

## **Masterarbeit**

# **Gemeinsam gute gesunde Schule machen- Potenziale der Gesundheitsförderung im Setting Schule**

Abgabetermin: 28. März 2013

Schulische Gesundheitsförderung und  
Bildung

Erstprüfer:  
Prof. Dr. Peter Paulus

Zweitprüfer:  
Dr. Dietmar Gölitz

Elisabeth Paterna  
Kottwitzstraße 35  
20253 Hamburg  
Tel: 0176 / 32 62 96 70  
Matrikelnr.: 300 73 29  
Email: [lillipaterna@gmail.com](mailto:lillipaterna@gmail.com)

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass

- die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt wurde,
- alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, die nötige Kenntlichmachung erhalten haben,
- die vorliegende Masterarbeit noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher Form vorgelegt wurde.

Hamburg, den 28.03.2013

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis .....	V
1 Einleitung .....	1
2 Gesundheit.....	3
2.1 Begriffsklärung.....	3
2.2 Determinanten von Gesundheit .....	4
2.3 Das Anforderungs- Ressourcen- Modell von Becker.....	7
2.4 Das Modell der „Salutogenese“ von Antonovsky .....	10
3 Gesundheit und Schule.....	14
3.1 Schüलगesundheit.....	14
3.1.1 Situative schulische Belastungsfaktoren und Ressourcen für Schüler .....	17
3.2 Lehrergesundheits .....	20
3.2.1 Situative schulische Belastungsfaktoren und Ressourcen für Lehrer .....	22
4 Gesundheitsförderung im Setting Schule .....	24
4.1 Gesundheitsförderung.....	24
4.2 Der Setting- Ansatz .....	25
4.3 Schule als Setting für Gesundheitsförderung .....	27
4.4 Konzepte zur schulischen Gesundheitsförderung.....	29
4.4.1 Gesundheitsfördernde Schule.....	29
4.4.2 Die gute gesunde Schule .....	33
5 Anschub.de.....	37
5.1 „Die Schatzsuche“- ein exemplarisches Modul.....	39
5.1.1 Zielsetzung des Moduls.....	39
5.1.2 Umsetzung des Moduls .....	41

---

6	Resümee und Ausblick.....	46
6.1	Resümee.....	46
6.2	Ausblick.....	48
	Literaturverzeichnis.....	50
	Anhang .....	54

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead .....	6
Abbildung 2 Das Interaktionistische Anforderungs- Ressourcen- Modell nach Becker .....	8
Abbildung 3 Das salutogenetische Modell von Antonovsky .....	11
Abbildung 4: Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule .....	32

## 1 Einleitung

Die Themen Gesundheit und Schule sowie die Frage was Mitglieder der Institution Schule gesund hält, haben in den letzten Jahren an Aktualität gewonnen.<sup>1</sup> Trotz verschiedener Untersuchungen, die positive Ergebnisse über die Gesundheit von Schülern<sup>2</sup> liefern, gibt es wissenschaftlich nachweisbare gesundheitliche Beeinträchtigungen der Schüler sowie der Lehrpersonen. Der sich zunehmend verschlechternde gesundheitliche Zustand vieler Mitglieder der Institution Schule ist ein alarmierendes Zeichen und sollte dazu führen, dass das Thema Gesundheit noch viel stärker im schulischen Leben integriert wird und noch intensiver über Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert wird.

*Auch wenn Schülerinnen und Schüler nach den vorliegenden Daten der gesundheitswissenschaftlichen Forschung heute überwiegend gesund sind, ist aber zugleich auch eine immer größer werdende Anzahl von ihnen durch gesundheitliche Auffälligkeiten und Risikoverhalten belastet bzw. gefährdet.<sup>3</sup>*

In Hinblick auf die Lehrkräfte liefern repräsentative Erhebungen besorgniserregende Ergebnisse über deren Gesundheitszustand und im Besonderen dokumentieren sie eine extrem hohe Zahl von frühzeitigen Pensionierungen aufgrund von krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit.<sup>4</sup>

Ein weiterer wesentlicher Grund für die Aktualität des Themas Gesundheit ist darin begründet, dass verschiedene Studien und Modellversuche nachweisen, „dass ein enger Zusammenhang zwischen der Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und der Qualitätsentwicklung in der Schule andererseits besteht.“<sup>5</sup> Die Gesundheit der Mitglieder einer Schule zeichnet sich demnach in ihrer Qualität ab. So konnte belegt werden, dass die Gesundheit von Lehrpersonen einen maßgeblichen Einfluss auf die Qualität des Unterrichts und dementsprechend auch auf den Lernerfolg der Schüler hat.<sup>6</sup> Des Weiteren ist nachweisbar, dass die Unterrichtsqualität der „wichtigste Erfolgsfaktor von Bildungssystemen“<sup>7</sup> ist.

In der vorliegenden Arbeit sollen die Zusammenhänge von Gesundheit, Schule und Bildung herausgearbeitet werden und analysiert werden. Wesentliche Fragen beziehen sich dabei einerseits auf die Bedeutung von Gesundheit im Bildungssystem Schule. Andererseits

---

<sup>1</sup> Hundeloh, H., 2012:25

<sup>2</sup> In dieser Arbeit soll aus Gründen der Lesbarkeit einheitlich die grammatikalisch maskuline Form gewählt werden. Damit sind sowohl Frauen wie Männer eingeschlossen.

<sup>3</sup> Paulus, P., 2010:7

<sup>4</sup> Schumacher, L., 2009:19

<sup>5</sup> Hundeloh, H., 2012:25

<sup>6</sup> Nieskens, B. et al., 2012:41

<sup>7</sup> Ebd.

wird der Frage nachgegangen, wie sich Gesundheit, Schule und Bildung gegenseitig beeinflussen und letztendlich welche Rolle der Prävention und Gesundheitsförderung dabei zugesprochen wird.

Um diese komplexen Zusammenhänge zu erschließen, wird sich im zweiten Kapitel mit Fragen um die Gesundheit befasst. Grundlegend dafür ist eine Klärung des Begriffs Gesundheit. Anschließend wird die Frage nach den Determinanten und Einflussfaktoren von Gesundheit fokussiert. In Anknüpfung daran soll das Anforderungs- Ressourcen- Modell von Becker einen Erklärungsansatz zum Gesundheitsverhalten des Menschen liefern. Des Weiteren soll unter diesem Kapitel eine Sichtweise auf das Gesundheitsverständnis gegeben werden, die von Anton Antonovskys Ansatz der Salutogenese geprägt ist und als Gegenpart der pathogenetischen Perspektive veranschaulicht wird. Im dritten Kapitel wird die Verbindung zur Schule hergestellt, indem die Gesundheit von Schülern und Lehrern genauer betrachtet wird. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit dem Aspekt der Gesundheitsförderung und im Speziellen mit dem Setting Schule. Anschließend werden die Ansätze die „Gesundheitsfördernde Schule“ und die „Gute gesunde Schule“ untersucht. Tiefergehend wird in Kapitel fünf das Projekt Anshub.de vorgestellt, das in Anlehnung an die *Gute gesunde Schule* entstanden ist. Anschließend wird ein Praxisbezug hergestellt, indem das für Grundschulen entwickelte Modul „Die Schatzsuche“ betrachtet wird. Im letzten Kapitel wird ein Ausblick auf die Chancen von schulischer Gesundheitsförderung gegeben, die mittels dieser Arbeit herausgearbeitet werden sollen.

## 2 Gesundheit

Meist wird einem die Bedeutung von Gesundheit erst dann bewusst, wenn sie abwesend ist. Auf dieses Phänomen zielen auch die folgenden Worte des Philosophen Arthur Schopenhauer: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“<sup>8</sup> Gesundheit als etwas, das wir oftmals als selbstverständlich empfinden, wird unter diesem Kapitel genauer betrachtet. Zunächst soll der Begriff Gesundheit für ein grundlegendes Verständnis erläutert werden.

### 2.1 Begriffsklärung

In den letzten Jahrzehnten hat eine Verschiebung des Gesundheitsbegriffs stattgefunden, der nun als ganzheitlich und positiv betrachtet wird. Im Gegensatz zu früher, wo vor allem untersucht wurde was Menschen krank macht, stehen heute Fragestellungen im Vordergrund, die sich gezielt mit der Erhaltung der Gesundheit beschäftigen.<sup>9</sup> Gesundheit ist laut der aktuellen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „[...] a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“<sup>10</sup> Dies stellt eine doppelte Abweichung von früheren Auffassungen dar: Die Gesundheit wird zum einen, wie bereits erwähnt, positiv, also nicht mehr nur als die Abwesenheit von Krankheit definiert und zum anderen werden neben körperlichen auch soziale und mentale Aspekte mit inbegriffen. Damit ein umfassendes Gefühl des Wohlbefindens auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene erlangt werden kann, besteht die Notwendigkeit, dass sowohl das Individuum als auch Gruppen „ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“<sup>11</sup> Diese Formulierung verdeutlicht, dass der Mensch aktiv an der Erhaltung und Herstellung seiner Gesundheit mitwirken muss und sie dementsprechend selber beeinflussen kann. Die Gesundheit eines Menschen wird nach diesem Verständnis nicht vorrangig durch das Schicksal bestimmt, sondern durch die Eigenverantwortlichkeit und das aktive Mitwirken jedes Einzelnen. Sie wird als etwas Machbares verstanden.<sup>12</sup> Heinz Hundeloh begreift unter Gesundheit eine Entwicklung, die aus „der Interaktion der Person mit ihren soziokulturellen, gesellschaftlichen, ökonomischen und physisch- technischen Umwelten“ entsteht. Der aktuelle Gesundheitszustand wird demnach

---

<sup>8</sup> Zitiert aus Paulus, P., 2011: Einführung in die schulische Gesundheitsförderung und Bildung/ Foliensatz

<sup>9</sup> Nieskens, B. et al., 2012: 42

<sup>10</sup> World Health Organization 2013

<sup>11</sup> Hildebrandt/Kickbusch: Ottawa-Charta, 1986

<sup>12</sup> Hundeloh, H., 2012:29



nicht als statisch angesehen, sondern als eine aufzubauende und immer wieder herzustellende dynamische Balance.<sup>13</sup> Birgit Nieskens et al. unterstützen Hundelohs Auffassung wie folgt:

*Gesundheit wird nicht als Zustand, sondern als „Stadium“, als ein lebensgeschichtlich und alltäglich immer neu zu regulierendes Potenzial oder eine beständig aktiv herzustellende Balance verstanden.*<sup>14</sup>

Auch Hundeloh bezieht sich unter anderem auf Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens, der aus einer Abhängigkeit entsteht. Fühlt sich der Mensch im Einklang mit den „körperlichen, seelischen, sozialen und kognitiven Bereichen“ seiner Entwicklung, den „eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen“, wie z.B. Arbeitsbedingungen, Wohnbedingungen oder Bildungsangeboten“, dann ist ein Zustand des Wohlbefindens vorhanden.<sup>15</sup> Gesundheit ist nicht einfach vorhanden, sondern wird als eine lebenslange Entwicklungsaufgabe angesehen, die aus einer kontinuierlich neu zu findenden Balance zwischen dem Menschen und seiner Umwelt entsteht.<sup>16</sup> Die gesundheitliche Verfassung eines Menschen wird demnach von unterschiedlichen Determinanten beeinflusst, die unter dem folgenden Punkt näher betrachtet werden sollen.

## 2.2 Determinanten von Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in der „Ottawa Charta“ von 1986 grundlegende Determinanten von Gesundheit. Diese ergeben sich laut WHO aus der Interaktion vom Menschen und seiner Umwelt. Gesundheitsdeterminanten sind „all jene Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen“.<sup>17</sup> Die wichtigsten Determinanten sind laut WHO:

*Friede, Unterkunft, Bildung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Wirtschaftssystem, soziale Sicherheit und Gerechtigkeit, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, die Achtung der Menschenrechte und Chancengleichheit.*<sup>18</sup>

Auf der individuellen Ebene gibt es noch weitere Einflussfaktoren, wie beispielsweise das Alter oder Geschlecht einer Person. Diese sind angeboren und nicht veränderbar. Es können allerdings auch Faktoren sein, die von den persönlichen Lebensgewohnheiten abhängig sind und demnach verändert werden können.<sup>19</sup>

---

<sup>13</sup> Hundeloh, H., 2012: 29

<sup>14</sup> Nieskens, B. et al., 2012:43

<sup>15</sup> Hundeloh, H., 2012:29

<sup>16</sup> Nieskens, B. et al., 2012:45

<sup>17</sup> Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2012

<sup>18</sup> Ebd.

<sup>19</sup> Ebd.

Ein weit verbreitetes Modell zu den Hauptdeterminanten von Gesundheit wurde von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead im Jahr 1991 entwickelt. Das Modell entwickelte sich zur bekanntesten Darstellung sozialer Determinanten der Gesundheit und veranschaulicht somit die Wichtigkeit sozialer Einflüsse auf Gesundheit.<sup>20</sup> Auch die „WHO Commission on Social Determinants of Health“ unterstreicht den Stellenwert sozialer Determinanten mit der Formulierung, dass die „Gesundheit der Menschen größtenteils von sozialen Bedingungen abhängt, in denen sie leben und arbeiten“.<sup>21</sup> Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Eine ungesunde, fetthaltige Ernährung kann zu gesundheitsschädigenden Auswirkungen wie einem erhöhten Cholesterin-Wert oder erhöhtem Blutdruck führen. Dabei entscheidet allerdings kein Zufallsprinzip darüber welche Personen sich ungesund ernähren. Das Ernährungsverhalten hängt vielmehr von „verschiedenen Einflüssen ab und wird durch diese maßgeblich determiniert“.<sup>22</sup> Mögliche Einflüsse sind beispielsweise finanzielle und zeitliche Ressourcen, kulturell bedingte Vorlieben für Nahrungsmittel oder der Wissensbestand über gesundes Ernährungsverhalten. Um diesen Zusammenhang zu betonen, sind soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit in dem Modell von Dahlgren und Whitehead von besonderer Bedeutung.

In diesem werden Gesundheitsdeterminanten als eine Art übereinander liegender Schichten verstanden, die eine Regenbogenform bilden (siehe Abbildung 1). Die geschichteten, übereinander liegenden Halbkreise sollen veranschaulichen, dass sie „sowohl einen direkten und einen indirekten- über den nächsten, darunter liegenden Kreis vermittelten-Einfluss auf die Gesundheit besitzen.“<sup>23</sup> Dahlgren und Whitehead haben die Determinanten der Gesundheit in fünf Kategorien unterteilt. Dabei stehen die fünf Gruppen in einer engen Beziehung zueinander.

