschungsergebnisse (vgl. Barkholz & Paulus, 1998, S.115) zur Evaluation des BLK-Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*
- Forschungsergebnisse (vgl. Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001, S. 319 ff.) zur Evaluation des BLK- Modellversuchs *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit*

**Qualifikationsmaßnahme: Evaluation**

Deutschland adaptiert zwei der internationalen (Lehrer-) Manuale und gibt sie mit Hilfe der BLK-Modellversuche *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und OPUS- *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* auf Deutsch heraus. Dadurch wird die europäische Evaluationsphilosophie nicht nur allen Funktionsträger des deutschen Netzwerkes zugänglich, sondern der Schulöffentlichkeit in Deutschland insgesamt. Im Ergebnis erreicht Deutschland mit diesen Publikationen den internationalen Anschluss an die Entwicklung der Evaluation der *Gesundheitsfördernden Schule*: „key questions“ der Evaluation oder Prozessevaluation vs. Produktevaluation bestimmen fortan die Diskussion des Nationalen Netzwerkes und seines schulpolitischen Umfeldes. Es handelt sich um folgende Lehrerhandbücher:

- BARMER- Ersatzkasse und Netzwerk *Gesundheitsfördernde Schulen* (Hrsg.) (1995). *Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten*. Köln: Echo- Verlag. (Promoting the Health of Young People in Europe. Health Education in Schools. A training manual for teachers and others working with young people)
- BARMER Ersatzkasse und OPUS- *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (Hrsg.) (1999). *Gesundheitsförderung in Sekundarschulen in Europa. Ein Handbuch für die Praxis*. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse. (Promoting Health in Second Level Schools in Europe. A Practical Guide)

Deutschland entwickelt und verantwortet 1998 ein EU- Projekt zur Qualifikation aller Evaluatoren der Mitgliedsstaaten des Europäischen Netzwerkes *Gesundheitsfördernde Schulen*: das EU- Projekt *First workshop on practice of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives* (1998). Mit dieser Initiative dokumentiert es in der Folge der etablierten wissenschaftlichen Begleitung (Evaluation) seiner nationalen Netzwerke eine europäische Führungsrolle. Die internationalen Workshopergebnisse fließen unmittelbar nach Deutschland als innovative Anregung zurück (s. S.175).

**Europäische Feldforschung: Evaluation**

Deutschland greift die Ergebnisse der von den internationalen Trägern stimulierten und unterstützten Evaluation nationaler Netzwerke ( WHO, EU und Europarat- Projekt *Researching the Implementation of ENHPS in Different National Contexts*. (1996 – 1997)) unmittelbar auf und führt sie in die Projektschulen ein (s. S.178).

### 3.4.6 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION: EINFLUSS DES *EUROPEAN NETWORK OF HEALTH PROMOTING SCHOOLS* AUF DIE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND

Abb. 51 fasst die Impulse des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen insgesamt zusammen. Die jeweiligen Quellenhinweise verdeutlichen, dass sich die inhaltlichen Impulse auf *eine Quelle* zurückführen lassen: *die Projektbeschreibung des Netzwerkes*. Eine vorläufige erste Arbeitsfassung dieser Projektbeschreibung wurde von der WHO 1992 (vgl. WHO Regional Office for Europe, 1992) bei einer Zusammenkunft der zunächst noch vorläufig nominierten Nationalen Koordinatoren erster an der Mitgliedschaft im Netzwerk interessierter Mitgliedsstaaten in Umlauf gebracht. Sie wurde dann 1993 in überarbeiteter und erweiterter Form von der WHO (vgl. WHO Regional Office for Europe, 1993) als endgültige Projektbeschreibung auf Englisch herausgegeben und später auch auf Deutsch, Französisch und Russisch vorgelegt.

Diese *internationale Projektphilosophie* wird zum Vorbild für Deutschland. Sie bestimmt und prägt die deutsche Entwicklung entscheidend. Inhaltlich, politisch und wissenschaftlich auffallend ist allerdings die hier festzuhaltende Erkenntnis, dass die WHO die Quelle ihrer Erkenntnis, also ihrer Projektphilosophie, verschweigt. Ihre Quelle ist der in ihrem Auftrag 1989 von der Scottish Health Education Group (einem WHO- Collaboration Centre for Health Education and Health Promotion) herausgegebene und von Trefor Williams und Jan Young erarbeitete Report *The Healthy School* (Young & Williams, 1989). Abb. 51 stellt insofern auch den Bezug zwischen Primärquelle und Sekundärquelle in einer Fußnote her. Warum Trefor Williams und Jan Young verschwiegen werden, ist rästelhaft (s. auch Anhänge 11,12,15).

**Abbildung 51:** *Impulse* des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen  
auf die Entwicklung in Deutschland

**IMPULS: Die inhaltliche und politische Attraktion eines internationalen Pilotprojektes**

Quellen:

- 1.) Council of Europe (1992). European Network of Health Promoting Schools (unveröffentlicher Brief an den BMG vom 18.03.1992) Strasbourg: Autor.
- 2.) WHO Regional Office for Europe (1992). European Network of Health Promoting Schools. (*Leaflet, verteilt auf einem Arbeitstreffen nominierten Nationaler Koordinatoren des ENHPS in Straßburg im Mai 1992*). Copenhagen: author.<sup>1</sup>

**IMPULS: Das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule<sup>1</sup>**

Quelle: WHO Regional Office for Europe (1993). The European Network of Health Promoting schools. A Joint WHO – CE – CEC project. **chapter 1**. Copenhagen: author.

**IMPULS: Kriterien für die Aufnahme von Schulen in das Netzwerk<sup>1</sup>**

Quelle: WHO Regional Office for Europe (1993). The European Network of Health Promoting schools. A Joint WHO – CE – CEC project. **chapter 4**. Copenhagen: author.

**IMPULS: Das Konzept des Networking**

Quelle: WHO Regional Office for Europe (1993). The European Network of Health Promoting schools. A Joint WHO – CE – CEC project. **chapter 3**. Copenhagen: author.

**IMPULS: Die Evaluationsansprüche**

Quelle: WHO Regional Office for Europe (1993). The European Network of Health Promoting schools. A joint WHO – CE – CEC project. **chapter 4**. Copenhagen: author.

<sup>1</sup> **Anmerkung**

*Konzept* und *Kriterien* haben eine gemeinsame Quelle: die *Health Promotion School Checklist* (Young, I. & Williams, T. 1989, p.33), (s. auch Anhänge 11, 12 und 15). Sie wurde in beiden Fällen z.T. redaktionell leicht geglättet, praktisch wörtlich und vollständig, ohne Quellenhinweis, übernommen. Sie wurde auch, wie zusätzlich festzustellen ist, bereits 1992 von der WHO bei einer ersten Vorstellung des geplanten internationalen Gemeinschaftsprojektes als *Kriterium* für Schulen praktisch wörtlich und ebenfalls ohne Quellenhinweis übernommen (WHO Regional Office for Europe, 1992).

Herausragenden Einfluss hat das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen in Deutschland, als *internationales Pilotprojekt* selbst, bereits bei seiner Gründung 1992. Es ist inhaltlich und bildungspolitisch hochattraktiv, so dass alle Mitgliedstaaten seiner drei internationalen Trägerorganisationen um schnelle Aufnahme bemüht sind. In Deutschland wird es zum Wegbereiter einer Entwicklung, die die Implementation des Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule in der Institution Schule systematisch und praktisch für alle Bundesländer über BLK – Modellversuche ermöglicht. Aus dem internationalen Projekt heraus ergeben sich zwei weitere erhebliche Einflussquellen auf die Entwicklung in Deutschland: seine inhaltliche *Ausgestaltung der Konzeption* der *Gesundheitsfördernden Schule* und sein ausformulierter und praktizierter Anspruch



auf *Evaluation* der Implementation des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule*, d.h. auf wissenschaftliche Qualität. Der Einfluss stellt sich im Einzelnen wie folgt dar.

- **Wirkung der politisch – inhaltlichen Attraktion**

Die politisch- fachliche Ausstrahlung des gerade gegründeten Projektes selbst führt noch 1992 in Deutschland zu der Entscheidung der Bundesregierung und der Bundesländer bei der BLK einen Förderbereich Gesundheitsförderung einzurichten, der bundesweit als Innovation im Bildungswesen erstmals die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in die Institution Schule planmäßig und langfristig ermöglichen soll. Durch Erfüllung dieser Voraussetzung wird Deutschland für den Zeitraum von 1993 bis 2000 über zwei anspruchsvolle BLK –Modellversuche Mitglied des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* und partizipiert damit unmittelbar an der internationalen Entwicklung der Gesundheitsförderung, besonders an dem Transfer themenbezogener konzeptioneller Erfahrungen, transnationalen Networkings und der Evaluationsphilosophie und -praxis. Die konzeptionelle Auseinandersetzung der verantwortlichen (13 bzw. 15 von 16) Senats- und Kultusverwaltungen der Länder und der Modellversuche selbst mit dem internationalen Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* bzw. den (inhaltlichen) Kriterien für die Aufnahme von Schulen in das Netzwerk unterstützt die in Deutschland ab 1990 beginnende Weiterentwicklung des *Lernbereiches Gesundheitserziehung in Schulen* zum *Schulentwicklungskonzept Gesundheitsfördernde Schule* entscheidend. Unter der gesundheitspolitisch und bildungspolitisch eingeforderten Verbesserung der Prävention ist inhaltlich ein wesentliches Ergebnisse der BLK- Modellversuche und BMBW- Forschungsprojekte auch ihre gemeinsame Entwicklung bzw. Bestätigung des Paradigmenwechsels vom *Risikofaktorenmodell* zum salutogen geprägten *Lebensweisenkonzept* als Prävention, gerade auch für Schulen. Dies führt konkret zur Weiterentwicklung des Unterrichtskonzeptes *Gesundheitserziehung in Schulen* zum Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*. Ermöglicht wird diese Entwicklung durch die großzügige mehrjährige finanzielle Förderung der BLK- Modellversuche. Abb. 52 veranschaulicht die Fördermittel.

**Abbildung 52:** Finanzvolumina der im Zusammenhang mit dem Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen von Deutschland initiierten BLK – Modellversuche im Zeitraum 1990 bis 2000

- (1.) Landesrechnungshof Schleswig- Holstein (Landesrechnungshof Schleswig – Holstein , 1995, S.12-13)  
 (2.) Konservative Schätzung des Verfassers  
 (3.) Versuchsantrag des Kultusministeriums Schleswig- Holstein (P.Paulus, persönl. Mitteilung, 08.08.2003)

**BLK- Modellversuche**

- BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (1990 - 1993) **1.)**  
 BMBW- Mittel: 971 TDM Komplimentärmittel: 971 TDM Gesamtvolumen: 1.942 Mio. DM
  - BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 - 1997) **1.)**  
 BMBW- Mittel: 1.559 Mio. DM Komplimentärmittel: 1.559 Mio. DM Gesamtvolumen: 3.118 Mio. DM
  - BLK – Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* (1994 - 1998) **2.)**  
 BMBW- Mittel: 750 TDM Komplimentärmittel: 750 TDM Gesamtvolumen: 1.500 Mio. DM
  - BLK- Modellversuch *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 - 2000) **3.)**  
 BMBW- Mittel: 971 TDM Komplimentärmittel: 971 TDM Gesamtvolumen: 1.942 Mio. DM
- 1.) Der Modellversuch läuft bereits bei Bekanntwerden der internationalen Initiative, seine positiven Zwischenergebnisse unterstützen die Entscheidung der bevorzugten Förderung des Themenbereiches *Gesundheitsförderung* durch die BLK ab 1993.
- 
- Summen (Förderzeitraum 1990 – 2000)  
 BMBW - Mittel: 4.25 Mio. DM Komplimentärmittel: 4.25 Mio. DM **Gesamtvolumina: 8.5 Mio. DM**

Bund und Länder unterstützen den Transfer des internationalen Leitkonzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* nach Deutschland im Untersuchungszeitraum mit etwa 8.5 Mio. DM. Der BMBW geht inhaltlich und finanziell sogar noch weiter. Er sieht die Chance, auf diesem bildungspolitischen Hintergrund ein *Gesamtkonzept Gesundheitsbildung* für Deutschland entwickeln zu können und vergibt eigenfinanzierte Projektaufträge.

• **Wirkung der Stimulation zum Networking**

Deutschland nimmt das Konzept des Networking des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen auf, führt es in BLK- Modellversuchen bundesweit ein und erprobt es bis hin zur Etablierung „subregionaler europäischer“ Netzwerke. Seine gezielte Weiterentwicklung führt zur bundesweiten Implementation eines ‚offenen Partizipationsnetzes‘ sogar in Form eines förmlichen BLK- Modellversuches als „breitere“ deutsche Konzeption der Vernetzung. Damit wird in der Vernetzung ein Qualitätssprung erreicht: der Entwicklungssprung vom Distributionsmodell zum Partizipationsmodell. Allen interessierten deutschen Schulen wird der Zugang zu

Themenbereichen und zu der Implementation der *Gesundheitsfördernden Schule* möglich.

- **Wirkung der „Pflicht“ zur Evaluation**

Deutschland greift die vom *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* doppelt verstandenen Impulse zur *Evaluation* grundsätzlich und auf der Funktionsebene des Personals (Qualifikation) auf. *Grundsätzlich*, weil wissenschaftliche Begleitung bzw. Beratung und damit Evaluation zur Infrastruktur von BLK – Modellversuchen gehört und von vornherein den internationalen Anforderungen entspricht. Damit kann sich Deutschland in die Gruppe der Mitgliedsländer des Netzwerkes einreihen, die Evaluation als konstitutives Merkmal ihrer nationalen Netzwerke verstehen. Dies ist immerhin 1998 nur bei etwa der Hälfte der nationalen Netzwerke der Fall (vgl. WHO Regional Office for Europe, 1998, pp.36 – 37). Deutschland greift auch die europäischen Impulse zur Evaluation im Hinblick auf die *Qualifizierung von Personal* auf. Durch die deutsche Adaptation, Übersetzung und Herausgabe international entwickelter und erprobter Lehrerhandbücher zur Gesundheitsförderung (in Schulen), die jeweils praxisnahe Einführungen in die Evaluationsmethodik gesundheitsfördernder Maßnahmen oder Projekte im Schulalltag beinhalteten, wird in Deutschland die Entwicklung und Verstetigung von Evaluationsnotwendigkeit und Evaluationsverständnis provoziert bzw. befördert. Mit der Initiierung und Durchführung des EU- Projektes *First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School- models, experiences and perspectives* (Bern/Thun 1998) dreht Deutschland den ursprünglichen internationalen Impuls sogar um und gibt ihn zurück, indem es selbst die europäische Weiterqualifikation der Evaluatoren der Mitgliedsstaaten des Netzwerkes verantwortet.

### **3.5 ZUSAMMENFASSUNG: WESENTLICHE INTERNATIONALE ENTWICKLUNGsimpulse UND IHRE WIRKUNGEN**

Die die Entwicklung in Deutschland bestimmenden internationalen Impulse kommen von der WHO, der EU, dem Europarat und dem WHO- EU- Europaratprojekt *European Network of Health Promoting Schools*.

Der konzeptionelle Einfluss der WHO resultiert aus zwei Impulsen: aus der (Neu-) Definition von *Gesundheit* (Verfassung der WHO von 1946) sowie aus der Programmatik der *Gesundheitsförderung* (Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung von 1986).

Die EU stellt über ihre Bildungsminister 1988 für ihre Mitgliedsstaaten erstmals politisch die Bedeutung der *Gesundheitserziehung in Schulen* und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung zur Gesundheitsförderung heraus. Zusätzlich nimmt sie über ihre Gesundheitsminister ab 1990 das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* in die Förderphilosophie ihres Programms *Europa gegen den Krebs* als Präventionskonzept auf und fördert etwa 10 Jahre mit erheblichen finanziellen Mitteln die Implementation dieses Ansatzes im Schulalltag.

Der Europarat unterstützt vor allem politisch die grundsätzliche Aufnahme eines ganzheitlichen, vom Verständnis der Gesundheitsförderung geprägten Konzeptes der Gesundheitserziehung in Schulen. Er ermöglicht Deutschland die beispielhafte, stadtteilbezogene Aufnahme des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* über die aktive Teilnahme eines Bundeslandes an einem themenbezogenen Europaratprojekt.

Das internationale Gemeinschaftsprojekt (WHO, EU, Europarat) *European Network of Health Promoting Schools* stimuliert vor allem bildungspolitisch entscheidend die Entwicklung der Implementation des Schulentwicklungsansatzes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland. Seine Impulse beziehen sich insbesondere inhaltlich auf das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule und auf seine modellhafte Implementation und Evaluation in Deutschland im europäischen Verbund.

Die Einwirkung dieser internationalen Entwicklungsimpulse konnte auf allen Ebenen der Institution Schule in Deutschland nachgewiesen werden. Ihre Aufnahme führte zu einer bundesweiten Implementation des Konzepts der *Gesundheitsfördernden Schule* und zu seiner modellhaften Weiterentwicklung als Schulentwicklungskonzept. *Wie aber war eine derartige Entwicklung möglich?* Die Frage führt zum nächsten Kapitel der Analyse.

## 4 WIE WURDE DER INTERNATIONALE EINFLUSS MÖGLICH?

*Überblick:*

*Der durch die Untersuchung nachgewiesene internationale Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Schulen und auf die Implementation des Schulentwicklungskonzeptes Gesundheitsfördernde Schule in Deutschland führt zu der weiterführenden Frage nach dem Warum. Warum wird in den 90er Jahren eine derartige internationale Entwicklung, wie die der Gesundheitsfördernden Schule, in Deutschland aufgenommen - warum ist die Bereitschaft dazu da? Voraussetzung für einen derartigen Transfer muss ein gesundheits- und bildungspolitischer, aber auch fachlicher Rahmen oder Hintergrund sein, der die Entwicklung ermöglicht und unterstützt; und es muss Akteure geben, die den Transfer in Deutschland umsetzen. Im Folgenden werden diese Rahmenbedingungen und Akteure herausgearbeitet und in Hinblick auf ihre Rollen und Wirkung untersucht. Analysiert und interpretiert werden für den Untersuchungszeitraum 1989 – 1999 insofern folgende Rahmenbedingungen und Akteure:*

### **Rahmenbedingungen**

- Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf: Prävention
- Bildungspolitischer Handlungsbedarf: Innovation

### **Akteure**

- Bundesministerien und Regierungskommissionen
- Kultusministerkonferenz und Senats- und Kultusverwaltungen der Länder
- Nichtstaatliche Organisation
- Krankenkassen
- Unfallversicherungsträger

## 4.1 RAHMENBEDINGUNGEN

### 4.1.1 GESUNDHEITSPOLITISCHER HANDLUNGSBEDARF ZUR PRÄVENTION

#### a) Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen

Somatische, psychische, psychosomatische und psychosoziale Auffälligkeiten und Krankheiten beeinträchtigen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht unerheblich. Epidemiologische Untersuchungen aus dem Zeitraum dieser Untersuchung von 1989 bis 1999 (vgl. z.B. Hurrelmann, 1990 und 1991; Hurrelmann & Nordlohne, 1993; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998 a,) erlauben zusammenfassend folgenden Überblick:

- Etwa 10 % aller Kinder und Jugendlichen sind von *chronischen* Krankheiten betroffen, z. B. Krebserkrankungen (Leukämie), stoffwechselbedingte Krankheiten (Diabetis, Phenylketonurie), kindliches Rheuma, Nierenkrankheiten.
- Etwa 30 % aller Jugendlichen haben *psychosomatische* Beeinträchtigungen. Sie klagen z.B. über Kopfschmerzen, Unruhe, Nervosität, Kreuz- und Rückenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen.
- Etwa 10 – 15 % aller Grundschüler und Jugendlichen leiden unter *psychischen* Störungen. Sie haben Störungen im emotionalen und sozialen Verhalten, Leistungs- oder Teilleistungsstörungen.
- *Suchtkrankheiten* sind in allen Altersgruppen stark verbreitet. Psychische und physische Abhängigkeit und Verlust der Konsumkontrolle entstehen insbesondere durch den Konsum von Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen und Arzneimitteln.

Die Auffälligkeiten und Krankheiten werden, mit Ausnahme der chronischen Krankheiten, als Überbeanspruchungserscheinungen (vgl. Paulus & Brückner, 2000, S.26) verstanden. Als Ursachen gelten *einerseits* die veränderten Lebensverhältnisse der 90er Jahre, unter denen die Kinder und Jugendlichen aufwachsen und den daraus erlebten Belastungen in ihren Lebenswelten (vgl. Hurrelmann, 1990 und 1991), wie z.B.:

- Instabile Betreuungsstrukturen durch veränderte und im Umbruch befindliche Familienformen (z.B. Rückgang der Eheschließungsziffer, Anstieg der Ehescheidungen, Rückgang der Zahl der Kinder pro Familie, Anstieg der Zahl der alleinerziehenden Eltern).
- veränderte Lebens- und Berufsperspektiven der Eltern mit dem Drang in verschiedenen Lebensbereichen die eigene Persönlichkeit zu entfalten. Bezahlen müssen dies die Kinder mit unzuverlässiger physischer, psychischer und sozialer Pflege durch die Eltern.
- Zerstückelung und Diffusion des individuellen Selbstverständnisses. Der Werte- und Normbereich hat sich grundsätzlich verändert: die pluralisierte Wertewelt mit den

enormen eigenen Entfaltungsmöglichkeiten überfordert viele Jugendliche – sie fühlen sich letztlich alleingelassen.

Der Untersuchungszeitraum 1989 – 1999 ist für Kinder und Jugendliche insofern geprägt von der Individualisierung der Lebensweisen, Pluralisierung der Lebenswelten und Enttraditionalisierung der Lebensformen (vgl. Paulus & Brückner, 2000, S.26). Die gewonnenen Freiheitsgrade erfordern ihr dauerndes Arbeiten an der eigenen Biographie und Identität.

*Andererseits* wird auch die Schule zu einem Belastungsfaktor für Schülerinnen und Schüler. Schulische Belastungsfaktoren sind insbesondere (vgl. Paulus & Brückner, 2000, S.26):

- Leistungs- und Statusdruck (Schule als Leistungsschule)
- überhöhte Leistungsanforderungen (Konflikte im Elternhaus)
- Lehrerverhalten (Schlechte Lehrer)
- unsichere Perspektiven und Sinnlosigkeitserfahrungen (Schulleistung vs. Arbeitslosigkeit)
- Schulklima (Zugehörigkeitsgefühl zur Schule)

Schule erzeugt entweder selbst gesundheitliche Probleme oder sie verstärkt bereits bestehende Belastungen.

Die Erkenntnis über die gesundheitliche Situation der Schüler und Schülerinnen wird für die 90er Jahre zur gesundheitspolitischen Herausforderung einer insgesamt neu für Deutschland auszugestaltenden Prävention psychischer, psychosomatischer und somatischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Als Präventionsmethode der Wahl bietet sich die international empfohlene Gesundheitsförderung an. Als eine der wesentlichsten Institutionen des Staates wird dabei auch die Schule in eine neue Verantwortung genommen. Der gesellschaftspolitisch begriffene Handlungsbedarf zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen wird damit durch die notwendige Übertragung des Ansatzes der Gesundheitsförderung auf die Schule zu einer der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland.

## **b) Kostendämpfung im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetze)**

Die zweite gesundheitspolitische Rahmenbedingung, die die Implementation des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* ermöglicht, resultiert aus den im Untersuchungszeitraum gültigen Gesundheitsreformgesetzen. Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre gehört das deutsche Gesundheitssystem international gesehen mit zu den teuersten der Welt. Bei den Pro- Kopf- Gesundheitsausgaben z. B. nimmt Deutschland den dritten Platz hinter der USA und der Schweiz innerhalb der OECD- Länder ein. (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, S.21). Der politische Druck aus gesundheitsökonomischen Gründen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu reformieren, führt zu dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 1988, das u.a. und erstmals *Gesundheitsförderung* als wirksame kostendämpfende Präventionsmaßnahme bei der Reduktion der Krankheitskosten benennt. § 20 SGB V verpflichtet insofern die Krankenkassen zur Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Ihnen wird zusätzlich die Möglichkeit gegeben in ihre Satzungen Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten aufzunehmen:

„Die Ermessensleistungen können auch in Form von Zuschüssen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung erbracht werden, wobei insgesamt von einem modernem Konzept der Gesundheitsförderung ausgegangen werden sollte, wie es von der WHO entwickelt und von der Bundesregierung im Zuge der Anerkennung der ‚Gesundheit für alle‘ - Strategie der WHO legitimiert wurde“ (Bundesministerium für Gesundheit, 1993, S.19).

Diese neuen gesundheitspolitischen, gesetzlichen Rahmenbedingungen ermöglichen es insofern den Krankenkassen ab 1989, erstmals in Deutschland überhaupt, das Themenfeld *Gesundheitsförderung* insgesamt zu besetzen und damit die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* zu unterstützen.

Insgesamt jedoch, auch das muss hier erwähnt werden, konzentrieren sich die Krankenkassen - vordergründig aus Gründen der Stärkung der Gesundheitsförderung, im Wesentlichen jedoch aus Wettbewerbsgründen (Gesundheitsförderung wird zur Mitgliederwerbung eingesetzt (vgl. Dahme & Wohlfahrt, 1998, S.190-191) - in Ausschöpfung der neuen rechtlichen Möglichkeiten auf das Angebot von Kursen zur individuellen Verhaltensmodifikation: so z.B. Kurse zur Stressbewältigung, Bewegungskurse, Raucherentwöhnungskurse oder Kurse zur Einführung in alternative Ernährungsformen. Dieses von ihnen auch noch werbewirksam dargestellte



Leistungsangebot führt zu einer für die *Gesundheitsförderung* fatalen Entwicklung. Politisch gipfelt sie in der „Seehoferschen Bauchtanzdebatte“ (vgl. Meierjürgen, 2001, S.429), die die öffentliche Diskussion um die Neufassung von § 20 entscheidend beeinflusst:

„Zum Teil hatten diese Angebote einen etwas ‚exotischen Charakter‘, um damit Effekte im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zu erzielen. Die „Marketing Mätzchen“ wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen [zwar nur] auf höchstens ca. 1 % aller Maßnahmen geschätzt; trotzdem wurden sie [politisch] als Vorwand für eine ursprünglich geplante gänzliche Streichung des § 20 herangezogen“ (Trojan & Legewie, 2001, S.153).

Die Bundesregierung handelt. Das GRG von 1988 wird 1996 durch ein Beitragsentlastungsgesetz geändert. Das neue Gesetz sieht ab 1997 zwar den Erhalt des § 20 weiter vor, schreibt ihn jedoch „negativ“ fort. Die Unterstützung von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen (Ermessensleistung) und die betriebliche Gesundheitsförderung (Pflichtleistung) bleiben erhalten, nicht jedoch die der allgemeinen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Diese Entscheidung führt zu einem Stopp aller bereits von den Krankenkassen initiierten inhaltlichen, strukturellen und personellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Damit werden auch alle schulischen Aktivitäten zur Implementation des Leitkonzeptes von ihnen eingestellt.

Der Rückschlag bei der Entwicklung der *Implementation* der Prävention und Gesundheitsförderung in die Leistungsangebote der Krankenkassen wird im Jahr 2000 mit der Neufassung des § 20 SGB V durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 insgesamt begrenzt wieder aufgefangen. Die Neufassung gibt den Krankenkassen einen erweiterten Handlungsspielraum zur *Primärprävention* und zur *betrieblichen Gesundheitsförderung*. Sogar eine klare Budgetierung (erstmal) über das Ausgabevolumen der Krankenkassen für die beiden Aufgabenbereiche ist festgelegt. Für das Jahr 2000 sollen sie pro Versicherten 5 DM umfassen, in den Folgejahren sind sie nach bestimmten Vorgaben anzupassen. Für diese Untersuchung ist der neu vorgesehene Aufgabenbereich der *Primärversorgung* von Bedeutung, denn seine Umsetzung eröffnet den Krankenkassen erstmals wieder seit 1997 die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* und zeigt zugleich sogar ganz neue Wege auf. § 20 SGB V legt fest:

„Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen.

...

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen ... insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001, S.4).

Noch im Jahr 2000 wird in Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung ein erster *Leitfaden* erarbeitet und herausgegeben. Mit ihm legen die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes die prioritären Handlungsfelder und Kriterien fest, die für Maßnahmen der Primärprävention durch die Krankenkassen verbindlich gelten. Eines der dort vorgesehenen Handlungsfelder ist, im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Favorisierung des WHO- Setting- Ansatzes, das Setting *Gesundheitsfördernde Schule*. Mit Rückgriff auf die positiven Versuchsergebnisse der BLK- Modellversuche *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (1993 - 1997) und *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* (1997 – 2000) wird vorgeschlagen, dass:

„weitere Schulen dafür gewonnen werden, und zwar vorrangig solche Schulen, für die Hinweise auf spezifische Häufungen von dort vorliegenden Gesundheitsrisiken/Risikofaktoren und zu erschließende Gesundheitspotentiale vorliegen.

...

Für die GKV muss es darum gehen, im Setting *Gesundheitsfördernde Schule* für alle Betroffenen erkennbar Gesundheit zu fördern, Gesundheitsbelastungen abzubauen und Gesundheitsressourcen zu erschließen. Dies lässt sich durch Initiativen auf folgenden Zielebenen verwirklichen [es folgen dann, in nahezu *wörtlicher* Übernahme, die vom *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* definierten Ziele einer *Gesundheitsfördernden Schule* (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 1993, Kap.1) ]“ (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001, S.12-13).

Diese Zielebenen stellen das (Schulentwicklungs-) Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* dar. Damit wird grundsätzlich im Jahr 2000 durch die Krankenkassen der Rahmen für entsprechende zukünftige Initiativen geschaffen. Die 1997 abgebrochene Entwicklung wird wieder aufgegriffen und als *zweite* gesundheitspolitische Rahmenbedingung der Implementation des internationalen Entwicklungsansatzes für Deutschland wieder hergestellt.

#### **4.1.2 BILDUNGSPOLITISCHER HANDLUNGSBEDARF ZUR INNOVATION**

##### **a) Qualitätsdiskussion fordert innovative Schulprogramme und Schulprofile**

Eine der bildungspolitischen Rahmenbedingungen resultiert aus der reformpädagogischen Entwicklung des Bildungswesens in Deutschland. Mit Ende des 19. Jahrhunderts ist die Entstehung eines staatlichen, von der Kirche weitgehend unabhängigen, säkularisierten Bildungswesens in Deutschland praktisch abgeschlossen. Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts wird geprägt von der systematischen Ausdifferenzierung

des Bildungswesens. Es geht vor allem darum die Bildungswege für alle zu öffnen und entsprechende Angebote auch flächendeckend zu garantieren. Ende der 60er Jahre beginnt eine Reformbewegung im Hinblick auf strukturelle Reformen. Sie ist bestimmt von der Auseinandersetzung mit dem Prinzip der Integration von Bildungswegen und entsprechenden Schulformen. Als Entwicklungsansatz dient die *Integrierte Gesamtschule*, die in Konkurrenz zum traditionellen dreigliedrigen Schulsystem in verschiedenen Varianten implementiert, erprobt und evaluiert wird. Zunächst geht es dabei schwerpunktmäßig um strukturelle und organisatorische Reformen, später, besonders in den 80er Jahren, um Fragen der inneren Gestaltung, der Lehrplanreformen und der inhaltlich - methodischen Gestaltung des Unterrichts. Die 90er Jahre entwickeln sich grundsätzlich zu einer neuen Phase der Entwicklung des Bildungswesens in Deutschland. Qualitätsfragen treten in den Vordergrund:

„Seit Beginn der 90er Jahre haben sich einerseits die Fragen nach einer angemessenen Ausstattung und nach der Leistungsfähigkeit des Schulwesens verstärkt, andererseits sind in der bildungspolitischen und der fachlichen Diskussion stärker grundsätzliche Fragen nach vorne gebracht worden, zum Beispiel die Frage nach den Merkmalen einer guten und pädagogisch wirksamen Schule, das Problem der Ziele und Zwecke schulischen Lernens, die Struktur einer tragfähigen Bildung, die Frage der Ausrichtung und Wertigkeit beruflicher Bildung“ (Bildungskommission NRW, 1995, S.14-15).

Diskutiert wird jetzt, wie die verschiedenen Gestaltungsebenen des schulischen Lernfeldes zusammenhängen. Fend stellt ihren systemischen Zusammenhang heraus:

„Es gehört zu den zentralen Erkenntnissen der jüngeren Theorie der Schule, dass die verschiedenen Ebenen des Handelns im Bildungswesens nicht verstanden werden können, wenn sie nicht in einem ganzheitlichen systemischen Zusammenhang gesehen werden. Bildungspolitisch gestaltete rechtliche und administrative Rahmenbedingungen konstituieren den Handlungsraum auf der Schulebene und diese beiden interagieren mit der pädagogisch bedeutsamen Ebene des unterrichtlichen Handelns des Lehrers in der Schulklasse“ (Fend, 2001, S. 13-14).