*Die Autoren präsentieren ein soziales Modell von Gesundheit, das festgelegte Faktoren wie Alter Geschlecht und genetische Charakteristika ebenso enthält wie potenziell modifizierbare „Größen“, die sowohl innerhalb als auch außerhalb der individuellen Kontrolle liegen.<sup>24</sup>*

---

<sup>20</sup> Graham, H., 2008: 459

<sup>21</sup> CSDH, 2006:3

<sup>22</sup> Richter, M., 2008:10

<sup>23</sup> Ebd., S.12

<sup>24</sup> Ebd.

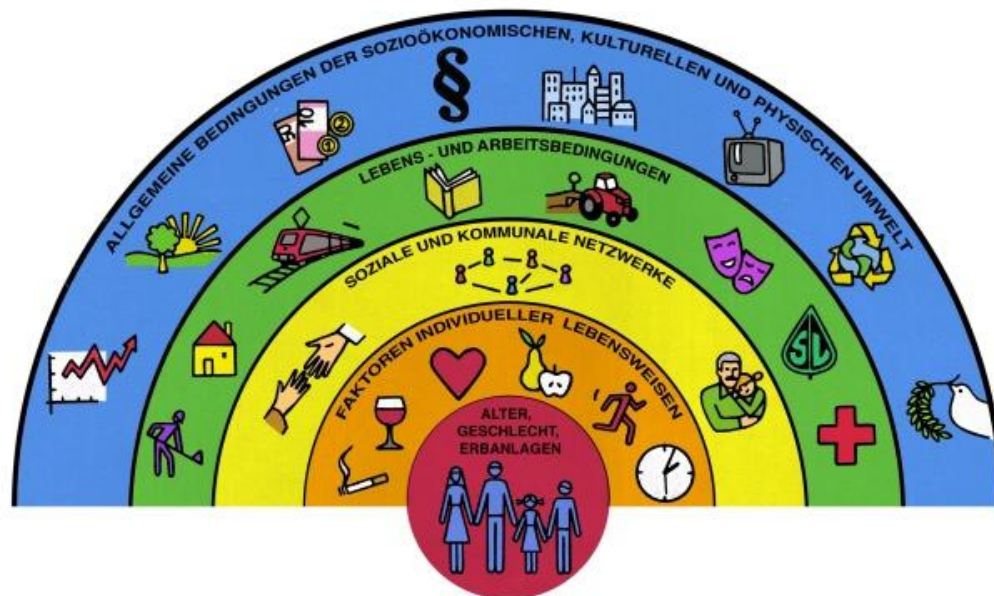


Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead 1991<sup>25</sup>

Im innersten Kreis des Regenbogens steht der individuelle Mensch mit unveränderbaren Gesundheitsfaktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen. Diese Faktoren werden auch als biologische Determinanten bezeichnet. Darüber liegt die nächste Schicht mit Faktoren der individuellen Lebensweise des Menschen. Das Modell fokussiert hier sowohl salutogenetische<sup>26</sup> Verhaltensweisen, wie beispielsweise gesunde Ernährung und körperliche Aktivitäten, als auch gesundheitsschädigendes Verhalten wie beispielsweise Zigaretten- und Alkoholkonsum oder Gewalt.<sup>27</sup> Verhaltensweisen und der Lebensstil können zwar verändert werden, ob dies allerdings geschieht hängt von weiteren Faktoren, wie den im Leben bereits erworbenen Verhaltensmustern und deren Vorbildern ab. Die dritte Ebene zeigt, dass Gesundheit des Weiteren durch unterschiedliche soziale und kommunale Netzwerke beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass der Gesundheitssoziologe Matthias Richter beobachtet hat, dass eine gute soziale Integration in verschiedene Netzwerke beispielweise das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit reduzieren könne und die mentale Gesundheit stärke.<sup>28</sup> Die nächste Ebene beinhaltet verschiedene Lebens- und Arbeitsbedingungen einer Person. Dazu zählen Faktoren wie etwa die Wohnsituation, der Arbeitsplatz, die Erziehung und hygienische Verhältnisse. Der darüber liegende oberste Halbkreis des Modells beschreibt die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und

<sup>25</sup> Übernommen aus: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, 2012

<sup>26</sup> Im Zentrum der Salutogenese steht die Fragestellung was den Menschen gesund hält. Weitere Informationen zum Modell der Salutogenese können unter 2.4 entnommen werden.

<sup>27</sup> Richter, M., 2008:12 f.

<sup>28</sup> Ebd., S.13

umweltbezogenen Bedingungen. Diese werden von Dahlgren und Whitehead als „die Makro-Faktoren zur Bestimmung des Gesundheitszustandes“<sup>29</sup> bezeichnet und bilden im Modell somit die umfassendsten Determinanten von Gesundheit.

Nach der Veröffentlichung des Modells von Dahlgren und Whitehead entstanden zahlreiche weitere Modelle<sup>30</sup> und Konzepte, die sich mit dem Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit beschäftigen. Diese unterscheiden sich zwar in der Komplexität und im Stil, doch vermitteln die unterschiedlichen Autoren gleichermaßen, dass „Gesundheit als Ergebnis eines *Netztes* verschiedener sozialer Einflüsse“ zu sehen ist.<sup>31</sup>

### 2.3 Das Anforderungs- Ressourcen- Modell von Becker

Das interaktionistische Gesundheitsmodell von Peter Becker (1992) basiert auf dem Verständnis, dass Gesundheit ein kontinuierlicher Anpassungsprozess ist, bei dem sich Anforderungen oder belastende Faktoren und individuelle wie auch strukturelle Ressourcen gegenüberstehen (siehe Abbildung 2).<sup>32</sup> Das Gesundheitsmodell wird hierbei als interaktionistisch bezeichnet, da die Umwelt und das Individuum nach Beckers Auffassung in einer sich gegenseitig beeinflussenden Interaktion stehen. Durch dieses Zusammenwirken wird der Gesundheitszustand des Individuums bestimmt. Dies geschieht in einem Bewältigungsprozess, in dem das Individuum Anforderungen, die sich entweder aus der Umwelt ergeben oder durch seine individuellen Persönlichkeitsmerkmale bestimmt sind, bewältigen muss. Bei der Bewältigung helfen ihm individuelle und soziale Ressourcen. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ist davon abhängig inwiefern ihm diese Bewältigung gelingt.<sup>33</sup>

Becker differenziert in seinem Modell zwischen externen und internen Anforderungen sowie zwischen externen und internen Ressourcen. Diese wiederum werden in psychosoziale (bzw. psychische) und physische Anforderungen und Ressourcen unterteilt.<sup>34</sup> Anschließend werden die Anforderungen und Ressourcen beispielhaft erläutert. Unter den externen psychosozialen Anforderungen werden besonders familiäre, berufliche und schulische sowie materielle Anforderungen verstanden.<sup>35</sup> Die externen physischen Anforderungen sind Belastungen im Sinne von Schadstoffen oder Krankheitserregern an gesundheitsgefährdeten Arbeitsplätzen, Schichtarbeit sowie auch die generelle Belastung durch

---

<sup>29</sup> Richter, M., 2008:13

<sup>30</sup> Weitere Modelle wurden beispielsweise von Brunner und Marmot (2006) oder Najman (2001) entwickelt.

<sup>31</sup> Graham, H., 2004 in Richter, M., 2008:13

<sup>32</sup> Freitag, M., 1998:16

<sup>33</sup> Nieskens, B. et al, 2012:45

<sup>34</sup> Waller, H., 2006:25

<sup>35</sup> Freitag, M., 1998:19

Umweltverschmutzung.<sup>36</sup> Interne psychische/psychosoziale Anforderungen sind „vom Individuum ausgehende Sollwerte, die z.B. aus psychischen Bedürfnissen“ oder „verinnerlichten Normen und Werten“ resultieren.<sup>37</sup> Interne physische Anforderungen sind im Gegensatz dazu jene, die „aus biologischen Motivationssystemen (physische, u.a. sexuelle Bedürfnisse) [...] herrühren können.“<sup>38</sup> Zudem werden unter diesen Anforderungen genetische oder erworbene Krankheitsdispositionen genannt.

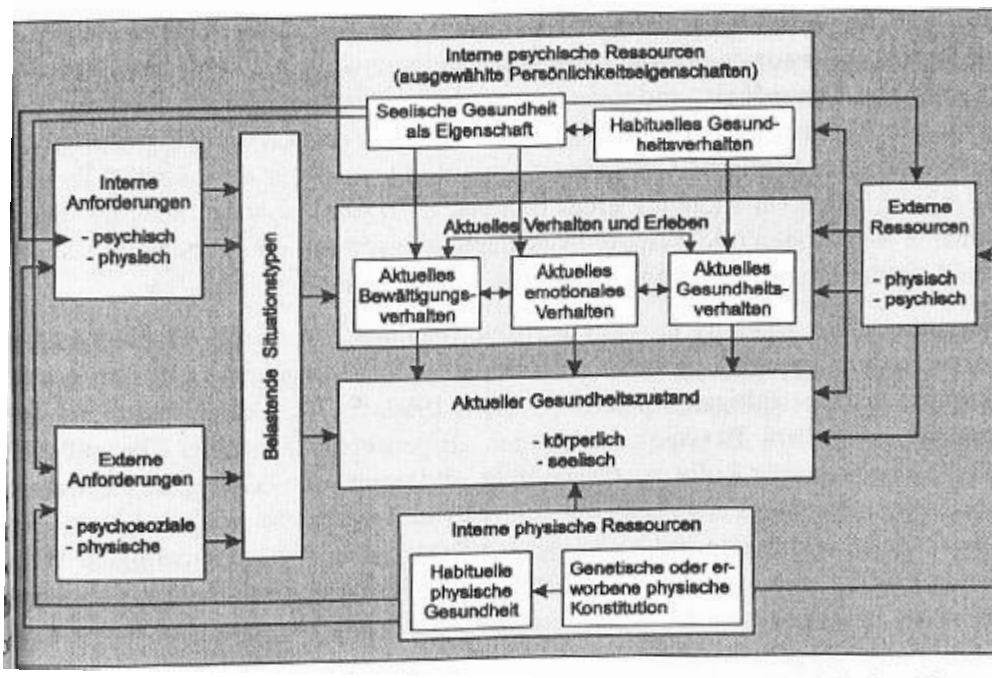


Abbildung 2 Das Interaktionistische Anforderungs- Ressourcen- Modell der Gesundheit nach Becker (1992)<sup>39</sup>

Die Fähigkeit zur Bewältigung dieser internen und externen Anforderungen bezeichnet Becker als seelische Gesundheit, die eine „Persönlichkeitsvariable“ darstellt. Diese ist nach Beckers Modell als interne psychische Ressource zu verstehen und setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen, die nach folgender Rangfolge aufgebaut sind. An erster Stelle stehen die selbst- und fremdbezogenen Wertschätzungen, wie etwa das Selbstwertgefühl oder die Liebefähigkeit. An zweiter Stelle rangiert nach Becker die sogenannte Selbstaktualisierung, worunter er die Expansivität und Autonomie des Individuums versteht. Und an dritter Stelle steht das seelisch-körperliche Wohlbefinden, das sich vor allem in Selbsterfülltheit, Selbstvergessenheit und Beschwerdefreiheit ausdrückt.<sup>40</sup> Die seelische Gesundheit stellt hierbei nicht nur eine personale Ressource im Sinne eines Schutzfaktors für das psychische Wohlbefinden dar, sondern bestimmt auch das körperliche Wohlbefinden einer Person mit.

<sup>36</sup> Waller, H., 2006:25

<sup>37</sup> Ebd.

<sup>38</sup> Freitag, M., 1998:18

<sup>39</sup> Übernommen aus: Freitag, M. 1998:19

<sup>40</sup> Ebd.

Des Weiteren wird zu den internen psychischen Ressourcen das habituelle Gesundheitsverhalten wie etwa gesunde Ernährung, Entspannung oder Bewegung gezählt.<sup>41</sup> Unter den internen physischen Ressourcen wird unter anderem die genetische oder erworbene physische Konstitution, die wiederum auch Einfluss auf die habituelle physische Gesundheit wie beispielsweise chronische Krankheiten oder Behinderung hat, verstanden.<sup>42</sup> Ressourcen externer- psychosozialer Art sind z.B. günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, günstige familiäre Bedingungen sowie ein gut ausgebautes Netz von sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen. Zuletzt ist unter externen physischen Ressourcen beispielweise eine gesunde Umwelt, das Angebot an gesunder, bezahlbarer Nahrung und Medikamenten zu verstehen.<sup>43</sup>

Letztendlich hängt der aktuelle Gesundheitszustand allerdings nicht allein von den Anforderungen und Ressourcen ab. Das individuelle Bewältigungsverhalten, also die Art der Umgangsweise mit den Anforderungen und der Einsatz bzw. die Verwendung vorhandener Ressourcen stellt einen weiteren Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand einer Person dar.<sup>44</sup> Das aktuelle Bewältigungsverhalten wird durch das habituelle Gesundheitsverhalten einerseits und durch die seelische Gesundheit als Eigenschaft andererseits bestimmt. Umso größer die Ausprägung des Merkmals „Seelische Gesundheit“ bei einer Person ist, desto effizienter ist auch ihr Bewältigungsverhalten. Unter anderem beeinflusst sie die emotionalen Reaktionen einer Person positiv, umso stärker sie ausgeprägt ist und unterstützt allgemein ein besseres Gesundheitsverhalten. Die hohe Bedeutsamkeit der internen psychischen Ressource, also der „Eigenschaft Seelische Gesundheit“ wird zudem anhand der Hauptthese des Modells deutlich. Die zentrale These des Modells ist, dass Personen die seelisch gesund sind eher im Stande sind, „externe und interne Anforderungen so zu dosieren, dass sie diese auch bewältigen können.“<sup>45</sup>

Becker entwickelte damit ein Gesundheitsmodell, das „seelische Gesundheit“ als zentrale Kategorie für die Bewältigung interner und externer Anforderungen bestimmt. Das Modell weist dabei Parallelen zu Aaron Antonovskys Gesundheitskonzept auf, dessen Konzeption des Kohärenzsinn mit ähnlichen Eigenschaften erläutert wird wie die „Seelische Gesundheit“.<sup>46</sup> Im Folgenden soll Antonovskys Gesundheitskonzept anhand seines Modells der „Salutogenese“ näher erläutert werden.

---

<sup>41</sup> Waller, H., 2006:27

<sup>42</sup> Freitag, M., 1998:19

<sup>43</sup> Waller, H., 2006:25 ff.

<sup>44</sup> Freitag, M., 1998:19

<sup>45</sup> Ebd., S. 20

<sup>46</sup> Waller, H., 2006:27

## 2.4 Das Modell der „Salutogenese“ von Antonovsky

Ähnlich wie im Gesundheitsmodell von Becker wird im salutogenetischen Modell von Antonovsky der „komplexe Widerpart von Anforderungen und Ressourcen“<sup>47</sup> veranschaulicht (Siehe Abbildung 3). Sein Modell der Salutogenese wurde erstmals 1979 veröffentlicht und zählt zu den bedeutendsten Entwürfen integrierter Gesundheitskonzepte.<sup>48</sup> Grundlegend für diesen Ansatz ist eine salutogenetische Perspektive auf Gesundheit, die sich von der bis dahin verbreiteten pathogenetischen Sichtweise abwendet. Im Mittelpunkt der Pathogenese steht die Frage warum und wodurch Menschen krank werden, die Salutogenese untersucht hingegen was sie gesund hält.

*Ihre Grundfrage lautet warum Menschen trotz oftmals zahlreicher alltäglicher Belastungen und krankheitserregender Risikokonstellationen sowie kritischer Lebensereignisse gesund bleiben.*<sup>49</sup>

Diese veränderte Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit steht für ein neues Paradigma, das im Modell von Antonovsky veranschaulicht wird. Ein grundlegender Baustein ist hier sein Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zwischen denen nach Antonovskys Auffassung keine klare Grenzlinie gezogen wird. Vielmehr ist die Sprache von einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, an dessen beiden Endpunkten Gesundheit und Krankheit angesiedelt sind. Die Endpunkte des Kontinuums werden von Antonovsky als „Health-ease“ und „Dis-ease“ bezeichnet.<sup>50</sup> Nach seinem salutogenetischen Modell ist der Mensch folglich, je nachdem wie nah er sich an einem der Pole befindet, eher krank oder eher gesund. Inwiefern sich das Individuum einem der Pole nähert resultiert aus einem interaktiven Prozess zwischen seinen vorhandenen Widerstandsressourcen und den einwirkenden Stressoren (belastende Faktoren), wobei die Lebenserfahrungen einer Person im Kontext zu sehen sind.<sup>51</sup> Widerstandsressourcen sind Schutzfaktoren, die es ermöglichen mit Stressoren umzugehen. Alexa Franke, Psychologin und ehemalige Lehrstuhlinhaberin der Universität Dortmund verdeutlicht in ihrer Publikation „Salutogenetische Perspektive“ die Bedeutung von Widerstandsressourcen für den konstruktiven Umgang mit Stressoren.

*Stehen einer Person ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung, so können die Stressoren ihr gesundheitsschädigendes Potenzial nicht entfalten, da*

---

<sup>47</sup> Waller, H., 2006:25

<sup>48</sup> Ebd., S. 19

<sup>49</sup> Franke, A., 2010, o. S.

<sup>50</sup> Waller, H., 2006:20

<sup>51</sup> Ebd.

die Person immer wieder die Erfahrung macht, dass sie Stressoren meistern kann und ihnen nicht hilflos ausgeliefert ist.<sup>52</sup>

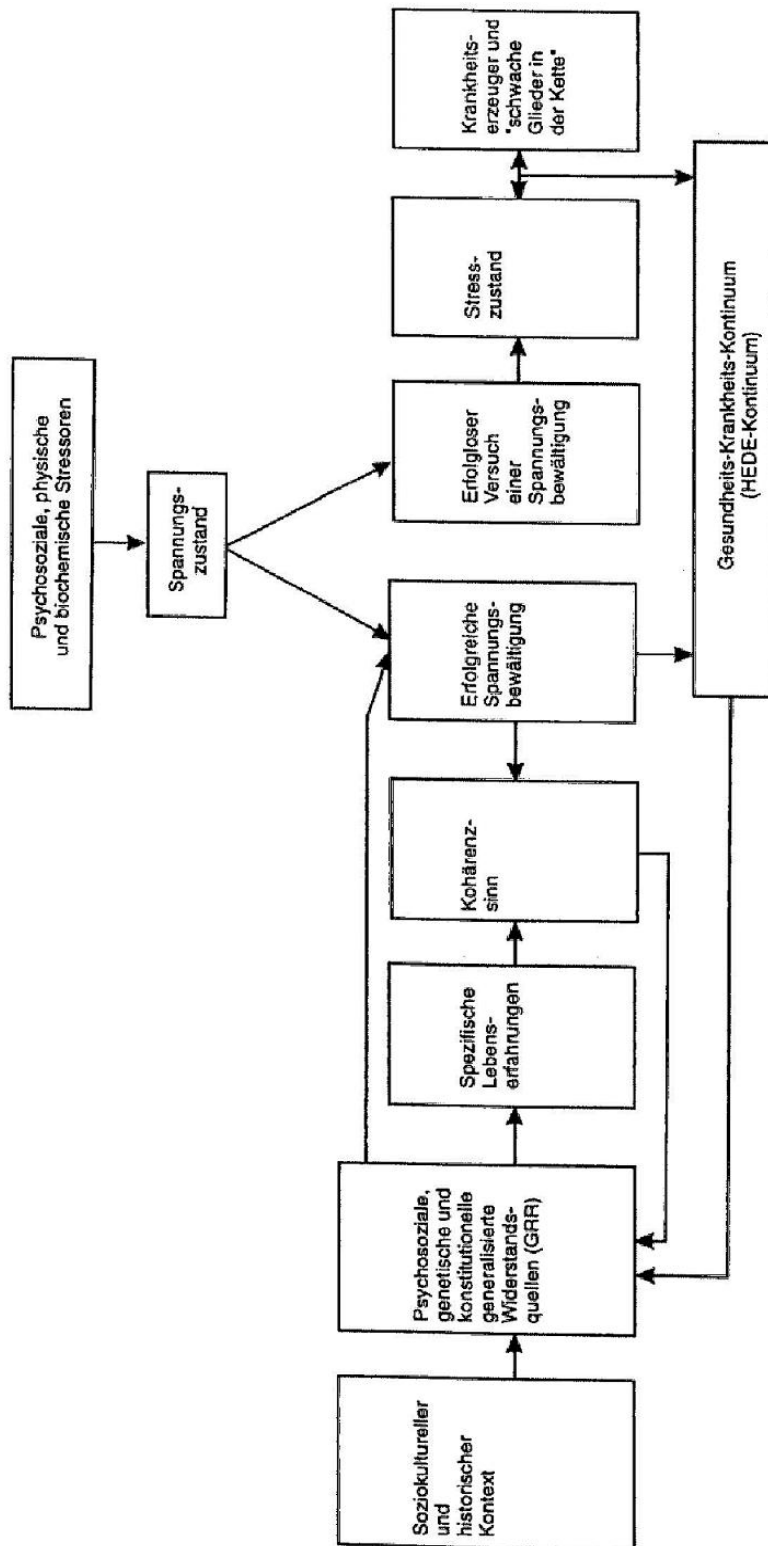


Abbildung 3 Das salutogenetische Modell von Antonovsky (in einer Darstellung von Becker 1982)<sup>53</sup>

<sup>52</sup> Franke, A., 2010, o. S.

<sup>53</sup> Übernommen aus: Waller, H. 2006:21



Belastende Faktoren sind nach Antonovsky Stressoren psychosozialer, physischer und biochemischer Art, die zwar störend auf den Organismus einwirken, doch im Sinne einer positiven Herausforderung des Körpers betrachtet werden. Demnach aktivieren die Stressoren den Körper um „zunächst einen Spannungszustand aufzubauen, um dann anschließend wieder ein Gleichgewicht herzustellen.“<sup>54</sup>

Widerstandsressourcen werden von Antonovsky in physische, soziale, psychische, materielle, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren unterteilt, die einerseits im Individuum und andererseits in dessen Umfeld und in der Gesellschaft zu finden sind.<sup>55</sup> Unter den individuellen Widerstandsressourcen werden beispielsweise interpersonale Ressourcen wie soziale Unterstützung und aktive Teilnahme an individuell bedeutsamen Entscheidungs- und Kontrollprozessen, kognitive Ressourcen wie Intelligenz und Wissen oder psychische Ressourcen wie Selbstvertrauen und Optimismus, aber auch ein sicherer Arbeitsplatz oder soziokulturelle Ressourcen wie die Einbindung in stabile Kulturen verstanden. In Hinblick auf gesellschaftliche Widerstandsressourcen zählen dazu vor allem Frieden, intakte Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze.<sup>56</sup>

Neben diesen Ressourcen steht das ebenfalls von Antonovsky entwickelte Konzept des „Kohärenzsinn“ als zentrale Widerstandsressource einer Person im Fokus. Es handelt sich bei dem Konzept um die Herausbildung einer mentalen Überzeugung, die als „Kohärenzgefühl“ bezeichnet wird. Nach Franke geht es dabei um die „Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und dass man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist.“<sup>57</sup> Das Kohärenzgefühl wird in drei Bereiche unterteilt:

- dem Gefühl der *Verstehbarkeit* der eigenen Person und der Umwelt (comprehensibility),
- dem Gefühl der *Handhabbarkeit* und Bewältigbarkeit (manageability),
- dem Gefühl der *Bedeutsamkeit* und Sinnhaftigkeit (meaningfulness).<sup>58</sup>

Umso größer das Vertrauen der jeweiligen Person ist mit den Anforderungen des Lebens zurechtzukommen und sich selbst in der Lage zu sehen eigene Lebensbedingungen gestalten und steuern zu können, desto stärker ist dessen Kohärenzgefühl herausgebildet. Eine Person mit starker Ausprägung des Kohärenzgefühls erlebt sich demnach nicht als „ausgeliefert oder

---

<sup>54</sup> Kurscheid, C., 2005:81

<sup>55</sup> Franke, A., 2010, o. S.

<sup>56</sup> Ebd.

<sup>57</sup> Ebd.

<sup>58</sup> Ebd.

fremdbestimmt<sup>59</sup> und es übernimmt Verantwortung für sich und andere. Somit werden Stressoren in diesem Fall als weniger beängstigend empfunden, sondern eher als etwas, an deren Bewältigung eine Person wachsen kann. Verschiedene Untersuchungen konnten außerdem bestätigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Kohärenzgefühls und einem positiven Gesundheitszustand besteht.

Antonovsky leistete mit seinem Modell der Salutogenese einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsforschung, da er die Aufmerksamkeit anstatt auf die Verhinderung von Krankheit, auf die Förderung von Gesundheit und die dafür relevanten gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen gelenkt hat.<sup>60</sup> Folglich werden durch Antonovskys Ansatz einerseits gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen zu Protektivfaktoren und Ressourcen angeregt und „Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Schutzfaktoren bzw. schützenden Bedingungen“ andererseits erweitert betrachtet.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> Franke, A., 2010, o. S.

<sup>60</sup> Ebd.

<sup>61</sup> Waller, H., 2006:24

### 3 Gesundheit und Schule

In diesem Kapitel sollen Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Schulbeteiligten und der Schule herausgearbeitet werden. Auf Grund des limitierten Umfangs dieser Arbeit werden hier die Schüler und Lehrer als repräsentative Gruppen der Schulbeteiligten angeführt, wobei unter diesen auch weitere Beteiligte wie etwa die Schulleiter oder die Eltern zählen. Im Folgenden soll die gesundheitliche Situation von Schülern und Lehrern dargestellt werden und jeweils in Bezug zu den gesundheitsrelevanten, schulspezifischen Bedingungen gestellt werden.

#### 3.1 Schüलगesundheit

Gesundheitswissenschaftliche Forschungsergebnisse zeigen, dass Schüler heutzutage überwiegend gesund sind. Anders als Erwachsene, stellen Kinder und Jugendliche eine Altersgruppe dar, die insgesamt überwiegend gesund ist.<sup>62</sup> Die internationale Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBCS)“ belegt dies in Bezug auf Deutschland beispielsweise anhand eines repräsentativen Befragungsteils, in dem Selbstangaben von Heranwachsenden im Alter von 11, 13 und 15 Jahren über ihre Gesundheit erhoben wurden. Demnach beurteilt die Mehrheit der Schüler „ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet“, wobei die Jüngeren ihre gesundheitliche Situation für besser befinden als die Älteren.<sup>63</sup> Zudem bezeugen Untersuchungen, dass bestimmte Beschwerden mit dem Alter der Heranwachsenden zusammenhängen.<sup>64</sup> Insgesamt kann belegt werden, „dass gesundheitliche Beeinträchtigungen vor allem im Befinden, der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit zu finden sind.“<sup>65</sup> Die selbst geäußerten Beschwerden der Schüler übersteigen dabei die objektiven Zahlen in den Krankenstatistiken. Dabei zeichnet sich ein Anstieg von Erkrankungen ab, „bei denen psychosoziale Faktoren mitverantwortlich sind.“<sup>66</sup> Nach Hascher und Winkler-Ebner stellen diese „wesentliche Belastungen“ für die Kinder und Jugendlichen dar.<sup>67</sup>

Mittels der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) wurden im Zeitraum von 2003-2006 Daten erhoben, die einen näheren Überblick über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 geben. Die

---

<sup>62</sup> Hascher, T. et al. in Paulus, P., 2010:32

<sup>63</sup> Ebd.

<sup>64</sup> Ebd.

<sup>65</sup> Ebd.

<sup>66</sup> Ebd.

<sup>67</sup> Ebd.