In diesem Bedingungsgefüge hat die Schule (Mesoebene) für die weitere Qualitätsentwicklung des Bildungswesens eine herausragende Rolle. Aber: es fehlen Konzepte und Erfahrungen für die Ausgestaltung dieser Entwicklungsrolle:

„Heute ist im Rahmen einer *mehrebenenanalytischen Betrachtungsweise* der Qualität des Bildungswesens die Bedeutung der Zwischenebene, der Ebene ‚unterhalb‘ der rechtlich- organisatorischen Rahmenbedingungen (Makroebene) und ‚über‘ der Schulklasse mit dem jeweils unterrichtenden Lehrer (Mikroebene), unbestritten. Ihre Entwicklung im Rahmen neuer ordnungspolitischer Modellvorstellungen, wie sie in den Konzepten der ‚teilautonomen Schule‘

...

bzw. des ‚New Public Management‘ zum Ausdruck kommen, gilt heute als erste Priorität bei der inneren Schulreform.

...

Solche Konzepte der ‚teilautonomen Schule‘ stehen bis heute in unserem Erfahrungskreis allerdings noch weitgehend auf dem Papier, sie sind vorerst Entwürfe, Pläne, Visionen. Was kann jedoch in der Praxis aus autonomen oder teilautonomen Schulen alles werden? Wie nutzen Schulen die ‚neuen Freiheiten‘ der Selbstgestaltung und Selbstentwicklung?“ (Fend, 2001, S.14).

Anfang der 90er Jahre, eher zufällig zeitgleich mit dem Beginn der Entwicklungsphase der Qualitätsdebatte im Bildungswesen, erreicht das internationale Leitkonzept *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland die Institution Schule. Es ist zwar kein ordnungspolitisches Rahmenmodell, insbesondere nicht das für eine teilautonome oder autonome Schule. Dennoch weist es wegen seines Schulprogrammansatzes, der damit gegebenen Möglichkeit der Schulprofilbildung und der geforderten Freiheiten der Partizipation der Betroffenen an der Entwicklung, im Rahmen neuer ordnungspolitischer Merkmale die gesuchten Modellcharakteristika auf, die seine Implementation und Evaluation fordern. Es eignet sich als innovatives Schulprogramm für die Implementation und Evaluation, so wie es z.B. die Bildungskommission Nordrhein - Westfalen 1995 grundsätzlich empfiehlt:

„Alle Schulen sollen damit beginnen, Schulprogramme und, ausgehend von diesen, Schulprofile zu entwickeln.

Das Schulprogramm soll der Ansatz für eine eigenständige pädagogische Gestaltung der einzelnen Schule sein. Dabei sollen die Schulen sich Rechenschaft über ihre überkommenen Arbeitsschwerpunkte geben, diese weiterentwickeln oder ersetzen. Während Schulprogramme im Laufe der Entwicklung überarbeitet werden müssen und Veränderungen unterworfen sind, soll das Schulprofil über einen längeren Zeitraum Stabilität aufweisen.

Die Vorgehensweise bei der Erarbeitung eines Schulprogramms und der Entwicklung eines Schulprofils soll der Einzelschule überlassen bleiben. Das Schulprogramm sollte alle drei bis vier Jahre überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden.

Die Akzente von Schulprogramm und Schulprofil können zum Beispiel auf besonderen Bemühungen im fachlich – unterrichtlichen Angebot, im Bereich der Lernformen und der Lernorganisation, auf der Ebene bestimmter Zugänge zur Wirklichkeit

...

in der regelmäßigen Durchführung von Projekten, auf der Ebene von Schulpartnerschaften und Austauschbeziehungen, der interkulturellen Integration und im Bereich der Schulkultur liegen“ (Bildungskommission NRW, 1995, S.146-147).

*Makro- und Mikroebene* des Bildungswesens begreifen ihre Erkenntnischance und ermöglichen der *Mesoebene* die Implementation und Evaluation des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Die Protagonisten der *Gesundheitsförderung* nehmen ihre Chance wahr. Mit Beginn des Untersuchungszeitraumes beginnt eine 10- jährige umfassende bildungspolitische und finanzielle Förderung der Implementation des Konzeptes. Seine Einführung wird damit zugleich ein bemerkenswertes Beispiel für ein erfolgreiches systemisches Zusammenwirken (vgl. Fend, 2001, S.357ff) der Makro-, Meso- und Mikroebene, der drei Gestaltungsebenen des Bildungswesens.

**b) Bildungspolitische Förderung eines Paradigmenwechsels: Wandel des Fachunterrichtskonzeptes „Gesundheitserziehung in Schulen“ zum Schulentwicklungskonzept „Gesundheitsfördernde Schule“**

Die zweite bildungspolitische Rahmenbedingung ergibt sich aus dem Weiterentwicklungsbedarf des Konzeptes der traditionellen *Gesundheitserziehung in Schulen*, das an seine pädagogischen Grenzen gestoßen ist. Fachleuten und vor allem Lehrkräften wird zunehmend deutlich, dass vor allem Wissensvermittlung allein bei Schülern keine Verhaltensveränderung bewirkt. Die Suche nach einer pädagogischen Neuorientierung der *Gesundheitserziehung in Schulen* beginnt, vor allem auch im Wissen um den problematischen Gesundheitszustand von Schülerinnen und Schülern (s. S.189). Die Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 eröffnet einen grundsätzlich neuen und für Schule attraktiven Präventionsansatz: *Gesundheitsförderung*. Attraktiv ist hierbei insbesondere ihr neuer methodisch – didaktischer Ansatz: Gesundheitsförderung zielt auf die Gesundheitsressourcen, d. h. die Kraftquellen der Betroffenen und damit auf salutogene Faktoren. 1989 leiten Trefor Williams und Jan Young international die Konsequenzen dieses Ansatzes für seine Einführung in die Institution Schule ab und zeigen die Entwicklungsrichtung zum Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule* auf (vgl. Young & Williams, 1989, p.32, s. auch Anhänge 16 und 17). Zu Beginn der 90er Jahre werden Idee und Anliegen der Ottawa- Charta und die von Trefor Williams und Jan Young vorgenommene inhaltliche Übertragung ihres Ansatzes auf die Schule in Deutschland fachlich aufgegriffen und bildungspolitisch nachhaltig bei ihrer Einführung unterstützt.

1990 findet in Dublin im Rahmen des EU– Programms *Europa gegen den Krebs* die 1. Europäische Konferenz *Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in Schulen* statt. Das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* wird dort zur Förderphilosophie der EU– Programme *Europa gegen den Krebs* und zum schulischen Präventionskonzept gegen Krebs (vgl. Williams, 1990) erklärt. Als deutsche Multiplikatoren werden zu der Konferenz alle zuständigen Fachreferenten der Senats- und Kultusverwaltungen der Bundesländer eingeladen. Bildungspolitisch bedeutsam ist diese Einladung deshalb, weil die Fachreferenten damit in Kenntnis dieses international empfohlenen neuen Präventionsansatzes an den 1990 beginnenden Beratungen der KMK zur Ausarbeitung

eines *Berichtes zur Gesundheitserziehung in Schulen in Deutschland* teilnehmen und diesen inhaltlich entsprechend mit beeinflussen können. Einige von ihnen, die Vertreter der Länder SH, HE und B nehmen ihre neuen internationalen Erfahrungen zum Anlass, die politisch Verantwortlichen ihrer Kultusministerien von der Attraktivität der Übernahme dieses inhaltlichen neuen Präventionskonzeptes zu überzeugen. Die Ansätze werden bildungspolitisch unterstützt; die Fachreferenten werden ermuntert ein erstes gemeinsames, länderübergreifendes deutsches EU- Projekt *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen* mit diesen Präventionskonzept zu entwickeln und zu beantragen. Es beginnt 1991.

1990 beginnt der BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Er greift die in der Ottawa- Charta formulierte Programmatik der Gesundheitsförderung erstmals pädagogisch in Deutschland als Thema auf (Barkholz & Homfeldt, 1994). Im Zusammenhang mit der Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Natur- und Umweltschutz bezieht der Versuch, als Transfer der Dubliner Konferenzergebnisse, die Übertragung des Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule von Trefor Williams und Jan Young (Young & Williams, 1989) inhaltlich mit ein. Er übersetzt auch die von ihnen herausgearbeiteten kontrastierende Merkmale der *Traditionellen Gesundheitserziehung* und der *Gesundheitsfördernden Schule* und führt diese über die Buchpublikation der Abschlussergebnisse des Versuchs erstmals breit in Deutschland ein (Barkholz & Homfeldt, 1994, S.30). Bildungspolitisch bedeutsam ist, dass die BLK den Modellversuch aus pädagogisch innovativen Gründen fördert, weil er sich aus ihrer Sicht zu einem für Deutschland möglicherweise relevant werdenden Schulprogramm bzw. Schulprofil entwickeln könnte.

1991 treffen sich auf Einladung des Landesinstitutes für Schule und Weiterbildung Nordrhein – Westfalen, des Kultusministeriums Nordrhein- Westfalen, der Universität Bielefeld und der WHO in Soest etwa 180 Fachleute aus Bildungsverwaltung, Wissenschaft, Lehrerausbildung und Lehrerfortbildung. Ziel der Veranstaltung ist die Entwicklung von Leitlinien schulischer Gesundheitsförderung, die in der Folge der Ottawa – Charta „vorliegende Ansätze und Modelle für einzelne Problembereiche und Unterrichtsfächer in einem Gesamtkonzept zusammen führen können“ (Priebe, Israel & Hurrelmann, 1993, S.145). Die Teilnehmer verabschieden die „Soester Thesen und

Leitlinien zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Schulen“ (vgl. Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998, S.332-335). Sie dokumentieren 1991 für Deutschland den bildungspolitischen und fachlichen Wandel der *Gesundheitserziehung in Schulen zur Gesundheitsförderung in Schulen*:

„War die Gesundheitserziehung bisher vor allem auf Krankheiten und deren Vermeidung fixiert, so müssen künftig Pflege und Erhaltung der Gesundheit in den Mittelpunkt rücken. Gesundheit meint dabei einen Zustand des persönlichen Wohlbefindens im Einklang eigener Lebensvorstellungen mit den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen. Um dieses Gleichgewicht zwischen den physischen, psychischen, sozialen und ökologischen Einflussfaktoren immer erneut herzustellen, muß die Schule ihren spezifischen Beitrag zur Gesundheitserziehung und -förderung leisten“ (Priebe, Israel & Hurrelmann, 1993, S.147).

Im Zeitraum 1990 bis 1992 ergreift die Entwicklung der Implementation der *Gesundheitsförderung in Schulen* die KMK. Sie wird bildungspolitisch aktiv und erarbeitet erstmals für Deutschland einen Bericht *Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule*. Er hat entscheidende fachliche und schulpolitische Bedeutung. *Fachlich* übernimmt er explizit den WHO- Ansatz der Gesundheitsförderung und konstatiert den Wandel und damit den Paradigmenwechsel der *Gesundheitserziehung in Schulen zur Gesundheitsförderung in Schulen* (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S.26). *Schulpolitisch* richtungsweisend ist er wegen seiner gemeinsamen Verabschiedung durch alle Kultusminister und Schulsenatoren der Länder, die damit einvernehmlich für alle Bundesländer die Entwicklung eines neuen Präventionskonzeptes für die Schulen einleiten.

Der BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* wird 1993 abgeschlossen. Seine Versuchsergebnisse bestätigen eine erste erfolgreiche Implementation von *Gesundheitsförderung in Schulen* in Deutschland. Sie zeigen, dass die Entwicklung zur *Gesundheitsfördernden Schule* im Sinne von Trefor Williams und Jan Young (1989) beginnt. Der weitere Entwicklungsschritt von der *Gesundheitsförderung in Schulen* zum Schulentwicklungsansatz *Gesundheitsfördernde Schule* wird bereits thematisiert:

„So konnte man zu dieser Zeit noch nicht von gesundheitsfördernden Schulen reden, wohl aber mehr von Gesundheitsförderung in der Schule....Im Laufe der gewonnenen Erfahrungen wurde erkannt, dass die Sichtweise, ein Setting sei der Ort des Geschehens, zu kurz greift. Vielmehr muss das Setting - in unserem Fall die Schule - selbst nach Gesichtspunkten der Gesundheitsförderung entwickelt und gestaltet werden“ (Barkholz & Paulus, 1998, S. 134-135).

Die BLK greift das Ergebnis des Modellversuches auf. Von 1993 bis 1997 fördert sie, konsequent ihrer politischen Innovations- Förderphilosophie zu

Schulentwicklungskonzepten folgend, den neuen BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, der folgerichtig die Implementation und Evaluation des Schulentwicklungsansatzes *Gesundheitsfördernde Schule* zum Thema hat. Er ist eingebunden in das *Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, das mit dem gleichen Ziel den Entwicklungsansatz europaweit implementieren will. Zentrales Thema des BLK- Modellversuchs ist die Überprüfung der Veränderungsmöglichkeiten der Schule in einem Prozess gesundheitsförderlicher Schulentwicklung. Gesundheit wird dabei zum Thema der Schule gemacht:

„Die an Schule Beteiligten sollen dabei Möglichkeiten erkunden und erproben, wie Gesundheit in der Schule realisiert werden kann. Gesundes Leben, Lernen und Arbeiten sollen in der Schule gefördert werden“ (Paulus, 2000, S.12).

Die Implementation dieses Ansatzes gelingt. Die Umsetzung des Konzeptes *Gesundheitsfördernden Schule* wird erfolgreich erprobt (vgl. Barkholz & Paulus, 1998). Dabei werden von 29 Projektschulen der beteiligten 15 Bundesländer vielfältige gesundheitsförderliche Schulprofile oder Schulprogramme entwickelt, die speziell individuell auf die jeweiligen schulischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* stellt sich als attraktiver, erfolgreicher Schulentwicklungsansatz dar. Damit ist 1997 auch der Paradigmenwechsel von dem pathogen orientierten Risikofaktorenmodell des negativen Konzeptes der *Gesundheitserziehung in Schulen* zum salutogen verstandenen positiven Lebensweisenkonzept der *Gesundheitsfördernden Schule* modellhaft in Deutschland erfolgreich abgeschlossen.

#### **4.1.3 ZUSAMMENFASSUNG: POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN UND REAKTIONEN**

Als Fazit kann festgestellt werden: es gab ausgesprochen förderliche politische Rahmenbedingungen für die Aufnahme des internationalen Entwicklungsimpulses. Die politischen Entscheidungsträger mussten, konnten und wollten handeln. Nötig allerdings waren Akteure, die das gemeinsame „Projekt“ steuerten und umsetzten. Abb. 53 veranschaulicht die günstige politische Konstellation für die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland.



**Abbildung 53:** Politische Rahmenbedingungen und Reaktionen

<b>DIE POLITISCHE FORDERUNG</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf zur Prävention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der bedenkliche Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen führt zu Handlungszwang. Die Verbesserung und der Ausbau der Prävention gilt als Methode der Wahl zur Verbesserung der Volksgesundheit der jungen Generation.</li> <li>• Die gesundheitsökonomischen Gründe erfordern die kurzfristige Einleitung kostendämpfender Maßnahmen im Gesundheitswesen. Der breite Ausbau und Aufbau von Präventionsmaßnahmen gilt als eine mögliche Kostendämpfungsmaßnahme.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Bildungspolitischer Handlungsbedarf zur Innovation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Präventionskonzept der traditionellen Gesundheitserziehung in Schulen ist gescheitert. Erforderlich ist die schulische Einführung ganzheitlicher, positiv für Schüler und Schülerinnen besetzter Präventionskonzepte, die sie in ihrer Mitwelt abholen.</li> <li>• Die pädagogische Qualitätsdiskussion fordert breite und substantielle Innovationen im Bildungswesen zum Erhalt und zur Verbesserung der Qualität von Schule. Eine der Forderungen ist Implementation und Evaluation von Schulentwicklungskonzepten.</li> </ul>	
-----	
<b>DIE POLITISCHE ANTWORT</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Das Konzept <i>Gesundheitsfördernde Schule</i></b></p> <p>Im Zusammenhang mit der Einführung der Kostendämpfungsmaßnahme <i>Gesundheitsförderung</i> in die gesetzliche Krankenversicherung, gerade auch für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, wird das Konzept <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> als schulisches Präventionskonzept der Wahl aufgegriffen und zugleich als mögliches Schulentwicklungskonzept modellhaft in Schulen bundesweit implementiert und evaluiert.</p>	

## 4.2 AKTEURE

Die Entwicklung wurde von WHO, EU und Europarat bestimmt. Durch ihre Impulse und Förderprogramme wirkten sie als internationale Akteure normbildend (WHO-Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*) und als ihre eigenen Lobbyisten (Förderprogramme *Europa gegen den Krebs* und *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*). Ganz entscheidend für die Aufnahme der Impulse durch Deutschland aber waren die nationalen Akteure. Die Analyse der Fundorte der Impulse in Deutschland im Rahmen dieser Untersuchung lässt die Hauptakteure der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland auf folgende Ebenen verorten:

- Bundesebene
- Länderebene
- Nichtstaatliche Organisationen
- Krankenkassen
- Unfallversicherungsträger

Im Folgenden werden die Rollen dieser Akteure im Hinblick auf die Stimulation und/oder Unterstützung der Entwicklung in Deutschland analysiert.

#### 4.2.1 BUNDESEBENE

##### a) Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Das BMG entwickelt sich zu dem entscheidenden Transmissionsriemen bei der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland. Dies ist politisch bemerkenswert, denn das Ministerium hat in Deutschland keine Zuständigkeit für Schule. Aber es versteht sich ressortübergreifend verantwortlich und verbindet insofern die gesundheitspolitisch bedingten bildungspolitischen Impulse der Programme aus Genf (WHO- Hauptquartier), Kopenhagen (WHO- Regionalbüro Europa), Brüssel und Luxemburg (Europäische Kommission), Straßburg (Europarat) mit Bonn (Deutschland). *Zwei Referate* des Ministeriums organisieren als Akteure den Transfer und das Networking.

Eine besondere Rolle übernimmt, mit dem Hintergrund seiner Zuständigkeit für das deutsche Gesamtprogramm Krebs, das *Krebsreferat* als deutsche nationale Koordinierungsstelle des EU- Programms *Europa gegen den Krebs*. Es stellt 1989 über den *Beauftragten der KMK für Gesundheitserziehung in Schulen* den Zugang der Senats- und Kultusverwaltung der Länder zu *Europa gegen den Krebs* her, insbesondere zu seinem Massnahmenswerpunkt ‚Gesundheitserziehung in Schulen‘. Die Verbindung entwickelt sich im Untersuchungszeitraum zu einem wirkungsvollen Konsultationsverfahren. Der Beauftragte der KMK wird in diesem Rahmen zur dauerhaften Sicherung der Verbindung und des Transfers fest in die relevanten internationalen und nationalen Gremien eingebunden, so z. B. in den europäischen Programmbeirat von *Europa gegen den Krebs* und in den Arbeitskreis Prävention des deutschen Gesamtprogramms Krebs. Die Eingebundenheit und das damit bewirkte europäische Informationsniveau befähigt den Beauftragten der KMK dazu alle 16 Senats- und Kultusverwaltungen der Länder grundsätzlich und umfassend in die Philosophie und Fördermöglichkeiten von *Europa gegen den Krebs* einzuführen, die Implementationsmöglichkeit des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* offen zu legen

und die Länder im Hinblick auf die Antragstellung eigener Förderanträge entscheidungsfähig zu machen. Das Konzept wird damit ab 1990 direkt und grundsätzlich auf Länderebene eingeführt.

Das *Referat für internationale Angelegenheiten* des Ministeriums stellt die Verbindung der WHO und des Europarat mit der KMK her - wiederum über den *Beauftragten der KMK für Gesundheitserziehung in Schulen*. Zielrichtung der Referatsaktivitäten ist ab 1992 zunächst die Sicherung der Aufnahme Deutschlands in das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, später die politische Begleitung der Mitgliedschaft. Dies geschieht durch regierungsinterne gesundheitspolitische Unterstützung entsprechender Planungen und Projekte des BMBW (über die BLK) und durch zu wiederholende politische Willenserklärungen gegenüber den drei internationalen Trägern des Netzwerkes. Deutschland wird Ende 1993 Mitglied des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen. Konstitutives Merkmal dieses Netzwerkes ist das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*. In Kenntnis dieses Selbstverständnisses beteiligen sich immerhin 13 (später 15) der 16 Bundesländer an dem BLK- Modellversuch bzw. an dem europäischen Netzwerk. Das Leitkonzept wird damit auf anderem Wege ab 1993 erneut und parallel in die Länder hineingetragen.

## **b) Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW)**

Das BMBW hat in Deutschland eine begrenzte Zuständigkeit für die Schulen (Kulturhoheit der Länder). Einer der Verantwortungsbereiche ist die Initiierung und Unterstützung innovativer Modellversuche im Bildungswesen, nach Absprache und im Einvernehmen mit den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder. Organisiert und verantwortet werden derartige Schulversuche von der BLK. Ein anderes Tätigkeitsfeld ist die Entwicklung und Vergabe von Forschungsprojekten zu aktuellen bzw. zukunftsrelevanten Fragen des Bildungswesens in Deutschland. Aus diesen Verantwortungsbereichen heraus wirkt als Akteur der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* das *Referat für Modellversuche im Bildungswesen*. Von hier aus gehen *zwei Impulse* aus.

*Ein Impuls* besteht ab 1992 in der Herbeiführung der bildungspolitischen Grundsatzentscheidung des Ministeriums über die längerfristige und umfängliche

Förderung von BLK- Modellversuchen zur Gesundheitsförderung in Schulen und Hochschulen. Ausschlaggebend für diese Entscheidung sind die ermutigenden Ergebnisse des ersten themenbezogenen BLK- Modellversuches *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (1990 – 1993) und vor allem der internationale Entwicklungsimpuls *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, der eine angemessene nationale Erwidierung erfordert. Hinzu kommt, dass die in Deutschland begonnene Schulreformdiskussion Schulentwicklungskonzepte und ihre Erprobung sucht. Das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*, das konstitutive Merkmal des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen*, ist ein derartiger Schulentwicklungsansatz. Internationaler Impuls und nationale Bedürfnisse werden zusammengeführt. Die Implementation und Erprobung des Konzeptes wird deshalb über BLK-Modellversuche systematisch und bundesweit gefördert.

Der *zweite Impuls* ergibt sich aus Überlegungen zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung durch den BMBW. Die Analyse der fehlenden Implementation des Gesundheitsbegriffes der WHO (1946) und der darauf aufbauenden Programmatik und Botschaft der WHO- Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung (1986) in den Bildungsbereich in Deutschland veranlasst den BMBW ab 1991 zunächst zur Vorbereitung eines Forschungsvorhabens *Gesundheit und Schule*. Er vergibt dies als Projekt 1993 an die Bundesvereinigung für Gesundheit mit dem besonderen Auftrag „die Thematik der gesundheitsfördernden Faktoren in einer breiten wissenschaftlichen Aufarbeitung zu untersuchen.“ (Brößkamp, 1994, Vorwort o.S). Der Forschungsbericht wird 1994 vorgelegt. Er wird als erster Baustein des vom BMBW angestrebten *Gesamtkonzeptes zur Gesundheitsbildung* verstanden und soll später durch weitere Forschungsaufträge (Bausteine) zu den Themen *Gesundheit und allgemeine Weiterbildung* (1997) und *Gesundheit und beruflichen Bildung* ergänzt werden. Vorgesehen ist schließlich die Zusammenführung dieser Bausteine zu dem *Gesamtkonzept Gesundheitsbildung*, das vom BMBW in die BLK als Entwurf eingebracht werden soll. Wenn auch die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* nicht im Mittelpunkt des Forschungsprojektes *Gesundheit und Schule* steht, so ist doch das Forschungsvorhaben so angelegt, dass es die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer derartigen Implementation grundsätzlich untersucht bzw. benennt und damit den Ländern ab 1994 Orientierungshilfen für ihre Implementation liefert. Damit wird das Forschungsvorhaben zu einem zweiten

Entwicklungsimpuls des BMBW, da es die Implementaion des Konzeptes ab 1994 nochmals erheblich unterstützt.

### c) **Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK)**

Die BLK ist eine Regierungskommission, die 1970 auf der Grundlage von Art. 91 b GG durch ein Verwaltungsabkommen zwischen Bund und Ländern gegründet wird (vgl. de Haan & Harenberg, 1999). Sie ist das ständige Gesprächs- und Entscheidungsforum für alle Bund und Länder gemeinsam berührenden Fragen des Bildungswesens und der Forschungsförderung. Eines ihrer Aufgabefelder ist die Initiierung von Innovationen im Bildungswesen, die bildungspolitische Impulse für die Weiterentwicklung in Schule, Ausbildung, Hochschule und Weiterbildung geben sollen. Hier von Bedeutung sind die von ihr besetzten Themenfelder ‚Neue Lernkonzeptionen‘ sowie ‚Erweiterte Verantwortung und Qualitätssicherung im Bildungswesen‘ auch im Hinblick auf die wachsende Internationalisierung und fortschreitende europäische Vereinigung. Bewährtes Instrumentarium der Implementation und Evaluation von Innovationen im Schulbereich ist die Durchführung von BLK- Modellversuchen, die von der BLK – Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* verantwortet werden. Diese Projektgruppe wird durch ihre Entscheidungen zu einem wesentlichen Akteur als Lobbyist der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland.

1989 wird erstmals der Themenbereich Gesundheitsförderung an die BLK herangetragen. Das Bildungsministerium Schleswig- Holstein stellt den Antrag zur Durchführung eines BLK- Modellversuches *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Inhalt des Schulversuches soll, auf dem Hintergrund des Lebensweisenkonzeptes der WHO- Ottawa- Charta (1986), die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur gesunden Lebensführung in Schulen sein. Gleichzeitig soll geprüft werden, wie *Gesundheit* zum Anliegen der gesamten Schule gemacht werden kann. Der Antrag wird als innovativ und förderungswürdig bewertet, verspricht er doch erste Erkenntnisse über die Entwicklung eines neues Schulentwicklungskonzeptes. Er wird auch deshalb positiv entschieden, weil er eine erste Antwort Deutschlands darstellt

auf den Beschluss der EU- Bildungsminister von 1988, der europäische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitserziehung in Schulen vorsieht, gleichzeitig aber auch entsprechende nationale Initiativen fordert. Der Modellversuch wird von 1990 bis 1993 (s. S. 159) durchgeführt.

1992 erreicht das Gemeinschaftsprojekt *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, verbunden mit der internationalen Erwartungshaltung auf deutsche Beteiligung, über den BMG und den BMBW die BLK. Im Wissen um die inhaltliche Bedeutung als mögliches Schulentwicklungskonzept für Deutschland und seine nationale Verantwortung im Hinblick auf eine angemessene deutsche Beteiligung an dem internationalen Gemeinschaftsprojekt signalisiert der BMBW als zuständiger Komplimentärmittelgeber in der Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* den Senats - und Kultusverwaltungen aller Länder seine inhaltliche und vor allem finanzielle Unterstützung themenbezogener neuer BLK – Modellversuche zu, wenn von Länderseite entsprechende Anträge eingebracht werden würden.

Auf dem positiven Hintergrund der bis 1992 vorliegenden Felderfahrungen seines BLK- Modellversuches *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*, wonach Gesundheitsförderung als Entwicklung der Schule von innen verstanden werden kann und das Konzept *Gesunde Schule* (s. S. 159) als Entwicklungsziel ausgewiesen werden kann und ggf. muss, entwickelt das Bildungsministerium Schleswig- Holstein einen neuen Versuchsantrag. Es bringt ihn mit Unterstützung von 12 weiteren Bundesländern in die BLK ein als Antrag auf einen BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernden Schulen*. Der Versuch soll der offizielle Beitrag Deutschlands zum Europäischen Netzwerk werden und seine Mitgliedschaft im Netzwerk ermöglichen. Die BLK- Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* bewilligt den für 1993 bis 1997 geplanten BLK – Modellversuch (s.S. 161), nicht nur wegen des internationalen Zusammenhanges, sondern vor allem auch deshalb, weil sie sich vom Versuchsinhalt, also der Implementation und Evaluation des (Schulentwicklungs-) Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Schulen, Erkenntnisse über die Eignung dieses Schulprogramms bzw. Schulprofils für Deutschland erhofft. Deutschland wird zur Jahreswende 1993/1994, praktisch mit Beginn des BLK – Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule (Deutschland)*, offiziell als Mitglied in das *Europäische*

*Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* aufgenommen (s. WHO- EG- Europarat Aufnahmeurkunde Anhang 19).

Im Modellversuchszeitraum 1993 bis 1997 können in ausgewählten Projektschulen erstmals in Deutschland gemeinsam länderübergreifend und gleichzeitig auf allen Ebenen der Schulen, der Lehrerfortbildungsinstitute und Kultusverwaltungen wissenschaftlich und schulpraktisch abgeleitete sowie international rückgekoppelte beispielhafte Erfahrungen zur Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Schulen gesammelt werden. Die Modellversuchsergebnisse sind so erfolgreich und richtungsweisend, dass die BLK- Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* 1996 auch dem Folgeantrag des Bildungsministeriums Schleswig- Holstein für den neuen BLK – Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* für den Zeitraum 1997 – 2000 zustimmt (s.S. 166). In diesem Versuch geht es vor allem darum, die in (nur) 29 Projektschulen gesammelten Implementationserfahrungen konstruktiv in eine zunehmend interessierte größere Schulöffentlichkeit zu bringen. Es gibt bis 1997 keine Erkenntnisse darüber, wie eine vernetzte technische und personelle Infrastruktur beschaffen sein muss, um Schulen den Implementationszugang zu ermöglichen. Aufgabe des neuen BLK –Modellversuches ist es deshalb, Möglichkeiten der offenen Beteiligung für Schulen zu erproben und zu evaluieren - erneut mit der internationalen Hilfe des *Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen*. Auch dieser Versuch ist Mitglied des Netzwerkes.

Parallel zur Förderung der Schulversuche zum Themenbereich Gesundheitsförderung im Zeitraum von 1990 – 2000 bewilligt die BLK – Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* für den Zeitraum 1994 – 1998 auf Antrag des Bildungsministeriums Schleswig- Holstein den themenbezogenen BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung* als Hochschulversuch (s. S. 169). Sie unterstützt damit einerseits die konzeptionellen Bemühungen des BMBW ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsbildung zu entwickeln, andererseits fördert sie die zukünftige fachliche Qualifikation der Lehrkräfte, die Verantwortung für die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* vor Ort übernehmen. Inhalt des Versuches ist, im Rahmen der Lehrerausbildung an der Universität Flensburg, der Aufbau, die Implementierung und die Evaluation zweier Studiengänge zum Themenbereich Gesundheitsförderung: dies sind der Schwerpunkt *Gesundheit* in den Lehramtsstudiengängen (Abschluss:

1. Staatsexamen) und ein Ergänzungsstudium *Gesundheitsbildung* (Abschluss: M.Sc.).

Die BLK – Projektgruppe *Innovationen im Bildungswesen* wird mit ihren Entscheidungen zu einem wesentlichen Akteur der Implementation des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland. Die bedeutende und langfristige, inhaltliche und vor allem aber finanzielle Förderung (s. S.186 Abb. 52) durch den BMBW und die Bundesländer über die BLK mit mehr als 8,5 Mio. DM führt in Deutschland länderübergreifend zur planmäßigen Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Dadurch wird die vom Paradigmenwechsel bestimmte Weiterentwicklung der traditionellen Gesundheitserziehung in Schulen entschieden unterstützt. Die BLK leistet insofern als Akteur herausragende *Lobbyarbeit* für den Transfer des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* nach Deutschland durch Initiierung eines entsprechenden ‚Handlungsprogramms‘ (BLK- Modelversuchsreihe 1990 - 2000).