Ergebnisse zeigen, dass allergische Erkrankungen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen in der Altersgruppe gehören. Insgesamt leiden 16,7% der Heranwachsenden an einer allergischen Erkrankung, wobei die Anzahl im zunehmenden Alter höher wird. Demnach erkranken 8,9% der Kinder und Jugendlichen an Heuschnupfen, 3% leiden an Asthma und 7,7% haben Neurodermitis.<sup>68</sup>

Des Weiteren belegen die Auswertungen der Studie, dass Übergewicht und Adipositas zunehmend zu einem gesundheitlichen Problem bei den Heranwachsenden werden. Prozentual sind 15% der Kinder und Jugendlichen von 3-17 Jahren übergewichtig, und 6,3% leiden unter Adipositas.<sup>69</sup> Zugleich bezieht die Studie den Bereich Essstörungen<sup>70</sup> ein. Diesbezüglich werden Daten, von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, anhand eines Fragebogens<sup>71</sup> erhoben. Die Auswertungen veranschaulichen, dass 21,9% der Befragten „als auffällig bezüglich ihres Essverhalten identifiziert“<sup>72</sup> werden. Diesbezüglich wurde auch eine Verbindung zu psychischen Störungen festgestellt. „Die als auffällig Klassifizierten weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung auf.“<sup>73</sup>

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird im Rahmen der BELLA-Studie erfasst. Im Fokus stehen hier Befragungen zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Heranwachsenden im Alter von 7 bis 17 Jahren, die auch an KiGGS teilgenommen haben. Die Ergebnisse zeigen, dass bei ca. 22% der untersuchten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorliegen, „wobei ca. 10% [...] als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden müssen.“<sup>74</sup> Am häufigsten treten unter den psychischen Auffälligkeiten Störungen des Sozialverhaltens (10%), Ängste (7,6%) und Depressionen (5,4%) auf. Eine negative Einflussgröße stellt hier ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten dar, psychische Auffälligkeiten treten hier mit einer bis zu 4fach erhöhten Wahrscheinlichkeit auf. Bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen gibt es hingegen eine stärkere Ausprägung personaler, familiärer und sozialer Ressourcen.<sup>75</sup>

---

<sup>68</sup> Kurth, B.-M., 2006:1053

<sup>69</sup> Ebd., S. 1051

<sup>70</sup> Zu den Essstörungen zählen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-/Brechsucht), Adipositas (Fettsucht) im Zusammenhang mit sonstigen psychischen Störungen, Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen, ohne einer Gewichtszunahme gegenzusteuern) und sonstige atypische Essstörungen.

<sup>71</sup> Es handelte dabei um einen SCOFF-Fragebogen, ein Screeninginstrument zur Identifikation von Verdachtsfällen auf Essstörungen.

<sup>72</sup> Kurth, B.-M., 2006:1052

<sup>73</sup> Ebd.

<sup>74</sup> Ebd., S. 1057

<sup>75</sup> Ebd., S. 1058

Des Weiteren werden Zusammenhänge des Gesundheitszustands in Hinblick auf den sozialen Status aufgedeckt. Der kürzlich herausgegebene Jugendgesundheitsurvey verweist, unter Einbezug sozialer Ungleichheit, auf eine gegenseitige Einflussnahme der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen und dem sozialen Status. „Heranwachsende, die ein geringes Wohlstandsniveau angeben, schätzen ihren Gesundheitszustand als schlechter ein.“<sup>76</sup> Die Auswertungen der KiGGS- Studie belegen beispielsweise, dass bei Kindern aus sozialbenachteiligten Schichten ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht.<sup>77</sup> Auch in Bezug auf Essstörungen belegt die Studie, dass der Anteil der Auffälligkeiten bei Heranwachsenden mit niedrigerem sozioökonomischem Status höher ist. Im Kontrast zu 15,5% in der oberen Sozialschicht liegt der Anteil der Auffälligkeiten hier bei 27,6%. Ein Zusammenhang besteht auch bezüglich des Auftretens psychischer Auffälligkeiten. Ein niedriger sozioökonomischer Status stellt demnach eine negative Einflussgröße dar, „die mit einer bis zu 4fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit“<sup>78</sup> einhergeht.

Bestimmte Verhaltensmuster der Kinder und Jugendlichen beeinflussen ihren Gesundheitszustand. Verhaltensweisen wie körperliche Aktivitäten, Tabak- und Alkoholkonsum und Ernährungsverhalten sind dabei hervorzuheben. Jedes vierte Schulkind im Alter von 11 Jahren ist täglich körperlich aktiv. Ein solches Gesundheitsverhalten folgt den „empfohlenen Richtlinien von ExpertInnen.“<sup>79</sup> Laut der KiGGS-Studie spielen 77% der Kinder von 3 bis 10 Jahren fast täglich an der frischen Luft, und 52% machen wenigstens einmal pro Woche Sport.<sup>80</sup> In Hinblick auf Heranwachsende von 11 bis 17 Jahren zeigen die Ergebnisse, dass 84% mindestens einmal in der Woche aktiv sind, sodass „sie dabei ins Schwitzen oder außer Atem geraten.“<sup>81</sup>

Bezüglich besonders gesundheitsabträglicher Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum wird belegt, dass die Mehrheit der Heranwachsenden zwar nicht raucht und auch nicht regelmäßig Alkohol konsumiert. Dennoch scheinen diese Verhaltensweisen weiterhin sehr beliebt bei den Jugendlichen zu sein.<sup>82</sup> So heißt es, dass die meisten „schon Erfahrungen in diesen Bereichen gesammelt“<sup>83</sup> haben. Des Weiteren wird ein negativer Trend bezüglich des Einstiegsalters festgestellt. Dementsprechend wird immer früher mit dem

---

<sup>76</sup> Hascher, T. et al. in Paulus, P., 2010:32

<sup>77</sup> Kurth, B.-M., 2006:1051

<sup>78</sup> Ebd., S. 1057

<sup>79</sup> Hascher, T. et al. in Paulus, P., 2010:34

<sup>80</sup> Kurth, B.-M., 2006:1055

<sup>81</sup> Ebd.

<sup>82</sup> Hascher, T. et al. in Paulus, P., 2010:34

<sup>83</sup> Ebd.

Rauchen und dem Alkoholkonsum angefangen. Zudem wird in Hinblick auf den Umgang mit Alkohol belegt, dass mit dem Alter zunehmend ein so genanntes Komatrinken stattfindet. Zugleich verweisen die Ergebnisse der KiGGS-Studie auf einen Zusammenhang zwischen dem Rauchen und weiteren gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Heranwachsende, die als auffällig in ihrem Essverhalten klassifiziert wurden, rauchen demnach auch mehr.<sup>84</sup>

### 3.1.1 Situative schulische Belastungsfaktoren und Ressourcen für Schüler

Untersuchungen bezüglich der Zufriedenheit von Schülern mit der Schule stellen den Zusammenhang von Gesundheit und Schule bzw. ihren spezifischen belastenden Faktoren dar. Mehrere Studien belegen, dass die Zufriedenheit mit der Schule im Laufe des Alters stetig abnimmt.<sup>85</sup> Die zunehmend negativ werdende Haltung gegenüber der Schule lässt sich nach den Ergebnissen der internationalen Jugendgesundheitsveys beispielsweise durch die Zunahme des erlebten Schuldrucks begründen.<sup>86</sup> Die Schule birgt ein enormes Belastungspotenzial, das durch Bereiche wie Hausaufgaben oder häufige Leistungskontrollen entsteht. Weitere Zusammenhänge mit einer geringen Zufriedenheit zeigen sich in den Schülerbeurteilungen über die generelle Schulkultur. Darunter werden Aspekte wie professionelles Lehrerhandeln im Unterricht, Schülerpartizipation oder Leistungsanforderungen gezählt. Befragungsergebnisse von Schülern zeigen, dass sie die Qualität des Unterrichts und die Schülerpartizipation als niedrig einstufen und die Unterstützung von Seiten der Lehrer als unzureichend bezeichnen. Diese wahrgenommene Schulkultur steht wiederum in einem Zusammenhang zu der mentalen Gesundheit der Schüler.<sup>87</sup> Zwar belegen Studien mehrfach, dass die Zufriedenheit mit der Schule mit den Schuljahren weniger wird, doch beweisen Datenerhebungen zugleich, dass es „der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in der Schule einigermaßen oder gut gefällt.“<sup>88</sup> Des Weiteren wird von positiven Ergebnissen hinsichtlich der sozialen Beziehungen berichtet. So ist die Unterstützung unter Peers im Zusammenhang mit der Schulzufriedenheit „wesentlich und relativ stabil.“<sup>89</sup>

Die hohen Leistungsanforderungen und der damit einhergehende Schuldruck stellen, wie bereits erwähnt, für Schüler ein hohes Belastungspotenzial dar. Freitag spricht in diesem

---

<sup>84</sup> Kurth, B.-M., 2006:1052

<sup>85</sup> Hascher, T. et al. in Paulus, P., 2010:33

<sup>86</sup> Ebd., S. 34

<sup>87</sup> Ebd., S. 33

<sup>88</sup> Ebd.

<sup>89</sup> Ebd., S. 34

Zusammenhang von schulischem Leistungsstress und erklärt diesen zum primären, belastenden Faktor, der Störungen in der Gesundheitsbalance der Schüler verursachen kann.<sup>90</sup> Studien zeigen, dass den Schülern gute Noten und Schulerfolg wichtig sind. Engel und Hurrelmann belegen demnach, dass 96% von 1717 befragten Jugendlichen schulische Leistungen „wichtig“ oder „sehr wichtig“ sind.<sup>91</sup> Schulische Misserfolge und die damit einhergehende Gefährdung den erhofften Schulabschluss nicht erreichen zu können, führen nachweislich zu vielfachen Belastungen auf emotionaler und psychosomatischer Ebene. Prozentual beurteilen 24% der Jugendlichen Schulleistungen als ein großes Problem, 58% als ein kleines Problem und 18% als gar kein Problem. Bei Holler & Hurrelmann wird zwar hervorgehoben, dass psychosomatische Beschwerden von der schulischen Leistungssituation abhängig sind, doch sind die Konflikte mit den Eltern in diesem Zusammenhang auch von großer Bedeutung. Somit wird gefolgert, dass die Konflikthäufigkeit, die durch Versagensereignisse der Schüler entsteht, Einfluss auf die Häufigkeit von psychosomatischen Beschwerden der Heranwachsenden nimmt.<sup>92</sup>

Weitere Studien zeigen, dass schulische Anforderungen und gesundheitliche Störungen zusammenhängen. So beschreibt Nordlohne etwa, dass Schüler, die „sitzen bleiben“ oder versetzungsgefährdet sind, überdurchschnittlich häufig an psycho-physiologischen Stresssymptomen leiden.<sup>93</sup> Zudem belegen Untersuchungen von Luka- Krausgril & Reinhold, dass die hohen schulischen Anforderungen eine Ursache für Kopfschmerzen bei Schülern sind. Daneben erleben die Betroffenen extremen Stress, „den sie auch als belastender einschätzen“ und „fühlen sich sozial weniger unterstützt und sind depressiver.“<sup>94</sup> Weitere Untersuchungen verweisen auf einen Zusammenhang zwischen der schulischen Leistungssituation und dem Alkohol- und Tabakkonsum von Schülern. Prozentual beträgt der Anteil der Raucher 49% bei Schülern, die versetzungsgefährdet sind und nur 18% bei Schülern ohne dieses Problem. Dies verhält sich ähnlich in Bezug auf den Alkoholkonsum. Hier steigt der Anteil von 17% auf 34%.

Die sozialen Kontakte in der Schule können, wie bereits erwähnt, eine unterstützende Funktion für die Schüler, und demnach eine Ressource für die Heranwachsenden darstellen. So werden im Kontakt zu anderen Schülern wichtige Entwicklungsprozesse unterstützt, wie die Ausbildung der eigenen Identität und gleichzeitig ergeben sich wichtige Möglichkeiten, in

---

<sup>90</sup> Freitag, M., 1998:54

<sup>91</sup> Ebd., S. 56

<sup>92</sup> Ebd.

<sup>93</sup> Ebd., S. 57

<sup>94</sup> Ebd.

denen sie sich ausprobieren können.<sup>95</sup> Daneben führt der Kontakt mit Gleichaltrigen aber auch zu Konflikten und kann somit von den Schülern ebenso als Belastungsfaktor empfunden werden. Gruppendynamische Prozesse stellen hohe Anforderungen an die Schüler: So benötigen die Schüler zum Beispiel ein gutes Durchsetzungsvermögen, um sich in der Gruppe zu behaupten. Der Status in einer Gruppe kann sich sowohl positiv als auch negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken „Ist diese Position eher marginal, dann ist auch das Selbstwertgefühl eher negativ ausgeprägt [...]“.<sup>96</sup> Unter anderem kann belegt werden, dass sozial integrierte<sup>97</sup> Kinder und Jugendliche ihren Gesundheitszustand besser einstufen, als nicht integrierte Heranwachsende. Im Vergleich wird deutlich, dass sozial nicht integrierte Kinder und Jugendliche vier Mal häufiger angeben sich „nicht gesund“ zu fühlen. Neben dem vermehrten Auftreten gesundheitlicher Beschwerden und dem geschwächten Selbstwertgefühl steigt bei sozial nicht integrierten Schülern außerdem auch das Ausmaß der Depressivität. Zugleich zeigen weitere Studien, dass „Personen mit hohen Einsamkeitswerten“ eine geringere Ausprägung sozialer Kompetenzen aufweisen.<sup>98</sup>

Weitere gesundheitsunterstützende bzw. –schädigende Faktoren stehen im Zusammenhang mit der Schulökologie, wie etwa den räumlichen Gegebenheiten der Schule. Träbert nimmt in seiner Kritik Stellung zu umfangreichen gesundheitsgefährdenden Bedingungen wie die zu schwere Last des Schulrucksacks und das schlecht an die Schüler anpassbare Schulmobiliar, die beiderseits einen haltungsschädigenden Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen haben. Weiterhin kritisiert er den zu frühen Schulstart am Morgen, der nicht an die Tagesleistungskurve der Heranwachsenden angepasst ist. Zudem beeinflusst die „Gestaltung der Aufenthaltsräume, des Pausenhofes und der Turnhalle, die Sitzordnung“, sowie das Raumklima die gesundheitliche Situation der Schüler.<sup>99</sup> Im Zusammenhang mit dem Raumklima zeigen Untersuchungen beispielweise, dass „zu geringe Luftfeuchtwerte in Innenräumen, insbesondere in der Heizperiode“, das Risiko von Erkältungskrankheiten erhöhen. Daneben wird eine mögliche Verbindung zum Auftreten von Asthma und Hustenanfällen aufgeführt. In Bezug auf den Schulhof wird herausgestellt, dass dieser Ort nur selten so geschaffen sei, dass sich gesundheitsunterstützende Einflüsse auf die Schüler ergeben würden.

---

<sup>95</sup> Freitag, M., 1998:58

<sup>96</sup> Ebd.