#### 4.2.2 LÄNDEREBENE

##### a) Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK)

Die Zuständigkeiten für das Bildungswesen und die Kultur in Deutschland liegen nach dem Grundgesetz (Art. 30 GG) im Wesentlichen bei den Ländern (*Kulturhoheit der Länder*). Der freiwillige Zusammenschluss der Kultusminister der Länder in der KMK durch ein Übereinkommen der Länder im Jahre 1948 wird von ihnen als Instrument einer wegen der Kulturhoheit unbedingt notwendigen Selbstkoordination aufgefasst. So stellt sich die KMK auch folgerichtig die Aufgabe durch „Konsens und Kooperation in ganz Deutschland für die Lernenden, Studierenden, Lehrenden und wissenschaftlich Tätigen das erreichbare Höchstmaß an Mobilität zu sichern“ (Kultusministerkonferenz, 2003, S.1). Abgeleitet aus dieser Aufgabe und von Bedeutung für diese Untersuchung ist u.a. ihre Verpflichtung auf die Sicherung von Qualitätsstandards in Schule, Berufsbildung und Hochschule hinzuwirken. Als ein Qualitätsstandard für die Weiterentwicklung der *Gesundheitserziehung in Schulen* erscheint die Aufnahme des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Diesen internationalen Entwicklungsimpuls greift die KMK auf. Im Zusammenhang mit



seinem Transfer nach Deutschland und seiner Implementation in Schulen wirkt sie als Akteur in zweierlei Hinsicht: beratend über Tätigkeiten des *Beauftragten der KMK für Gesundheitserziehung* und inhaltlich grundsätzlich über die Erarbeitung und Verabschiedung ihres Berichts *Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule*.

Die nationale Fachberatung und internationale Zusammenarbeit in Fragen des Schulwesens erfordern von der KMK die Einschaltung schulfachlicher Experten. Da sie als Behörde diese Beratung mit eigenem Personal nicht selbst leisten kann, greift sie auf von den Ländern benannte Fachbeamte zurück. Für den Lernbereich *Gesundheitserziehung in Schulen* übernimmt der zuständige Fachreferent des Bildungsministeriums Schleswig – Holstein diese Expertenaufgabe. Durch seine Tätigkeiten übernimmt die KMK im Hinblick auf die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schulen* als Akteur folgende Rollen:

- Sie stellt die *Verbindung* her zwischen den internationalen Programmen *Europa gegen den Krebs* und *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, ihren Leitkonzepten *Gesundheitsfördernde Schule* und den in Deutschland für Schulen zuständigen Senats- und Kultusverwaltungen der 16 Länder.
- Sie wirkt *normbildend*. Sie *informiert* über Fördermöglichkeiten europäischer Projekte bei Übernahme des internationalen Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* durch deutsche Projektträger. Sie motiviert die Länder in diesem Rahmen zur Antragstellung von EU – Projekten. Und: Sie überträgt den WHO- Ansatz zur Gesundheitsförderung (Ottawa- Charta) auf das deutsche Schulsystem (Bericht der KMK von 1992) und schafft damit bundesweit die Voraussetzungen für eine darauf aufbauende Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*.
- Sie leistet *Lobbyarbeit* durch Vernetzung des BMG, BMBW und der BLK mit den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder und erreicht dadurch die Verabredung und Durchführung deutscher Handlungsprogramme zur Implementation des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schulen* in Deutschland. Die BLK- Modellversuche im Zusammenhang mit dem *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und die deutschen *EU- Projekte* im Rahmen des EU- Programms *Europa gegen den Krebs* sind auch ein Ergebnis ihrer Lobbyarbeit.

## b) Senats- und Kultusverwaltungen der 16 Bundesländer

Die Senats- und Kultusverwaltungen sind zunächst und vor allem inhaltlich bereit die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schulen* zu fördern und konkret zu unterstützen, da sie feststellen müssen, dass das bis Anfang der 90er Jahre von ihnen vertretene Präventionskonzept einer risikoorientierten *Gesundheitserziehung in Schulen* seine Ansprüche nicht einlösen kann. Die Übernahme des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* mit seinem salutogen orientierten Präventionsansatz verspricht einen Qualitätssprung der Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung im Setting Schule, also die konkrete Umsetzung der Programmatik der Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung in den Schulen Deutschlands. Politisch interessant ist internationale Kooperation, da Europapolitik in den 90er Jahren auf allen politischen Ebenen in Deutschland attraktiv ist. Dabei spielt die öffentlich lebhaft diskutierte Erweiterung der EU um drei neue Mitgliedsstaaten (1995) ihre positive Rolle. Europapolitisches Engagement, also gerade auch die Beteiligung an EU- Programmen, ist insofern von allen Senats- und Kultusverwaltungen politisch gewollt. Umsetzen müssen dies die *Fachreferate* (für Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung) der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder. Sie werden zu den entscheidenden Akteuren der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schulen* in ihren Zuständigkeitsbereichen. Ihre Rollen sind:

- Sie stellen *Verbindungen* her und unterhalten diese. Die 16 Länderverwaltungen stellen die regelmäßige Kommunikation mit Hilfe des KMK - Beauftragten untereinander und zu den zuständigen Bundesbehörden her und nutzen sie.
- Sie wirken *normierend*. Sie übertragen die Philosophie des internationalen Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* grundsätzlich auf ihr Bundesland und machen ihre Übernahme durch Schulen und Lehrkräfte zur Teilnahmebedingung bei in Frage kommenden Projekten. Sie verantworten die Beteiligung ihrer Länder an den BLK- Modellversuchen und EU- Projekten und damit auch ihre Inhalte (Konzepte).
- Sie leisten *Lobbyarbeit* innerhalb ihrer Verwaltungen und bei den Bundesdienststellen im Zusammenhang mit der Initiierung, Planung und Finanzierung der in Frage kommenden internationalen Landesprojekte.

### 4.2.3 NICHTSTAATLICHE ORGANISATIONEN

#### a) Bundesvereinigung für Gesundheit

Die Bundesvereinigung ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband, der 1954 gegründet wird. Sie erhält eine laufende jährliche institutionelle Förderung durch den BMG. Ihre ca. 100 Mitglieder (Organisationen) sind die Verbände des Gesundheitswesens in Deutschland, wie z.B. die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Heil- und Hilfsberufe. Inhaltlich setzt sie sich für Strukturverbesserungen der Gesundheitsförderung und der Prävention ein (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheit, 2004). Auf diesem Hintergrund wirkt sie im Untersuchungszeitraum als einer der Akteure der Implementation des *Leitkonzeptes Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland, vorzugsweise als Lobbyist.

Die Bundesvereinigung übernimmt in Form von zwei eigenen EU – Projekten mit Beginn des *Aktionsplans 1990 – 1994 Europa gegen den Krebs* die gezielte Dissemination der Förderphilosophie und des schulischen Präventionskonzeptes des EU- Programms. Dazu führt sie 1990 zwei Fachkonferenzen in Darmstadt und Bad Kissingen durch. Die Unterstützung beider Konferenzen durch das Programm *Europa gegen den Krebs* resultiert aus den Konferenzergebnissen der *Ersten Europäischen Konferenz Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen in Dublin* im Februar 1990. Dort wird durch das Programm entschieden die Dubliner Konferenzempfehlungen (s. Anhang 6), die die Grundlage des an dem Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* orientierten schulischen Krebs- Präventionskonzeptes bilden, im Anschluss an die Konferenz planmäßig europaweit mit Unterstützung des Programms im Rahmen eines Cascadenmodells zu disseminieren. Jeder Mitgliedsstaat der EU führt dazu in der Folge nationale , zielgruppenorientierte Multiplikatoren- Konferenzen durch. Zielgruppen der von der Bundesvereinigung durchgeführten deutschen Konferenzen sind die Fachreferenten für Gesundheitserziehung aller 16 Senats- und Kultusverwaltungen der Länder und die Geschäftsführer bzw. Referenten aller 9 Landesvereinigungen für Gesundheitserziehung Deutschlands. Beide Konferenzen beeinflussen und ermutigen 4 Bundesländer (Schleswig- Holstein, Hessen, Berlin und Sachsen- Anhalt) noch kurzfristig eigene Förderanträge für das Programm *Europa gegen den Krebs* zu entwickeln. Diese führen später zu dem deutschen *EU- Gemeinschaftsprojekt*

*Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen* der 4 Länder, das von Europa gegen den Krebs von 1991 bis 1995 gefördert wird (s. S. 108). Inhaltliche Plattform des Projektes ist das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*.

In anderer Weise wirkt die Bundesvereinigung als Akteur durch ihr im Auftrag des BMBW 1993 durchgeführtes Projekt *Gesundheit und Schule* (s. S. 171). Hier untersucht sie wissenschaftlich die Thematik *Gesundheitsfördernde Faktoren*. Als ein Ergebnis des Projektes vollzieht sie erstmals auch für Deutschland wissenschaftlich den Paradigmenwechsel von dem bis Anfang der 90er Jahre geltenden Risikofaktorenmodell zum salutogen verstandenen Lebensweisenkonzept. Damit erleichtert sie den Senats- und Kultusverwaltungen der Länder ab 1994 die weitere inhaltliche Begründung für ihre Implementation des *Leitkonzeptes Gesundheitsfördernde Schulen*.

#### **b) Landesvereinigungen für Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung**

Die Landesvereinigungen sind, ähnlich wie die Bundesvereinigung, gemeinnützige sowie politisch und konfessionell unabhängige Vereine. Sie erhalten eine, sie im wesentlichen tragende, laufende institutionelle Förderung durch ihre zuständigen Landesministerien für Gesundheit. In ihnen sind die jeweiligen Landesverbände des Gesundheitswesens, d.h. die Landesärztekammern, die Landesversicherungsanstalten, die Krankenkassen und die Landesverbände der Heil- und Hilfsberufe Mitglieder. Auch individuelle Mitgliedschaften von Personen sind möglich. Aufgabe der Landesvereinigungen ist die Sicherung und Verbesserung der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung und der Prävention in ihrem Bundesland. Sie arbeiten regelmäßig eng mit den Senats- und Kultusverwaltungen ihrer Länder zusammen. Die Zusammenarbeit bezieht sich überwiegend auf die abgestimmte Herausgabe von Informationsmaterialien für Schüler, Lehrkräfte und Eltern, Unterrichtsmaterialien für die Schulen und die Durchführung von Lehrerfortbildungsveranstaltungen.

Im Untersuchungszeitraum gibt es Landesvereinigungen in 9 Bundesländern (Berlin, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen). Sie werden in den 90er Jahren zu tatkräftigen Akteuren als

Impulsgeber und Lobbyisten auf Länderebene. Ihre hier beispielhaft ausgewählten Ansätze aus Niedersachsen und Sachsen-Anhalt verdeutlichen beispielhaft ihre Rollen.

Die *Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen* eröffnet 1996 ein *Praxisbüro „Gesunde Schule“* (vgl. Maasberg, 1997, S.33). Es versteht sich als Unterstützungszentrum für an der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* interessierten Schulen und Einrichtungen. Alle zugänglichen Informationen zum Themenbereich schulische Gesundheitsförderung werden dort gesammelt, ausgewertet und interessierten Lehrkräften, Eltern und Schulen zur Verfügung gestellt. Das Büro führt darüber hinaus gemeinsam themenbezogene Veranstaltungen mit Sozialversicherungsträgern, Ärzteverbänden, Lehrerfortbildung und Weiterbildungsträgern durch. In dieser Rolle stellt das Büro die für die Implementation auf regionaler und lokaler Ebene wichtigen Verbindungen her. Gleichzeitig wirkt es *normbildend* da es das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule übernimmt und dafür wirbt. Durch seine Dissemination betreibt es praktisch unterstützende *Lobbyarbeit*.

Die *Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen – Anhalt* gründet als Konsequenz ihrer erfolgreichen Zusammenarbeit mit dem BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und mit den aus Sachsen- Anhalt daran teilnehmenden Schulen 1996 ein ‚Regionales Unterstützungszentrum‘, das die Aufgabe hat ausgewählte Schulen auf dem Weg zur *Gesundheitsfördernden Schule* zu unterstützen. Dabei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt der Landesvereinigung mit dem Kultusministerium Sachsen- Anhalt. Konkret geht es um Weitergabe einschlägiger Informationen und Materialien, vor allem aber um die Unterstützung des Aufbaus eines *Landesnetzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen Sachsen- Anhalt*. Ende 1997 nutzen bereits ca. 150 Schulen das Unterstützungszentrum (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen – Anhalt 1998, S.17,30). Ausdrücklich wird von den Projektträgern der Schulentwicklungsaspekt des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* betont:

„Mit dem Aufbau eines *Landesnetzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen* wird Gesundheit und Schulentwicklung zum Thema von Erfahrungsaustausch der Schulen untereinander. Diese selbstbestimmten und partizipativen Lernprozesse entwickeln Strukturen, schaffen Koalitionen und Interessenvertretungen, um die Entwicklung gesunder Lebenswelten zu befördern“ (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen- Anhalt, 1998, S.30).

Die Landesvereinigung nimmt hier die Rolle eines *Lobbyisten* ein, der durch die Einrichtung des Unterstützungszentrums die strukturelle und personelle Voraussetzung

für die Durchführung des Handlungsprogramm Landesnetzwerk *Gesundheitsfördernde Schulen* schafft.

### c) Robert Bosch Stiftung

Die Robert Bosch Stiftung wird 1964 gegründet. Sie gehört zu den großen unternehmensverbundenen Stiftungen in Deutschland. So stellt sie z.B. 1999 73,7 Mio. DM für Fördervorhaben bereit (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2000, S.102). Förderbereiche sind u.a. Wohlfahrtspflege, Gesundheitspflege, Völkerverständigung oder Bildung und Erziehung. Auf dem Hintergrund dieser Förderbereiche beschließt die Stiftung 1994 das Förderungsprogramm *Gesunde Schule*. „Sein Ziel ist, beispiel- und vorbildhafte Praxis von Gesundheitsförderung in der Schule weiterzuentwickeln und für ihre Weitergabe und Verbreitung zu sorgen“ (Robert Bosch Stiftung, 2000, S.6). Inhaltlich orientiert sich das Programm an dem Setting- Ansatz der WHO und in der Folge davon an dem Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*:

„sind inzwischen neue, im Rahmen des Gesundheitsförderungskonzeptes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als *Setting* beschriebene Ansätze entwickelt worden. Diesem Settingansatz folgt das Programm *Gesunde Schule* der Robert Bosch Stiftung“ (Pott, 2000, S.7).

An der Programmteilnahme interessierte Schulen werden von der Stiftung in einem mehrstufigen Auswahlverfahren ausgewählt:

„Da die Stiftung mit ihrer Förderung bei einer ‚gelingenden Praxis Gesunder Schulen‘ ansetzen wollte, wählte sie die Schulen aus, die eine solche Praxis bereits aufwiesen und das Ziel schon ein Stück weit erreicht haben“ (Robert Bosch Stiftung, 2000, S.12).

Am Ende einer zweijährigen Projektlaufzeit wird die Weiterarbeit der Projektschulen entschieden. Im positiven Fall werden sie danach in eine dreijährige „Transferphase“ aufgenommen. Ihre Aufgabe ist dann die Weitergabe ihrer themenbezogenen Erfahrungen an neu in das Projekt aufgenommene Partnerschulen, nicht jedoch die eigene schulinterne Weiterentwicklung bzw. Festigung der erworbenen Praxis. Die Aufnahme der Schulen in das Programm erfolgt zeitlich gestaffelt. Insgesamt werden im Zeitraum von 1996 bis 2000 durch das Programm bundesweit 34 Schulen aus sechs Schularten gefördert. Ein erster im Jahr 2000 vorgelegter Projektbericht ermuntert mit „Beispielen gelingender Praxis“, geprägt von Themen und Methoden der traditionellen Gesundheitserziehung, die Beteiligte motivieren sollen „sich selbst auf den Weg zu einem gesunden und ‚gesundheitsfördernden Lebensraum‘ zu machen“

(Robert Bosch Stiftung, 2000, S.13). Die Laufzeit des Projektes ist zunächst bis 2005 vorgesehen. Mit ihrem Förderprogramm wird die Stiftung zu einem bedeutenden *Lobbyisten* dieser international geprägten Implementation des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule in Deutschland.

#### 4.2.4 BARMER- ERSATZKASSE

Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 (§ 20 SGB V) ermöglicht den Krankenkassen im Untersuchungszeitraum von 1990 bis 1997 und wieder ab 2000 auch die Unterstützung *schulischer* Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die größte deutsche Krankenkasse, die BARMER- Ersatzkasse, nimmt den BLK – Modellversuch *Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen* (1993 – 1997) zum Anlass über eine mit dem Versuch verabredete planmäßige Kooperation das Themenfeld *Gesundheitsfördernde Schule* für die Krankenkasse selbst und für die Institution Schule innovativ (mit-) zu erschließen. Inhaltlicher Orientierungsrahmen für sie ist das dem Versuch zugrunde liegende internationale Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*. Modellversuch und Krankenkasse schließen für den Zeitraum 01.06.94 bis 31.07.97 eine Kooperationsvereinbarung ab, für die Bereiche überregionale Multiplikatoren - und Lehrerfortbildungsveranstaltungen, Medien (Unterrichtsmaterialien, Faltblätter, Broschüren), Öffentlichkeitsarbeit und fachlich- personelle Unterstützung. Mit Abschluss dieser Vereinbarung wird die BARMER einer der bedeutendsten (nichtstaatlichen) Lobbyisten der Entwicklungsförderung. Die direkte finanzielle Förderung der BARMER beträgt jährlich 60.000 DM für überregionale Fortbildung der Schulkoordinatoren bzw. regionalen Berater. Zusätzlich ist eine Sonderförderung für alle 29 Versuchsschulen vorgesehen. Jede Schule kann für die Gesamtlaufzeit des Versuches unter bestimmten Bedingungen für zusätzliche innovative Schulprojekte eine Unterstützung von insgesamt maximal 10.000,- DM erhalten. Derartige Projekte müssen z.B. klare Ansätze zur Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention aufweisen. Projekte, die diese gesundheitsorientierte Zielrichtung nicht aufweisen sowie Angebote zur allgemeinen Freizeitgestaltung werden nicht unterstützt. Sie sollen auch so gestaltet sein, dass sie die „Eigenkompetenz der Beteiligten zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit erhöhen und stärken“ (BARMER- Ersatzkasse, 1994, S.1). Als wesentlichster Kooperationsbereich schält sich, neben der gemeinsamen Entwicklung und Herausgabe von Medien, die gemeinsame

Beratung und Betreuung der Projektschulen heraus. In den 15 teilnehmenden Bundesländern des Versuchs bilden sich aus den regionalen Beratern des Versuchs und den zuständigen Vertretern der BARMER gemeinsame Arbeitsgruppen, die vor Ort die 29 Modellschulen unterstützen und beraten. So wenden z.B. die Mitarbeiter der BARMER im Versuchszeitraum 4000 Stunden für die Beratung und Betreuung der Projektschulen auf (vgl. Meierjürgen & Knobel, 1998, S. 66).

Die Zusammenarbeit zwischen BARMER und dem BLK- Modellversuch *Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen* endet vereinbarungsgemäß mit Ende des Versuchs 1997. Auch für den sich direkt anschließenden neuen BLK- Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* wird von beiden Partnern wieder die Kooperation gesucht. Neue Rahmenbedingungen, wie z.B. das Beitragsbemessungsgesetz von 1996, die die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention praktisch vollständig einschränkten, nehmen restriktiv auf die zukünftige Kooperation beider Partner Einfluss:

„Die Kooperationsstrukturen zwischen den örtlichen Geschäftsstellen der BARMER und den regionalen Netzwerkknoten, die im Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* aufgebaut worden waren, konnten auf Grund fehlender personeller Ressourcen lediglich teilweise aufrechterhalten bleiben. Darüber hinaus mussten insbesondere die Angebote zur Beratung, Betreuung und Begleitung der gesundheitsfördernden Schulen den gesetzlichen Neuregelungen angepasst werden“ (Meierjürgen, 2001, S. 430).

Dennoch kann - inhaltlich und finanziell im Vergleich zum Förderzeitraum 1993 – 1997 erheblich begrenzt - die im BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* begonnene Kooperation weitergeführt werden. Als Arbeitsschwerpunkt bildet sich in diesem Versuch die Zusammenarbeit mit den Schulen vor Ort heraus:

„Eine zentrale Säule der gesundheitsbezogenen Aktivitäten der BARMER bildet die direkte Zusammenarbeit mit Schulen. So sind z.B. in zahlreichen im OPUS- Modellversuch einbezogenen Schulen Vortrags- und Informationsveranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen durchgeführt oder Hilfestellungen gegeben worden, gesundheitsfördernde Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen“ (Meierjürgen, 2001, S. 432-433).

Insgesamt entwickelt sich im Zeitraum von 1993 bis 2000 zwischen den beiden Modellversuchen und der BARMER eine ausgesprochen erfolgreiche Zusammenarbeit. Sie trägt wesentlich mit zur Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schulen* auf allen Ebenen der Modellversuche, der sie zu verantwortenden Senats- und Kultusverwaltungen der 15 Länder und der BARMER selbst bei - als Beispiel für einen erfolgreichen Setting- Ansatz der Gesundheitsförderung. Für die breite Dissemination des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland nehmen die von der BARMER in Zusammenarbeit mit den BLK- Modellversuchen entwickelten



und herausgegebenen Informations- und Aufklärungsmedien eine zentrale Rolle ein. Sie werden hier zusammenfassend für den Untersuchungszeitraum (Abb. 54) dokumentiert.

**Abbildung 54:** Von der BARMER- Ersatzkasse in Kooperation mit den BLK- Modellversuchen herausgegebene Medien

- **Leaflet** *Sich wohlfühlen in der Schule* (vgl. BARMER- Ersatzkasse, 1995).  
Inhalt: Darstellung und Ziele des BLK- Modellversuchs *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule*.
- **Lehrerhandbuch** *Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer und andere, die mit Jugendlichen arbeiten* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995).  
Inhalt: Es handelt sich um die deutsche Herausgabe des von WHO, EU, Europarat und Health Education Board for Scotland international entwickelten Manuals *Promoting the Health of Young People in Europe. Health Education in Schools. A Training Manual for Teachers and Others working with Young People*. Das Handbuch ist eine Einführung in die Theorie und Praxis des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule*.
- **Broschüre** *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Ein europäisches Projekt* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1996 a).  
Inhalt: Detaillierte Gesamtdarstellung des BLK- Modellversuch und seiner Mitgliedschaft im Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen.
- **Folienvortrag** *Sich wohlfühlen in der Schule- Folienvortrag. Materialien des Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (vgl. BARMER- Ersatzkasse, o.J.)  
Inhalt: Referentenleitfaden und Folien zur Einführung des BLK- Modellversuchs.
- **Lehrerhandbuch** *Die „Rauchfreie Schule“. Verhaltensorientierte Nichtraucherförderung in der Schule* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1996 b).  
Inhalt: Das Lehrerhandbuch ist eine Einführung in den Präventionsansatz „Förderung sozialer Kompetenzen“ und „Problemlösefertigkeiten“. Es wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission (Programm *Europa gegen den Krebs*) entwickelt.
- **Leaflet** *OPUS Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheit zum Thema Schule machen* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & OPUS- Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg, o J.).  
Inhalt: Darstellung und Ziele des BLK- Modellversuchs.
- **Broschüre** *Wie sich die Gesundheitsfördernde Schule buchstabiert. Das ABC der zentralen Begriffe* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit -OPUS. Nationale Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg, o. J.).  
Inhalt: Ein Überblick über die zentralen Begriffe der *Gesundheitsfördernden Schule*.
- **Lehrerhandbuch** *Gesundheitsförderung in Sekundarschulen in Europa. Ein Handbuch für die Praxis* (vgl. BARMER- Ersatzkasse & Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit - OPUS. Nationale Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg, 1999).  
Inhalt: Es handelt sich um die deutsche Herausgabe des von WHO, EU, Europarat und Health Promotion Wales international entwickelten Lehrerhandbuches *Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guid*. Es führt ein in alle Kernfragen der Gesundheitsförderung in Sekundarschulen.

Die Medien werden bundesweit gestreut, daraus resultieren vergleichsweise hohe Auflagen. Am stärksten nachgefragt ist das Faltblatt *Sich wohlfühlen in der Schule*, das in einer Auflage von 100.000 Stück hergestellt wird (vgl. Meierjürgen & Knobel,

1998, S.67). Auffallend ist, dass unter den Medien 3 Lehrerhandbücher sind: erfolgreiche Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* bedeutet auch ganz besonders (Nach-) Qualifikation der mitentscheidenden Vermittler. Beide Partner profitieren substantiell von der Kooperation. Die BARMER unterstützt die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in den Schulen, der Modellversuch unterstützt die Implementation des Konzeptes in die BARMER:

„Für die BARMER hat der Modellversuch [OPUS] mit dazu beigetragen, die gesundheitliche Aufklärung im Sinne der traditionellen Gesundheitserziehung endgültig zu überwinden und das innovative Konzept der gesundheitsfördernden Schule in die Kassenpraxis zu befördern“ (Meierjürgen, 2001, S.435).

#### 4.2.5 UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER

Der Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BAGUV), 1998 umbenannt in Bundesverband der Unfallkassen (BUK), ist der Dachverband der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im öffentlichen Dienst. In die Unfallversicherung einbezogen sind alle Schülerinnen und Schüler bei Unfällen, die ihnen in der Schule, auf dem Schulweg oder auf Klassenfahrten passieren. Der Bundesverband *und* die örtlich zuständigen Unfallversicherungsträger, die Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände, kooperieren von 1993 bis 2000 mit den BLK – Modellversuchen *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* und *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* mit dem Ziel die vorgesehene Implementation des *Leitkonzeptes Gesundheitsfördernde Schule* aus ihrem Präventionsverständnis heraus zu unterstützen:

„Das Interesse des BUK an einer aktiven Mitarbeit und Unterstützung des Modellversuchs resultiert aus seinem Präventionsverständnis, das viele Themenkreise der Gesundheitsförderung in Schulen berührt. Zu nennen sind hier erste Hilfe, Gewaltprävention, Sicherheitserziehung und Beratung bei baulichen Maßnahmen an Schulen. Die Bemühungen um mehr Sicherheit und mehr Gesundheit in den Schulen ergänzen sich; die Unfallversicherungsträger sind deshalb kompetente Partner“ (Fister, 2001, S.436).

Auf Bundesebene unterstützt der BAGUV bzw. der BUK von 1995 bis 1997 mit jährlich 30.000 DM den BLK- Modellversuch *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* bei der Durchführung überregionaler Arbeitstagen der regionalen pädagogischen Berater und der Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger. Die Unterstützung wird mit gleichem Ziel und ähnlicher Höhe auch mit dem BLK- Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* von 1997 bis 2000 fortgesetzt. Wieder dient sie gemeinsamen Fachtagungen, z. B. zu den Themen „Sicherheitserziehung und

Gesundheitsförderung“ oder „Projekte zur Sicherheitserziehung und Gesundheit in Schulen“ (vgl. Fister, 2001, S.437). Ziel dieser überregionalen Arbeitstagungen ist die Schaffung der strukturellen und personellen Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit der Modellschulen auf Länderebene mit den jeweils zuständigen Gemeindeunfallversicherungsträgern. Im Ergebnis gibt es eine vielfältige Zusammenarbeit der Modellschulen bzw. regionalen Koordinierungszentren mit den regionalen Gemeindeunfallversicherungsverbänden der Länder. Zahlreiche Projekte werden auf regionaler oder lokaler Ebene unterstützt bzw. finanziert. Als Beispiel für eine erfolgreiche regionale Kooperation kann die Zusammenarbeit des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Westfalen- Lippe mit dem BLK- Modellversuch *OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* in Nordrhein- Westfalen über das Landesinstitut für Schule und Weiterbildung gelten. Bundesweit bekannt wird sie durch die gemeinsame Entwicklung und Publikation eines erstmals nur von deutschen Autoren verantworteten Lehrerhandbuches *Gesundheitsförderung in Schulen* (vgl. Barkholz, Israel, Paulus & Posse, 1998).

In besonderer Weise trägt der BAGUV/BUK, neben seiner finanziellen Unterstützung der Modellversuche, in seiner Rolle als *Lobbyist* zur breiten Dissemination des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* als Schulentwicklungsansatz in Deutschland bei. Seine vierteljährlich erscheinende (Mitglieder-) Zeitschrift PLUSPUNKT, die regelmäßig alle mehr als 40000 Schulen in Deutschland erhalten, berichtet ab Beginn der Zusammenarbeit laufend über die Kooperation des BAGUV/BUK mit dem Modellversuch. So informiert sie z.B. über die baulich- technische Umgestaltung des Schulhofes oder die inhaltliche Neugestaltung der Schulpause als aktive Bewegungspause und mit der Ausgabe 4/97 (vgl. Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, 1997) als *Schwerpunktheft Gesundheitsförderung* ausführlich über das Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*.

#### **4.2.6 ZUSAMMENFASSUNG: AKTEURE UND IHRE ROLLEN**

Die Abbildungen 55 und 56 dokumentieren die Vielzahl der nationalen Akteure und ihre Rollen als Informand, Normbildner oder Lobbyist. Die Akteure bildeten ein ausgesprochen aktives, informelles Netzwerk zur Implementation des Konzepts der

*Gesundheitsfördernden Schule* in Deutschland, das von der gesundheitspolitischen und bildungspolitischen Überzeugungskraft der globalen Programmatik der Gesundheitsförderung gespeist und unterhalten wurde.

**Abbildung 55:** Die nationalen *staatlichen* Akteure und ihre wesentlichen Rollen

<p style="text-align: center;"><b>NATIONALE (STAATLICHE) AKTEURE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Networking: Internationale und nationale Kooperation Aufbau und Sicherung der internationalen Verbindungen zu den zuständigen nationalen Institutionen. Initiierung der nationalen Vernetzung potentieller „Abnehmer“ der internationalen Initiativen.</li> <li>• Lobbyist: Unterstützung flankierender Fördermaßnahmen der Bundesregierung und der Bundesländer Beratung des BMW und der BLK im Hinblick auf die Sicherung der Mitgliedschaft Deutschlands im <i>Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen</i>. Beratung der KMK und der Bundesländer im Hinblick auf die Teilnahme am EU- Programm <i>Europa gegen den Krebs</i>.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Entscheidung und Unterstützung von Förderprogrammen Initiierung und Herbeiführung eines Förderbereiches <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> bei der BLK. Bereitstellung der Komplementärmittel für entsprechende BLK –Modellversuche zur Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i>. Die Entscheidungen ermöglichen die langfristige Mitgliedschaft Deutschlands im <i>Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i>. Ergänzend: Durchführung eigener themenbezogener Forschungsprojekte</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Bund – Länder – Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Initiierung von Förderprogrammen Entscheidung und verantwortliche Durchführung von Förderprogrammen. Mehrjährige (1990 – 2000), in das <i>Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> eingebundene, BLK- Modellversuche führen zur bundesweiten Implementation und Evaluation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> als neues schulisches Präventionskonzept und als mögliches Schulentwicklungsmodell.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Networking: Internationale und nationale Verbindung der Länder Koordination und Beratung: Der <i>Beauftragte der KMK für Gesundheitserziehung in Schulen</i> koordiniert und sichert die internationale und nationale Zusammenarbeit und Fachberatung der 16 Senats- und Kultusverwaltungen der Länder mit den internationalen Organisationen und nationalen Ansprechpartnern.</li> <li>• Impulsgeber: konzeptionell normbildend Beschlussfassung: Mit ihrem <i>Bericht zur Situation der Gesundheitserziehung</i> von 1992 überträgt die KMK den WHO- Ansatz zur <i>Gesundheitsförderung</i> auf das deutsche Schulsystem und schafft damit bundesweit die Voraussetzungen für Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i>.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Senats – und Kultusverwaltungen der 16 Bundesländer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsgeber: konzeptionell normbildend Dissemination des Konzeptes: Länder übertragen die Philosophie des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> aus dem KMK Bericht von 1992 und aus ihren BLK – Modellversuchen und EU – Projekten auf ihr Bundesland.</li> <li>• Lobbyisten: Initiierung von Förderprogrammen und Projekten Verantwortung von Handlungsprogrammen. Länder entscheiden ihre Beteiligung an den BLK- Modellversuchen und an den Projekten des EU- Programms <i>Europa gegen den Krebs</i> und sichern dafür die notwendigen Komplementärmittel.</li> </ul>
--

**Abbildung 56:** Die nationalen *nichtstaatlichen* Organisationen (NGO's) als Akteure und ihre wesentlichen Rollen

<b>NICHTSTAATLICHE ORGANISATIONEN ALS AKTEURE</b>	
<b>Bundesvereinigung für Gesundheit</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Networking: Projektbezogene internationale Kooperation</li> </ul>	Initiierung von Verbindungen zwischen dem EU – Programm <i>Europa gegen den Krebs</i> und in Frage kommenden nationalen Institutionen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Unterstützung von Förderprojekten</li> </ul>	1.) Durchführung von projektbezogenen EU- Workshops für Vertreter der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, nationale Ansprechpartner und Vertreter der Europäischen Kommission
	2.) Durchführung themenbezogener wissenschaftlichen Forschungsprojekte.
<b>(Neun) Landesvereinigungen für Gesundheitserziehung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Networking: regionale und lokale Kooperation</li> </ul>	Aufbau und Unterhaltung von Verbindungen zwischen Institutionen und Fachleuten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyisten: Unterstützung von Förderprogrammen</li> </ul>	Bereitstellung organisatorischer und personeller Infrastrukturen für Projekte zur Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> auf regionaler Ebene und auf Ortsebene.
<b>Robert Bosch Stiftung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Initiierung eines Förderprogramms</li> </ul>	Entwicklung und Verantwortung eines bundesweiten mehrjährigen Förderprogramms zur Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> .
<b>BARMER- Ersatzkasse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsgeber: konzeptionell normbildend</li> </ul>	Breite und wiederholte mediale Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Unterstützung von Förderprogrammen</li> </ul>	Bereitstellung von umfänglicher Infrastruktur, finanziellen Mitteln und Personal zur Unterstützung der Implementation des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> über die BLK- Modellversuche.
<b>Unfallversicherungsträger</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsgeber: konzeptionell normbildend</li> </ul>	Gezielte mediale Dissemination des Konzeptes <i>Gesundheitsfördernde Schule</i> . Hauptzielgruppe: alle ca. 40000 Schulen in Deutschland
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lobbyist: Unterstützung von Förderprogrammen</li> </ul>	Finanzielle und personelle Unterstützung der BLK- Modellversuche

### 4.3 ZUSAMMENFASSUNG: RAHMENBEDINGUNGEN UND AKTEURE

Zu beantworten war die Frage: Wie war der internationale Entwicklungseinfluss auf Deutschland möglich? Es ging also um die Analyse der die Entwicklung fördernden politischen und fachlichen Rahmenbedingungen und um die Identifikation von Akteuren, die Interesse an dem Gelingen des internationalen Transfers hatten.