<sup>97</sup> Als sozial integriert werden hier Heranwachsende zwischen 11 und 15 Jahren verstanden, die mehr als vier Personen haben, mit denen sie leichtfällig über ihre Probleme sprechen können, sich oft mit Freunden nach der Schule treffen und es ihnen nicht schwer fällt neue Freundschaften zu knüpfen.

<sup>98</sup> Freitag, M., 1998:58 f.

<sup>99</sup> Ebd., S. 61



*[...] auch der Schulhof, der ja eigentlich dem Aufenthalt, dem Spiel und der Entdeckung dienen könnte, erfüllt diese kompensatorischen Funktionen in den seltensten Fällen.<sup>100</sup>*

Das Lehrerverhalten und in dem Zusammenhang auch die Unterrichtsqualität sind weitere Faktoren, die Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Schüler haben. Beispielsweise kann die Notengebung einer Lehrkraft zu erhöhten Anspannungsgefühlen bei Schülern führen. Dies kann wiederum zur Verringerung der Schulmotivation, zum Anstieg der Schulangst oder zu psychosomatischen Beschwerden führen.<sup>101</sup> Des Weiteren verweisen Schülerbefragungen zu den Merkmalen einer „schlechten“ Lehrperson indirekt auf eine Beeinflussung der Schülergesundheit, die sich im Sinne des Auftretens emotionaler Begleitsymptome äußert. Unter den Merkmalen werden beispielsweise „langweilige Unterrichtsmethoden“ oder „persönliche Eigenschaften wie Humorlosigkeit, Launigkeit, mangelnde Kritikfähigkeit“ genannt.

### 3.2 Lehrgesundheit

In den 1990er Jahren zeichneten sich alarmierende Zahlen der Frühpensionierungen bei Lehrpersonen auf Grund von Dienstunfähigkeit ab.<sup>102</sup> Im Jahr 1999 sind insgesamt 62% der Lehrpersonen wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig aus dem Beruf ausgeschieden.<sup>103</sup> Im Verlauf der Zeit hat sich dieser Wert allerdings positiv entwickelt und sank im Jahr 2008 auf 22%.<sup>104</sup> Der Anteil der Lehrer, die mit Erreichen der Regelaltersgrenze pensioniert wurden lag im Jahr 2000 bei 6%, stieg jedoch bis 2008 auf 39%. Diese Veränderungen sind nach Krause et al. allerdings nicht hauptsächlich auf Veränderungen der gesundheitlichen Situation von Lehrkräften, sondern primär auf politische Beschlüsse wie „die Einführung von Abschlüssen bei der Pensionierung aufgrund von Dienstunfähigkeit vor Vollendung des 63. Lebensjahres“<sup>105</sup> zurückzuführen.

Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation bei den Frühpensionierungen auf Grund von Dienstunfähigkeit lassen sich anhand von Studien zur Pensionierung von Lehrern ziehen. Diese zeigen welche Hauptdiagnosen bei den Begründungen für die Frühpensionierung gestellt wurden. Hierzu wird eine Erhebung von über 5500 Lehrpersonen in Bayern angeführt, die von 1996 bis 1999 stattgefunden hat. In Übereinstimmung mit weiteren Untersuchungen

---

<sup>100</sup> Freitag, M., 1998:62

<sup>101</sup> Ebd., S. 63

<sup>102</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:57

<sup>103</sup> Bals, T. et al., 2008:172

<sup>104</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:57

<sup>105</sup> Ebd., S. 58

wurde diesbezüglich festgestellt, „dass sich etwa die Hälfte der Hauptdiagnosen gemäß ICD 10<sup>106</sup> auf „Psyche/Verhalten“ bezogen“<sup>107</sup>, wobei Depressionen mit einem Anteil von 36% und Erschöpfungssyndrom/Burnout mit 16% am stärksten vertreten waren. Neben der Diagnosegruppe Psyche/Verhalten folgen Muskel-/Skeletterkrankungen mit einem Anteil von 17% und Herz-/Kreislaufkrankungen mit einem Anteil von 10%.

Im Zusammenhang mit diesen Erkenntnissen sollte darauf verwiesen werden, dass Experten sich über das Vorhandensein hoher psychischer Beanspruchungen bei der Lehrertätigkeit einig sind. Laut Schaarschmidt wird der Lehrerberuf „oft als einer der beanspruchendsten Berufe eingeschätzt, zuweilen sogar als Gesundheitsrisiko per se verstanden.“<sup>108</sup> In dieser Verbindung wird oft an Burnout gedacht, weshalb der Lehrerberuf auch als „typischer Burnout- Beruf“ gilt.<sup>109</sup> Symptome eines Burnouts zeigen sich in „emotionaler Erschöpfung, Demoralisierung, Müdigkeit, Antriebsverlust, Unzufriedenheit, reduzierter Leistungstätigkeit und Depersonalisierung/Abneigung“<sup>110</sup> einer Person. Oftmals ist hohes Engagement ein anfängliches Merkmal bei Betroffenen, das in Reizbarkeit, Misstrauen und Borniertheit umschlägt. Weitere Charakteristika sind eine negative und zynische Einstellung zur Arbeit und den Mitmenschen. In Verbindung damit können auch depressive Symptome auftreten. In Bezug auf die Prävalenz verweisen Untersuchungsergebnisse des Forschungsbereichs Lehrgesundheit seit Jahren auf einen Anteil von ungefähr einem Viertel aller Lehrkräfte, die „ein mit Burnout assoziiertes arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster“<sup>111</sup> aufweisen. Andererseits werden die Befunde zur Krankheitshäufigkeit von Burnout in diesem Berufsfeld in letzter Zeit zunehmend angezweifelt. Angaben variieren dabei auf Grund der diagnostischen Unschärfe des Konstrukts Burnout und bewegen sich demnach in einer Spannweite von 15 bis 30%.

Weitere Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation von Lehrkräften können einer Studie entnommen werden, die Ergebnisse zu einer berufsvergleichenden, repräsentativen Befragung von 20.000 Erwerbstätigen in Deutschland liefert. Diese zeigen, dass Lehrer

*im Vergleich zu den anderen Erwerbstätigen häufiger unter Symptomen leiden, die auch bei depressiven Störungen auftreten, wie Erschöpfung, Nervosität, Reizbarkeit und Schlafstörungen.*<sup>112</sup>

---

<sup>106</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

<sup>107</sup> Krause, A. et al in Paulus, P., 2010:59

<sup>108</sup> Nieskens, B. et al., 2012: 59

<sup>109</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:59

<sup>110</sup> Nieskens, B. et al., 2012:59

<sup>111</sup> Ebd.

<sup>112</sup> Ebd., S. 60

Zudem wurden in einer Studie von Gieske und Rolff Daten zur Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden bei Lehrkräften erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass ungefähr 45% der Befragten häufig oder fast immer an Beschwerden wie Müdigkeit, Überlastungserscheinungen, Antriebslosigkeit und Angespanntheit leiden. Zugleich sind es 40% der Befragten, die häufig oder fast immer an Glieder- und Muskelbeschwerden leiden.<sup>113</sup>

Eine unveröffentlichte Studie aus dem Jahr 2007 von Nieskens et al. dient zur weiteren Darstellung der gesundheitlichen Situation von Lehrern. Die Erhebungen beziehen sich auf 365 Lehrkräfte an acht Schulen. Im Fokus stehen hier die häufigsten aktuellen Beschwerden der Lehrpersonen. Der Anteil an Lehrern, die aktuell mäßig bis stark an Mattigkeit leiden, ist mit 50% am höchsten. Daneben folgen Beschwerden wie innere Unruhe (46%), Grübelei (41%) und ein übermäßiges Schlafbedürfnis (40%). Nacken- und Schulterschmerzen folgen anschließend mit 39% und Beschwerden wie Schwächegefühl oder Schlaflosigkeit werden von 25% der Lehrkräfte angegeben. Am geringsten ist der Anteil von jeweils 20% der Befragten, der ein Druck/ Völlegefühl im Leib oder ein Schweregefühl/Müdigkeit in den Beinen als aktuelle, mäßig bis starke Beschwerde angibt.<sup>114</sup>

### 3.2.1 Situative schulische Belastungsfaktoren und Ressourcen für Lehrer

Untersuchungen zur Arbeitssituation von Lehrern verweisen auf Zusammenhänge zwischen den berufsspezifischen Anforderungen im Lehrerberuf und der gesundheitlichen Verfassung von Lehrkräften. Diese Anforderungen können hohe psychosoziale Belastungen darstellen. So können beispielsweise die Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb eines Kollegiums, die Verständigung mit der Schulleitung, die Arbeitsorganisation oder auch das allgemeine Schulklima Faktoren sein, die zu psychosozialen Belastungen führen.<sup>115</sup> Umgekehrt führt zum Beispiel eine gute Kooperation unter den Kollegen zu Entlastungen und mehr Freude an der Arbeit. In Bezug auf die Arbeitsorganisation sind besonders Belastungen, wie fehlende Erholungspausen oder der enorme Zeitdruck zu erwähnen. Nach Krause et al. wird in diesem Zusammenhang von Fehlbelastungen gesprochen, die auf Grund von „Diskrepanzen zwischen den Zielen der arbeitenden Person und den Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zur Zielerreichung im Arbeitsalltag“<sup>116</sup> entstehen. Diese Diskrepanzen können sich folglich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Äußerungen von Lehrern auf direkte Fragen zu solchen Fehlbelastungen beziehen sich dabei primär auf

---

<sup>113</sup> Nieskens, B. et al., 2012:61

<sup>114</sup> Ebd.

<sup>115</sup> Schumacher, L., 2012:98

<sup>116</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:65

*zu große Klassen, schwierige Schüler, Lärm, ein zu hohes Unterrichtsdeputat und zunehmend auch auf bestehenden Reformdruck und Überforderungen durch die damit verbundene Veränderungsgeschwindigkeit und eine zunehmende Arbeitsmenge.<sup>117</sup>*

Zudem zeigen empirische Erhebungen, dass Lehrpersonen Unterrichtsstörungen, fehlende Disziplin und Motivation bei Schülern, Notengebung und Korrekturen als belastende Faktoren erleben.

Des Weiteren veranschaulichen die Ergebnisse eines Modellprojekts von 2007 die von Lehrkräften als belastend erlebten Arbeits- und Organisationsbedingungen. Dabei wird deutlich, dass nicht allein die Unterrichtstätigkeit und ihre spezifischen Anforderungen Einfluss auf das Wohlergehen von Lehren haben. So werden vor allem auch „Tätigkeiten und Aufgaben im Bereich des Schulmanagements und der Schulorganisation von sehr vielen der befragten Lehrkräfte als belastend erlebt.“<sup>118</sup> Neben belastenden Faktoren, die direkt mit der Schule zusammenhängen, haben allerdings auch außerschulische Aspekte Einfluss auf die Gesundheit von Lehrern. In diesem Zusammenhang müssen vor allem gesellschaftliche Veränderungen genannt werden, die unter anderem zu einem veränderten Ansehen des Lehrerberufs geführt haben. Während Lehrer lange Zeit, ähnlich wie etwa Ärzte, ein hohes Ansehen genossen haben, hat ihr Image in letzter Zeit stark gelitten. Ebenso lässt sich beobachten, dass sich die konkreten Tätigkeiten von Lehrern stark verändert haben: Lehrer sind heute immer stärker mit dem Erziehen der Schüler und weniger mit dem Vermitteln von Unterrichtsinhalten beschäftigt.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:66

<sup>118</sup> Schumacher, L., 2012:99

<sup>119</sup> Krause, A. et al. in Paulus, P., 2010:66

## 4 Gesundheitsförderung im Setting Schule

Jeder Mensch möchte gesund sein. Bereits um 300 v. Chr. benannte der bedeutende griechische Arzt Herophilus eine gute Gesundheit als Voraussetzung für Erfolg in allen weiteren Bereichen des menschlichen Daseins: „Wo Gesundheit fehlt, kann Weisheit nicht offenbart werden, Kunst kann keinen Ausdruck finden, Stärke kann nicht kämpfen, Reichtum wird wertlos und Klugheit kann nicht angewandt werden.“<sup>120</sup>

### 4.1 Gesundheitsförderung

Grundlegend für die Gesundheit des Menschen sind Strategien zur Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit. Zentral ist hier der Leitbegriff Gesundheitsförderung, der insbesondere durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und durch Antonovskys salutogenetische Perspektive geprägt wurde.<sup>121</sup> In den frühen 1980ern erarbeitete die WHO die wesentlichen Ziele und Prinzipien von Gesundheitsförderung und trug diese 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammen. In der Ottawa-Charta wird erklärt, dass Gesundheitsförderung darauf abzielt,

*allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.*<sup>122</sup>

Im Jahr 1997 wurde der Begriff in der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung weiterentwickelt und definiert als

*ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.*<sup>123</sup>

Diese Definitionen akzentuieren ein positives Gesundheitsverständnis, also eines das salutogenetische Problemstellungen fokussiert und Fragen danach stellt wie und wo Gesundheit hergestellt wird. Im Zentrum der Gesundheitsförderung steht daher einerseits die Analyse der Gesundheitsressourcen und-potenziale der Menschen mit der Zielrichtung diese zu erhalten und zu stärken bzw. zu vermehren. Andererseits setzt das Konzept der Gesundheitsförderung nicht nur beim Individuum, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene an. Gesundheitsförderung stellt demnach auf der sozialen sowie auf der gesundheitspolitischen Ebene einen komplexen Ansatz dar. So geht es auf der einen Seite

---

<sup>120</sup> Zitiert aus Paulus, P., 2011: Einführung in die schulische Gesundheitsförderung und Bildung/ Foliensatz

<sup>121</sup> Waller, H. 2006:156

<sup>122</sup> Ebd.