Es gab zwei für die Entwicklung ausgesprochen förderliche politische Rahmenbedingungen. Es bestand *einerseits* enormer *gesundheitspolitischer* Handlungsbedarf zur Verbesserung der Prävention. Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen war in den 90er Jahren erheblich beeinträchtigt. Verbesserung und Ausbau der Prävention sollten einer noch ungünstigeren weiteren Entwicklung vorbeugen. Und parallel dazu waren Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen nötig, damit Krankheit und Gesundheit auf Dauer noch bezahlbar waren. Auch hier galt der Ausbau und die Weiterentwicklung der Prävention als Antwort. Die international entwickelte und empfohlene Gesundheitsförderung empfahl sich für die Lösung beider gesundheitspolitischen Problembereiche als die Methode der Wahl. *Andererseits* bestand auch erheblicher *bildungspolitischer* Handlungsbedarf. Die erziehungswissenschaftliche Qualitätsdiskussion forderte zur Weiterentwicklung von Schule die Erprobung innovativer Schulprogramme und Schulprofile, und aus dem Schulalltag heraus entstand die pädagogische Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Fachunterrichtskonzeptes Gesundheitserziehung in Schulen. Auch für die Bildungspolitik empfahl sich die Implementation des Leitkonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* als Methode der Wahl - als neuer pädagogischer Präventionsansatz und als ein geeignetes innovatives Schulprogramm bzw. -profil.

Wer waren die Akteure in Deutschland? Bundesregierung, Länderregierungen und eine Vielzahl nationaler NGO's unterstützten netzwerkartig den gesamten Entwicklungsprozess, aus Motiven, die nur vermutet werden können (Programmehrgeiz, EU- Beihilfen, Pädagogischer Anspruch...). Das sicher wesentlichste und sie verbindende Motiv war ihr Sachinteresse an einem erfolgreichen Transfer des internationalen Entwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* nach Deutschland.

## 5 DISKUSSION

*Überblick:*

*Im fünften Kapitel werden der theoretische Ansatz, die Methodik und die Ergebnisse der Untersuchung diskutiert.*

### 5.1 DISKUSSION DES UNTERSUCHUNGSANSATZES UND DER UNTERSUCHUNGSMETHODIK

#### 5.1.1 DISKUSSION DES UNTERSUCHUNGSANSATZES

Das Thema der Untersuchung lautet: *Die Gesundheitsfördernde Schule. Der Einfluss internationaler Gesundheits- und Bildungspolitik auf die Entwicklung und Projektförderung in Deutschland.* Untersuchungszeitraum war die Zeit von 1989 bis 1999.

*Erziehungswissenschaftlicher Ausgangspunkt* der Untersuchung war eine ab Ende der 80er Jahre beobachtbare Umbruchsituation des pädagogischen Verständnisses des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* und eine beginnende pädagogische Auseinandersetzung mit dem internationalen Konzept der *Gesundheitsförderung*. Es konnte vermutet werden, dass das traditionelle Konzept der *Gesundheitserziehung in Schulen* tatsächlich verworfen wurde, weil es sich als pädagogisch ungeeignet erwiesen hatte. Gleichzeitig konnte vermutet werden, dass das Konzept der Gesundheitsförderung wegen seines grundsätzlich neuen und moderneren Präventionsansatz als neues Präventionskonzept eingeführt werden würde.

*Bildungspolitischer Ausgangspunkt* der Untersuchung war ein ab Anfang der 90er Jahre beobachtbares konkretes themenbezogenes bildungspolitisches und administratives Handeln. Das internationale Konzept der Gesundheitsförderung und zunehmend seine Konkretion als Setting- Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* fanden mehr und mehr Eingang in ministerielle Erlasse, Rahmenempfehlungen, nationale und internationale Projekte Deutschlands. Mögliche transnationale oder auch länderübergreifende Zusammenhänge, gemeinsame Quellen, Impulse oder Steuerungsmechanismen internationaler Impulsgeber und nationaler Institutionen wurden wissenschaftlich bisher nicht untersucht. Es konnte vermutet werden, dass

internationaler Entwicklungseinfluss nicht zufällig stattfand und mit Hilfe von Akteuren und geeigneten Rahmenbedingungen erfolgreich wurde.

Die *Untersuchungsergebnisse* bestätigen die Richtigkeit der so definierten erziehungswissenschaftlichen und bildungspolitischen Ausgangspunkte und Untersuchungshypothesen. Die dahinter stehenden Vermutungen der Ablösung der traditionellen Gesundheitserziehung als schulisches Präventionskonzept der Wahl und der bewussten Steuerung der internationalen Impulse zur Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* als neues Präventionskonzept werden durch die Untersuchungsergebnisse verifiziert. Die Ergebnisse dokumentieren auch, dass der Einfluss nicht zufällig bedingt war, sondern gezielt initiiert wurde von den dafür in Frage kommenden internationalen Institutionen mit ihren politischen und finanziellen Förderprogrammen. WHO, EU und Europarat, das legen die Untersuchungsergebnisse offen, wirkten systematisch und aktiv unterstützt von deutschen Akteuren, tief und nachhaltig im Zeitraum von 1989 bis 1999 auf die Implementation des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule in Deutschland ein.

*Insgesamt gilt:* Der Untersuchungsansatz hat sich als richtig erwiesen.

### **5.1.2 DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSMETHODIK**

Als Untersuchungsmethodik bot sich die Kombination einer empirischen Untersuchung mit einer Literaturrecherche an.

Prominente Erkenntnisträger, Verantwortliche und Insider der Entwicklung des Lernbereiches Gesundheitserziehung in Schulen und einer möglichen Implementation des internationalen Konzeptes der Gesundheitsfördernden Schule waren zweifellos die Senats- und Kultusverwaltungen der 16 Bundesländer. Insofern wurde eine Umfrage für diese Zielgruppe entwickelt, mit der für den Zeitraum 1989 bis 1999, um Auskunft zu folgenden, offen formulierten Fragen gebeten wurde (s. Anhang 1):

- Erlasse und Verordnungen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung
- Lehrplanbausteine bzw. Fachlehrpläne
- Fortbildungsverzeichnisse der Lehrerfortbildungsinstitute
- Themenbezogenen Berichte und Dokumente



Insgesamt nahmen 12 Senats- und Kultusverwaltungen an der Fragebogenumfrage teil. Die Rücklaufquote der Fragebogen und die ergänzenden Materialien lag damit bei 75 %; sie kann als sehr zufriedenstellend angesehen werden. Interessanterweise entspricht sie genau der Rücklaufquote, die bei einer etwa zeitgleichen Befragung der Lehrerfortbildungsinstitute der 16 Länder, also einer grundsätzlich vergleichbaren Stichprobe, erreicht wurde (vgl. Hanewinkel, 1995, S.44). Bis auf den Fragebereich *Lehrplanbausteine bzw. Fachlehrpläne* war der Rücklauf der Antworten inhaltlich ergiebig und sehr umfangreich.

Die Auswertung der Länder-Umfrage in zwei Schritten führte zur klaren Identifikation der die Entwicklung bestimmenden Impulse. Die weiterführende Frage der Untersuchung - warum eigentlich eine derartige Entwicklung in Deutschland möglich war - konnte anschließend durch die Analyse der die Entwicklung bestimmenden Impulse und über den Abgleich mit den Ergebnissen der Auswertung der Literatur- und Internetrecherche und eigener Originale, die dem Untersuchendem aus seiner eigenen langjährige themenbezogenen hauptberufliche Praxis zur Verfügung standen, beantwortet werden.

*Insgesamt gilt:* Die für die Untersuchung gewählte Methodik hat sich bewährt. Sie ermöglichte die repräsentative Beantwortung der Kernfragen der Untersuchung.

## **5.2 DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE**

### **5.2.1 DISKUSSION DER DIE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND BESTIMMENDEN INTERNATIONALEN IMPULSE**

#### **a) Impulse der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**

Der Einfluss der WHO auf die Entwicklung in Deutschland beinhaltet im Wesentlichen die Aufnahme von zwei Impulsen:

- die (Neu-) Definition von *Gesundheit* (Quelle: Verfassung der WHO von 1946)
- die Programmatik und die Leitlinien der *Gesundheitsförderung* (Quelle: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986).

Die Aufnahme der Impulse bedeutete die Grundsteinlegung für die breite Entwicklung eines ganzheitlichen, von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren gleichzeitig mitbestimmten Verständnisses von Gesundheit. Das bis etwa Ende der 80er Jahre gültige rein somatische Verständnis von Gesundheit wurde damit überwunden. Die Adaptation beider Impulse ermöglichte den Entscheidungsträgern der Institution Schule in den 90er Jahren die Entwicklung des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* in Deutschland *grundsätzlich* einzuleiten und bestimmte in der Folge ihre Implementation.

Der durch die WHO nachgewiesene bestimmende konzeptionelle Einfluss auf die Institution Schule in Deutschland überrascht zunächst. Möglicher Einfluss von der UNO wäre am ehesten von der für Bildung zuständigen UN- Fachkommission UNESCO erwartet worden. Aber der Einfluss der WHO verwundert nicht, denn im Rahmen des hier beanspruchten Erziehungs- und Bildungsauftrages der Schule ging es um den Themenbereich Gesundheit und Gesundheitsförderung. Hier trafen die WHO – Gedanken auf eine gerade in den 90er Jahren veränderungsbereite Bildungspolitik, die die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* wegen einer notwendigen Neuorientierung schulischer Prävention und ihrer konzeptionellen Attraktion als mögliches Schulentwicklungskonzept nachhaltig förderte. Erstaunlich ist dennoch, bei gegebener Kulturhoheit, die Bereitwilligkeit aller Bundesländer internationalen Einfluss aufzunehmen. Bemerkenswert ist schon, dass ein gesundheitspolitisches Konzept offensichtlich problemlos in den Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule Eingang fand.

## **b) Impulse der Europäischen Kommission (EU)**

Der Einfluss der EU auf die Entwicklung in Deutschland ging insgesamt auf zwei nachhaltig wirkende Impulse zurück:

- die für alle Mitgliedsstaaten der EU erstmals 1988 politisch herausgestellte Bedeutung der Gesundheitserziehung in Schulen und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung zur Gesundheitsförderung.
- die Aufnahme des Konzeptes der Gesundheitsfördernde Schule in die Förderphilosophie des Programms *Europa gegen den Krebs* als Präventionskonzept der

Wahl zur Krebsprävention in Schulen und die bedeutende finanzielle Förderung der Implementation und Evaluation dieses Ansatzes.

Die durch den *Beschluss der EU- Bildungsminister* von 1988 betonte bildungspolitische Bedeutung der Gesundheitserziehung in Schulen und die ihrer Weiterentwicklung zum Konzeptansatz *Gesundheitsfördernde Schule* wurde zu einem der wesentlichsten Anlässe der KMK zur erstmaligen Erstellung eines Berichts zur Gesundheitserziehung in Schulen für Deutschland (1992). Der Bericht griff die WHO-Programmatik zum Verständnis von Gesundheit und zur Gesundheitsförderung auf und stellt damit die Weichen in Deutschland für den Vollzug des Paradigmenwechsels des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* zum Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule*.

Das *EU- Programm Europa gegen den Krebs* wirkte durch sein zentral entwickeltes und inhaltlich festgelegtes Konzept zur Krebsprävention in Schulen konzeptionell richtungsweisend und prägend. Der Ansatz der *Gesundheitsfördernden Schule* wurde innerhalb dieses Konzeptes zur Methode der Wahl einer gerade auch für Schülerinnen und Schüler attraktiven unspezifischen Krebsprävention in Schulen. Über die vergleichsweise großzügige Förderung deutscher EU – Projekte und ihre Durchführung durch die verantwortlichen Senats- und Kultusverwaltungen der Länder bewirkte *Europa gegen den Krebs* die gezielte und breit angelegte Implementation des Konzeptes auf allen Ebenen der Institution Schule in Deutschland.

Der Einfluss der EU auf die Entwicklung in Deutschland war erheblich - bei Beachtung des EU-Subsidiaritätsprinzips. Er war anders als der der WHO. Die WHO nahm inhaltlich konzeptionell Einfluss, kaum finanziell. Die Europäische Kommission machte beides. Sie legte sich im Hinblick auf ihre Förderphilosophie inhaltlich auf das von der WHO übernommene Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule* fest und verknüpfte damit ihre finanzielle Förderung von themenbezogenen Projekten. Bei gleichen bildungspolitischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die den Einfluss der WHO ermöglichten, ergriffen deutsche Senats – und Kultusverwaltungen die Fördermöglichkeiten der Europäischen Kommission, weil derartige Kooperationen in den 90er Jahren ersten international geprägten bildungspolitischen und fachlichen Erkenntnisgewinn ermöglichten, aber auch, weil sie gerade für Landesregierungen europapolitisch ausgesprochen attraktiv waren. Denn erst in dieser Zeit setzte sich der

Gedanke so richtig durch, dass auch deutsche Länderregierungen im Hinblick auf EU –Beihilfen direkte Ansprechpartner der Europäischen Kommission waren. Es war die Zeit des Aufbaus oder Ausbaus von „Ländervertretungen“ bei der EU in Brüssel (z.B. Hanse – Office, die Vertretung der Länder Schleswig - Holstein und Hamburg in Brüssel).

### **c) Impulse des Europarates**

Der Entwicklungseinfluss des Europarates auf die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernden Schule* in Deutschland war vergleichsweise gering. Inhaltlich konzeptionell war er seit 1988 zwar Protagonist der *Gesundheitsfördernden Schule*; er verfügte jedoch über keine besonderen Fördermittel oder entsprechenden Förderprogramme. Seine eigentliche Rolle spielte er als besonders geachtete moralisch- politische Institution Europas, indem er allgemeinerpolitische Verantwortung als einer der drei Träger des internationalen Gemeinschaftsprojektes *European Network of Health Promoting Schools* mit übernahm.

### **d) Impulse des *European Network of Health Promoting Schools***

Das internationale Gemeinschaftsprojekt der WHO, der EU und des Europarates *European Network of Health Promoting Schools* stimulierte entscheidend die Entwicklung der Implementation des Schulentwicklungsansatzes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland. Allein das internationale Projekt als solches wirkte als Türöffner bei politischen Entscheidungsträgern und Ministerien. So konnte für Deutschland bereits 1993 kurzfristig die Teilnahme an dem Projekt selbst und damit vor allem auch an seiner fachlichen Entwicklung entschieden werden. Verbunden mit dieser Entscheidung war eine jahrelange Förderung über BLK- Modellversuche, mit denen nach erfolgreichen themenbezogenen Feldversuchen das Schulentwicklungskonzept *Gesundheitsfördernde Schule* modellhaft implementiert und unter Alltagsbedingungen erprobt wurde. Ohne das *European Network of Health Promoting Schools* und Deutschlands Mitarbeit in ihm wäre das Konzept auf den Ebenen der Verwaltung ausgetrocknet.

### 5.2.2 DISKUSSION DER GRÜNDE FÜR DIE AUFNAHME DER INTERNATIONALEN IMPULSE DURCH DEUTSCHLAND

Es gab ausgesprochen günstige *politische Rahmenbedingungen*, die den internationalen Entwicklungseinfluss in Deutschland entscheidend, wenn nicht sogar grundsätzlich, überhaupt ermöglichten. Das internationale *Konzept der Gesundheitsförderung* stellte *gesundheitsspolitisch* das gesuchte, auch prominente, neue Präventionskonzept dar. *Bildungsspolitisch* war es ein neuer schulischer Präventionsansatz, der zugleich als Schulentwicklungsansatz gelten konnte, den es sich lohnte zu erproben und zu evaluieren. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die Implementation des internationalen Konzeptes vermutlich von diesen günstigen politischen Rahmenbedingungen abhängig war.

Die *nationalen Akteure* konnten in Deutschland die Impulse der WHO, EU und des Europarates erfolgreich aufnehmen. Auf dem Hintergrund der positiven politischen Rahmenbedingungen entwickelten sie eine ausgesprochen erfolgreiche nationale Vernetzung, die sich im Kern darauf konzentrierte, gemeinsam bundesweit die Implementation und Evaluation des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* zu ermöglichen und zu sichern. Maßgeblichen Anteil an dem erfolgreichen Transfer hatten die KMK und die BLK. Die KMK leitete mit Übernahme des WHO – Konzeptes der Gesundheitsförderung grundsätzlich und bundesweit den Paradigmenwechsel der Gesundheitserziehung in Schulen zur Gesundheitsfördernden Schule ein und schaffte damit die konzeptionellen Voraussetzungen für die Implementation des Konzeptes. Dabei beeindruckte sie durch ihre Fähigkeit *de facto* ressortübergreifend zu denken und zu handeln, indem sie den gesundheitsspolitisch entwickelten Ansatz der Gesundheitsförderung inhaltlich durchaus folgerichtig bei Beachtung ihrer rechtlichen Verankerung (Kulturhoheit) in den Bildungsbereich übertrug. Die BLK ihrerseits förderte inhaltlich und finanziell im Zusammenwirken mit dem BMBW und allen Senats – und Kultusverwaltungen der Länder in einem 10-jährigen Handlungsprogramm bundesweit die Implementation und Evaluation des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule*.

## 6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

### 6.1 ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, den internationalen Einfluss auf die Entwicklung und Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland näher zu analysieren. Ausgangspunkt der Untersuchung war die in den 90er Jahren immer häufiger gemachte Beobachtung der Aufnahme internationaler Impulse in deutsche bildungspolitische Entscheidungen, pädagogische Richtlinien und Schulversuche. Ausgehend von diesem handlungsorientierten Zugang wurden zwei Kernfragen abgeleitet, die die vorzunehmende Analyse bestimmen sollten:

- Gab es einen nennenswerten internationalen Entwicklungseinfluss in den 90er Jahren? Wenn ja, welche internationale Impulse bestimmten die Entwicklung?
- Wie war der internationale Einfluss in Deutschland möglich?

Die Untersuchung besteht aus zwei Teilen, einer empirischen Untersuchung und einer Literaturrecherche. Die empirische Untersuchung wiederum wurde in zwei Schritten vorgenommen. Im ersten Schritt wurde auf der Basis der Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage eine Dokumentation der Entwicklung des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* bzw. der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* für den Untersuchungszeitraum 1989 bis 1999 erstellt. Im zweiten Schritt wurden im Rahmen einer besonderen Auswertung dieser Dokumentation die die Entwicklung in Deutschland *bestimmenden* internationalen Impulse identifiziert und bewertet. Damit wurde die anschließende Untersuchung der Gründe ihrer Aufnahme durch Deutschland möglich. Die Kernfragen der Untersuchung können zusammengefasst nunmehr wie folgt beantwortet werden:

- **Folgende internationale Impulse bestimmen die Entwicklung in Deutschland:**

a) *Von der Weltgesundheitsorganisation*

- die (psychosoziale) Neudefinition von Gesundheit.
- die Programmatik der Gesundheitsförderung und darin eingebettet das Setting-Konzept *Gesundheitsfördernde Schule*.

b) *Von der Europäischen Kommission*

- die hervorgehobene politische Bedeutung des Lernbereiches *Gesundheitserziehung in Schulen* incl. der Notwendigkeit seiner Weiterentwicklung zum Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*.
- die Entscheidung für das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* als unspezifisches Präventionskonzept der Wahl zur Krebsprävention in Schulen und die Definition dieses Konzeptes als Bewilligungskriterium für EU- Beihilfen des EU- Programms *Europa gegen den Krebs*.

c) *Von dem Europarat*

- der politische Impuls zur Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung in Schulen im Sinne einer *Gesundheitsfördernden Schule*.
- die politische Mitverantwortung des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*.

d) *Gemeinsam von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission und dem Europarat*

- die Entwicklung und Durchführung des internationalen Gemeinschaftsprojektes *European Network of Health Promoting Schools* und die Einbindung Deutschlands in das Netzwerk.

• **Folgende Gründe führen zur Aufnahme der internationalen Impulse in Deutschland:**

a) *Förderliche politische Rahmenbedingungen:*

- gesundheitspolitisch wird der Auf- und Ausbau von Prävention gefordert. Die bedenkliche gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen verlangt verstärkte zielgruppenspezifische Prävention. Kostendämpfung im Gesundheitswesen erfordert darüber hinaus den breiten Aus- und Aufbau von Prävention. Gesundheitsförderung erscheint in beiden Fällen als vielversprechender Ansatz.
- bildungspolitisch steht das Konzept der traditionellen *Gesundheitserziehung in Schulen* zur Disposition. Neue positiv und ganzheitlich orientierte schulische Präventionskonzepte sind erforderlich. Und: Die anhaltende Reformdiskussion um die Qualität von Schule fordert die Entwicklung, Implementation und Evaluation

neuer Schulentwicklungskonzepte. Das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* erfüllt auch hier beide Forderungen. Es ist gerade als Setting- Ansatz ein neues schulisches Präventionskonzept und stellt gleichzeitig ein mögliches Schulentwicklungskonzept dar.

- b) *Fachlich- politisches Interesse internationaler und nationaler Akteure, insbesondere ihr effektives Networking, d.h.*
- internationale Akteure, vor allem WHO und EU, engagieren sich für den Transfer ihrer (fach-) politischen Entscheidungen und unterstützen diesen durch entsprechende Handlungsprogramme (z.B. *Europa gegen den Krebs* oder *European Network of Health Promoting Schools*) und Impulse zu internationaler und nationaler Vernetzung.
  - nationale Akteure, insbesondere BMG, BMBW, KMK und BLK nehmen die internationalen Impulse in Deutschland auf und vernetzen sie mit dem Ziel die Implementation des Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* zu initiieren und zu sichern.
  - es entwickelt sich im Hinblick auf die Vielzahl der beteiligten Institutionen ein beispielhaft erfolgreiches Networking.

**Fazit:** Es gab einen erheblichen internationalen gesundheits- und bildungspolitischen Einfluss auf die Entwicklung und Projektförderung der Konzeption der *Gesundheitsfördernden Schule*. Ihre Implementation wurde massiv und nachdrücklich durch die WHO, EU und den Europarat initiiert und gefördert. Sie führte in Deutschland zu seiner erfolgreichen Erprobung als mögliches, innovatives Schulentwicklungsprogramm bzw. -profil und zu dem Paradigmenwechsel der traditionellen Gesundheitserziehung in Schulen zum Konzept der Gesundheitsfördernden Schule. Die Implementation gelang vor allem deshalb, weil fördernde politische Rahmenbedingungen und ein an einer erfolgreichen Implementation besonders interessiertes Netzwerk von Akteuren entstand und sich selbst erfolgreich trug.



## 6.2 AUSBLICK

### 6.2.1 Implikationen der Ergebnisse für die Bildungspolitik

Bildungspolitisch relevant sind die Untersuchungsergebnisse für die Internationalisierung des Bildungswesens in Deutschland. Der für den Untersuchungszeitraum von 1989 bis 1999 nachgewiesene erhebliche internationale Entwicklungseinfluss auf die Institution Schule in Deutschland ist für diesen Zeitraum rechtlich überraschend, politisch und praktisch aber erklärbar. Rechtlich überraschend ist er deshalb, weil auf dem Hintergrund der Kulturhoheit der Länder, besonderer nationaler oder gar internationaler Einfluss auf die Schulpolitik der Bundesländer rechtlich nicht oder nur sehr schwer ist. Diese Einstellung gilt auch für den Untersuchungsgegenstand. Der entsprechende Hinweis der KMK in ihrem Beschluss von 1992 ist eindeutig: sie betont die „ausdrückliche Verantwortung der [EU-] Mitgliedstaaten für die Inhalte und die Organisation des Bildungswesens“ (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S.6). Andererseits öffnet sie sich in dem gleichen Beschluss den internationalen Impulsen von WHO, EU und Europarat: „Die [EU-] Gemeinschaft kann vor allem den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten unterstützen“ (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 1992, S. 6).

Also: Die Internationalisierung auch der Bildungspolitik ist möglich und sie beginnt, hier beispielhaft dargestellt, in den 90er Jahren. Die Untersuchungsergebnisse können als Indiz dafür genommen werden, wie attraktiv politisch und inhaltlich internationale Zusammenarbeit für Deutschland sein kann und wie innovativ und notwendig sie ist. Die Attraktion der zur Verfügung stehenden internationalen Fördermittel ist für Deutschland sogar so groß, dass sie „überzeichnet“ werden (s. S. 127). Durchschnittlich stehen z.B. aus dem EU- Programm *Europa gegen den Krebs* jedem EU- Mitgliedstaat etwa 2 bis 2,5 Mio. ECU zur Verfügung, Deutschland beantragt und bekommt 3,1 Mio. ECU. Die vor allem auch pädagogisch erfolgreiche internationale Zusammenarbeit wird dann auch im Laufe des Untersuchungszeitraumes verstärkt und erreicht gegen Ende der 90er Jahre einen Grad an Selbstverständlichkeit, der in dieser Untersuchung so keineswegs erwartet werden konnte. Mittlerweile gilt, dass die Internationalisierung

des Bildungswesens im Rahmen der weiteren Globalisierung dieser *Einen Welt* unentbehrlicher denn je geworden ist. Die nach Abschluss dieser Untersuchung bekannt gewordene beispielhafte Kooperation der Bundesregierung und Bundesländer im Rahmen der OECD bei der Durchführung der internationalen Schulleistungstudie PISA (vgl. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 2000) verdeutlicht ausschnitthaft die weitere erfolgreiche Internationalisierung deutscher Bildungspolitik. Dies gilt insbesondere auch für die Aktivitäten und Maßnahmen praktisch aller deutschen Universitäten und Hochschulen bei der nationalen Angleichung deutscher universitärer Studiengänge an internationale Standards und Inhalte (B.A.- oder M.A. Studiengänge). Die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse dokumentieren, dass die Bereitschaft und Fähigkeit in Deutschland gegeben ist, auch im Bildungswesen internationale Kooperation überzeugend auszugestalten. Sie dokumentieren aber auch, dass zum Aufbau und zur Sicherung derartiger Zusammenarbeit ein Netzwerk fachlich und politisch interessierter Akteure erforderlich ist, das als konstitutives Strukturmerkmal internationaler Kooperation begriffen werden muss.

## **6.2.2 Implikationen der Ergebnisse für die Verstetigung des Konzeptes**

### ***Gesundheitsfördernde Schule im Schulalltag***

Pädagogisch relevant sind die Untersuchungsergebnisse natürlich für die Weiterführung bzw. Verstetigung des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule als schulisches Präventions- und/oder Schulentwicklungskonzept in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass hier ein mit erheblichen finanziellen Fördermitteln (EU und Bundes- bzw. BLK- und Landesmittel: insgesamt ca. 20 Mio. DM (s. S. 128 Abb. 32. EU -u. Landesmittel = 11,48 Mio. DM *und* s. S. 186 Abb. 52 BLK – u. Landesmittel insgesamt ca. 8.5 Mio. DM) ausgestattetes schulisches Präventionskonzept und pädagogisches Schulentwicklungskonzept erfolgreich implementiert und evaluiert werden konnte.

Wie geht es weiter im 21. Jahrhundert? Dies ist unklar. Festzuhalten ist z. Z., dass u.a. in Folge der Ergebnisse von PISA heute andere pädagogische Entwicklungen die Themen bildungspolitischer Diskussionen bestimmen, so dass das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* neu einzuordnen sein wird. Die Analyse dieser neuen Position kann aber keine Frage mehr dieser Untersuchung sein. Zu hoffen ist, gerade

auch wegen des jahrelangen Einsatzes personeller und finanzieller Ressourcen und vor allem auch wegen des Erkenntnisgewinns und der Praxisbewährung des Konzeptes, eine u.U. neu zu konzipierende Weiterentwicklung des Konzeptes für den Schulalltag. Erste konkrete Hinweise zur Weiterentwicklung der Wirksamkeit der Gesundheitsfördernden Schule liegen bereits vor (vgl. Paulus, 2004, S. 202). Weitere Entwicklungshinweise können die aktuellen Projekte der Bertelsmann Stiftung *Anschub.de* (vgl. Bertelsmann Stiftung, o.J.) und Nordrhein - Westfalens *OPUS NRW-Gesundheit macht Schule- Netzwerk Bildung und Gesundheit* (vgl. Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein- Westfalen, 2003) geben. *Anschub.de* thematisiert erstmals - praktisch als Weiterentwicklung des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* - die sich abzeichnende pädagogische Entwicklungsrichtung einer *Guten Gesunden Schule*, die das neue Paradigma symbolisiert: Gesundheit im Dienst des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule. Damit knüpft *Anschub.de* konsequent an die Versuchsergebnisse des BLK- Modellversuchs *OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit* an:

„Bisherige Ansätze gingen davon aus, Bildung als Ressource zu benutzen, um die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Lehrkräften zu erhalten und zu verbessern. OPUS und seine Vorgängerprojekte verfolgten hingegen das Ziel, Gesundheit als Ressource zu benutzen, um die Qualität von Bildung zu erhöhen. Hierzu gehört auch der Erwerb der erzieherischen Fähigkeit, im Lernprozess die Balance zwischen Über- und Unterforderung herstellen zu können. In diesem Sinne versteht sich OPUS als ein *pädagogisches* Konzept, welches sich die Erkenntnisse der Medizin, der Prävention und der Gesundheitswissenschaften zu Nutze macht und Beiträge zur Öffnung der Schule und zur Schulprogrammentwicklung leistet“ (Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 1999, S. 117).

### 6.2.3 Implikationen der Ergebnisse für die Wissenschaft

Wissenschaftlich relevant sind die Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf die wissenschaftliche Legitimierung des *Konzeptes* Gesundheitsfördernde Schule. Die Untersuchung offenbart erstaunlicherweise eine fehlende Auseinandersetzung der Entscheidungsträger und Institutionen in Deutschland mit dem wissenschaftlichen Selbstverständnis des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule. Dies verwundert - auch im Hinblick auf die vergleichsweise massive finanzielle Förderung der Implementation des Konzeptes. Aber: Nötig ist der wissenschaftliche Anspruch allemal, deshalb wird er über die Erörterung der Implikationen der Ergebnisse dieser Untersuchung im Folgenden nachdrücklich eingefordert.

Ziel der internationalen Entwicklungsimpulse war eine möglichst breite, pädagogisch geprägte Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland als Handlungsprogramm bzw. Schulentwicklungsprogramm für Schulen. Ziel der Impulse war insofern nicht die Initiierung und Erforschung von wissenschaftlichen Theorien der Gesundheitsförderung. Mit diesem international geprägten Pragmatismus wurde das Konzept für Deutschland politikfähig unter Vernachlässigung einer begleitenden wissenschaftlichen Legitimierung. Es entwickelte sich damit de facto zu einem politischen Paradoxon. Die Entscheidungsträger handelten im Wissen um die fehlende grundsätzliche wissenschaftliche Legitimation des Konzeptes, weil drängender gesundheits- und bildungspolitischer Handlungsbedarf gegeben war. Der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit wurde zwar von ihnen wahrgenommen, aber politisch nur weich und eher zufällig eingelöst. Wissenschaftlich legitimiert wurde durch sie die Implementation mit Hilfe einer von ihnen gleichzeitig mit der Implementation initiierten wissenschaftliche Beforschung von *Teilaspekten* des Gesamtkonzeptes. Themenbereiche entsprechender wissenschaftlicher Gutachten oder wissenschaftlicher Begleitforschung, die (leider) unabhängig voneinander initiiert wurden, waren z.B.