<sup>123</sup> Kaba- Schönstein, L., 2003:137

darum gesundheitsrelevante Lebensweisen und –bedingungen zu verbessern und jeden Einzelnen zur Verbesserung seiner Gesundheit zu befähigen. Auf der anderen Seite zielt Gesundheitsförderung auf die politische Intervention im Sinne der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Faktoren ökonomischer, sozialer, ökologischer und kultureller Art ab.<sup>124</sup> Konkrete Maßnahmen sind beispielsweise „die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unterstützung von Gesundheitshandeln“ sowie „gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen, Arbeitsbedingungen und Gemeinschaftsverpflegung in verschiedenen Institutionen.“<sup>125</sup> Durch Einflussnahmen auf politischer Ebene soll das Individuum erreicht werden, indem die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen erweitert werden. Zentral ist dabei der Gedanke, dass „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemacht wird.<sup>126</sup>

## 4.2 Der Setting- Ansatz

Um eine Grundlage für die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung zu schaffen, wurde von der Weltgesundheitsorganisation der Setting-Ansatz konzipiert. „Als Setting wird ein abgegrenztes soziales System festgelegt, in dem Gesundheitsförderungsprogramme realisiert werden (sollen).“<sup>127</sup> Im Fokus des Setting- Ansatzes stehen vor allem die Rahmenbedingungen der Menschen und die direkte Zuwendung zu Organisationen und Netzwerken, wobei das individuelle Risikoverhalten weniger im Vordergrund steht. Der Setting-Ansatz bildet die Kernstrategie der Gesundheitsförderung und wird in zahlreichen Gesundheitsförderungsprojekten, wie beispielsweise dem Projekt „Healthy Cities“, das 1986 von der WHO gestartet wurde, angewendet.<sup>128</sup> Zudem wurden zahlreiche Projekte mit Fokus auf Organisationen des Alltagslebens umgesetzt. Dazu zählen Schulen, Betriebe und Krankenhäuser, die zu wichtigen „Orten“ gesundheitsförderlicher Settings wurden.<sup>129</sup> Der Begriff „Setting“ bezieht sich in diesen Projekten nicht nur auf die räumliche Bestimmung für Gesundheitsförderungsaktivitäten, „sondern meint eine soziale Einheit, die sich für Intervention besonders eignet.“<sup>130</sup> Weiterhin handelt es sich bei einem Setting um ein Feld, das jegliche Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst. Dies liefert eine Erklärung dafür, dass unterschiedlichste Gemeinden und Organisationen im Fokus des Setting- Ansatz stehen. Demnach werden unterschiedliche Faktoren in den jeweils spezifischen Settings auf

---

<sup>124</sup> Kaba-Schönstein, L., 2003:138

<sup>125</sup> Ebd.

<sup>126</sup> Ebd.

<sup>127</sup> Bals, T. et al., 2008:16

<sup>128</sup> Ebd.

<sup>129</sup> Ebd., S. 17

<sup>130</sup> Grossmann, R. et al., 2006:65

ihre Bedeutung für die Gesundheit geprüft und „im Sinne der Gesundheitsförderung verändert.“<sup>131</sup> Hier geht es darum, dass beispielsweise in einem Krankenhaus nicht nur Informationen über eine gesunde Lebensweise vermittelt und diskutiert werden, sondern daneben auch die Beziehungen zwischen den Mitarbeitern, die Architektur und Einrichtung sowie Kontakte zur Außenwelt hinsichtlich ihrer Potenziale für eine Verbesserung der Gesundheit betrachtet werden. Gesundheitsförderung wird nach diesem Konzept in die gesamte Organisationskultur eines Settings eingebunden.<sup>132</sup>

Der Ansatz zeichnet sich des Weiteren dadurch aus, dass verschiedene Akteure im jeweils gegebenen sozialen Kontext eines Settings erreicht werden können. So werden im Setting Schule gleichzeitig Lehrer, Schüler, Eltern und Personal erreicht. Darüber hinaus können Maßnahmen unterschiedlicher Art mit dem Ziel einer wechselseitigen Unterstützung kombiniert werden, die sich einerseits auf den Kontext und andererseits auf das Individuum beziehen.<sup>133</sup> Der Setting-Ansatz hebt den Einfluss der sozialen Umwelt auf die Chancen, Gewohnheiten und Wertehaltungen hervor. Gleichzeitig wendet er sich von der vorrangigen Beschäftigung mit vereinzelt Problemen, wie etwa dem Rauchen oder der Ernährung, ab. Hierin besteht auch ein elementarer Unterschied zu Ansätzen und Strategien der traditionellen Gesundheitserziehung.<sup>134</sup> Trotz dieser Verschiebung ist es für die Planung von Projekten und Interventionen notwendig Probleme einzugrenzen. Daher gilt es sowohl das Setting als auch das Problem präzise zu umschreiben, um so einen eindeutigen Rahmen für eine Intervention definieren zu können. „Je klarer der Rahmen eines Projekts definiert wird, desto besser werden die Ergebnisse sein.“<sup>135</sup> Durch diese Kombination von Problemorientierung einerseits und Setting-Ansatz andererseits zielt man auf noch größere Erfolge der einzelnen Projekte.

Zudem schafft der Setting- Ansatz einen Rahmen für Gesundheitsförderung, der sich davon abwendet Gesundheit ausschließlich auf der Ebene des Individuums zu fordern und zu fördern. Der Begriff der Gesundheitsforderung bezieht sich auf die Entwicklung von Konzepten der Gesundheitsförderung, die überwiegend am individuellen Verhalten ansetzen und Fragen der Verhaltensmodifikation einzelner Personen in den Vordergrund rücken. Äußere Einflussfaktoren, wie etwa die sozialen Rahmenbedingungen, werden dabei vernachlässigt und Einflüsse der Umwelt auf den Gesundheitszustand werden als gering betrachtet.<sup>136</sup>

---

<sup>131</sup> Grossmann, R. et al., 2006:66

<sup>132</sup> Ebd.

<sup>133</sup> Waller, H., 2006:170

<sup>134</sup> Grossmann, R. et al., 2006:65f.

<sup>135</sup> Ebd., S. 71

<sup>136</sup> Bals, T. et al., 2008:14

## Der Setting- Ansatz hingegen

*beruht auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind.*<sup>137</sup>

Hiermit wird die besondere Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, arbeiten, lernen und konsumieren, im Setting-Ansatz betont. Demnach geht es darum Abhängigkeiten und Risiken, die im Zusammenhang mit den ökonomischen und sozialen Grundlagen entstehen, sowie Traditionen milieuspezifischer Art bei der Konzeption gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu bedenken und ihnen Rechnung zu tragen. Der Setting-Ansatz sieht vor, dass Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen wie Gesetzgebung, Finanzierungsmechanismen oder bewusstseinsbildende Maßnahmen zu einer Verbesserung der Gesundheit führen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es hierbei weniger um die Verhaltensmodifikation des Einzelnen geht. „Systemtheoretisch geht es vor allem um Kontextsteuerung im Unterschied zur direkten Verhaltensbeeinflussung.“<sup>138</sup>

### 4.3 Schule als Setting für Gesundheitsförderung

Im Folgenden soll die Institution Schule als Setting für Gesundheitsförderung genauer betrachtet werden. Die Weltgesundheitsorganisation trug mit der Aktualisierung und Veröffentlichung ihres Grundsatzprogramms im Jahr 1998 unter dem Titel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ entscheidend dazu bei, dass „sich die schulische Gesundheitsförderung als ein Hauptfeld der Prävention und Intervention etabliert hat.“<sup>139</sup> Demnach kann Schule als ein klassisches Setting der Gesundheitsförderung bezeichnet werden. Eine zentrale Begründung dafür ist, dass Schule ein Setting darstellt in dem eine breite Bevölkerungsgruppe erreicht werden kann. Zudem spielt das Alter der Adressaten eine wichtige Rolle, da die Heranwachsenden in dieser Lebensphase sehr entwicklungsfähig sind.

*In der Schule werden Kinder und Jugendliche in einer Entwicklungsphase erreicht, in der gesundheitlich relevante Verhaltens- und Lebensweisen ausgebildet werden, die für den Umgang mit Risiken und Konflikten [...] in der Regel für lange Zeit im Leben mit bestimmend sind.*<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> Grossmann, R. et al., 2006:66

<sup>138</sup> Ebd.

<sup>139</sup> Bals, T. et al., 2008:135

<sup>140</sup> Paulus, P., 2010: 8



Als Grundlage für die Gesundheitsförderung und den damit zusammenhängenden Gesundheitszielen wird die Schule als eine Lebenswelt verstanden, in der es angestrebt wird Qualifikationen kognitiver, sozialer und personaler Art zu vermitteln. Des Weiteren ist die Gestaltung dieser Lebenswelt so auszurichten, „dass sie der Entwicklung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit, wie sie als Einheit in der Gesundheitsdefinition der WHO (1947) postuliert wird, förderlich ist.“<sup>141</sup> Hier wird mit einem Verständnis von Schule gebrochen, das die zentralen Ziele der Institution ausschließlich in der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit, der sturen Wissensvermittlung sowie der Verwertbarkeit der Qualifikationen sieht.

Eine Schule, die zum Setting von Gesundheitsförderung wird, versteht sich als ein Ort, an dem Heranwachsende einen großen Teil ihres Lebens verbringen und wo neben den „pädagogisch intendierten auch „extensionale“ Lern- und Kommunikationserfahrungen bei der Verwirklichung der schulischen Entwicklungsaufgaben“ gesammelt werden.<sup>142</sup> Nur wenn die zuvor erwähnten Ebenen des Lebens und Lernens in der Schule berücksichtigt werden, dient Schule als gesundheitsförderliches Setting. Eine sehr traditionelle Auffassung von Schule, wo diese beispielsweise ausschließlich als ein Ort der Wissensvermittlung betrachtet wird, kann äußerst negative Auswirkungen auf die Gesundheit ihrer Mitglieder hervorgehoben. So können etwa zu hohe Anforderungen in der Schule bei den Heranwachsenden Stress auslösen, der ohne Unterstützung nicht für jeden Schüler bewältigbar ist. Die Bewältigungsstrategien können in diesem Fall Muster wie aggressives Verhalten, Drogenkonsum oder psychosomatische Störungen aufweisen.<sup>143</sup>

Neben den Schülern sind die Eltern und Lehrer, als Bestandteil dieses Interaktionsgefüges, weitere zentrale Gruppen im Setting Schule und in Hinblick auf die Gesundheitsförderung. Das Elternhaus und die Schule stehen in einem Verhältnis, das durch unterschiedliche Einwirkungen der Eltern auf die Kinder beeinflusst wird, die entweder unterstützender Art sind oder Risiken für die Heranwachsenden darstellen können. Aus diesem Grund ist die Einbeziehung der Elternschaft in gesundheitsförderliche Maßnahmen von elementarer Wichtigkeit. Als weitere wichtige Gruppe gilt es die Lehrer in Projekte der Gesundheitsförderung einzubeziehen, da diese durch ihr Verhalten die eigene Gesundheit, aber vor allem auch die der Schüler positiv oder negativ beeinflussen können. Neben den Lehrern müssen unbedingt auch alle weiteren Mitarbeiter der Schule fokussiert werden, wie etwa die Schulleitung, das Sekretariat, die Hausmeister oder die Reinigungskräfte. Ebenso gilt

---

<sup>141</sup> Bals, T. et al., 2008:135

<sup>142</sup> Ebd.

<sup>143</sup> Ebd.

es vernetzte Institutionen, wie beispielsweise den Hort oder Sportvereine, zu berücksichtigen. Denn nur das Zusammenwirken aller Beteiligten kann ein nachhaltig gesundheitsförderliches Setting entstehen lassen.

#### 4.4 Konzepte zur schulischen Gesundheitsförderung

Unter diesem Kapitel werden die Ansätze der „Gesundheitsfördernden Schule“ und der „Guten gesunden Schule“ vorgestellt. Diese schulischen Gesundheitsförderungskonzepte basieren auf der Grundannahme, dass Gesundheit und Bildung wechselseitig aufeinander einwirken.

*Gesundheit im Sinn der Funktions- und Leistungsfähigkeit [...] ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreich verlaufende Bildungsprozesse, wie umgekehrt Bildung eine gute Grundlage für gesundheitsangemessene Verhaltensweisen, Einstellungen, Überzeugungen und Wissensbestände (Health Literacy) bietet.<sup>144</sup>*

In diesem Zusammenhang sind zwei Zielrichtungen schulischer Gesundheitsförderung zu betrachten. Zum einen ist die „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ ein Ziel. Damit ist gemeint, dass den Schülern durch schulische Erziehung und Bildung die Möglichkeit geboten wird zu lernen, wie sie verantwortungsvoll mit sich selbst und mit anderen in Hinsicht auf die Gesundheit umgehen können.<sup>145</sup> Zum anderen wird die „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“ als Ziel schulischer Gesundheitsförderung genannt. Dabei geht es um die gesundheitsfördernde Gestaltung einer Schule, die als „eine lebendige, sich entwickelnde Organisation in ihrer strukturellen und prozessualen Verfasstheit“ betrachtet wird, mit dem Ziel, dass sie „ihrer Aufgabe, Bildung zu „produzieren“, möglichst effizient nachkommen kann.“<sup>146</sup>

##### 4.4.1 Gesundheitsfördernde Schule

Die „Gesundheitsfördernde Schule“ wurde in Hinblick auf den Bereich Schule zum zentralen Konzept der Gesundheitsförderungsstrategie der Weltgesundheitsorganisation. Hingegen der traditionellen Gesundheitserziehung, die vorrangig vereinzelte gesundheitsrelevante Aspekte, wie Zahnhygiene oder Alkoholkonsum, zum Unterrichtsgegenstand hatte, ist diese nach Paulus „die geeignetere, [um, Anm. d. Verf.] Gesundheitsthemen nachhaltig wirksam in der Schule zu verankern.“<sup>147</sup> Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ lässt sich zuerst

---

<sup>144</sup> Paulus, P., 2002:971

<sup>145</sup> Ebd.

<sup>146</sup> Ebd.

<sup>147</sup> Paulus, P., o. J.:2

einmal anhand der Unterschiede zu dem Ansatz der „Gesundheitsförderung in Schulen“ veranschaulichen.

Im Fall der „Gesundheitsförderung in Schulen“ werden „in dem „Schauplatz“ bzw. „Setting“ Schule eine Reihe von Maßnahmen der Gesundheitserziehung, Bildung und Gesundheitsförderung durchgeführt.“<sup>148</sup> Im Zentrum der „Gesundheitsfördernden Schule“ steht hingegen, dass Schule „insgesamt die neue Dimension „Gesundheitsfördernden Schauplatz bzw. Settings“ annimmt.“<sup>149</sup> Grundlegend ist dabei, dass es sich um einen settingbasierten Ansatz handelt, somit wird hier das gesamte „Setting“ Schule betrachtet. Dies ist der große Unterschied zum problembasierten Ansatz der „Gesundheitsförderung in Schulen“, dessen Fokus auf bestimmten gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen liegt. Die präventiven Interventionsmaßnahmen beschränken sich hierbei lediglich auf vereinzelte, zeitlich klar begrenzte Projekte, die überwiegend in keinem größeren Zusammenhang zur Gesamtorganisation der Schule stehen.<sup>150</sup> Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ wird hingegen als ein Ansatz verstanden, der die gesamte Schule betrifft und auf Veränderungen der Schule insgesamt abzielt. Darunter zählen

*Veränderungen des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel der ganzheitlichen Förderung der Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen.*<sup>151</sup>

Nach Paulus wird Gesundheit in diesem Konzept zum Thema gemacht, indem ein Schulentwicklungsprozess eingeleitet wird, der an dem Ziel orientiert ist ein Setting Schule zu schaffen, das einerseits „zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt“ und andererseits „die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert.“<sup>152</sup> Die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule stellt dabei ein übergeordnetes Ziel dar.<sup>153</sup> Schulen, die dieses Konzept verwirklichen, engagieren sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern und verpflichten sich zu bestimmten Prinzipien. Diese sollen anhand der Abbildung 4 veranschaulicht und anschließend mittels Paulus Klassifizierung erläutert werden.