- im Rahmen der Entwicklung eines nationalen Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung die Analyse und Bewertung der „gesundheitsfördernden Faktoren und ihre gegenseitige Verschränkung“ (vgl. Brößkamp, 1994, S. 2),
- im Zusammenhang mit der Überprüfung neuer Gesundheitskonzepte die Analyse des „Nutzen dieses Konzeptes [Salutogenese- Konzept von Antonovsky] für die Gesundheitsförderung“ (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S.5),
- als Teil der wissenschaftlichen Begleitung des BLK- Modellversuches *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS)* die Evaluation des Einflusses der Vernetzung von Schulen auf die Entwicklung einzelner Schulen zu Gesundheitsfördernden Schulen (vgl. Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus, 2001, S. 328).

Als ein Beispiel für das gelebte Paradoxon kann der Umgang des vom Bundesminister für Gesundheit berufenen *Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen* mit dem Salutogenese – Konzept von Antonovsky (vgl. Antonowsky, 1997) gelten, das die Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* in Deutschland im Untersuchungszeitraum von Beginn an begleitet und, praktisch als Blaupause einer möglichen wissenschaftlichen Theorie, maßgeblich

bestimmt (Barkholz & Paulus, 1998, S.89). Der Rat plädiert einerseits deutlich für die Aufnahme der Gesundheitsförderung in das Krankenkassenangebot nach § 20 SVG V zur Steigerung der „gesundheitsdienlichen Ressourcen [z.B. Selbstbewusstsein, Partizipation, Bildung, Erholung] der betroffenen Individuen“ und stützt damit direkt die entsprechende inhaltliche Basis des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, S.26). Andererseits stellt er das dieser Auffassung zugrunde liegende Salutogenese-Modell grundsätzlich in Frage. Er hält es für „theoretisch anregend, aber in der Praxis noch nicht für belastbar“ (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, S.26). Damit teilt er übrigens die Bewertung des Konzeptes durch eine Expertise der BZgA von 1998 (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 96,98).

Alf Trojan und Heiner Legewie belegen, ohne eigene Bewertung, dieses politisch vertretbare aber wissenschaftlich leichtfertige Paradoxon (Trojan & Legewie, 2001, S.362). Sie schreiben einerseits der Forschung bei der Entwicklung der Gesundheitsförderung die Rolle eines wesentlichen und jahrelangen Impulsgebers zu, gleichzeitig mahnen sie aber erhebliche Defizite der Gesundheitsförderungsforschung an: „Es mangelte und mangelt noch an klaren operationalisierbaren Konzepten, an übergreifenden Theorien, an empirisch gesichertem Wissen“ (Trojan & Legewie, 2001, S.363). Diese Bewertung berücksichtigt auch die bis zum Jahr 2000 vorliegenden Ergebnisse der BLK-Modellversuche zur Gesundheitsförderung in Schulen (Trojan & Legewie, 2001, S.193 – 197).

Die Ergebnisse dieser „paradoxen“ Begleitforschung der Implementation des Konzeptes *Gesundheitsfördernde Schule* führten immerhin zu wissenschaftlich relevanten *Teilergebnissen*. Nötig ist nunmehr ihre wissenschaftliche Zusammenführung und Auswertung im Rahmen der Theorienbildung eines *Gesamtkonzeptes* der Gesundheitsfördernden Schule.

Die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse verdeutlichen darüber hinaus aber auch einen dringenden Forschungsbedarf zur grundsätzlichen wissenschaftlichen Legitimation des Organisationskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Im besonderen Blickpunkt wird dabei die Beantwortung der Frage nach der wissenschaftlichen

„Heimat“ des Konzeptes stehen müssen. Agnes Schneider, curricular gesundheitswissenschaftlich geprägt, diskutiert seine Zuordnung zur Bezugsdisziplin *Gesundheitswissenschaften*:

„Für die Bezugsdisziplin Gesundheitswissenschaften ... stellt sich die Frage, wie eine gesundheitswissenschaftliche Grundbildung und ein auf Gesundheitsförderung ausgerichteter fächerübergreifender Unterricht konzipiert sein sollte.... Ein übergeordneter Ansatz, über den die inhaltlichen Beiträge der einzelnen Fächer systematisch zueinander in Beziehung gesetzt werden, existiert bisher nicht. Diese Integrationsaufgabe muss m.E. von den Gesundheitswissenschaften gelöst werden“ (Schneider, 2003, S.16).

Britta Wulfhorst empfiehlt eine Zuordnung zu einer neu zu entwickelnden Bezugsdisziplin *Gesundheitspädagogik*. Für sie ist das Themenfeld Gesundheitserziehung, -bildung, -aufklärung oder -förderung ein von der *Pädagogik* vernachlässigtes Thema, mit großen Defiziten an theoretischen Grundlagen und erheblichen Diskrepanzen zwischen Anspruch und tatsächlicher Bedeutung für die Bildungspraxis. Eine „wissenschaftliche Konstituierung einer Gesundheitspädagogik ..., die ihren eigenständigen Beitrag zur gesundheitswissenschaftlichen Forschung insgesamt herausarbeitet“ (Wulfhorst, 2002, S.9) sei nur vereinzelt gefordert worden. Sie entwickelt insofern die Konzeption einer Gesundheitspädagogik. Es geht ihr „um die Frage der Legitimation der Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft, die systematisch in die Reihe anderer Fachpädagogiken einzuordnen ist“ (Wulfhorst, 2002, S.10).

Die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse zur international stimulierten Implementation des Konzeptes Gesundheitsfördernde Schule in den pädagogischen Alltag im Rahmen des Bildungs – und Erziehungsauftrages der Schule sprechen für diese Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Legitimationsfähigkeit. Zu klären wird dabei auch die Frage sein, ob für Gesundheitsförderung und damit für das Konzept *Gesundheitsfördernde Schule* eine umfassende Theorie als wissenschaftliche Grundlage gelten kann. Möglicherweise ist mit Blick auf die Einschätzung von Don Nutbeam und Elizabeth Harris ein breiterer theoretischer Ansatz sinnvoller:

„Die meisten Theorien der Gesundheitsförderung kommen von den Verhaltens- und Sozialwissenschaften und sind den verschiedenen Disziplinen wie der Psychologie, Soziologie, den Managementwissenschaften, der Verbraucherforschung und dem Marketing entnommen“ (Nutbeam & Harris, 2001, S.10).

# LITERATURVERZEICHNIS

- Altgeld, T. (1997). Grußwort. In Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (Hrsg.), *Gemeinsam gesunde Vielfalt gestalten. Beiträge zur Schulentwicklung* 9 (S. 8-9). Hildesheim: Herausgeber.
- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.) (1995). *Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung. Ein Leitfaden für Allgemeinärzte (Ausgabe für Deutschland)*. Luxemburg: Herausgeber.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Arnhold, W. (Hrsg.) (1995). *Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen. Ergebnisse eines Modellversuchs der Senats- und Kultusverwaltungen der Länder Berlin, Hessen, Sachsen- Anhalt und Schleswig- Holstein*. Kiel: Herausgeber.
- Arnhold, W. & Hanewinkel, R. (1994, November). *Implementation, dissemination and evaluation of a guideline for the distribution of food and drinks in schools of the Land Schleswig- Holstein, Germany*. Konferenzpapier vorgestellt auf der 2. Europäischen Konferenz zur Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen, Dublin.
- Arnhold, W., Barkholz, U., Gabriel, R., Heindl, I. & Paulus, P. (1994) (Hrsg.). *BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen - Erster Zwischenbericht der Projektleitung und wissenschaftlichen Beratung*. Flensburg etc: BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen.
- Arnhold, W., Di xey, R., Heindl, I., Loureiro, I., Perez-Rodrigo, C. & Snel, J. (1995). *The European Guide „Nutrition Education in Schools“ (Draft). A Guide for those working with and for children and young people on issues of food and eating across Europe*. Kiel: Die Ministerin für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig – Holstein.
- Badura, B. (1992). Was heißt und was bedingt Gesundheit und Krankheit? In Ilka Gropengießer & Jürgen Thal (Hrsg.), *Arbeitsberichte Folge 92 '92. Fachtag „Gesundheit und Schule“ [6.12.90]. Eine Dokumentation*. Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis (S.5 – 25). Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York Holt, Rinehart & Wilson.
- Baric, L. & Conrad, G. (1999). *Gesundheitsförderung in Settings*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.G. (1991). *BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag - Erster Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Flensburg etc.: BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.G. (1992). *BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag - Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Flensburg etc.: BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H. G. (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Entwicklungen und Erfahrungen eines Kooperationsprojekts*. Weinheim etc.: Juventa.
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1994). Verfahren zur Selbstevaluation der Projektentwicklung an praktischen Beispielen. In BLK- Modellversuch Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.), *Tagungsdokumentation „Vom Schulteam zur Schulentwicklungsarbeit“ 9. bis 12. Juli 1994 Gernrode/Harz* (Kap. 2, S.1-18). Flensburg: Herausgeber.
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1996). *Von der traditionellen schulischen Gesundheits-erziehung zur gesundheitsfördernden Schule*. Unveröffentlichtes Manuskript, Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen Flensburg.
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1998). *Gesundheitsfördernde Schulen: Konzept. Projektergebnisse. Möglichkeiten der Beteiligung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Barkholz, U., Israel, G., Paulus, P. & Posse, N. (1998). *Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen*. Soest: Verlag für Schule und Weiterbildung.
- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H. & Paulus, P. (1998). *OPUS - Offenes Partizipations-Netz und Schulgesundheit - Erster Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung*. Flensburg etc.: Nationales Koordinationszentrum Deutschland.
- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H. & Paulus, P. (1999). *OPUS - Offenes Partizipations-netz und Schulgesundheit - Zweiter Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung*. Flensburg etc.: Nationales Koordinationszentrum Deutschland.



- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H. & Paulus, P. (Hrsg.). (2001). *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*. Norderstedt: Books on Demand.
- BARMER Ersatzkasse (Hrsg.) (1994). *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Kriterien für die finanzielle Förderung von Projekten der Modellschulen* (Unveröffentlichtes Projektrundschreiben). Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse (Hrsg.) (1995). *Sich wohlfühlen in der Schule- Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (Leaflet). Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse (Hrsg.) (o.J.). *Sich wohlfühlen in der Schule- Folienvortrag. Materialien des Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen*. Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1995). *Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer und andere, die mit Jugendlichen arbeiten*. Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1996 a). *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Ein europäisches Projekt*. Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1996 b). *Die „Rauchfreie Schule“. Materialien des Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen. Verhaltensorientierte Nichtraucherförderung in der Schule*. Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & OPUS- Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg (Hrsg.) (o.J.). *OPUS Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheit zum Thema Schule machen* (Leaflet). Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS). Nationale Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg (Hrsg.) (o.J.). *Wie sich die Gesundheitsfördernde Schule buchstabiert. Das ABC der zentralen Begriffe* (Broschüre). Wuppertal: Herausgeber.
- BARMER Ersatzkasse & Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – OPUS . Nationale Koordinierungsstelle an der Universität Flensburg (Hrsg.) (1999). *Gesundheitsförderung in Sekundarschulen in Europa. Ein Handbuch für die Praxis*. Wuppertal: Herausgeber.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.) (1989). Richtlinien für die AIDS- Prävention an den bayerischen Schulen. Gemeinsame Bekanntmachung der bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus, des Innern und für Arbeit und Sozialordnung vom 15. März 198 .KW - Ministerialblatt I, 7, 72.

- Bengel, J., Strittmatter, R.. & Willmann, H. (2001). *Was erhält den Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (Erweiterte Neuauflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berliner Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung und Schulentwicklung (Hrsg.). (1994). *Fort- und Weiterbildung für die Berliner Schule, II/94 August 1994 bis Januar 1995*. Berlin: Herausgeber.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (o.J.). *Anschub.de- Schule → Gesundheit → Bildung* (Leaflet). Gütersloh: Herausgeber.
- Bildungsmission NRW (Hrsg.) (1995). *Zukunft der Bildung - Schule der Zukunft. Denkschrift der Kommission „Zukunft der Bildung - Schule der Zukunft“ beim Ministerpräsidenten des Landes Nordrhein – Westfalen*. Neuwied etc.: Luchterhand.
- Botvin, G.J. & Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In R.H. Price, E.L.Cohen, R.P.Lorion & J.R. McKay (Eds.), *14 ounces of prevention. A casebook for practitioners* (p. 98 – 110). Washington: American Psychological Association.
- Bröckamp, U. (1994). Gesundheit und Schule: Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. *Bildung – Wissenschaft – Aktuell*, 6.
- Bundesgesundheitsrat (1989). Votum des Bundesgesundheitsrates vom 13. April 1989 zur Verwirklichung der WHO – Strategie „Gesundheit 2000“ in der Bundesrepublik Deutschland. In Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.), *40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven* (S.145-154). Bonn: Herausgeber.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (Hrsg.) (1997). *Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung*. Bonn: Herausgeber.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993). *Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge. Informationsschrift*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bundesrat (Hrsg.) (1989). *Beschluss des Bundesrates zur Benennung von Vertretern in Beratungsgremien der Europäischen Gemeinschaften* (Bundesratsdrucksache 700/89, Beschluß vom 21.12.1989). Bonn: Herausgeber.
- Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Hrsg.) (1997). (Themenheft Gesundheitsförderung). *Pluspunkt*, 4, 1-15.

- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (1998). Grundlagenpapier der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, 1989. In P. Franzkowiak & P. Sabo (Hrsg.), *Dokumente der Gesundheitsförderung* (2. Auflage S.157-163). Mainz: Sabo.
- Bundesvereinigung für Gesundheit & Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften (Hrsg.) (1998). *50 Jahre WHO. Netzwerke der Gesundheitsförderung. Informationsbroschüre zum Weltgesundheitstag 1998*. Bonn: Herausgeber.
- Bundesvereinigung für Gesundheit (2004). Konzept der Bundesvereinigung für Gesundheit. URL <http://www.bvgesundheit.de/profil/konzept.html> [Stand 26.01.2004]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998 a). *Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen*. Köln: Herausgeber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998 b). *Aufgaben und Ziele. Neuorientierung der BZgA*. Köln: Herausgeber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999). *Unterrichtsmaterialien zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule*. Köln: Herausgeber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000). *Schulische Gesundheits-erziehung und Gesundheitsförderung*. Köln: Herausgeber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Burow, F., Aßhauer, M. & Hanewinkel, R. (1998). *Unterrichtsideen. Fit und stark fürs Leben, Persönlichkeitstraining zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht*. Leipzig etc.: Klett.
- Commission of the European Communities & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1991). *Nutrition Education in Health Promoting Schools. Report on 1<sup>st</sup> European Summer School 17<sup>th</sup> to 23<sup>rd</sup> August 1991*. Kiel: Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein.
- Commission of the European Communities, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1991). *Documentation of the European Conference "Drug Prevention in Schools" Lübeck – Travemünde 7<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> October 1991*. Kiel: Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein.

Commission of the European Communities, Department of Education of Ireland & Department of Health of Ireland (Eds.) (1994). *Health Education and Cancer Prevention in Schools. 2<sup>nd</sup> European Conference. Dublin 1994. Recommendations.* Dublin: Editors.

Commission of the European Communities, Council of Europe, World Health Organization & Health Education Board for Scotland (Eds.) (1994). *Promoting the Health of Young People in Europe. Health Education in Schools. A training manual for teachers and others working with young people.* Edinburgh: Health Education Board for Scotland.

Commission of the European Communities, World Health Organization Regional Office for Europe & Council of Europe (Eds.) (1994). *This is to confirm that the Federal Republic of Germany participates in the European Network of Health Promoting Schools* (Unpublished document). Copenhagen: WHO.

Commission of the European Communities, World Health Organization Regional Office for Europe, Council of Europe & Université Libre de Bruxelles (Eds.) (1995). *Towards an Evaluation of the European Network of Health Promoting Schools. The EVA – Project. A manual for national coordinators of the ENHPS and their collaborators.* Brussels: Editors.

Commission of the European Communities, World Health Organization Europe, Council of Europe & Health Promotion Wales (Eds.) (1996). *Promoting Health in Second Level Schools in Europe. A Practical Guide.* Cardiff: Health Promotion Wales.

Commission of the European Communities, World Health Organization Europe, Council of Europe & Université Libre de Bruxelles (Eds.) (1999). *Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination. The EVA 2 project. Final report (draft).* Brussels: Editors.

Council of Europe (1992). *European Network of Health Promoting Schools* (Unveröffentlichter Brief des Europarates an den BMG vom 18.03.1992). Strasbourg: Author.

Council of Europe (2003). *Recommendation No R(88)7 on school health education and the role and training of teachers.* URL

[http://www.coe.int/T/E/Social\\_Cohesion/Health/Recommendations/Rec\(1988\)07.asp](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec(1988)07.asp)

[Stand 19.01.2003]

- Council of Europe, World Health Organisation Regional Office for Europe & Commission of the European Communities (Eds.) (1990). *Education for Health: Preventing Dependence and Addiction. A Guide for developing integrated school/ community education for health and health promotion programmes (Draft)*. (European Conference on the Promotion of Education for Health. Strasbourg 20 – 22 September 1990). Strasbourg: Editors.
- Dahme, H.J. & Wohlfahrt, N. (Hrsg) (1998). Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung? Neue Herausforderungen an die Prävention. *Schriftenreihe*, 19.
- Daschner, P. (1996). Gesunde Schule als Auftrag. In Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung & Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.), *Hamburger Konferenz Schule und Gesundheitsförderung. Dokumentation der Tagung vom 28. März 1996* (S.3-4). Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung.
- Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1991). *Dokumentation der Nationalen Fachkonferenz Suchtprävention in Schulen 16.12.1991 bis 18.12.1991 (Tannenfelde)*. Kiel: Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig- Holstein.
- Der Kultusminister des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1979). Gesundheitserziehung an allgemeinbildenden Schulen. Bekanntmachung vom 20. Juli 1979. *Nachrichtenblatt des Kultusministers des Landes Schleswig- Holstein* S.260.
- Der Niedersächsische Kultusminister (Hrsg.) (1980). KMK- Empfehlung „Gesundheitserziehung in der Schule“. Erlass des Niedersächsischen Kultusminister vom 2.9.1980. *Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen* 10, o. S..
- Der Niedersächsische Kultusminister (Hrsg.) (1988). *Aufklärung über die Immunschwäche AIDS in den niedersächsischen Schulen*. Erlass des Niedersächsischen Kultusminister vom 5. Juli 1988. Rundschreiben an die Schulen. Hannover: Herausgeber.
- Die Ministerin für Frauen, Bildung , Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1995). *Gesunde Ernährung im Schulalltag*. Kiel: Herausgeber.
- Draijer, J. & Williams, T. (1991). *Die Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften. Technischer Bericht an die EG – Kommission*. Brüssel: Europäische Gemeinschaften.

- Ebert, U., Gropengießer, I. & Thal, J. (Hrsg.) (1998). *Null Bock auf Gesundheit. Fachtag ‚Gesundheit und Schule‘ ’96. Arbeitsberichte/Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis 129*. Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.
- Ellenberger, I. (1999). Grußwort der Thüringer Ministerin für Soziales und Gesundheit, Frau Irene Ellenberger, anlässlich des Forums „Lebensfreude in der Schule ?! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen“ am 12. Mai 1995. In Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanrevision und Medien (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule* (S.6-7). Bad Berka: Herausgeber.
- Engler, F., Heindl, I., Schwaner-Heitmann, B. & Wilke, E. (1998). *BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung - Abschlußbericht des Modellversuchs*. Flensburg: BLK – Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung.
- ENYPAT- European Network on Young People and Tobacco (Ed.) (1999). The 1999 ENYPAT Framework Project. *Interaction*, 11, 5-6.
- Europarat (2003). *Der Europarat im Überblick*. URL [http://www.coe.int/T/D/Kommunikation\\_und\\_politische\\_Forschung/.../Ein\\_%DCberblick](http://www.coe.int/T/D/Kommunikation_und_politische_Forschung/.../Ein_%DCberblick) [Stand 19.01.03]
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1989). Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Bildungsminister vom 23. 11. 1988 zur Gesundheitserziehung in Schulen. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, C 3, 1-3.
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1990 a). Beschluss des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten vom 17.5.1990 über einen Aktionsplan 1990 - 1994 im Rahmen des Programms 'Europa gegen den Krebs'. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, L 137, 31- 35.
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1990 b). *Europa gegen den Krebs: Erste Europäische Konferenz Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule. Dublin 7. – 9. Februar 1990. Konferenzurkunden*. Brüssel: Herausgeber.
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1990 c). *Programm ‚Europa gegen den Krebs‘: Bericht über die Durchführung des ersten Aktionsplanes 1987 – 1989. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschafts- und Sozialausschuss* (KOM (90)185 endg.). Brüssel: Herausgeber.
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1991). Europa gegen den Krebs – Öffentliche Gesundheit: 1990 verabschiedete Initiativen und Texte . *Soziales Europa*, 1, 122-139.

- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1993). *Programm ‚Europa gegen den Krebs‘: Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschaft- und Sozialausschuss über die Durchführung des Programms im Jahre 1992* (KOM (93)). 148 endg. Brüssel: Herausgeber.
- Europäische Gemeinschaften (Hrsg.) (1996). Beschluss Nr. 646 / 96 / EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.3.1996 über einen Aktionsplan zur Krebsbekämpfung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000). *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, L 95, 9–15.
- Europäische Union (Hrsg.) (2005). Die EU im Überblick- Die Geschichte der Europäischen Union. URL [http://europa.eu.int/abc/history/index\\_de.htm](http://europa.eu.int/abc/history/index_de.htm) [Stand 13.02.2005]
- European Commission, Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig- Holstein & Petze In- school prevention (Eds.). (1996). *Documentation of the European Workshop ‘Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School’*. D - Weissenhäuser Strand/Lübeck October 23 - 27, 1996. Kiel: Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig- Holstein.
- European Commission, World Health Organization Europe & Council of Europe (Eds.). (1999). *Healthy Eating for Young People in Europe. A school – based nutrition education guide*. Copenhagen: WHO.
- Fend, H. (2001). *Qualität im Bildungswesen. Schulforschung zu Systembedingungen, Schulprofilen und Lehrerleistung* (2. kor. Aufl.). Weinheim etc.: Juventa.
- Fister, U. (2001). Bundesverband der Unfallkassen (BUK) als Kooperationspartner im Modellversuch OPUS. In U. Barkholz, R. Gabriel, H. Jahn & P. Paulus (Hrsg.), *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen* (S. 436-437). Flensburg: BLK- Modellversuch OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit.
- Franzkowiak, P. (1996). Lebenskompetenzen fördern, Netzwerke schaffen - Eine neue Richtung für die Suchtprävention? In Büro für Suchtprävention Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland – Pfalz (Hrsg.), *Lebenskompetenzen fördern – Netzwerke schaffen. Dokumentation der länderübergreifenden Fachtagung, Koblenz, September 1994* (2. Aufl., S.5-13). Mainz: Herausgeber.
- Franzkowiak, P. & Sabo, P. (Hrsg.) (1998). *Dokumente der Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Mainz: Sabo.

- Freie und Hansestadt Bremen. Der Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst (Hrsg.) (1990). *Evaluationsbericht des Europaratprojektes „Prävention in Obervieland“*. Bremen: Herausgeber.
- Freie und Hansestadt Bremen. Der Senator für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.) (1996). Verkauf von Esswaren und Getränken in den Schulen der Stadtgemeinde Bremen. In der Fassung vom 21.09.1989. *GW Bremer Schulblatt*, 546.03, 1.
- Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.) (1997). *Hamburger Erfahrungen und Ergebnisse im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule. Dokumentation zum Modellversuch 1993 – 1997 der Bund- Länder-Kommission (BLK)*. Hamburg: Herausgeber.
- Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.) (1998). *Gesundheitsförderung und Schulprogramm - Perspektiven für Hamburg im BLK – Modellversuch OPUS – „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Dokumentation der Auftaktveranstaltung vom 8. September 1997*. Hamburg: Herausgeber.
- Gabriel, R. & Heindl, I. (1992). Gesundheitsförderung im schulischen Alltag - ein Modellversuch in Schleswig – Holstein. *GEW- Zeitschrift Erziehung und Wissenschaft in Schleswig- Holstein*, 9, 6 – 9.
- Giese, R. (1991). Introductory remarks. In Commission of the European Communities, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein (Eds), *Documentation of the European Conference “Drug Prevention in Schools” Lübeck- Travemünde 7<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> October 1991* (ps.17-21). Kiel: Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein.
- Gropengießer, I. & Thal, J. (1992). Gesundheit! In Ilka Gropengießer & Jürgen Thal (Hrsg.), *Arbeitsberichte Folge 92 '92 Fachtag „Gesundheit und Schule“*. Eine Dokumentation. Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis (S.1). Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.
- Groth, T., Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (1999). *Eigenständig werden - ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule. Abschlussbericht über das Pilotprojekt in Hamburg und Mecklenburg – Vorpommern*. Kiel: Institut für Therapieforchung, IFT – Nord.
- Günther, R. (1990). Das europäische Projekt: Die gesunde Schule. In Landesinstitut



- Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1990), *Schule und Gesundheit - Freude am Leben. Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung am 11. September 1990 in Kiel.* (S. 21- 50) . Kronshagen: Herausgeber.
- Günther, R. (1994). Aktivierende Methoden in der Gesundheitsförderung. In I. Gropengießer & J. Thal (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Lebensweisen. Gesundheit und Schule/Dokumentation eines Fachtages am 3. 12. 92. WIS- Arbeitsberichte Folge 106/94* (S. 56-65). Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.
- Haan, G. de & Harenberg, D. (1999). Bildung für eine nachhaltige Entwicklung. *Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung*, 72, Klappentext.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, OPUS & Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.) (1998). *Gesunde Schule 1998 - 1999: Auszeichnungsinitiative.* Hamburg: Herausgeber.
- Hanewinkel, R. (1995). Ergebnisse einer Befragung der Lehrerfortbildungsinstitute der 16 Bundesländer. In Ministerium für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.), *EU- Aktion Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen . Eine Gemeinschaftsaktion der Länder Berlin, Hessen, Sachsen- Anhalt und Schleswig- Holstein im Rahmen des EU – Programms „Europa gegen den Krebs“.* Ergebnisse der Aktion und Dokumentation der Abschlusskonferenz (S. 44-47). Kiel: Herausgeber.
- Heindl, I. (1990). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Maßnahmen zur gesunden Lebensführung. Beispielhafte Schwerpunkte: Natur/Umwelt, Ernährung, Bewegung, Kleidung. Modellversuch der Bund- Länder- Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Modellversuch an der Pädagogischen Hochschule Flensburg* (Leaflet). Flensburg: Autor.
- Heindl, I. (1992). Gesund lernen ist mehr als Gesundheit lernen. In Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.), *Lehrplanrevision in Schleswig- Holstein* (S. 58-60). Kiel: Herausgeber.
- Heindl, I. (1994). Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. In Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig- Holstein (Hrsg.), *Gewaltprävention in Schulen. Dokumentation einer Fachtagung.* Kiel: Herausgeber.
- Heindl, I. (1996). *BLK – Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung.*

- Zweiter Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Beratung. Berichtszeitraum 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1995.* Flensburg: BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung.
- Heindl, I. (2003). *Studienbuch Ernährungserziehung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung.* Bad Heilbrunn: Klinkhart.
- Heindl, I. & Gabriel, R. (1991). *BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag- Erster Zwischenbericht der Projektleitung.* Flensburg: BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag.
- Heindl, I. & Gabriel, R. (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. BLK- Modellversuch an der Pädagogischen Hochschule Flensburg (1990-1993). Abschlussbericht der Projektleitung.* Flensburg: BLK – Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag.
- Hogeschool Rotterdam & Omstreken, (Eds.) (1992). *European Charter on Teacher Training in Health Education. November, 14 – 17, 1992. Rotterdam. The Netherlands. Conference book.* Rotterdam: Editors.
- Hollmann, H. (1998). Aufgaben und Ziele des Modellversuches - Kriterien für die Aufnahme in das Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. In Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Schulprogramm - Perspektiven für Hamburg im BLK- Modellversuch OPUS- „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“.* Dokumentation der Auftaktveranstaltung vom 8. September 1997 (S.11- 21). Hamburg: Herausgeber.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.* Weinheim etc.: Beltz.
- Hurrelmann, K. (1991). Neue Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche. Können die bio-psycho-sozialen „Kosten“ der modernen Lebensweise durch Gesundheitserziehung gemindert werden? In *Pädagogik*, 3, 6-11.
- Hurrelmann, K & Nordlohne, E. (1993). Gesundheitsförderung in der Schule. Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In J.M. Pelikan, H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (S.100- 118). Weinheim etc.: Juventa.

- Israel, G. (1999). Die schulische Gesundheitsförderung. In Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule*. (S.10 - 19). Bad Berka: Herausgeber.
- Jahn, H. (Hrsg.) (2000). *Netzwerk- Reader. Das OPUS- Netzwerk in Schleswig- Holstein*. Flensburg: Nationales Koordinierungszentrum Deutschland.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Johannsen, U. (1997). Schritte und Wege zu gesundheitsfördernden Schulen. In Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.), *Hamburger Erfahrungen und Ergebnisse im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule. Dokumentation zum Modellversuch 1993 – 1997 der Bund- Länder- Kommission (BLK)* (11-14). Hamburg: Herausgeber.
- Karpen, K. (1996). Opening speech. In European Commission, Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig- Holstein & Petze In- school prevention (Eds), *Dokumentation of the European Workshop. Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School. D- Weissenhäuser Strand/Lübeck October 23-27, 1996* (ps.12-14). Kiel: Editors.
- Kayser, M. (1999). Vorwort zu OPUS aktuell. In OPUS - Regionalzentrum Brandenburg am Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales (Hrsg.), *OPUS – aktuell*, 4, 2. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse.
- Kirsh, A. (1991). Opening speech. In Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein (Ed.), *Documentation of the European Conference "Drug Prevention in Schools" Lübeck – Travemünde 7<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> October 1991* (ps. 22-23). Kiel: Editor.
- Köhler, S. (1996). Das heiße Eisen in der Pädagogik - Sexualerziehung an Schulen in Sachsen- Anhalt. *Schulverwaltungsblatt des Landes Sachsen- Anhalt*, 12, 357- 359.
- Kultusministerkonferenz (1995 a). Beschluss der KMK vom 1.6.1979. Gesundheitserziehung in der Schule. In Luchterhand (Hrsg.), *Schulrecht. Ergänzbare Sammlung für Schule und Schulverwaltung in Landesausgaben* (o.S.). Neuwied etc.: Luchterhand.
- Kultusministerkonferenz (1995 b). Beschluss der KMK vom 03.10.1968. Empfehlungen zur Sexualerziehung in der Schule. In Luchterhand (Hrsg.), *Schulrecht. Ergänzbare Sammlung für Schule und Schulverwaltung in Landesausgaben* (o.S.). Neuwied etc.: Luchterhand.

- Kultusministerkonferenz (1995 c). Beschluss der KMK vom 03.07.1990. Sucht- und Drogenprävention in der Schule. In Luchterhand (Hrsg.), *Schulrecht. Ergänzbare Sammlung für Schule und Schulverwaltung in Landesausgaben* (o.S.). Neuwied etc.: Luchterhand.
- Kultusministerkonferenz (2003). Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Faltblatt). URL <http://www.kultusministerkonferenz.de/aufg-org/faltbl.htm> [Stand 29.12.2003]
- Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt (Hrsg.) (1996 a). *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Grundsätze und Anregungen für die Schulpraxis*. Magdeburg: Herausgeber.
- Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt (Hrsg.) (1996 b). Sexualerziehung an den allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen des Landes Sachsen- Anhalt. Erlass vom 02.07.1996. *Schulverwaltungsblatt des Landes Sachsen- Anhalt*, 12, 316- 320.
- Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt (Hrsg.) (1996 c). *Gesundheitsmärkte. Anregungen für die Praxis*. Magdeburg: Herausgeber.
- Kultusministerium des Landes Sachsen- Anhalt (Hrsg.) (1997). *Gesund leben in einer gesunden Umwelt. Förderstufe in Sachsen- Anhalt. Pflichtprojekt 4 . Grundsätze und Anregungen für den Unterricht*. Magdeburg: Herausgeber.
- Landesinstitut für Schule Bremen (Hrsg.) (1998). *Veranstaltungen Schuljahr 1998/1999*. Bremen: Herausgeber.
- Landesinstitut für Schule Bremen (Hrsg.) (1999). *Fortbildung 1999/2000*. Bremen: Herausgeber.
- Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung (Hrsg.) (1996). *L.I.S.A. aktuell 2/96: Informations- und Fortbildungsangebote für das 1.Schulhalbjahr 1996/97*. Schwerin: Herausgeber.
- Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung (Hrsg.) (1997). *Die Bedeutung der Gesundheitserziehung in den Schulen Mecklenburg- Vorpommerns*. Schwerin: Herausgeber.
- Landesinstitut Mecklenburg- Vorpommern für Schule und Ausbildung (Hrsg.) (1998). *L.I.S.A. - Aktuell 1/99: Informations- und Fortbildungsangebote für das 2. Schulhalbjahr 1998/99*. Schwerin: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1987). *Praktische Gesundheitserziehung in der Grundschule. Ein Pilotprojekt an der Grundschule Hohenlockstedt*. Kiel: Schmidt & Klaunig.

- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1988). *AIDS. Hinweise zur AIDS – Aufklärung in Schulen. Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer.* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1990). *Schule und Gesundheit - Freude am Leben. Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung am 11. September 1990 in Kiel .* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1995 a). *IPTS - forum Nr. 1 Januar 1995. Fort - und Weiterbildung 1. Halbjahr 1995.* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1995 b). *IPTS forum Nr. 2 August 1995. Fort- und Weiterbildung 2. Halbjahr 1995.* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1997 ). *IPTS forum Nr. 5 Januar 1997. Fort - und Weiterbildung 1. Halbjahr 1997.* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1998). *IPTS forum Nr. 7. Januar 1998. Fort - und Weiterbildung 1. Halbjahr 1998.* Kronshagen: Herausgeber.
- Landesrechnungshof Schleswig- Holstein (Hrsg.) (1995). *Ergebnis der Prüfung „Verwendung von Haushaltsmitteln für Modell – und Schulversuche* (unveröffentlicht). Kiel: Herausgeber.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen- Anhalt (Hrsg.) (1998). *Schulentwicklung und Gesundheitsförderung. Dokumentation der Landeskonzferenz ‚Gesund leben lernen‘ vom 12. bis 13. September 1997.* Magdeburg: Herausgeber.
- Maasberg, A. (1997). Praxisbüro „Gesundheit und Schule“. *Beispiele. In Niedersachsen Schule machen*, 1, 34 – 35.
- Macdonald , H. (1994). The European Network of Health Promoting Schools . Prepared by the Technical Secreteriat Copenhagen, October 1993. In U. Barkholz & R. Gabriel (Hrsg.), *Spuren zeigen, Spuren suchen. Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Dokumentation einer internationalen Fachtagung in Sankelmark/ Flensburg 22. – 27. August 1993* (S.93 – 98). Flensburg: Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen.

- Madeisky, U. & Werner, K. (Buch und Produktion) (1996). *Gesundheit in die Schule: „Schule die schmeckt“, „Sich regen macht Schule“, „Schule in Bewegung“* (Videofilme Nr. 4250350, Begleittext S. 1-4). Frankfurt/Main: Staatliche Landesbildstelle Hessen, Hessische Stadt- und Kreisbildstellen.
- Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (2000). OECD PISA Deutschland – PISA 2000: Zusammenfassung zentraler Befunde. URL <http://www.mpib-berlin.mpg.de/pisa/dt/Pisastart.htm> [Stand 05.12.2001]
- Meierjürgen, R. & Knobel, R. (1998). BARMER Ersatzkasse. In U. Barkholz & P. Paulus (1998). *Gesundheitsfördernde Schulen: Konzept – Projektergebnisse – Möglichkeiten der Beteiligung* (S. 64-68). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Meierjürgen, R. (2001). Der BLK- Modellversuch „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS)“ aus Sicht des Kooperationspartners BARMER Ersatzkasse. In U. Barkholz, R. Gabriel, H. Jahn & P. Paulus, (Hrsg.), *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen* (S. 428-435). Flensburg etc.: BLK- Modellversuch OPUS- Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit.
- Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Sanidad y Consumo & Comisión Europea (Eds), (1992). *Educación para la Salud en la Escuela- Conferencia Europea. Dossier documental*. Madrid: Editors.
- Ministerium für Kultus, Bildung und Wissenschaft Saarland (Hrsg.) (1989). Erlass über die Suchtvorbeugung und das Verhalten bei Suchtmittelmissbrauch in der Schule. *Gemeinsames Ministerialblatt Saar*, 208.
- Ministerium für Bildung und Sport Saarland (Hrsg.) (1994). *Richtlinien zur Suchtprävention in den Schulen des Saarlandes*. Saarbrücken: Herausgeber.
- Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft Saarland (Hrsg.) (1998). *OPUS: Gesundheit, Ernährung, Harmonie, Phantasie* (Leaflet). Saarbrücken: Herausgeber.
- Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Weiterbildung Rheinland- Pfalz (2000). Netzwerk, Schulen für Gesundheit 21 Rheinland – Pfalz'. (Unveröffentlichtes Manuskript). Mainz: Herausgeber.
- Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein- Westfalen (Hrsg.) (2003). *Gesundheit macht Schule. OPUS NRW- Netzwerk Bildung und Gesundheit*. Düsseldorf: Herausgeber.
- Müller- Heck, E. (1999). OPUS Berlin. *OPUS Journal*, 1, 2.

- Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1995). *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. 1. Transnationale Konferenz deutschsprachiger Schulen. Kölner Empfehlungen*. Flensburg: Herausgeber.
- Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1997). *A Network within the Network. The "subregional " network of Austria, Belgium, Germany and Switzerland within the European Network of Health Promoting Schools*. Flensburg: Herausgeber.
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (1980). KMK- Empfehlung Gesundheits-erziehung in der Schule. *Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen*, 10, o. S.
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (1991). *Empfehlungen zur Gesundheits-erziehung in allgemeinbildenden Schulen*. Hannover: Herausgeber.
- Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (1996). Programmschwerpunkte der Niedersächsischen Fortbildung 1997. In Der Niedersächsische Kultusminister (Hrsg.), *Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen/Sonderheft Lehrerfortbildung in Niedersachsen von Januar 1997 bis August 1997*, 146-147.
- Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (1997). Programmschwerpunkte der Niedersächsischen Fortbildung 1998. In Der Niedersächsische Kultusminister (Hrsg.), *Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen/Sonderheft Lehrerfortbildung in Niedersachsen von Januar 1998 bis August 1998*, 155-156.
- Nitschkowski, A. (1997). Projekt „Gesundheitsförderung durch Schulentwicklung“ – Bilanz der Jahnschule. In Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.) (1997), *Hamburger Erfahrungen und Ergebnisse im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Dokumentation zum Modellversuch 1993 – 1997 der Bund – Länder – Kommission (BLK)* (S. 16-38). Hamburg: Herausgeber.
- 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.
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.) (1997). *Europäisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“. 3. Transnationale Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke. Schule gestalten - Gesundheit fördern. Gesundheitsorientiertes Schulmanagement. Innsbruck – Tirol 20. - 23. November 1997* [Leaflet: Tagungsprogramm] (S. 1-10). Wien: Herausgeber.

- Oxford University Press (Ed.) (1993). *Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English*. (4<sup>th</sup> Edition). Bath: Bath Press.
- Parsons, C., Stears, D., Thomas, C., Thomas, L. & Holland, J. (1997). *The Implementation of ENHPS in Different National Contexts*. Canterbury: Canterbury Christ Church College.
- Paulus, P. (Hrsg.) (1992). *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG - Verlag.
- Paulus, P. (1994). Der Weg der Gesundheitsfördernden Schule - die ersten Schritte. In Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Hrsg.). *Tagungsdokumentation „Vom Schulteam zur Schulentwicklungsarbeit“ 9. bis 12. Juli 1994 Gernrode/Harz* (Kap. 1, S. 1-18). Flensburg: Herausgeber.
- Paulus, P. (1997). Gesundheit macht Schule. *Beispiele. In Niedersachsen Schule machen*, 1, 30-33.
- Paulus, P. (2000). Von der Ottawa – Charta zur Resolution von Thessaloniki und darüber hinaus. Gesundheitserziehung in der Schule im Wandel zur schulischen Gesundheitsförderung. In Paulus, P. & Brückner, G. (Hrsg.), *Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen - Handlungsfelder – Bewertungen* (S. 11-22). Tübingen: dgvt – Verlag.
- Paulus, P. (2004). Schulische Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (S. 200-202). Schabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Paulus, P. & Deter, D. (Hrsg.) (1998). *Gesundheitsförderung: Zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment*. Köln: GwG – Verlag.
- Paulus, P. & Brückner, G. (Hrsg.) (2000). *Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen - Handlungsfelder – Bewertungen*. Tübingen: dgvt – Verlag.
- Pott, E. (2000). Geleitwort. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). *Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm ‚Gesunde Schule‘. Beispiele gelingender Praxis* (S. 7-9). Stuttgart: Herausgeber.
- Priebe, B., Israel, G. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993). *„Gesunde Schule“ – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung*. Weinheim etc.: Beltz.



- Rausch, C. (1995). Ressourcen stärken - Kompetenzen fördern . Ansätze zeitgemäßer Suchtvorbeugung im Überblick. In Arbeitskreis Prävention Mainz (Hrsg.), *Life- skil- was ist das? Ergebnisse einer Fachtagung zur Förderung der Lebenskompetenz in der Suchtprävention* (S. 7-16). Mainz: Sabo.
- Riemann , K. (1992). Rauchen in der Jugend und seine Folgen - Strategien der Verhütung. In Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.), *Krebsprävention - (k)ein Thema für den Schulunterricht (?)! - Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung am 3. September 1991 in Kiel* (S. 11-23). Kronshagen: Herausgeber.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1997). *Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm „Gesunde Schule“. Grundlagen und Ziele*. Stuttgart: Herausgeber.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm ‚Gesunde Schule‘. Beispiele gelingender Praxis*. Stuttgart: Herausgeber.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbindung, Prävention, Nutzorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung*. URL <http://www.SVR-Gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutalt.htm> [Stand 25.03.2001]
- Schlankhart, M. & Hollmann, H. (1998) . Vorwort. In Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Schule , Jugend und Berufsbildung ( Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Schulprogramm - Perspektiven für Hamburg im BLK- Modellversuch OPUS- „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“*. Dokumentation der Auftaktveranstaltung vom 8. September 1997 (S. 3-4). Hamburg: Herausgeber.
- Schlömer, H. (1997). Schülerbeteiligung heißt: Macht abgeben. In Freie und Hansestadt Hamburg- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (Hrsg.), *Hamburger Erfahrungen und Ergebnisse im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. Dokumentation zum Modellversuch 1993 - 1997 der Bund – Länder – Kommission (BLK)* (S. 54-55). Hamburg: Herausgeber.
- Schneider, A. (2003). *Wie lehrt und lernt man Gesundheit ?* Lage: Hans Jacobs.
- Schneider, V. (1991). Warum übliche Gesundheitskampagnen scheitern. *PÄDEXTRA*, (Sonderdruck Gesundheitsförderung), 11-13.

- Schopmanns, B. (1998). Eine gesundheitsfördernde Schule stellt sich vor: Integrierte Stadtteilschule Carl- Goerdeler- Straße. In Uwe Ebert, Ilka Gropengießer & Jürgen Thal (Hrsg.), *Null Bock auf Gesundheit. Fachtag ‚Gesundheit und Schule‘96. Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis* (S. 79-82). Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.
- Schulz, W. (1992). Vorwort. In Landesinstitut Schleswig- Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.), *Krebsprävention - (k)ein Thema für den Schulunterricht (?)! - Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung am 3. September 1991 in Kiel* (S. 1). Kronshagen: Herausgeber.
- Seeger, S. (1996). „Und sie bewegt sich doch ...“ - Wege zu gesundheitsfördernden Schulen . In Freie und Hansestadt Hamburg : Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung & Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (Hrsg.) (1996), *Hamburger Konferenz Schule und Gesundheitsförderung. Dokumentation der Tagung vom 28. März 1996* ( S. 5-13). Hamburg: Herausgeber.
- Seeger, S. (1999). Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsfördernden Schule. Skizze eines doppelten Paradigmenwechsels . In Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales & Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.), *Schule gestalten - Gesundheit fördern: Gesundheitsorientiertes Schulmanagement. Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen. 3. Transnationale Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke Innsbruck 20. - 23.11.1997* (S. 18-25).Wien: Wiener graphische Kunstanstalt Otto Sares.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (1992). *Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule – Bericht der Kultusministerkonferenz vom 05./06.11.1992*. Bonn: Herausgeber.
- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin (Hrsg.) (1993 a). „*Gesundheitsfördernde Maßnahmen“ in der Berliner Schule (Vollwertige Ernährung, Ausweitung von Bewegungsangeboten)*. *Rundschreiben II Nr. 101 / 1993 vom 15.10.1993*. Berlin: Herausgeber.
- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin (Hrsg.) (1993 b). *Fort – und Weiterbildung für die Berliner Schule, II / 93 August 1993 bis Januar 1994*. Berlin: Herausgeber.

- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin (Hrsg.) (1993 c). „*Guten Appetit“ in unser Cafeteria. Vollwertige Ernährung in der Schul – Cafeteria am Beispiel der Fritz – Karsen – Schule, Berlin – Neukölln.* Berlin: Herausgeber.
- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin (Hrsg.) (1994 a). *Fort - und Weiterbildung für die Berliner Schule, / 94 Februar bis Juli 1994.* Berlin: Herausgeber.
- Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport Berlin (Hrsg.) ( 1994 b). *Schule in Bewegung .* Berlin: Herausgeber.
- Snel, J. (1991). Healthy Eating, the main issues. In Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.), *Nutrition Education in Health Promoting Schools. Report on the 1<sup>st</sup> European Summer School in Sankelmark* (ps. 26-37). Kiel: Herausgeber.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) ( 2001). *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001.* o. A.: Herausgeber.
- Spratley, J. (1990). Education for Health: Preventing Dependence and Addiction. Evaluation report on the experience of eleven pilot projects to test an Education for Health Programme. In Council of Europe, World Health Organisation Regional Office for Europe & Commission of the European Communities (Eds.), *European Conference on the Promotion for Health Strasbourg 20 – 22 September 1990* ( ES (90) 6). Strasbourg: Editors.
- Ströbel , H. (1999). Auszug aus dem Grußwort des Staatssekretärs im Thüringer Kultusministerium Hermann Ströbel anlässlich des Forums: „Lebensfreude in der Schule ? ! - Gesundheitsförderung in und mit Schulen“ am 12. Mai 1995 in Weimar. In Thüringer Institut für Lehrerfortbildung (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule* (S. 8-9). Bad Berka: Herausgeber.
- Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien & Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen (Hrsg.) (1997). *Kooperationsvereinbarung* (unveröffentlicht). Bad Berka: Herausgeber.
- Trojahn, A. & Legewie, H. (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelt- und Lebensbedingungen.* Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften.

- Troschke, J. von (1992). Gesundheitsförderung in der Schule. In Ilka Gropengießer & Jürgen Thal (Hrsg.), *Arbeitsberichte Folge 92 '92 Fachtag „Gesundheit und Schule“*. Eine Dokumentation. Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis (S. 26 – 34). Bremen: Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis.
- Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.) (1993). *Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung. Nachdruck der autorisierten Fassung*. Gamburg: Herausgeber.
- Waller, H. (1990). Neue Ansätze zur Gesundheitsförderung. In Landesinstitut Schleswig - Holstein für Praxis und Theorie der Schule (Hrsg.) (1990 b). *Schule und Gesundheit - Freude am Leben. Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung am 11. September 1990 in Kiel* (S. 5- 20). Kronshagen: Herausgeber.
- WHO (1994 a). „Life Skills“. *Praktische Lebenskunde- Rundschreiben. Zusammenfassung der englischen „Skills of Life Newsletter“ No 1 – 3*. Geneva: WHO, Division on Mental Health.
- WHO (1994 b). *Training workshop for the development and implementation of life skills programmes: Part 3 of the document on life skills education in schools*. Geneva: WHO, Division on Mental Health.
- WHO (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of Life Skills Programmes* (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: WHO, Programme of Mental Health.
- WHO (2005 a). About WHO. URL <http://www.who.int/about/en> [Stand 04.02.2005]
- WHO (2005 b). Constitution of the World Health Organization. URL [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase) [Stand 04.02.2005]
- WHO (2005 c). Thirtieth World Health Assembly Geneva 2-19 May 1977. WHA 30.43 Technical cooperation. URL [http://policy.who.int/cgibin/om\\_isapi.dll?infobase=wha&record](http://policy.who.int/cgibin/om_isapi.dll?infobase=wha&record) [Stand 05.02.2005]
- WHO Regional Office for Europe (1992). *European Network of Health Promoting Schools* (Leaflet, verteilt auf einem Arbeitstreffen nominierter Nationaler Koordinatoren in Straßburg im Mai 1992 (ps. 1-3)). Copenhagen: WHO.
- WHO Regionalbüro für Europa (1992). *Ziele zur „Gesundheit für alle. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Zusammenfassung September 1991. (Autorisierter Nachdruck)*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- WHO Regionalbüro für Europa (1993). *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Ein gemeinsames Projekt von WHO, Europarat und Kommission der Europäischen Gemeinschaften*. Kopenhagen: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (1993). *The European Network of Health Promoting Schools. A joint WHO – CE – CEC Project*. Copenhagen: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (1998). *First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives. Bern/Thun, Switzerland, 19 – 22 November 1998, Execurtive Summary*. Copenhagen: WHO.
- Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2000). *Be Smart – Don't Start Schuljahr 1999/2000. Abschlussbericht*. Kiel: IFT – Nord.
- Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2001). „Eigenständig werden“ – Ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule. *Prävention*, 2, Sonderdruck 1 – 4.
- Wiborg, G., Hanewinkel, R. & Kliche, K.-O. (2002). Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don't Start“: eine Analyse nach Schularten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 9, 430 – 436.
- Wildt, B. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitsförderung in der Schule*. Neuwied etc.: Luchterhand.
- Williams, T. (1990). Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in den Schulen der Europäischen Gemeinschaften - Eine kritische Bestandsaufnahme. In Europäische Gemeinschaften (Hrsg.), *Europa gegen den Krebs: Erste Europäische Konferenz Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule. Dublin 7. – 9. Februar 1990. Konferenzurkunden* (S. 4.1.2.). Brüssel: Herausgeber.
- Williams, T. (1991). The Health Promoting School, some of its main characteristics. In Commission of the European Communities & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein (Hrsg.), *Nutrition Education in Health Promoting Schools. Report on the 1<sup>st</sup> European Summer School 17<sup>th</sup> to 23<sup>rd</sup> August 1991* (S. 17-20). Kiel: Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig – Holstein.
- Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.) (1991). *Veranstaltungen 1. 91/92*. Bremen: Herausgeber.
- Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.) (1992 a). *Veranstaltungen 2. 91/92*. Bremen: Herausgeber.
- Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.) (1992 b). *Veranstaltungen 1. 92/93*. Bremen: Herausgeber.

- Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.) (1993). *Veranstaltungen 1. 93/94*. Bremen: Herausgeber.
- Wissenschaftliches Institut für Schulpraxis Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.) (1994). *Veranstaltungen 1. 94/95* S. 106. Bremen: Herausgeber.
- World Health Organisation, Health and Welfare Canada & Canadian Public Health Association (Eds.) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. o.A.: Editors.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik*. Weinheim etc.: Juventa.
- Young, I. & Williams, T. (1989). *The Healthy School. A Scottish Health Education Group & World Health Organization Report*. Edinburgh: Scottish Health Education Group.

## Verzeichnis der Anhänge

<i>Anhang 1: Fragebogen Forschungsprojekt (Bundesländerumfrage).....</i>	<i>265</i>
<i>Anhang 2: Entwicklung der Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1886) im BLK- Modellversuch Gesundheitsförderung im schulischen Alltag.....</i>	<i>268</i>
<i>Anhang 3: Empfehlung der 1<sup>st</sup> European Summer School Nutrition Education in Health Promoting Schools 1991: Teachers Training Scheme.....</i>	<i>270</i>
<i>Anhang 4: Empfehlung der European Conference ‚Drug Prevention in Schools‘ (1991): Lübeck- Resolution (Auszug).....</i>	<i>271</i>
<i>Anhang 5: Empfehlung des European Workshop ‚Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School‘ (1996): Weissenhäuser Strand Resolution (Auszug) .....</i>	<i>273</i>
<i>Anhang 6: Schlussfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz ‚Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule Dublin 1990.....</i>	<i>275</i>
<i>Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education .....</i>	<i>280</i>
<i>Anhang 8: Schlussfolgerungen der Second European Conference ‚Health Education and Cancer Prevention in Schools‘ Dublin 1994.....</i>	<i>286</i>
<i>Anhang 9: Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung.....</i>	<i>289</i>
<i>Anhang 10: A ‚Blueprint‘ for Nutrition Education in the Health Promoting School.....</i>	<i>290</i>

<i>Anhang 11: Health Promoting School Checklist (Young &amp; Williams, 1989, p. 33).....</i>	<i>291</i>
<i>Anhang 12: Kriterien für Projektschulen des Europäischen Netzwerkes gesundheitsfördernde Schulen (vgl. WHO Regional Office for Europe, 1993, chap. 4).....</i>	<i>292</i>
<i>Anhang 13: Empfehlungen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger. Schulen im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen Bensberg/ Köln 1995: Kölner Empfehlungen.....</i>	<i>293</i>
<i>Anhang 14: European Network of Health Promoting Schools (unpublished invitation letter). (vgl. Council of Europe, 1992).....</i>	<i>297</i>
<i>Anhang 15: European Network of Health Promoting Schools . Erste offizielle Projektbeschreibung für ein internationales Vorbereitungstreffen in Straßburg 1992 (vgl. WHO Regional Office for Europe, 1992).....</i>	<i>298</i>
<i>Anhang 16: Moving from Traditional School Health Education towards the Health Promoting School (Young &amp; Williams, 1989, p. 32).....</i>	<i>301</i>
<i>Anhang 17: Von der traditionellen schulischen Gesundheitserziehung zur Gesundheitsfördernden Schule. Übersetzung und Adaptation der Übersicht von Trefor Williams und Jan Young (1989) durch Ulrich Barkholz und Peter Paulus (1996).....</i>	<i>302</i>
<i>Anhang 18: Die Programmatik des BLK – Modellversuches OPUS Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit: das ‚OPUS – Leitbild‘ .....</i>	<i>303</i>
<i>Anhang 19: WHO , EG und Europarat Aufnahmeurkunde über Deutschlands Mitgliedschaft im Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen.....</i>	<i>304</i>



## Anhang 1: Fragebogen Forschungsprojekt (Bundesländerumfrage)

Fachbereich Erziehungswissenschaften  
Institut für Psychologie  
Prof. Dr. Peter Paulus  
Geschäftsführender Leiter

Prof. Dr. Peter Paulus • Universität Lüneburg • D-21332 Lüneburg •  
Tel. + Fax: +49-4131-781702 / paulus@uni-lueneburg.de

UNIVERSITÄT LÜNEBURG



Tel. + Fax: (04131) 78 - 1702  
e-mail paulus@uni-lueneburg.de

Besucheranschrift:  
Scharnhorststr. 1 (Geb. 1, Raum 24)  
D-21335 Lüneburg

Lüneburg, Sonntag, 2. Januar 2000

### Forschungsprojekt

***Die Gesundheitsfördernde Schule: Der Einfluss europäischer Gesundheits- und Bildungspolitik auf die Projektförderung und Entwicklung in Deutschland. Analyse, Bewertung und nationale Perspektiven***

Sehr geehrte Frau

am Institut für Psychologie der Universität Lüneburg wurde auf Initiative von mir im Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsförderung das o.a. neue Forschungsprojekt entwickelt; seine Durchführung hat jetzt begonnen. Ich wende mich deshalb heute mit der Bitte um Unterstützung des Projektes an Sie.

Wie Sie wissen, entwickelte sich *Gesundheitserziehung in Schulen* seit Mitte der 80er Jahre in Deutschland über das Verständnis von *Gesundheitsförderung in Schulen* immer mehr zu dem Selbstverständnis eines Schulentwicklungskonzeptes *Gesundheitsfördernde Schule*. Die Vielfalt europäischen Einflusses auf diese Entwicklung in Deutschland war dabei groß und selbst für Fachleute nur schwer durchschaubar. Eine wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Gesamtentwicklung wurde bisher nicht geleistet. Insofern wurde auch der besondere *Zusammenhang* zwischen europäischen Entwicklungseinflüssen, transnationalen und nationalen Projekten und ihren Ergebnissen, Bewertungen und (Problemen) der Verstetigung bisher nicht thematisiert. Ziel des

## Anhang 1: Fragebogen Forschungsprojekt (Bundesländerumfrage)

2

Forschungsprojektes ist deshalb die wissenschaftliche Darstellung und Analyse des europäischen Entwicklungseinflusses und des europäisch-nationalen Gesamtzusammenhanges auf inhaltlicher Ebene, seine Bewertung sowie die Ableitung nationaler Empfehlungen zur Weiterentwicklung der *Gesundheitsfördernden Schule* in Deutschland.

Ein zentraler Teil des Projektes ist die Darstellung und Analyse der Entwicklung in den Bundesländern. Untersucht werden sollen für die Dekade 1989 bis 1999 u.a. die für diese Zeit gültigen Erlasse, Rahmenrichtlinien / Lehrpläne zur Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung in Schulen aller Bundesländer und die entsprechenden Angebote in der Lehrerfortbildung. Von besonderem Forschungsinteresse wird der Vergleich von 'alten' Bestimmungen, die in diesem Zeitraum auf Länderebene zunächst noch Gültigkeit hatten, mit den in den letzten Jahren von den Ländern 'neu' herausgegebenen Empfehlungen bzw. Richtlinien sein.

Da ich aus der bisherigen Mitarbeit Ihres Landes entweder im *Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen*, im OPUS-Modellversuch oder in anderen Projekten zur Gesundheitserziehung oder Gesundheitsförderung in Schulen das Interesse und die Motivation Ihres Landes für unser Themengebiet kenne und daraus auch ein Engagement für seine Weiterentwicklung ableite, bitte ich Sie heute um konkrete Unterstützung des Forschungsprojektes durch die Zusammenstellung und Zusendung folgender Dokumente ihres Bundeslandes (Zeitraum: 1989 bis 1999):

1. *Alte und neue Erlasse u. Verordnungen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Schulen*
2. *Alte und neue Erlasse u. Verordnungen zu einzelnen Themenbereichen der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung, z. B.*
  - Sucht und Drogenprävention in Schulen
  - Vertrieb von Esswaren und Getränken in Schulen ('Müsli-Erlasse')
  - Sexualerziehung und AIDS-Aufklärung in Schulen
  - ....
3. In Frage kommende *alte und neue Fachlehrpläne* (z.B. Biologie, Chemie, Hauswirtschaft, Sport ...) oder Rahmenrichtlinien bzw. fächerübergreifende Lehrplanbausteine o.ä.
4. Fortbildungsverzeichnisse der Lehrerfortbildungsinstitute Ihres Landes der letzten 10 Jahre ( was u.U. schwierig werden könnte) oder Ausschnitte /Auszüge in Frage kommender Lehrerfortbildungsangebote zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung des Projektzeitraumes. Hier bitte ich Sie, ggfl. die zuständige Dezernentin bzw. Dezer-

/ 3

**Anhang 1: Fragebogen Forschungsprojekt (Bundesländerumfrage)**

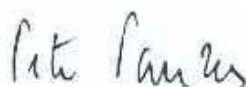
---

3  
nenten des Lehrerfortbildungsinstitutes zu veranlassen, diese Materialien zusammenzustellen.

5. Berichte und Dokumentationen Ihrer Länder, die in den Untersuchungszeitraum fallen und die landesspezifische Entwicklung ergänzend dokumentieren können.

Ich mute Ihnen viel Arbeit zu. Ich meine aber, die jahrelange Arbeit ist es wert, endlich auch wissenschaftlich aufgearbeitet zu werden; auf diesem Hintergrund erhoffe ich mir Ihr Interesse an der Unterstützung des Forschungsprojektes.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen für 2000



(Prof. Dr. Peter Paulus)



*Anhang 2: Entwicklung der Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1986) im BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (Heindl & Gabriel, 1994, S.30-31)*

### **Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (WHO 1986)**

Das Begriffsverständnis der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) war leitend für die Projektidee. Die dort beschriebenen fünf Handlungsebenen sollten somit im Laufe der Projektentwicklung erkennbar sein. Vor dem Hintergrund der einzelnen Bezugsebenen werden die Ergebnisse in den Schulen kurz beleuchtet.

#### *Handlungsebene: Person*

Nach gleichlautenden Äußerungen der Koordinatorinnen und Koordinatoren ist hier durch die Versuchserfahrung eine deutliche gesundheitsbezogene Qualifizierung erkennbar. Durch den Modellversuch konnten vor allem Lehrkräfte persönliche Kompetenzen erwerben, die die gesundheitsbezogene Zusammenarbeit im Kollegium, mit Schülerinnen, Schülern und Eltern verbessern halfen.

#### *Handlungsebene: Gruppe*

Nachdem noch im ersten Versuchsjahr Koordinatorinnen und Koordinatoren über ein 'Einzelkämpferdasein' in Sachen Gesundheitsförderung klagten, verbesserte sich die Lage in den folgenden Jahren durch die Bildung von Teams und Gruppen, die sich im Austausch innerhalb der einzelnen Schule, aber auch zwischen Schulen Unterstützung, Rat und Hilfe geben konnten. Diese Teams bzw. Gruppen bildeten sich zwischen Lehrkräften, aber auch mit Schülerinnen, Schülern und Eltern. (Beispielhaft: Kappeln, Kiel-Mettenhof, Schulen im Raum Rendsburg)

#### *Handlungsebene: Institution*

Für das schulische Betriebsklima und die Arbeitszufriedenheit ist es von herausragender Bedeutung, wie seitens der Schulleitung Maßnahmen zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz unterstützt und mitgetragen

**Anhang 2:** Entwicklung der Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1886) im BLK- Modellversuch *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag* (Heindl & Gabriel, 1994, S.30-31)

---

werden. Modellversuchsschulen, in denen eine enge Kooperation zwischen Koordinatorinnen, Koordinatoren und Schulleitungen bestand, zeigten weitreichende Entwicklungen von Maßnahmen zur gesunden Lebensführung, die die Gestaltung des Schullebens insgesamt beeinflussen konnten. Diese Beobachtung sei beispielhaft für die Bezugsebene Institution genannt. Öffnet sich die Schule als soziale Organisation der Organisationsentwicklung, so werden Veränderungen im Organisationsgefüge der Institution ermöglicht, die zur effektiven Nutzung der personellen und materiellen Ressourcen führen.

*Handlungsebene: Umfeld/Gemeinwesen*

Hier seien beispielhaft die Schulen genannt, die im Rahmen der Öffnung von 'Räumen' (z.B. vom Schulhof zum offenen Pausenhof) Kooperationen mit Einrichtungen in Stadtteilen und Gemeinden aufbauen konnten. Die Erfahrungen dieser Schulen zeigten schnell, daß eine Öffnung auf das sie umgebende Umfeld hin unerläßlich ist, sollen tragfähige Unterstützungssysteme aufgebaut werden. Unterstützung geht über den finanziellen Rahmen hinaus, sie fordert Mitsprache und Mitgestaltung und muß bereit sein zur Mitverantwortung.