Das Zentrum der Gesundheitsfördernden Schule wird von den vier Handlungsfeldern umschlossen. Das erste Handlungsfeld heißt „Lehren, Lernen, Curriculum“. Dies umfasst

---

<sup>148</sup> Barkholz, U. et al., 1998:11

<sup>149</sup> Ebd.

<sup>150</sup> Ebd.

<sup>151</sup> Ebd., S. 13

<sup>152</sup> Paulus, P., o.J.:2

<sup>153</sup> Ebd.

nach Paulus, dass Gesundheit zum Thema des Lehrens und Lernens wird. Zugleich handelt es um eine gesundheitsförderliche Didaktik und Methodik des Lehrens und Lernens. Dazu zählt beispielsweise das ganzheitliche Lernen unter Einbezug aller Sinne.<sup>154</sup> Das nächste Handlungsfeld bildet die „Schulische Umwelt“. Hier rücken die Schulkultur und die Schulgestaltung als Anknüpfungspunkte zur Gesundheitsförderung in den Vordergrund. Zentral sind hier beispielsweise das psychosoziale Klima, Ruhe- und Rückzugsräume oder der Klassenraum als Bewegungsraum.<sup>155</sup> Unter dem nächsten Handlungsfeld, „Dienste und Kooperationspartner“ wird der Einbezug schulexterner Partner und medizinischer Dienste im Sinne einer unterstützenden Funktion schulischer Gesundheitsförderung angesprochen, wie beispielsweise die Jugendhilfe oder Krankenkassen. Das letzte Handlungsfeld ist das „Schulische Gesundheitsmanagement“. Dabei geht es um die Entwicklung und Anwendung von Strategien und Prinzipien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung. Das „Schulgesundheits-Management-System“ ist ein „systematisch betriebenes Management“, das in die Schule integriert ist und unterschiedliche Qualitätsindikatoren beinhaltet. Darunter fallen die Bereiche der „Führungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in der Perspektive „Schule als Betrieb“ aufeinander bezogen werden.“<sup>156</sup> Hier sind Bereiche wie Arbeitsverhalten, Schulkultur und -klima und Führungsstile relevant.

Die fünf Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule befinden sich im Äußeren der Abbildung. Das erste Prinzip ist die „Nachhaltige Entwicklungsinitiative für Schulentwicklung“. Hier wird hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung als Teil der Schulentwicklung zu betrachten ist, bei dem der Fokus auf einer nachhaltigen Wirkung in der Schule liegt. In diesem Zusammenhang soll das Verständnis durchbrochen werden, dass schulische Gesundheitsförderung vereinzelte „Events“ initiiert, die zwar kontinuierlich, aber eben nur punktuell stattfinden. Das zweite Prinzip bezieht sich auf die Gesundheit als ganzheitliches Konzept und ihre einflussnehmenden Faktoren. Das Gesundheitsverständnis Gesundheitsfördernder Schulen ist ein umfassendes, das angelehnt an die Formulierung der WHO, Gesundheit „als physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Balance des Wohlbefindens“ versteht. Die Subjektivität ist hier ein wichtiger Faktor, da nur das Individuum selbst über sein Wohlbefinden entscheiden kann. Daher ist der Einbezug der erlebenden Person bei Veränderungsmaßnahmen, in Hinblick auf die Gesundheitsförderung, besonders wichtig. Unter „Innere/Äußere Vernetzung“ ist ein Prinzip zu verstehen, dass Gesundheit in Abhängigkeit mehrerer, verschiedener sich gegenseitig beeinflussender

---

<sup>154</sup> Paulus, P., o.J.:6

<sup>155</sup> Ebd.

<sup>156</sup> Ebd.

Determinanten betrachtet. Darunter wird neben dem Verhalten auch die „genetische Ausstattung, die gesellschaftlich-kulturellen Gegebenheiten“, sowie das Gesundheitssystem als beeinflussende Faktoren betrachtet.<sup>157</sup> Das vorletzte Prinzip „Partizipation, Empowerment und Selbstbestimmung“ beinhaltet, dass eine gesundheitsfördernde Schule selbst darüber entscheidet, welche gesundheitlichen Probleme fokussiert werden und bearbeitet werden. Dabei sollten alle Schulbeteiligten, wozu neben Schülern und Lehrern auch Eltern und nicht-unterrichtende Mitarbeiter zählen, unter Einbindung ihrer Erwartungen und Wünsche, integriert werden. Das letzte Prinzip beinhaltet die Ausrichtung auf die Salutogenese<sup>158</sup> als eines der primären Merkmale der Gesundheitsfördernden Schule. In diesem Zusammenhang ist die Stärkung und Unterstützung des Kohärenzgefühls der Personen in der Schule als leitendes Prinzip gemeint.<sup>159</sup>

<b>Salutogenese (5)</b>				
<b>Partizipation/ Empowerment/ Advokatorisches Eintreten (4)</b>	Lehren, Lernen Curriculum (1)		Schulkultur <b>Schulische Umwelt</b> (2)	<b>Innere / Äußere Vernetzung (3)</b>
		<b>Gesundheitsfördernde Schule</b>		
	Dienste Kooperationspartner (3)		Schulisches Gesundheitsma- nagement (4)	
<b>Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und ihrer beeinflussenden Faktoren (2)</b>				
<b>Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung (1)</b>				

Abbildung 4: Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule<sup>160</sup>

Zentral für die Konzeption Gesundheitsfördernder Schule sind schließlich sowohl der Ansatz „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ als auch vor allem der einer „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit.“<sup>161</sup>

<sup>157</sup> Paulus, P., o.J.:7

<sup>158</sup> Das Modell der Salutogenese wird unter 2.4 ausführlich dargestellt.

<sup>159</sup> Paulus, P., o.J.:7

<sup>160</sup> Übernommen aus: Paulus, P. o.J., S. 13 f.

<sup>161</sup> Paulus, P., 2002:973

In einer kritischen Auseinandersetzung wurden folgende Schwachstellen herausgestellt, die zur Weiterentwicklung des Konzeptes der *guten gesunden Schule* beigetragen haben. Paulus kritisiert einerseits eine zu geringe Verbreitung der Gesundheitsfördernden Schulen. In Bezug darauf äußert er, dass zwar fast alle Bundesländer an Modellversuchen teilgenommen haben, doch nur wenige bisher das Setting-Konzept systematisch aufgegriffen haben. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls auf den hohen Anspruch einer ganzheitlichen Umsetzung des Konzeptes verwiesen, doch ist es nach Paulus „bemerkenswert, dass viele Schulen dieses Konzept auch ansatzweise noch nicht aufgegriffen haben [...]“<sup>162</sup> Zusammenfassend lässt sich sagen, „dass das Konzept bislang nicht die gewünschte Wirkung erzielen konnte.“<sup>163</sup>

Vor dem Hintergrund der unter Kapitel 3.1 und 3.2 herausgearbeiteten Gesundheitsproblematik an Schulen, ist der Stand der Entwicklung „ein viel zu geringes Ergebnis.“<sup>164</sup> Andererseits ist die Rede von einer Schwäche des Ansatzes, der mit dem unzureichenden Rückgriff auf Feststellungen der schulischen Gesundheitsförderung als Grundlage für schulpädagogische und bildungspolitische Debatten, in denen die Erneuerung der Schule thematisiert wird, zusammenhängt.

#### 4.4.2 Die gute gesunde Schule

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Umsetzungen des Konzeptes der *Gesundheitsfördernden Schule* wurden bisherige Erkenntnisse dieses Ansatzes genutzt, um die *gute Schule* und schließlich das aktuelle Konzept die *gute gesunde Schule* zu entwickeln. Im Anhang (Seite 54) wird ein Überblick über die Qualitätsdimensionen der *guten Schule* gegeben, denen sich die *gute gesunde Schule* ebenfalls verpflichtet hat. Die Darstellung erfolgt in einer Gegenüberstellung mit den Dimensionen der *Gesundheitsfördernden Schule*, um Ähnlichkeiten und Unterschiede direkt ablesen zu können.

Die bisherige Leitfrage „wie Schule Gesundheit fördern kann bzw. wie Schule gesünder werden kann“ wird im Konzept der guten gesunden Schule durch die Fragestellung

*wie Gesundheit zur Steigerung der schulischen Erziehungs- und Bildungsqualität beitragen kann, damit Schule, besser als bisher ihren schulischen Erziehungs- und Bildungsauftrag, der selbstverständlich auch Gesundheitserziehung und -bildung mit einschließt, erfüllen kann.*<sup>165</sup>

Der Ansatz basiert auf der Grundannahme, dass ein Zusammenhang zwischen Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und der Qualitätsentwicklung in der Schule andererseits

---

<sup>162</sup> Paulus, P., o.J.:8

<sup>163</sup> Ebd.

<sup>164</sup> Ebd.

<sup>165</sup> Ebd., S. 10

besteht. Die Konzeption der *guten gesunden Schule* basiert auf der Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung wichtige schulische und pädagogische Anliegen sind, die für eine gute Schulqualität erforderlich sind. „Das Wohlergehen aller ist nicht nur ein Zustand von Schulqualität, es fordert sie auch. Wer Qualität will, muss also die Gesundheit fordern- und umgekehrt.“<sup>166</sup> Damit soll zugleich das Verständnis durchbrochen werden, dass gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung als Zusatzaufgaben betrachtet werden, die nur in akuten Fällen wie beispielsweise Drogenkonsum in der Schule in Angriff genommen werden. Vielmehr steht das Konzept der *guten gesunden Schule* für eine „ganzheitlich-systematische und nachhaltig wirksame schulische Gesundheitsarbeit.“<sup>167</sup> In diesem Ansatz wird demnach eine stärkere Verzahnung schulischer Prävention und Gesundheitsförderung mit Bildungs- und Erziehungsaufträgen sowie mit der schulischen Qualitätsentwicklung vorgenommen.

Die Schule wird aus dieser Perspektive nicht mehr in den Dienst der Gesundheit gestellt, sondern umgekehrt, wird die Gesundheit nun im Dienst der Schule betrachtet. Somit wird die Gesundheit nicht mehr zum Thema der Schule gemacht, sondern als Potenzial und Voraussetzung gesehen um gemeinsam eine gute Schule zu entwickeln. Der Aspekt der Gemeinsamkeit ist hier, wie auch im Konzept der *Gesundheitsfördernden Schule*, hervorzuheben, da Gesundheitsförderung in der Schule alle Schulbeteiligten berücksichtigt.

Das Konzept basiert auf dem Grundgedanken, dass Gesundheit und Bildung in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Damit ist das alleinige Ziel nicht bloß die Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit, sondern ebenso sehr das Anliegen die Bildungs-, Erziehungs- und Schulqualität von Schulen zu erhöhen.<sup>168</sup> Im Zentrum stehen dabei die Verbesserung von „Unterricht und Erziehen, Lehren und Lernen, Führung und Management sowie Schulkultur und Schulklima“<sup>169</sup> mittels gesundheitsbezogener Interventionen. Zudem sind jedoch auch solche pädagogischen Maßnahmen von Bedeutung, die zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der „schulischen Akteure und des Systems Schule“<sup>170</sup> beitragen sollen.

Im Konzept der *guten gesunden Schule* geht es folglich auch nicht mehr darum, dass Schule als ein Lebensraum verstanden wird, der bloß gesundheitsförderlich gestaltet wird. Vielmehr soll die schulische Gesundheitsarbeit darauf abzielen, dass die Bewältigung des Kerngeschäfts der Schule unterstützt wird und vor allem die Bildungsqualität verbessert wird.

---

<sup>166</sup> Rolff in Hundeloh, H., 2012:26

<sup>167</sup> Hundeloh, H., 2012:25

<sup>168</sup> Ebd., S. 26

<sup>169</sup> Ebd.

<sup>170</sup> Ebd.

Des Weiteren sollen Schulen im Sinne von Empowerment ermächtigt werden, „aktiv, nachhaltig und gesundheitsfördernd die eigenen Prozesse in die Hand zu nehmen.“<sup>171</sup> Empowerment Prozesse zielen auf die Selbstständigkeit und Emanzipation von Menschen, so dass diese in der Lage sind, „ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen.“<sup>172</sup> Wichtige Strategien stellen in diesem Zusammenhang die Förderung von Partizipation und Gemeinschaftsbildung dar.

Nach Brägger und Posse umfasst das Konzept der *guten gesunden Schule* drei Grunddimensionen: Dies sind die Ergebnis-, Prozess- und Gesundheitsqualität.<sup>173</sup> Wenn Schulen die drei Qualitätsbereiche konsequent berücksichtigen und bestrebt sind diese zu verbessern, werden sie dem Anspruch der *guten gesunden Schule* gerecht und schaffen den Rahmen für bestmögliche Bildungs- und Schulqualität. Eine *gute gesunde Schule* zeichnet sich dementsprechend durch eine hohe Ergebnis- und Leistungsqualität, eine hohe Qualität der Schul- und Unterrichtsprozesse sowie eine hohe Gesundheitsqualität aus.<sup>174</sup> Folgende Qualitätsbereiche sind demnach für die *gute gesunde Schule* relevant:

1. Pädagogische Wirkungen und Bildungs- und Erziehungserfolg:

Hier geht es um die Förderung von Kompetenzen und Haltungen der Schüler, die ihre Bereitschaft zum lebenslangen Lernen stärken und sie befähigen, ein erfolgreiches und gesundes Leben vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft zu führen.