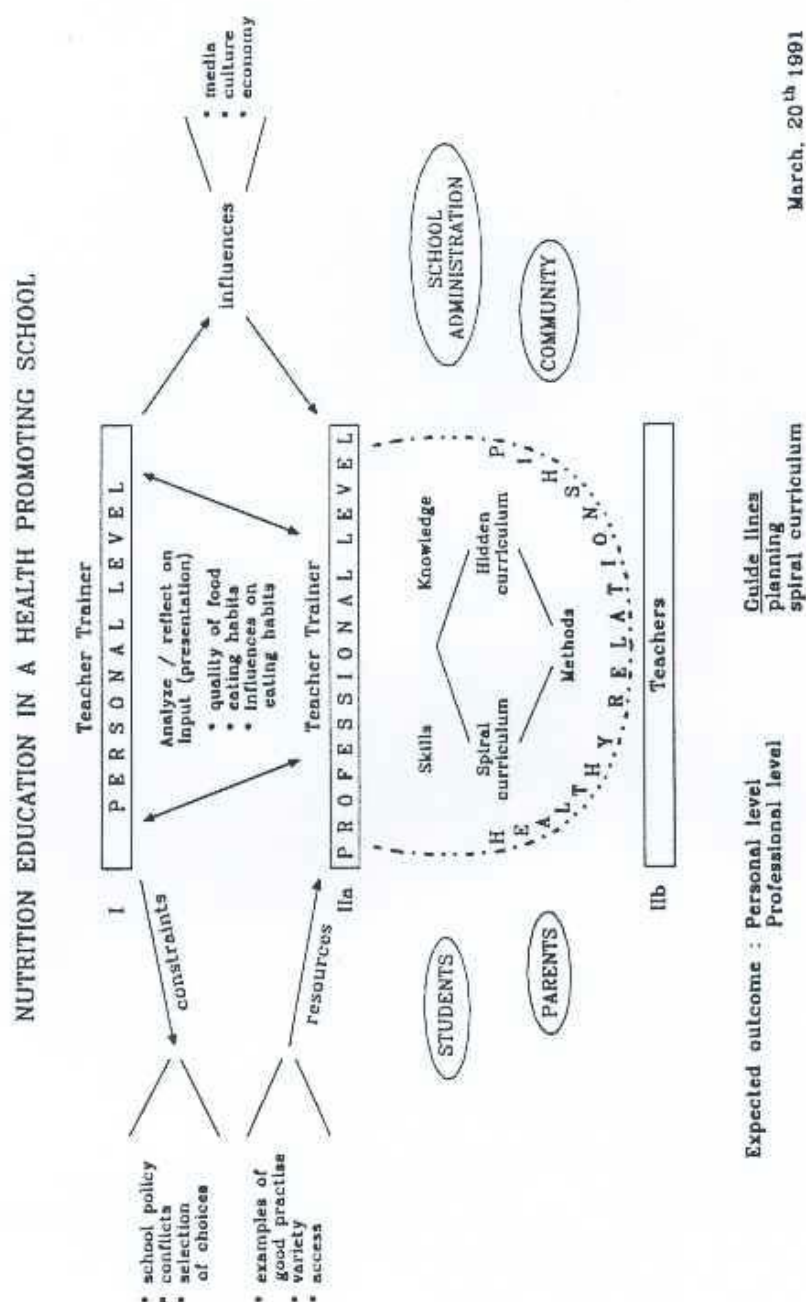
*Handlungsebene: Politik*

Schon die einzelne Schule kann politische Entscheidungen wesentlich beeinflussen, z.B. durch ein Schulkonzept, das, von allen getragen, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Programm verankert. Auf dieser Basis lassen sich Forderungen an eine Bildungspolitik richten, die sich noch kaum mit dem Anliegen der Gesundheitsförderung identifiziert. Diese Entwicklung ist in einigen Modellversuchsschulen in Ansätzen erkennbar. Darüberhinaus zeigt die Lehrplanrevision in Schleswig-Holstein bereits die Verankerung der Bereiche Umwelt und Gesundheit auf der Ebene sogenannter Kernprobleme

Anhang 3: Empfehlung der 1<sup>st</sup> European Summer School Nutrition Education in Health Promoting Schools 1991: Teachers Training Scheme (Commission of the European Communities & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig- Holstein, 1991, p. 83)

## TEACHERS TRAINING SCHEME

This scheme was jointly developed by the group leaders of the Summer School.





*Anhang 4:* Empfehlung der *European Conference 'Drug Prevention in Schools'* (1991); Lübeck-Resolution (Auszug)  
(Commission of the European Communities, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, 1991, pp. 67-68)

### III: MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF DRUG MISUSE PREVENTION

The conference participants agreed on the following policy areas of high priority.

#### 1) Administrative and legislative provisions

- Increasing the awareness of administrators and organizations of the need for long term commitment to innovations that are planned for several years to ensure programme continuity.
- Encouraging interministerial coordination and the cooperation between governmental and nongovernmental organizations.
- Establishing a framework for the exchange and sharing of technical information and new learning methodologies.
- Connect drug specific programmes to general health education programmes.
- Adapting legislation to support drug misuse prevention.
- Providing necessary funds for the implementation of the measures mentioned above.
- Develop new forms of government support and incentives for self-regulated activities.
- Clarify objectives that are in agreement with overall aims of schools.
- Promoting community based activities and multisectorial cooperation.
- Initiating activities to increase the sensitivity and flexibility of institutions to young peoples needs.

#### 2) Curriculum development for drug misuse prevention

- Encourage the development of an "agreed policy" for each school and health promoting school programmes.
- Install development consultants for the improvement of a "health promoting" school organization.
- Give more weight to life-skills components.
- Integrate drug misuse prevention programmes into school programmes and elaborate extra health curricula.
- Raise awareness for the need to change the public's image of education and school.
- Strengthen cooperation and contacts between school and community.
- Develop models for the improvement of present involvement in drug misuse prevention programmes.

**Anhang 4:** Empfehlung der *European Conference 'Drug Prevention in Schools'* (1991): Lübeck-Resolution (Auszug)  
(Commission of the European Communities, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft & Die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, 1991, pp. 67-68)

---

- Develop and test new implementation strategies for programmes of drug misuse prevention.
  - Introduce or strengthen the role of youth workers in cooperation with teachers.
  - Encourage teacher supported specific activities in this area.
  - Support schools to organize health education activities and events.
  - Install coordinator teachers in each school as multiplier disseminators.
  - Install health education coordinator for school regions with advisory functions.
- 3) Pre- and in-service training of teachers for drug misuse prevention
- Recognize the vital role that teachers play in health education.
  - Improve teacher initial training by including health education.
  - Improve in-service education by including self-assertion techniques and by including pedagogical methods.
  - Plan teacher health promotion programmes.
  - Give incentives of time and money to teachers.
- 4) Implementation strategy and pilot projects for drug misuse prevention
- Addiction prevention should include all psychoactive substances (tobacco, alcohol, illegal drugs, medicines, solvents, etc.), and the use of peer involvement to promote self responsibility and participation for improving ones health.
  - Match programmes to age and development and to the personal needs, demands, wishes of the school, and local and cultural demands.
  - Enforce development of programmes for primary schools.
  - Develop easy to handle materials for the immediate use of teachers.
  - Enforce evaluation activities with effective feedback.



**Anhang 5:** Empfehlung des *European Workshop 'Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School'* (1996): Weissenhäuser Strand Resolution (Auszug) (European Commission, Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig-Holstein & Petze In-School prevention, 1996, pp. 81-82)

**EUROPEAN WORKSHOP  
IN-SCHOOL PREVENTION OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST  
GIRLS AND BOYS**

October 23 - 27, 1996

organized by the Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen  
und Frauen, Frauen gegen Gewalt e.V. /  
Petze Project, Kiel. and  
the Ministry of Education, Science, Research and  
Cultural Affairs of the Land Schleswig-Holstein,  
Germany

supported by the European Commission

**RESOLUTION**

Experts from 13 EU-Member States meeting for four days (October 1996) in Weissenhäuser Strand/Lübeck (Germany) considered the following aspects of prevention of sexual violence against girls and boys in schools:

**I. BASIC PRINCIPLES FOR PREVENTION OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST  
GIRLS AND BOYS IN SCHOOLS**

The most far-reaching aim of prevention is to change social structures of power and violence between the sexes and the generations which produce sexual abuse of children, particularly of girls, to abolish the myths around sexual violence and the denial of its devastating consequences.

**Anhang 5:** Empfehlung des *European Workshop 'Prevention of Sexual Violence against Girls and Boys in School'* (1996): Weißenhäuser Strand Resolution (Auszug) (European Commission, Ministry of Education, Science, Research and Cultural Affairs of the Land Schleswig-Holstein & Petze In- School prevention, 1996, pp. 81-82)

---

Another aim of prevention is to enable adults - especially professionals but also parents - to take responsibility for the well-being of children and to ensure adequate intervention and protection if children are sexually abused.

A further aim of prevention is to equip girls and boys with the attitudes, skills and knowledge to search for help, to strengthen their self-esteem and to resist pressure and offence where possible, without putting the responsibility for stopping sexual abuse on the child.

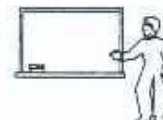
- Prevention of sexual violence against girls and boys in the context of a health education programme should help young people take charge of their social, mental, physical, spiritual and emotional health including the development of strategies for getting help.
- Research has proved that preventative strategies are extremely important in terms of improving health and quality of life. We need a multi-agency approach which includes school, family, youth service, leisure institutions, health services etc. They all have to be part of a comprehensive approach of planning and implementing health promotion programmes. School plays a vital role in the process of developing healthy lifestyles for girls and boys in Europe.
- The Member States of the EU should be encouraged to develop inter-agency measures and to provide adequate educational resources needed to promote the implementation of comprehensive health promotion and gender-specific sex-education programmes.
- The Member States of the EU should be encouraged to increase public knowledge about European Union, World Health Organization and Council of Europe resolutions on sexual violence and human rights.
- On a European level, opportunities should be provided for an exchange of expertise and experience in the field of prevention of sexual violence against girls and boys in schools.
- In view of cultural differences, programmes should be adapted for each individual country and local situation.
- The final responsibility for planning and delivering programmes within the school setting should rest with the individual school.

*Anhang 6: Schlußfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz  
„Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule“ Dublin 1990  
(Europäische Gemeinschaften, 1990 b, S. 9.1-9.4)*

---



## EUROPA GEGEN DER KREBS



*Erste Europäische Konferenz*

### **Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule**

*Dublin 7. bis 9. Februar 1990*

### **Konferenzurkunden**

*Diese Urkunden werden in der zweiten Jahreshälfte von 1990 veröffentlicht werden.*



*Anhang 6: Schlussfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz  
'Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule' Dublin 1990  
(Europäische Gemeinschaften, 1990 b, S. 9 1-9 4)*

## SCHLUSSFOLGERUNGEN DER KONFERENZ

Eine der wichtigsten Entdeckungen der letzten Jahrzehnte war die, daß Krankheiten, die derzeit die meisten vorzeitigen Todesfälle verursachen, mit Lebensstil und Lebensgewohnheiten zusammenhängen. Diese Krankheiten können durch Verhaltensänderungen verändert werden. 75% der Krebserkrankungen hängen mit der Lebensweise zusammen; mehr als die Hälfte aller Todesfälle durch Krebs und zwei Drittel aller Todesfälle durch Herz- und Gefäßkrankheiten zwischen dem 35. und 65. Lebensjahr könnten durch die einfachen Verhaltensregeln des Europäischen Kodex gegen Krebs vermieden werden.

Die Wurzeln für schädliches Gesundheitsverhalten werden oft in der Kindheit gelegt; hier sollten Kinder eine gesunde Lebensweise erlernen. Kinder in diesem Alter halten Gesundheit im allgemeinen für etwas Selbstverständliches und sehen nicht, daß wiederholter Mißbrauch ungesunder Stoffe sie weniger fit macht und langfristige gesundheitsschädigende Auswirkungen hat. Auch über die Abhängigkeit, die durch Drogen hervorgerufen wird, seien diese legal (Zigaretten und Alkohol) oder illegal, wissen sie nichts oder ignorieren es.

Die Europäische Konferenz über Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule hat folgende Schlußfolgerungen und Empfehlungen verabschiedet:

### I. Allgemeine Empfehlungen

Gesundheitserziehung muß im Kindergarten sowie in der Primar- und Sekundarschule einen festen Platz im Lehrplan haben, da dies der wirkungsvollste Weg ist, eine gesunde Lebensweise zu fördern, außerdem ist es die einzige Möglichkeit, alle Kinder zu erreichen, unabhängig von ihrer sozialen Schicht oder dem Ausbildungsstand ihrer Eltern. Hierfür sollten angemessene Mittel bereitgestellt werden.

Ferner sollte Gesundheitserziehung die positiven Aspekte einer gesunden Lebensweise betonen.

Jeder Mitgliedstaat sollte daher sorgfältig Folgendes bedenken:

1. Die Notwendigkeit einer Politik, die gemeinsam durch die für Bildung und Gesundheit zuständigen Stellen entwickelt wird. Hierfür muß jede Schule ein wirksames Programm aufstellen. Dazu gehört unter anderem, daß wichtigste Gesundheitsthemen während der gesamten Schulzeit wiederholt und auf dem jeweils angemessenen Niveau angesprochen werden.
2. Die Notwendigkeit einer besseren Koordinierung zwischen Nicht-Regierungsorganisationen, die auf dem Bereich der Gesundheit tätig sind, wie Nicht-Rauchergruppen, Krebsbekämpfungsvereinigungen, Stiftungen für die Verhütung von Herzkrankheiten.
3. Wünschenswert ist ferner die Benennung von Koordinatoren auf regionaler Ebene, die die Entwicklung der Gesundheitserziehung in der Schule fördern könnten.
4. Die Notwendigkeit regelmäßiger Evaluierung aller Gesundheitserziehungsprogramme sowie der durchgeführten Maßnahmen.
5. Lehrstoff und schulischer Alltag müssen eine glaubwürdige Einheit bilden; so sollten Lehrer in Anwesenheit von Schülern nicht rauchen, in der Schulkantine sollte gesunde Ernährung angeboten werden. (Wir nennen eine solche Schule "gesundheitsfördernde Schule".)
6. Gewährleistung der Einheit zwischen der Gesundheitserziehung in der Schule und dem Umfeld, in dem die Kinder leben. Kommunikation zwischen Lehrern, Eltern und dem Umfeld des Kindes ist zur Vermeidung widersprüchlicher Botschaften erforderlich.
7. Unterstützung der europäischen Gesetzgebung zur Förderung eines gesunden Umfeldes. So sollte insbesondere direkte und indirekte Werbung für legale Drogen (insbesondere Alkohol und Tabak) verboten oder stark beschränkt werden.

*Anhang 6: Schlussfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz  
„Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule“ Dublin 1990  
(Europäische Gemeinschaften, 1990 b, S. 9.1-9.4)*

---

Die Europäische Kommission sollte erwägen:

8. Einen Europäischen Verband für Gesundheitserziehung in der Schule als ständige Organisation zu unterstützen, um die Gesundheitserziehung in Europa zu fördern und den Informationsaustausch zu erleichtern.

### **I. Empfehlungen für Primarschulen**

Die Konferenz betonte, es sei wichtig den Gesundheitserziehungsprozeß so früh wie möglich im Leben eines Kindes zu beginnen. Schulen haben zusammen mit Eltern die Pflicht, zu gewährleisten, daß Kinder lernen, ihren Körper zu respektieren und gut zu behandeln und ferner zu verstehen, wie wichtig es sei, gesund zu leben.

Es werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Primarschulprogramme sollten von einem positiven und ganzheitlichen Konzept für eine gesunde Lebensweise ausgehen, das auf das Kind zugeschnitten ist und nicht von einer krankheitsorientierten und negativen Perspektive.
2. Ein Gesamtschulplan für Gesundheitserziehung sollte die wichtigsten Gesundheitsthemen herausarbeiten und feststellen, wie diese in regelmäßigen Abständen während der gesamten Schulzeit des Kindes wieder angesprochen werden, und zwar jeweils auf der ihm gemäßen Entwicklungsstufe. Diese wiederholte Behandlung eines Themas auf einem jeweils höheren Niveau nennen wir einen "Spirallehrplan".
3. Die Empfehlungen zur Lebensweise des Europäischen Kodex gegen Krebs, die auch für eine positive Gesundheitsförderung verwendet werden können, sollten überarbeitet und erweitert werden. Ihre Verbreitung sollte durch örtliche Partner wie die Krebsbekämpfungsvereinigungen gefördert werden.
4. Die Europäische Kommission hilft bei der Einsetzung einer Arbeitsgruppe, die vor Ende 1991 gemeinsame Grundsätze für ein Gesundheitserziehungsprogramm für Primarschulen aufstellen soll. Dieses soll eine Anleitung für die Planung von Schulprogrammen liefern.
5. Die Europäische Kommission sollte beim Aufbau eines Netzes von Primarschulen helfen, in denen innovative Pilotprojekte durchgeführt werden, insbesondere in den Bereichen Rauchen und Ernährung.
6. Eine europäische Studie über die Wahrnehmungen von Kindern (4 bis 11) bezüglich Krebs sollte vor Ende 1991 abgeschlossen werden.

### **III. Empfehlungen für Sekundarschulen**

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Sekundarschule sind von großer Bedeutung, da Schüler zunehmend Einflüssen auf ihre Lebensweise wie negativer Gruppendruck von Gleichaltrigen, den Medien sowie ein wachsendes Gefühl für ihr Selbstbild ausgesetzt sind. In dieser Phase bilden die Schüler Verhaltensmuster, die ihre Gesundheit gefährden können: Rauchen, Trinken, schlechte Ernährung usw. Die Betonung sollte hierbei auf den wichtigsten Bereichen einer gesunden Lebensweise liegen, da die Lehrplanzeit für Gesundheitserziehung stets knapp ist, die Konkurrenz durch andere Fächer ist groß.

Es werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sollte entweder als eigenes Fach gelehrt werden oder ausdrücklich in eine Reihe anderer Fächer integriert werden. Man könnte auch beide Konzepte kombinieren. Dies erfordert eine gute Koordinierung.
2. Ein Koordinator (oder eine Koordinierungsgruppe) aus den Reihen der höherrangigen Lehrer der Sekundarschulen ist zu benennen. Dieser soll die Planung des Gesundheits-erziehungsprogrammes voranbringen.
3. Schulprogramme sollten auf einem positiven Konzept zur gesunden Lebensweise basieren. Dabei sind den Schülern jedoch auch nach und nach die biologischen Fakten nahezubringen, die mit der Auslösung von Krankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten und anderen lebensbedrohlichen Krankheiten zusammenhängen. Komponenten der Lebensweise,



**Anhang 6: Schlussfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz  
'Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule' Dublin 1990  
(Europäische Gemeinschaften, 1990 b, S. 9.1-9.4)**

die vor allem in Pubertät und Spätpubertät starken Einflüssen unterliegen wie Rauchen, Trinken (wichtig für die Gesundheit, aber auch für die Vermeidung von Verkehrsunfällen), Ernährung, Sexualverhalten sollten hierbei besonders betont werden.

4. Schulprogramme sollten so gestaltet sein, daß sie die Schüler in die Lage versetzen, die Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und Lebensweisen selbst in die Hand zu nehmen
5. Schulprogramme sollten schrittweise und kontinuierlich vorgehen (Spirallehrplan). Hierdurch könnte man außerdem die Primarschulprogramme mit denen der Sekundarschule verknüpfen.
6. Die Europäische Kommission fördert:
  - a) Die Einrichtung einer europäischen Gruppe von Fachleuten zur Entwicklung von Leitlinien über Themen zur gesunden Lebensweise vor Ende 1991.
  - b) Die Einrichtung eines Informationsaustausches in einem europäischen Netz von Schulen, die im Zusammenhang mit gesunder Lebensweise innovative Pilotprojekte durchführen.

#### **IV. Empfehlungen zur Lehrerbildung**

Bei der Entwicklung der Gesundheitserziehung in der Schule gehört die Aus- und Weiterbildung der Lehrer zu den wichtigsten Fragen. Wenn die Lehrer als Studenten nicht lernen, Gesundheitserziehung als wichtigen Teil ihrer Rolle als Lehrer zu begreifen, sowie als Beitrag, den sie für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schule leisten können, dann ist es schwer, dieses verlorene Terrain später wieder zu gewinnen. Lehrer müssen die Ziele, Grundsätze und Methoden für die Gesundheitserziehung in der Schule unbedingt begreifen lernen, ferner müssen sie erkennen wie dies ihren traditionellen Lehrfächern eine weitere Dimension verleiht.

Es werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Gesundheitserziehung sollte bei der Lehrerbildung zum Pflichtfach werden. Weiterbildung sollte allen Lehrern zur Verfügung stehen, und zwar vorrangig den Lehrern und nationalen oder regionalen Koordinatoren, die in der Schule für Gesundheitserziehung zuständig sind. Für alle Lehrer sollte ein Minimallehrplan gelten, der von erfolgreichen Modellen aus ganz Europa abgeleitet ist. Für Lehrer, die hauptverantwortlich in der Gesundheitserziehung arbeiten, sollen gründlichere Kurse angeboten werden. (Der Inhalt für einen Minimalkurs findet sich im Anhang.)
2. Bildungs- und Gesundheitsministerien müssen eng zusammenarbeiten, um die Ausbildung der Lehrer in Gesundheitserziehung zu fördern.
3. Die Europäische Kommission sollte bei Bedarf die Planung nationaler Ausbildungskonferenzen in Gesundheitserziehung unterstützen.
4. Die besten Institutionen für die Ausbildung in Gesundheitserziehung sollten ermittelt und unterstützt werden. Diese Institutionen sollten multidisziplinär aufgebaut sein; dabei sollten die Bereiche Gesundheit und Erziehung vertreten sein.

#### **V. Anhang Ausbildungsinhalte:**

- a) Verständnis für die "gesundheitsfördernde Schule". Der Lehrer soll erkennen, in welcher Weise das Gesamtumfeld der Schule die Gesundheit der Schüler fördern kann.
- b) Ein umfassendes und ganzheitliches Verständnis des Begriffes "Gesundheit": dies umfaßt körperliche, soziale und psychische Aspekte einschließlich der Primäreinflüsse wie psychosoziales Umfeld, materielles Umfeld, Verhalten, Zugang zur Gesundheitsversorgung usw.
- c) Fähigkeit zur Entwicklung der wichtigsten Komponenten und der Vorzüge eines Konzeptes zur Förderung der gesunden Lebensweise (z.B. die Bedeutung von Ernährung, Sport, die Gefahren der legalen Drogen wie Zigaretten

*Anhang 6: Schlussfolgerungen der Ersten Europäischen Konferenz  
'Gesundheitserziehung und Krebsverhütung in der Schule' Dublin 1990  
(Europäische Gemeinschaften, 1990 b, S. 9.1-9.4)*

---

und Alkohol; ferner sexuell übertragbare Krankheiten und illegale Drogen, obwohl dies nicht unmittelbar in die Ziele dieser Konferenz fällt). Ferner die Fähigkeit, diese mit der Verhütung von lebensbedrohlichen Krankheiten wie Krebs, Herz- oder Lungenkrankheiten usw. zu verknüpfen.

- d) Ein praktisches Verständnis der Bedeutung der Wiederholung wichtiger Gesundheitsfragen auf verschiedenen Ausbildungsstufen ("Spiralplan").
- e) Lehrer sollen die Gelegenheit erhalten, als Ausgangspunkt für ihre Ausbildung ihre eigenen Wahrnehmungen bestimmter Gesundheitsfragen zu klären.
- f) Die Entwicklung von Fähigkeiten die es Lehrern ermöglicht, als Ausgangspunkt für ihren Unterricht zu klären, wo Schüler in ihren eigenen Wahrnehmungen bestimmter Gesundheitsthemen stehen.
- g) Ein Verständnis der Arten, in denen Gesundheitserziehung am besten in Lehrpläne, einschließlich der traditionellen Unterrichtsfächer integriert werden kann.
- h) Fähigkeiten zur Planung eines Gesundheitserziehungsprogrammes für eine Klasse gemäß den Bedürfnissen der Schüler und im Rahmen eines Gesamtschulplanes unter Berücksichtigung der Notwendigkeit der Unterstützung sowohl seitens des schulischen Umfeldes als auch der Familie des Kindes.
- i) In der Ausbildung sollten die Möglichkeiten des teilnehmenden Unterrichts für ein möglichst effektives Unterrichten und Lernen in der Gesundheitserziehung in der Schule zum Ausdruck kommen.

*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education*  
(Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)

---

LEUROPE CONTRE LE CANCER  
EUROPE AGAINST CANCER  
EUROPA GEGEN DEN KREBS

European  
Charter on  
Teacher Training  
in  
Health Education  
November, 14-17, 1992  
Rotterdam  
The Netherlands



Conference book



*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)*

---

## European charter towards a minimum curriculum in teacher training in health education (Revised version).

In its Second Action Plan (1990-94), the Europe against Cancer programme has given priority to health education and health promotion in schools as major tools in the fight against cancer and against other significant threats to the health of young people.

The first European conference on Health Education and Cancer Prevention in schools, which was held in Dublin in 1990, defined the principles and the objectives of cancer prevention in schools. It recommended that cancer prevention be set within a coherent approach to the promotion of health and healthy lifestyles. Such an approach involves not only working with pupils in the classroom but encompasses the entire school and its surrounding community including parents. More generally this process can also have an impact upon a range of health problems.

The Dublin conference acknowledged that health education cannot be successful if teachers do not understand or identify with its aims and concepts. Thus the training of teachers in health education was identified as a critical factor in the implementation of school health education programmes. The Europe against Cancer Programme therefore established a working group of European experts which set about developing an European Charter to serve as a basis for teacher training at both in-service and pre-service levels.

The Charter is based upon the premise that the purpose of school health education is to equip both teachers and young people with health knowledge and understanding, while also fostering positive attitudes to health and the development of skills essential for leading healthy lifestyles. It provides minimum objectives which every teacher training course in health education should contain.

*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)*

---

## TEACHER TRAINING IN HEALTH EDUCATION - A EUROPEAN CHARTER

### 1. Education and Health

The terms 'health' and 'education' are highly valued concepts, both being concerned with the development of the autonomy of individuals. Health education is concerned with the empowerment of persons to achieve their full potential in health and in education, not only as individuals but also as members of the wider society both in the local and more global senses. Teachers should have a clear and personal understanding of 'education' in relation to 'health', including concepts such as 'health promotion', 'healthy lifestyles', 'healthy living conditions', 'action competence'. In addition they need to understand the implications of attempting to change health behaviour.

### 2. Main influences upon the health status of individuals

- a. Teachers should be aware and have an understanding of the major, and sometimes interactive, influences upon the health status of individuals e.g.
  - \* Genetic Inheritance
  - \* The environments in which we live and work
  - \* Health related behaviours - lifestyles
  - \* The health care systems available to us
- b. Teachers should be able to relate these influences to the main health problems such as cancers of different kinds and cardio-vascular diseases and the misuse of drugs.

### 3. Why health education should be included at school

- \* Pupils have a basic right of access to information and skills vital to their present and future health. Pupils need to understand the factors which are conducive to good health and to acquire the skills to make choices and decisions based on this knowledge.
-

*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992; European Charter on Teacher Training in Health Education (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)*

---

- \* Schools have considerable influence upon pupils particularly upon their development of attitudes and skills and the acquisition of knowledge necessary for healthy lifestyles and healthier living conditions.
- \* Health education is an integrative component of the school curriculum because it enhances subjects by making them more relevant to the lives of pupils.

#### 4. Main components of healthy lifestyles

Teachers should be able to identify the main components of a healthy lifestyle e.g.

- \* Food and eating habits
- \* Physical activity
- \* Substance abuse including tobacco and alcohol
- \* Interpersonal relationships
- \* Sexuality
- \* Exposure to toxic substances and excessive sunlight
- \* Coping with stress
- \* Prevention of accidents of different kinds
- \* Living and working conditions
- \* Environment

#### 5. The school as a promotor of health

Teachers should fully understand their own role and that of the school in the promotion of health amongst pupils and their own staff colleagues. Teachers should be equipped with the knowledge and skills to enable them to:

- \* Understand that to be most effective, classroom teaching needs to be supported by school policies, the physical and social milieu of the school as well as being linked with family and community efforts.
- \* Identify the appropriate key health issues for inclusion in health education teaching, taking care to place them firmly within the context of promoting healthy lifestyles and healthy living conditions.
- \* Start from where pupils are in their own perceptions, knowledge and attitudes of key health issues.
- \* Understand the importance of building a "whole school" approach through the careful development of a spiral curriculum in health education.



*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)*

---

- \* Recognize how most subjects can be enhanced and made more relevant to the lives of pupils by the integration of health education topics.
- \* Use a variety of teaching / learning methods which involve pupils more directly in the processes of learning.
- \* Appreciate the importance of evaluation in building a successful health education programme and know how to evaluate their own teaching.
- \* Recognize and address the health inequalities which might exist amongst pupils due to socio/economic/cultural differences.

## 6. Classroom practice

Teachers must themselves have direct experience of a variety of classroom methods used in health education. Teachers must be supported in developing appropriate skills in teaching, based on participatory and meaningful learning activities.

Methods might include:

- \* Discussion - this can be more sharply focused by using stimulus questions and "reporting back" procedures.
- \* Brain-storming - this is a quick method of recording the comments of everyone on a particular theme.
- \* Task Group - where small groups are assigned a problem or a task and are asked to report back with relevant and appropriate answers.
- \* Lectures.
- \* Project work and case studies.
- \* Investigation - an approach to a health issue by gathering information through "research" or by designing and administering a survey.
- \* Role play - a way of helping pupils to work out their feelings and attitudes and to experience those of other people.
- \* Problem oriented teaching.
- \* Involving visitors - this should always be part of an on-going programme with careful preparation and briefing of both visitor and class.
- \* A survey of knowledge, attitudes or beliefs amongst a target group - class, school or parents - which can provide an excellent starting point for classroom, school or community based work.
- \* Simulations and games

*Anhang 7: Schlussfolgerungen der Second European Conference on Health Education and Cancer prevention (Teacher Training) Rotterdam 1992: European Charter on Teacher Training in Health Education (Hogeschool Rotterdam & Omstreken, 1992, pp. 11-15)*

---

## 7. Integration of health education into the school curriculum

Teachers should have practical experience of planning and integrating health education into their own teaching.

- \* For pre-school and primary school teachers this will mean a careful review of the primary school curriculum in order to clarify how best the appropriate health issues might be integrated and co-ordinated within and across the various subject boundaries.
- \* For secondary school teachers, this will probably mean practice in integrating health education topics and methodologies with their own particular teaching subject i.e. science, language, maths, physical education, geography, etc.

## 8. Health education materials and resources

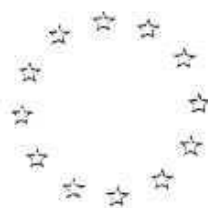
Teachers must be aware of, have access to and experience of using health education materials and resources appropriate to their needs. Teachers should be given practical experience of:

- \* personally evaluating existing materials for its classroom or school suitability
- \* designing and producing their own health education materials

*Anhang 8: Schlussfolgerungen der Second European Conference 'Health Education and Cancer Prevention in Schools' Dublin 1994*  
(Commission of the European Communities, Department of Education of Ireland & Department of Health of Ireland, 1994, pp. 1-2)

---

## Health Education and Cancer Prevention in Schools Second European Conference



# FÁILTE DUBLIN 1994



- Anhang 8: Schlussfolgerungen der Second European Conference 'Health Education and Cancer Prevention in Schools' Dublin 1994*  
(Commission of the European Communities, Department of Education of Ireland & Department of Health of Ireland, 1994, pp.1-2)
- 

HEALTH EDUCATION AND CANCER PREVENTION IN SCHOOLS  
2ND EUROPEAN CONFERENCE  
DUBLIN 10TH - 12TH NOVEMBER, 1994

DELEGATES ATTENDING THIS CONFERENCE MAKE THE FOLLOWING RECOMMENDATIONS TO THE COMMISSION OF THE E.U. IN THE CONTEXT OF THE EXPERIENCES GAINED DURING THE SECOND ACTION PLAN OF THE "EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME 1990-1994".

These recommendations are intended to provide direction for the forthcoming Europe Against Cancer Action Plan 1995-1999.

1. HEALTH PROMOTING SCHOOL

The health promoting school is a concept which sets health education in the broader context of the whole school environment including teachers, the family and the surrounding community. This approach is supported by the Commission of the European Communities, the Council of Europe and the European Region of the World Health Organisation. Non Government Organisations and in particular the Cancer Leagues and Associations have an important role to play in the implementation of this concept.

IT IS RECOMMENDED THAT FUTURE DEVELOPMENTS IN SCHOOL HEALTH EDUCATION SHOULD FULLY RESPECT THE CONTEXT AND PRINCIPLES OF THE HEALTH PROMOTING SCHOOL APPROACH.

2. ADOPTION/IMPLEMENTATION OF "BEST PRACTICE"

The Third Action Plan should build on experiences gained from projects undertaken in the Second Action Plan. These positive and negative experiences need to be retained, recorded and shared with a wider audience.

IT IS RECOMMENDED THAT THE EUROPEAN COMMISSION DEVELOPS AN INFORMATION AND RESOURCE CENTRE THAT PROVIDES FOR THE AREAS OF

- A) TRAINING
- B) EVALUATION
- C) DISSEMINATION OF BEST PRACTICE
- D) ON-GOING MONITORING AND REPORTING OF PROJECTS
- E) NEWSLETTER PRODUCTION ON ACTIVITIES OF THE EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME.

3. FRAMEWORK

In order to accommodate the different cultures and circumstances in each of the Member States, attention should be given in the future to the development of European level materials which can serve as a basis for developments appropriate to individual countries.

IT IS RECOMMENDED THAT, IN FUTURE, THE EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME SHOULD FOCUS ON THE DEVELOPMENT OF MATERIALS WHICH PROVIDE CONCEPTS, FRAMEWORKS AND GUIDELINES RATHER THAN COMPLETE AND FINISHED WORKS. THESE WOULD PROVIDE COMMON STARTING POINTS FOR NATIONAL EXPERTS TO DEVELOP MATERIALS BEST SUITED TO THEIR OWN CULTURE AND NEEDS.

- Anhang 8: Schlussfolgerungen der *Second European Conference 'Health Education and Cancer Prevention in Schools'* Dublin 1994  
(Commission of the European Communities, Department of Education of Ireland & Department of Health of Ireland, 1994, pp. 1-2)
- 

4. SPIRAL CURRICULUM

The term "spiral curriculum", one of the key concepts of school health education and health promotion, has been repeatedly used in the context of developments in school health and cancer education. It has rarely been developed, however, as a firm and practical school and classroom strategy.

IT IS RECOMMENDED THAT A SPIRAL CURRICULUM FRAMEWORK WHICH CLEARLY IDENTIFIES TARGETS FOR EACH AGE GROUP BE DEVELOPED. THIS SHOULD INCLUDE INTEGRATION OF CLASSROOM LEARNING WITH THE SCHOOL MILIEU, ENCOURAGING FAMILY AND COMMUNITY INVOLVEMENT. THIS FRAMEWORK SHOULD INCLUDE ISSUES OF CONSEQUENCE TO CANCER PREVENTION SUCH AS: SMOKING, NUTRITION, ALCOHOL, PROTECTION AGAINST THE HARMFUL RAYS OF THE SUN AND SEXUAL BEHAVIOUR. MEDIA AWARENESS PARTICULARLY RELATED TO THE INFLUENCE OF TELEVISION AND POSTERS MUST ALSO BE INCLUDED. WITHIN THIS FRAMEWORK ISSUES OF SELF ESTEEM AND SKILL BUILDING ARE OF PARAMOUNT IMPORTANCE.

5. TRAINING AND SUMMER SCHOOLS

Successful programmes of school health and cancer education are dependent on the successful exchange of ideas, concepts and principles between teachers and others significantly involved in the educational process.

IT IS RECOMMENDED THAT

1) AT PRE-SERVICE: A MINIMUM CURRICULUM SHOULD BE ESTABLISHED WHICH IDENTIFIES THE KEY ELEMENTS OF THE HEALTH PROMOTING SCHOOL. THIS SHOULD BE IN ACCORD WITH THE RECOMMENDATIONS FROM THE TEACHER TRAINING SEMINAR HELD ON THIS ISSUE IN ROTTERDAM, NOVEMBER, 1992.

2) AT IN-SERVICE: TRAINING, INCLUDING THE USE OF DIFFERENT METHODOLOGIES AND THE DEVELOPMENT OF DIFFERENT PROJECT MATERIALS BE MADE AVAILABLE. SUMMER SCHOOLS ARE CONSIDERED ESSENTIAL MODELS FOR TEACHER TRAINING AT ALL LEVELS.

6. EVALUATION

Evaluation is an essential and integral part of any successful intervention in the health promotion field.

IT IS RECOMMENDED THAT GUIDELINES ON METHODS OF EVALUATION BE DEVELOPED FOR TEACHERS AND OTHERS WORKING ON HEALTH EDUCATION. THIS WILL ENABLE AN IMPROVEMENT IN THE ANALYSIS OF THE OUTCOME OF HEALTH EDUCATION ACTIONS IN CANCER PREVENTION AND WILL PROVIDE IMPORTANT GUIDELINES FOR FUTURE PROJECTS AND ACTIONS.

7. FUNDING

IT IS RECOMMENDED THAT ADEQUATE FUNDING BE MADE AVAILABLE TO SUPPORT THE ABOVE RECOMMENDATIONS AND THAT IN THIS REGARD DUE CONSIDERATION BE GIVEN TO ASPECTS OF CONTINUITY AND GENERAL APPLICABILITY.



**Anhang 9:** Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung  
(Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften,  
1995, S. 14-15)



Europa gegen den Krebs

## EUROPÄISCHER KODEX ZUR KREBSBEKÄMPFUNG

**Bestimmte Krebserkrankungen können vermieden werden, und der allgemeine Gesundheitszustand lässt sich verbessern, wenn Sie gesundheitsbewusst leben.**

1. Rauchen Sie nicht! Raucher sollten so schnell wie möglich aufhören und schon gar nicht in Anwesenheit anderer rauchen. Nichtraucher sollten das Rauchen nicht probieren.
2. Verringern Sie Ihren Alkoholkonsum! Dies gilt für Bier, Wein und Spirituosen.
3. Erhöhen Sie Ihren täglichen Verzehr an frischem Obst und Gemüse sowie an ballaststoffreichen Getreideprodukten.
4. Vermeiden Sie Übergewicht; sorgen Sie für mehr körperliche Bewegung und begrenzen Sie die Aufnahme fettreicher Nahrungsmittel.
5. Vermeiden Sie übermäßige Sonnenbestrahlung und Sonnenbrände; dies gilt insbesondere für Kinder.
6. Halten Sie genauestens Vorschriften ein, durch die Sie vor einem Kontakt mit krebserregenden Stoffen geschützt werden sollen. Folgen Sie genau den Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften über Substanzen, die Krebs verursachen können.

**Es ließen sich mehr Krebserkrankungen heilen, wenn sie früher erkannt würden.**

7. Gehen Sie zum Arzt, wenn Sie eine ungewöhnliche Schwellung bemerken, eine Wunde (auch im Mund), die nicht abheilt, eine Veränderung der Form, Größe oder Farbe an einem Hautmal oder eine abnorme Blutung.
8. Gehen Sie zum Arzt, wenn Sie andauernde Beschwerden haben wie chronischen Husten oder anhaltende Heiserkeit, eine Veränderung beim Stuhlgang oder beim Urinieren feststellen oder wenn Sie einen unerklärlichen Gewichtsverlust bemerken.

### Für Frauen

9. Lassen Sie regelmäßig einen Abstrich vom Gebärmutterhals machen. Nutzen Sie die systematischen Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs.
10. Untersuchen Sie regelmäßig Ihre Brüste. Wenn Sie über 50 sind, nutzen Sie die regelmäßigen Mammographie-Vorsorgeuntersuchungen.

*Anhang 10: A 'Blueprint' for Nutrition Education in the Health Promoting School*  
(Arnhold, Dixey, Heindl, Loureiro, Perez-Rodrigo & Snel, 1995, p.157)

---

***A 'BLUEPRINT' FOR NUTRITION EDUCATION IN THE HEALTH PROMOTING SCHOOL***

The definition of a "Blueprint" in English is: "a guide or model provided by agreed principles or rules." The blueprint we present here is applied to nutrition education.

A School Dedicated to The Promotion of Healthy Eating works within the context of a Health Promoting School and towards meeting the following 10 criteria:

1. An ambience which respects the individual and fosters confidence in food styles, preferences and enjoyment of food.
  2. A Spiral curriculum which specifies the minimum entitlement for nutrition education for each age group; which is co-ordinated with all aspects of school and community life.
  3. Involvement of families in nutrition activities in the school, such as through take-home activities and meals in school; involvement of families in planning and decision making.
  4. Involvement of the community in nutrition programmes in school such as the local health services, local retailers and businesses and the local government.
  5. Training of all staff in order to sensitise them to the concepts of Healthy Eating in the Health Promoting School; training of staff especially concerned, for example teachers and caterers; inclusion of senior management team and commitment to ongoing training.
  6. Management and co-ordination such that there is a designated team including senior management, parent representatives and staff to co-ordinate and monitor nutrition policies and activities.
  7. Environmental awareness which means that the school provides pleasant surroundings in which to eat and learn and also pays attention to the environmental consequences of food and eating both globally and locally.
  8. Provision of appropriate and high quality food (and meals) in school which offer opportunities for healthy choices; which guarantee safety and reinforce the formal curriculum.
  9. Opportunities and facilities to carry out practical activities with designated space for activities such as food preparation, food experiments, growing food; opportunities for pupils to learn practical 'doing' and self-organisaton skills; out-of-school activities.
  10. A written School Nutrition Policy which includes a written statement of aims, achieved through a process of negotiation and which covers aspects of the nine points above.
-

*Anhang 11: Health Promoting School Checklist*  
(Young & Williams, 1989, p. 33)

---

### HEALTH PROMOTING SCHOOL CHECKLIST

This checklist provides the key questions which school management should consider as a context in which detailed curricular planning can usefully take place.

To what extent does your school attempt to:

- 1 *promote actively the self esteem of all pupils by demonstrating that everyone can make a contribution to the life of the school?*
- 2 *develop good staff/pupil and pupil/pupil relations in the daily life of the school?*
- 3 *make clear for staff and pupils the social aims of the school?*
- 4 *provide stimulating challenges for all pupils through a wide range of activities?*
- 5 *take every opportunity to enhance the physical environment of the school?*
- 6 *develop good school/home/community links?*
- 7 *develop good links between associated primary/secondary schools to plan a coherent health education curriculum?*
- 8 *promote staff health and wellbeing actively?*
- 9 *consider the exemplar role of staff in health-related issues?*
- 10 *consider the complementary role of the school meals provision, if provided, to the health education curriculum?*
- 11 *utilise the potential of specialist services in the community for advice and support in health education?*
- 12 *develop the education potential of the school health services beyond routine screening towards active support for the curriculum?*



*Anhang 12: Kriterien für Projektschulen des Europäischen Netzwerkes  
Gesundheitsfördernde Schulen  
(vgl. WHO Regional Office for Europe, 1993, chap. 4)*

**As a designated Project School within the  
European Network of Health Promoting  
Schools we agree to work towards  
meeting the following 12 criteria:**

- 1.** Active promotion of the self-esteem of all pupils by demonstrating that everyone can make a contribution to the life of the school;
- 2.** the development of good relations between staff and pupils and between pupils in the daily life of the school;
- 3.** the clarification for staff and pupils of the social aims of the school;
- 4.** the provision of stimulating challenges for all pupils through a wide range of activities;
- 5.** using every opportunity to improve the physical environment of the school;
- 6.** the development of good links between the school, the home and the community;
- 7.** the development of good links between associated primary and secondary schools to plan a coherent health education curriculum;
- 8.** the active promotion of the health and well-being of school staff;
- 9.** the consideration of the role of staff exemplars in health-related issues;
- 10.** the consideration of the complementary role of school meals (if provided) to the health education curriculum;
- 11.** the realization of the potential of specialist services in the community for advice and support in health education;
- 12.** the development of the education potential of the school health services beyond routine screening towards active support for the curriculum.

**Anhang 13:** Empfehlungen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger Schulen  
im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen  
Bensberg/ Köln 1995: Kölner Empfehlungen  
(Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S. 1-4)

## Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen

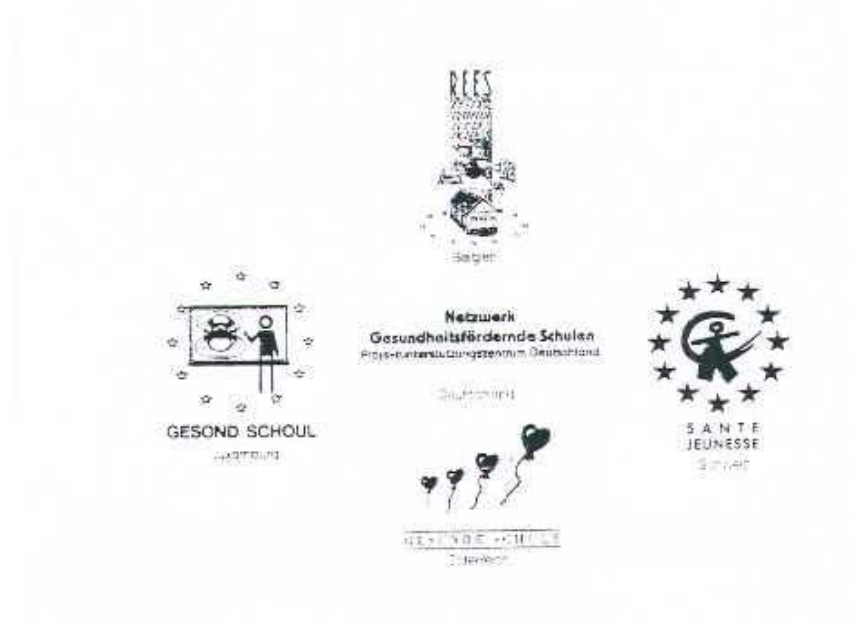
### 1. Transnationale Konferenz deutschsprachiger Schulen

1. - 4.10.95, Thomas-Morus-Akademie, Bensberg

Kölner Empfehlungen

The Cologne Recommendations

Recommandations de Cologne



**Anhang 13:** Empfehlungen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger Schulen im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen Bensberg/ Köln 1995: Kölner Empfehlungen  
(Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S. 1-4)

---

## KÖLNER EMPFEHLUNGEN

*Ein gemeinsames Positionspapier der deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Schulen Deutschlands, Österreichs, Luxemburgs, Belgiens und der Schweiz.*

Die Idee und Konzeption der „Gesundheitsfördernden Schule“ hat durch das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ eine große Umsetzungsdynamik entwickelt. Durch die Zusammenarbeit von WHO, der Europäischen Union und des Europarates auf internationaler Leitungsebene und durch die Vielzahl der beteiligten Mitgliedsstaaten und nationalen Organisationen stellt dieses Netzwerk ein modelhaftes Beispiel für innovative Kooperationsprojekte zur Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene dar.

Im Rahmen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger Schulen, welche vom 1. - 4. Oktober 1995 in Bensberg bei Köln stattfand zogen die Projektteilnehmer aus den Ländern Deutschland, Österreich, Schweiz, Luxemburg, und Belgien eine erste Zwischenbilanz der Projektentwicklung. Diese Zwischenbilanz bildet die Grundlage des vorliegenden Positionspapiers.

### Bestandsaufnahme

Kinder und Jugendliche, aber auch Lehrkräfte, sind heute am Lebens- und Lernort Schule vielfältigen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Die damit verbundenen Problemlagen sind in den beteiligten Ländern vergleichbar. Transnationaler Erfahrungsaustausch und die Entwicklung sowie Erprobung übergreifender Konzeptionen können zur Lösung der Probleme wirksam beitragen.

Bisherige Gesundheitserziehungsprogramme, welche im wesentlichen auf der Vermeidung von Krankheit durch Aufklärung über gesundheitliche Risikofaktoren und durch Abschreckung vor Krankheit basierten, brachten in diesem Zusammenhang nicht die gewünschten Erfolge.

Unabdingbare Voraussetzung für produktives Lernen und gute zwischenmenschliche Beziehungen in der Schule ist die Schaffung von gesünderen Lebens- und Lernbedingungen. Schulische Gesundheitsförderung ist daher zentraler und unverzichtbarer Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns und kein zusätzliches Unterrichtsfach.

Nach den bisherigen Erfahrungen bietet die Konzeption der „Gesundheitsfördernden Schule“ in diesem Zusammenhang einen erfolgversprechenden gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsansatz.

Es geht der „Gesundheitsfördernden Schule“ dabei nicht um vordergründige Gesundheitserziehungsprogramme, sondern die Schule selbst als relevante Lebenswelt eines großen Teils der Bevölkerung steht zur Disposition und soll als gesundheitsfördernde Lebenswelt gestaltet werden.



**Anhang 13:** Empfehlungen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger Schulen im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen Bensberg/Köln 1995: Kölner Empfehlungen (Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S. 1-4)

---

Die konkrete Planung, Zieldefinition und Umsetzung muß daher am jeweiligen Schulstandort erfolgen und jede Schule ist aufgefordert, eigene gesundheitsförderliche Schulprofile zu entwickeln, welche den jeweils spezifischen schulischen Gegebenheiten Rechnung tragen.

Es gilt Betroffene zu Beteiligten zu machen.

Bisherige Erfahrungen in den Schulen zeigen:

### Konzept

- Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ stellt ein tragfähiges Leitmuster dar.
- Mit der Aufgabe des „Schulischen Einzelkämpfertums“ und durch die Forcierung partizipativer Teamentwicklung konnten in den Pilotschulen weitreichende Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden.
- In diesem Entwicklungsprozeß beschränken sich die beteiligten Modellschulen aber nicht nur auf ihre eigene unmittelbare Umwelt, sondern nehmen auch wichtige Funktionen als Multiplikatoren wahr.
- Die Schlüsselposition der Schulleitung für eine gesundheitsförderliche Schulentwicklung sollte künftig noch stärkere Beachtung finden.

### Umsetzung

- Die Verlagerung des Schwerpunktes von der Verhaltens- auf die Verhältnisprävention hat sich als erfolgreiche Umsetzungsstrategie erwiesen. Im Gegensatz zu traditionellen Formen der Gesundheitserziehung, welche sich überwiegend auf individuelle Verhaltensänderungen konzentrieren, versucht das Konzept der Gesundheitsförderung verstärkt auf die physische und soziale Umwelt der beteiligten Personen einzuwirken.
- In den meisten Fällen führte die Projektentwicklung daher zu schulinternen Kommunikations- und Kooperationsverbindungen, welche weit über den unmittelbaren Themenkomplex „Gesundheit“ hinausgingen.
- Benötigt werden daher gerade in den Bereichen Projektmanagement und Teamentwicklung konkrete Unterstützungsangebote. Wirksames Unterstützungsmittel ist u.a. das Angebot schulinterner Lehrerfortbildung (SCHILF).
- Es muß verstärkt in die Fortbildung und Unterstützungsbereitschaft der Schulleitungen investiert werden. Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ bietet hier wichtige Beiträge zur weiteren Professionalisierung.

**Anhang 13:** Empfehlungen der 1. Transnationalen Konferenz deutschsprachiger Schulen im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen  
Bensberg/ Köln 1995: Kölner Empfehlungen  
(Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, 1995, S. 1-4)

---

### Vernetzung

- Von besonderer Bedeutung ist es, die Vernetzung zwischen den Schulen auch über nationale Grenzen hinweg durch die Schaffung entsprechender Infrastrukturen wirksam zu unterstützen. Folgende Ebenen der Vernetzung gilt es dabei weiter zu entfalten:
  - vernetztes Denken im Sinne der besseren Ermöglichung ganzheitlicher Betrachtungsweisen im Rahmen der Konzeptentwicklung
  - Vernetzungen innerhalb von Schule: Teambildung, Transparenz der Entscheidungsstrukturen, Klärung der Arbeitsbeziehungen
  - Vernetzung von Schule und regionalem Umfeld: Schulöffnung, Nachbarschaftsschule
  - Schule verbinden: kommunal, regional, transnational
- Der multilaterale Erfahrungsaustausch zwischen den Schulen bietet nicht nur eine wichtige Grundlage für die Realisierung bestehender Zielsetzungen, sondern die persönliche Begegnung stellt für die beteiligten Akteure eine wichtige Form der emotionalen Unterstützung und Motivation dar.
- Neben den Formen der persönlichen Begegnung bilateral und multilateral muß verstärkt in den Aufbau und die Nutzung von elektronischen Kommunikations- und Datennetzwerken investiert werden.
- Im Zuge dieser Vernetzung ergeben sich neue Aufgabenstellungen und vermehrter bedarf an Dienstleistungen in den Bereichen Information, Beratung und Erfahrungsaustausch.  
hier besteht besonderer materieller und personeller Unterstützungsbedarf.

### Perspektive

Im Zuge der Erschließung von Schule als gesundem Lern- und Lebensort sind der europäische Austausch und die Entwicklung übergreifender Konzeptionen von größter Wichtigkeit. Gesundheitsfördernde Schulen bringen ein hohes Maß an Innovationsbereitschaft auf und müssen sich auf langfristige Veränderungsperspektiven einstellen. Erfolgreiche Schulentwicklung braucht Zeit und einen entsprechenden Zeithorizont sollte man den beteiligten Schulen auch zugestehen.

Um die gewonnenen Erfahrungen zu evaluieren, zu disseminieren und in bildungspolitisch relevante Entscheidungen einfließen lassen zu können, ist daher eine langfristige Unterstützung der Projektentwicklung sicherzustellen.



*Anhang 14: European Network of Health Promoting Schools* (unpublished invitation letter).  
(Council of Europe, 1992, pp. 1-2)

## COUNCIL OF EUROPE

SECRETARIAT GENERAL

RH  
HS/cs

Strasbourg, 18 March 1992

Re : European Network of Health Promoting schools

Dear Sir/Madam,

I have much pleasure in informing you that the Council of Europe, the World Health Organisation and the Commission of the European Communities, have agreed to set up jointly a European Network of Health Promoting Schools (ENHPS). The appended document describes the content, aim and management of the network.

The joint pursuit of this initiative is based on the shared view that the school offers an appropriate setting for working with young people and providing them with skills and opportunities to promote their health and cope with lifestyle risks.

The ENHPS project builds on a range of experiences gathered throughout the last few years, both within WHO and in joint ventures with the Commission and the Council of Europe such as the pilot projects on "Education for health" carried out in the 1980s. The joint establishment of the ENHPS will allow these organizations to again pool their expertise and work effectively together to support the health of young people in Europe. The ENHPS project aims at fostering innovation in school-based health education and health promotion by developing high quality projects; disseminating examples of good practice; developing opportunities for training; and supporting cooperation and exchanges in Europe.

The ENHPS has already been piloted by WHO in three countries (Hungary, Poland and Czech and Slovak Republics).

I should like to draw your attention to the importance of a firm commitment towards this project, and hence of fulfilling the requirements set out in the appended document. For practical reasons I should like to recall briefly the following tasks which you are required to meet if you wish to joint the project :

- a) Selection of schools (ideally not more than 10, but to be determined by your authorities as convenient)
- b) Evaluation of the school environment (physical, work organization, quality of human relations, training of school staff and their attitude to the concept of health promoting school)

./.

*Anhang 15: European Network of Health Promoting Schools* (unpublished invitation letter).  
(Council of Europe, 1992, pp. 1-2)

---

2.

- c) Selection of project team and project manager for each school
- d) Designation of a national support centre and a national coordinator.

A first meeting of the national coordinators is planned for 21-22 May 1992 at the Council of Europe building in Strasbourg. The purpose of this meeting is to establish a first contact between the persons responsible for the network and particularly to brief them on

- the philosophy, purpose and management of the programme
- their role in coordinating the work of the selected schools, guiding them and promoting them.

Your country has already been invited to appoint a national coordinator through the working party of representatives of member States in health education in schools of the CEC. May I suggest that you contact the representatives of your country in the said CEC working party and coordinate with them. Their names are appended hereto.

Please do not hesitate to contact me if you need further information.

Yours faithfully,



Henry SCICLUNA  
Head of Health Division

*Anhang 15: European Network of Health Promoting Schools. Erste offizielle Projektbeschreibung für ein internationales Vorbereitungstreffen in Straßburg 1992*  
(WHO Regional Office for Europe, 1992, pp. 1-2)

---

### **Aims of the project**

The aims of the project are to:

- provide a health promoting environment for working and learning, through the school's buildings, play areas, facilities, safety measures and meals;
- promote individual, family and community responsibility for health;
- encourage healthy lifestyles and present a realistic and attractive range of health choices for schoolchildren and staff;
- enable all students to realize their full physical, psychological and social potential and increase their self-esteem;
- set out clear aims for the promotion of health and safety for the whole school community (schoolchildren and adults);
- foster good relationships between staff and students, between students, and between the school, the home and the community;
- use available community resources to support action for the promotion of health;
- plan a coherent health education curriculum;
- equip students with both the knowledge and skills necessary for making sound decisions about personal health and for preserving and improving a safe physical environment;
- take a wider view of school health services by integrating them into the health education curriculum, and help students to become more aware as consumers.

### **Basic strategic approach**

The strategy is to negotiate a collaborative agreement between the ministries of health and of education in each country to support the health promoting schools project. The approach will be to:

- establish a support centre, designate a project coordinator, and select 10 schools in each country;
- appoint a school manager for each school;
- set up a health promoting school committee with representatives of the key target groups.



*Anhang 15: European Network of Health Promoting Schools. Erste offizielle Projektbeschreibung für ein internationales Vorbereitungstreffen in Straßburg 1992*  
(WHO Regional Office for Europe, 1992, pp. 1-2)

### Project elements

The project thus consists of three distinctive elements:

- a direct implementation programme in each school;
- the development of a coherent health education and health promotion curriculum;
- teacher training programmes.

A participating school would be expected to agree to work towards meeting a set of 12 criteria:

- |  |  |
|--|--|
| 1. active promotion of the self-esteem of all pupils by demonstrating that everyone can make a contribution to the life of the school; | schools to plan a coherent health education curriculum;  |
| 2. the development of good relations between staff and pupils and between pupils in the daily life of the school;                      | 8. the active promotion of the health and wellbeing of school staff;   |
| 3. the clarification for staff and pupils of the social aims of the school;  | 9. the consideration of the role of staff as exemplars in health-related issues;   |
| 4. the provision of stimulating challenges for all pupils through a wide range of activities;  | 10. the consideration of the complementary role of school meals (if provided) to the health education curriculum;                                |
| 5. using every opportunity to improve the physical environment of the school;  | 11. the realization of the potential of specialist services in the community for advice and support in health education;                         |
| 6. the development of good links between the school, the home and the community;   | 12. the development of the education potential of the school health services beyond routine screening towards active support for the curriculum. |
| 7. the development of good links between associated primary and secondary  |  |

*Anhang 16: Moving from Traditional School Health Education towards the Health Promoting School*  
(Young & Williams, 1989, p. 32)

MOVING FROM TRADITIONAL SCHOOL HEALTH EDUCATION  
TOWARDS THE HEALTH PROMOTING SCHOOL

TRADITIONAL HEALTH EDUCATION	THE HEALTH PROMOTING SCHOOL
1 considers health education only in limited classroom terms;	takes a wider view including all aspects of the life of the school and its relationships with the community eg. developing the school as a caring community;
2 emphasises personal hygiene and physical health to the exclusion of wider aspects of health;	is based on a model of health which includes the interaction of physical, mental, social and environmental aspects;
3 concentrates on health instructions and acquisition of facts;	focuses on active pupil participation with a wide range of methods, developing pupil skills;
4 lacks a coherent, co-ordinated approach which takes account of other influences on pupils;	recognises the wide range of influences on pupils' health and attempt to take account of pupils' pre-existing beliefs, values and attitudes;
5 tends to respond to a series of perceived problems or crises on a one-off basis;	recognises that many underlying skills and processes are common to all health issues and that these should be pre-planned as part of the curriculum;
6 takes limited account of psycho-social factors in relation to health behaviour;	views the development of a positive self image and individuals taking increasing control of their lives as central to the promotion of good health;
7 recognises the importance of the school and its environment only to a limited extent;	recognises the importance of the physical environment of the school in terms of aesthetics and also direct physiological effects on pupils and staff;
8 does not consider actively the health and well-being of staff in the school;	views health promotion in the school as relevant to staff well-being; recognises the exemplar role of staff;
9 does not involve parents actively in the development of a health education programme;	considers parental support and co-operation as central to the health promoting school;
10 views the role of school health services purely in terms of health screening and disease prevention.	takes a wider view of the school health services which includes screening and disease prevention but also attempts actively to integrate services within the health education curriculum and helps pupils to become more aware as consumers of health services.

**Anhang 17:** Von der traditionellen schulischen Gesundheitserziehung zur Gesundheitsfördernden Schule. Übersetzung und Adaptation der Übersicht von Trefor Williams und Jan Young (1989) durch Ulrich Barkholz und Peter Paulus (Barkholz & Paulus, 1996, S.1)

TRADITIONELLE GESUNDHEITSERZIEHUNG	DIE GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULE
1. berücksichtigt Gesundheitserziehung lediglich vom Klassenzimmer aus;	wählt einen breiteren Blickwinkel, der alle Aspekte des Schullebens und seine Verbindungen mit der Gemeinschaft einschließt, z.B. der Gedanke einer Schule als Fordergemeinschaft;
2. betont persönliche Hygiene und physische Gesundheit und schließt breitere Aspekte von Gesundheit aus;	basiert auf einem Gesundheitsmodell, das das Zusammenwirken physischer, geistiger, sozialer und umweltbezogener Aspekte berücksichtigt;
3. konzentriert sich auf Anweisungen zu gesunden Verhalten und den faktenbezogenen Wissenserwerb;	konzentriert sich auf aktive Schülerbeteiligung; unter Berücksichtigung zahlreicher Modelle zur Entwicklung der Fertigkeiten der Schülerinnen und Schüler
4. hat keinen zusammenhängende koordinierten Ansatz, der weitere Einflüsse auf die Schülerinnen und Schüler berücksichtigt;	erkennt den weiteren Bereich von Einflüssen auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler und versucht, auf ihre vorhandenen Grundsätze, Werte, und Einstellungen aufzubauen;
5. reagiert meistens eins zu eins auf die Wahrnehmung von Problemen und Krisen;	erkennt, dass viele grundlegende Fertigkeiten und Prozesse in allen Gesundheitsproblemen vorhanden sind und dass diese als Teil des Curriculums vorgeplant werden sollten;
6. nimmt nur begrenzt Rücksicht auf die psychosozialen Faktoren und ihren Einfluss auf gesundes Verhalten;	betrachtet die Ausformung eines positiven Selbstbildes und die zunehmende Übernahme von individueller Selbstverantwortung als einen zentralen Aspekt der Gesundheitsförderung;
7. erkennt die Wichtigkeit der Schule und ihres Umfeldes nur in einem begrenzten Maße;	erkennt die Wichtigkeit, die das physische Umfeld der Schule in Bezug auf ästhetische aber auch direkte physiologische Auswirkungen für Lernende und Lehrende hat;
8. bedenkt Gesundheit und Wohlbefinden der in der Schule Beschäftigten nicht aktiv;	sieht Gesundheitsförderung in der Schule auch als relevant für das Wohlbefinden der Beschäftigten; erkennt die beispielgebende Funktion der Lehrkräfte;
9. bezieht die Eltern nicht aktiv in die Entwicklung eines Gesundheitserziehungsprogramms ein;	hält Unterstützung durch die und Kooperation mit den Eltern für ein zentrales Element der gesundheitsfördernden Schule;
10. sieht die Rolle der Schulgesundheitsdienste ausschließlich unter den Aspekten Gesundheitskontrolle und Krankheitsvorsorge;	stellt die Schulgesundheitsdienste in einen weiteren Zusammenhang, zu dem Beobachtung und Vorsorge genauso gehören wie der Versuch, diesen Dienst aktiv in das Curriculum der Gesundheitserziehung zu integrieren und den Schülerinnen und Schülern dabei zu helfen, bewusste Nutzer der Gesundheitsdienste zu werden;



**Anhang 18:** Die Programmatik des BLK – Modellversuches *OPUS Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit*; das ‚OPUS – Leitbild‘ (Barkholz & Paulus, 1998, S. 141)



## OPUS-Leitbild

①

*Das systemisch-ganzheitliche Verständnis von Gesundheit:*  
Wir berücksichtigen die Mehrdimensionalität von Gesundheit und ihre Abhängigkeit von komplexen Lebensbedingungen.

②

*Der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung:*  
Wir orientieren uns an den sozialpolitischen Leitlinien der Ottawa-Charter und fördern gesundheitsdienliche Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen.

③

*Der Setting-Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule:*  
Wir machen Gesundheit zum Thema der Schule und gestalten Schule als einen gesundheitsförderlichen Lern- und Lebensort.

④

*Der Partizipationsgedanke:*  
Wir ermöglichen es den Betroffenen, zu Beteiligten in einem demokratischen Prozeß innerer Schulentwicklung zu werden.

⑤

*Der Vernetzungsgedanke:*  
Wir gehen unseren eigenen Weg, aber wir gehen ihn gemeinsam. Wir treffen Absprachen und bauen geeignete Strukturen auf, um Wissen, Informationen, Ressourcen und Erfahrungen zu tauschen und zu teilen. Neu Hinzugekommene werden beraten und unterstützt.

⑥

*Die europäische Dimension:*  
Wir verstehen uns als Teil einer europäischen Initiative, die erkannt hat, daß Gesundheitsförderung international verbindet und zunehmend eine globale Dimension hat.

*Anhang 19:* WHO, EG und Europarat Aufnahmeurkunde über Deutschlands Mitgliedschaft im *Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (Commission of the European Communities, World Health Organization Regional Office for Europe & Council of Europe, 1994)

## European Network of Health Promoting Schools



COMMISSION OF  
THE EUROPEAN  
COMMUNITIES



WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
EUROPE



COUNCIL OF  
EUROPE

This is to confirm that the  
Federal Republic of Germany  
participates in the  
European Network of  
Health Promoting Schools

Commission of the  
European Communities

G. Stavros  
Member of the Commission

Date:

94/12/12

World Health Organization  
Regional Office for Europe

Dora Kiebusch, Ph.D.  
Director, Lifestyles & Health  
Department

Date:

10. 1. 94

Council of Europe

Robin Gahne  
Director of Social and Economic  
Affairs

Date:

12 Dec 93