2. Qualitätsentwicklung von Schule und Unterricht:

Eine gute gesunde Schule bezieht konsequent Forschungserkenntnisse bei der Gestaltung der Strukturen und Prozesse von Schule und Unterricht ein, die auf eine Steigerung der Qualität der Schul- und Unterrichtsprozesse, Erhöhung der Lern- und Leistungsfähigkeit von Lehrern und Schülern sowie eine Verstärkung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit abzielt.

3. Gesundheitsbildung und –erziehung:

Schüler werden mittels gesundheitsfördernder Unterrichtsprinzipien, dem Einbezug gesundheits- und sicherheitsbezogener Inhalte in den Unterricht und in das Schulleben sowie Programmen und Kursen der pädagogischen Prävention und

---

<sup>171</sup> Hundeloh, H., 2012:26

<sup>172</sup> Ebd., S. 27

<sup>173</sup> Brägger und Posse 2007 in Hundeloh, H., 2012:28

<sup>174</sup> Hundeloh, H., 2012:28



Gesundheitsförderung gefördert, Gesundheitskompetenzen und Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein auszubilden.<sup>175</sup>

Neben den zuvor beschriebenen Hauptmerkmalen, zeigt das Qualitätstableau von Brägger und Posse im Anhang (Seite 55) noch weitere Kennzeichen der *guten gesunde Schule*.

Für eine möglichst weitreichende Umsetzung des Ansatzes der *guten gesunden Schule* wurde, neben anderen Projekten, das Schulprojekt Anschub.de initiiert. Im folgenden Teil dieser Arbeit soll anhand eines ausgewählten Moduls des Projektes eine praktische Umsetzungsmöglichkeit schulischer Gesundheitsförderung, nach dem Verständnis der *guten gesunden Schule*, exemplarisch dargestellt werden. Auf Grund des limitierten Umfangs dieser Arbeit kann das Projekt Anschub.de im Folgenden nur knapp erläutert werden.

---

<sup>175</sup> Brägger et al. 2005 in Paulus, P., 2009:18

## 5 Anschub.de

In Anlehnung an das Verständnis der *guten gesunden Schule* hat die Bertelsmann- Stiftung im Jahr 2002 das Schulprojekt „Anschub.de“ initiiert. *Anschub.de* steht für „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“. Folgende Faktoren haben zur Entwicklung des Projektes beigetragen:

- Die kritisch zu betrachtenden gesundheitlichen Problemlagen von Lehrern und Schülern.
- Die Situation der Gesundheitserziehung und -förderung an Schulen in den verschiedenen Bundesländern zum Ende der 1990er Jahre.
- Der Abschluss der nationalen Modellversuche „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ (1993-1997) und „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit-Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen“ (1997-2000), an denen alle Bundesländer außer Bayern teilgenommen haben.
- Die PISA- Ergebnisse, dessen Publizierung zu neuen Diskussionsansätzen bezüglich der Erneuerung von Schule geführt hat.
- Die Entwicklungen im Verbundprojekt „European Network of Health Promoting Schools“, das von der WHO, der Europäischen Kommission und dem Europarat initiiert wurde.
- Die Konferenzen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung, die 1997 in Jakarta und 2000 in Mexiko abgehalten wurden.<sup>176</sup>

*Anschub.de* ist ein Programm schulischer Gesundheitsförderung und Bildung, das den engen Zusammenhang von Gesundheit und Bildung als Ausgangspunkt für seine Umsetzung betrachtet. Das Projekt dient der Förderung der *guten gesunden Schule* und leistet folglich einen nachhaltigen Beitrag zur Schulentwicklung.

*Mit Anschub.de ist ein neuer Zugang für die schulische Gesundheitsförderung gewählt worden, der Gesundheitsintervention sehr eng an das Kerngeschäft von Schule bindet und damit zentral die Schulentwicklung fördert.*<sup>177</sup>

Das Programm teilt den Grundgedanken der *guten gesunden Schule*, wonach Gesundheit die Bildungsqualität der Schule fördert und umgekehrt, eine gesteigerte Bildungsqualität zur Verbesserung der Gesundheit aller Beteiligten führt.<sup>178</sup> Es geht darum *mit Gesundheit*

---

<sup>176</sup> Paulus, P., 2009:9f.

<sup>177</sup> Ebd., S. 7

<sup>178</sup> Ebd.

*gemeinsam gute Schule zu machen*, weshalb Gesundheit in diesem Konzept als selbstverständlicher Teil des Schulalltags betrachtet wird und nicht mehr, wie in der *Gesundheitsfördernden Schule* vor allem jene Personen angesprochen werden, die speziell an Gesundheit interessiert sind. Es geht darum die gesamte Schulgemeinschaft nachhaltig zu integrieren.

Zudem basiert das Konzept auf einer salutogenetischen Sichtweise und versteht schulische Gesundheitsförderung und Bildung als „Leadership- und Managementaufgabe, die an den Ressourcen der Personen und der Organisation Schule ansetzt.“<sup>179</sup> Hier soll deutlich werden, dass *Anschub.de* einen Schwerpunkt auf die Erhaltung und Förderung der Ressourcen der Mitglieder der Institution Schule legt. Ziel ist, dass die Personen in der Schule im Sinne des Empowerment dazu befähigt werden die spezifischen Anforderungen des Lebens aktiv bewältigen zu können. Gesundheit wird demnach als etwas *Machbares* verstanden. Jede Person ist folglich für die eigene Gesundheit in erster Linie selbst verantwortlich und „muss selbst aktiv mitwirken, Gesundheit im täglichen Leben herzustellen.“<sup>180</sup>

Des Weiteren ist *Anschub.de* unter verschiedenen Betrachtungsweisen als ein innovatives Programm zu verstehen. Es leistet erstens einen nachhaltigen Beitrag zur Weiterentwicklung schulischer Gesundheitsförderung, indem es mit *der guten gesunden Schule* ein neues Konzept vorstellt, das sich durch die veränderte Sichtweise als ein effizienteres Gesundheitsförderungskonzept für die Schule herausstellt. Zweitens ist es als innovativ zu verstehen, da es ein Bündnis von Kooperationspartnern auf nationaler Ebene ist, dessen Anliegen die gemeinsame Unterstützung von schulischer Gesundheitsförderung und Bildung ist. Drittens ist *Anschub.de* ein „Verbund von regionalen Netzwerken von Schulen mit Kooperationspartnern auf der Ebene der Bundesländer“.<sup>181</sup>

Zusammengefasst zielt das Projekt unter dem Zusammenschluss verschiedener Akteure auf die Ermöglichung nachhaltiger gesundheitlicher Veränderungen ab, indem sie gemeinsam gesundheitsförderliche Entwicklungen von Schulen unter der Betrachtung der gesamten Schule, unterstützen. Zentral ist weiterhin, dass *Anschub.de* als ein „Investment in Schulgesundheit und Bildung“ zu verstehen ist und nicht zuletzt im Sinne des Begriffs tatsächlich „einen Anschub“ geben will um „konzentrierte Aktionen zu beginnen“.<sup>182</sup>

*Anschub.de* stellt für Schulen praxisorientierte Module zur Verfügung, die Schulen dabei unterstützen sollen „mit Gesundheit gute Schule zu machen“.<sup>183</sup> Die Module orientieren

---

<sup>179</sup> Paulus, P., 2009:8

<sup>180</sup> Hundeloh, H., 2012:29

<sup>181</sup> Paulus, P., 2009:9

<sup>182</sup> Ebd., S. 12

<sup>183</sup> Ebd., S. 42

sich an den Qualitätsdimensionen der *guten Schule*. Es gibt für jede Dimension ein spezifisches Modul, das unter Einbezug bestimmter Themenfelder konzipiert wurde. Insgesamt lassen sich 13 Module benennen, die zum Teil noch in der Ausarbeitungsphase sind. Konkret handelt es sich bei den Modulen um praktische Leitfäden, die als Anleitung für Schulen zu verstehen sind, um den Schulentwicklungsprozess auf der Grundlage empirischer Erkenntnisse mit Interventionen nachhaltiger und wirksamer gestalten zu können.<sup>184</sup>

Nachdem nun ein theoretisches Fundament gelegt wurde, wird im folgenden Teil dieser Arbeit ein Praxisbezug hergestellt, indem das von *Anschub.de* bereit gestellte Modul „Die Schatzsuche“ vorgestellt und analysiert wird. Dabei wird herausgearbeitet welche Chancen sich durch gezielte gesundheitsbezogene Interventionen für Schulen bieten können.

## 5.1 „Die Schatzsuche“- ein exemplarisches Modul

### 5.1.1 Zielsetzung des Moduls

Das Modul *Die Schatzsuche* wurde speziell für die Grundschule entwickelt. Im Mittelpunkt steht eine gemeinsame Schatzsuche nach Ressourcen und Stärken, bei der sowohl die Lehrer und Schüler, als auch die Eltern einbezogen werden. Der Titel des Moduls vermittelt bereits, dass es sich um ein positiv ausgerichtetes Anliegen handelt. Die Suche zielt demnach auf gesundheitsfördernde Ressourcen ab, die auch als „Gesundheitsschätze“ bezeichnet werden können. Die Hinwendung zu den Ressourcen und Stärken von Menschen ist vor allem auf die veränderte Auffassung von Gesundheit zurückzuführen, die seit der Definition von „Wohlbefinden“ durch die Weltgesundheitsorganisation, zunehmend positiv definiert wird.<sup>185</sup> Zudem hat Antonovskys Modell der Salutogenese in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag geleistet. In diesem stellt er die zentrale Bedeutung von Ressourcen beziehungsweise „Kraftquellen“ heraus, die es dem Menschen ermöglichen trotz ungünstiger Bedingungen gesund zu bleiben. Wie unter Kapitel 2.3 und 2.4 bereits ausführlich herausgearbeitet wurde, gehören dazu psychische, physische und psychosoziale Ressourcen. Sind die Gesundheitsressourcen bei den Heranwachsenden folglich stark ausgebildet, fällt es ihnen leichter Herausforderungen zu meistern.

*Gut ausgebildete Gesundheitsressourcen ermöglichen es Kindern und Jugendlichen, Anforderungen mit einer hohen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit zu begegnen und ihr Befinden positiv zu regulieren.*<sup>186</sup>

---

<sup>184</sup> Paulus, P., 2009:42

<sup>185</sup> Siehe Kapitel 2.1

<sup>186</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche, 2010:7

Hingegen impliziert die Suche nach „Gesundheitsschätzen“ eine gezielte Abwendung von Fehlern, Schwächen und Problemen. Vielmehr werden die Schüler ermutigt auch in diesen positive Aspekte zu erkennen. Somit haben Fehler auch immer einen Lerneffekt und die Konfrontation mit Problemen ermöglicht das Erproben neuer Bewältigungsstrategien.

Daneben geht es aber auch darum, dass Lehrer ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten, also ihre Gesundheitsressourcen, wahrnehmen und nutzen. Das Gleiche gilt auch für die Gruppe der Eltern. *Die Schatzsuche* ist nachhaltig wirksamer, wenn sich Lehrer, Schüler und Eltern *gemeinsam* auf die Suche nach Gesundheitsschätzen begeben. Die Partizipation aller Schulbeteiligten ist erforderlich, damit sich ein nachhaltiger Erfolg in den Schulentwicklungsprozessen zeigt.<sup>187</sup> Durch die aktive Teilnahme der Schüler, Lehrer und Eltern wird deutlich, dass das Thema Gesundheit alle Schulbeteiligte betrifft und man nur gemeinsam das Ziel, eine *gute gesunde Schule* zu sein, erreicht.<sup>188</sup>

Das Modul zielt in Hinblick auf die Lehrer und Schüler darauf ab, dass sie durch das Erkennen der eigenen Ressourcen dazu befähigt werden, „die Erwartungen, die mit ihren Rollen in der Schule verbunden sind (Lehren und Lernen), besser zu erfüllen“.<sup>189</sup> *Die Schatzsuche* wurde konzipiert um Lehrkräfte dabei zu unterstützen „die Stärken bzw. Ressourcen ihrer Schüler auszubauen und wichtige Lebenskompetenzen zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln“.<sup>190</sup> Lebenskompetenzen ermöglichen es den Kindern mit ihren alltäglichen Herausforderungen angemessen umgehen zu können. Ein Fokus könnte beispielsweise darauf liegen das Selbstbild der Kinder zu stärken oder sie darin zu fördern mit Stress und negativen Emotionen umzugehen.

Das Modul *Die Schatzsuche* basiert auf den Qualitätsdimensionen der *guten gesunden Schule*. Eine Auflistung der Dimensionen und Erläuterungen in Bezug auf *die Schatzsuche* ist im Anhang (Seite 56) zu finden. Die Autoren verweisen diesbezüglich auf die kontinuierliche Integration des Moduls ins Schulleben. Werden Aspekte *der Schatzsuche* als häufig wiederkehrende Rituale in den Schulalltag aufgenommen, ergeben sich daraus positive Einflüsse auf die vier übergeordneten Dimensionen: Bildungs- und Erziehungsauftrag, Lernen und Lehren, Führung und Management sowie Schulklima und Schulkultur.

---

<sup>187</sup> Siehe Kapitel 4.4.2

<sup>188</sup> Verein Anschub.de/ *Die Schatzsuche*, 2010:7 ff.

<sup>189</sup> Verein Anschub.de/ *Die Schatzsuche*, 2010:7

<sup>190</sup> Verein Anschub.de/ *Die Schatzsuche*, 2010:7

### 5.1.2 Umsetzung des Moduls

Um zu veranschaulichen wie die Schatzsuche in der Schule konkret umgesetzt werden kann, wird im Folgenden auf ausgewählte Aspekte des Moduls Bezug genommen. Nähere Informationen zur Umsetzung der Schatzsuche liefert das Themenheft.<sup>191</sup>

Das Modul ist in drei Phasen geteilt. In der ersten Phase findet ein gemeinsames Herausarbeiten der individuellen Stärken beziehungsweise der positiven Ressourcen aller Beteiligten statt. In der zweiten Phase gilt es in einem zwei-wöchigen Zeitraum ganz bewusst auf solche Verhaltensweisen zu verzichten, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken. Dafür wählen Schüler, Lehrer und Eltern eine gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweise, auf die verzichtet werden möchte und eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise, die stattdessen ausprobiert und gestärkt werden soll aus. Der Leitgedanke ist hier „Stärke durch Verzicht“, oder „initiierte Abstinenz“, der als Aspekt aus der Suchtprävention in das Modul integriert wurde.<sup>192</sup> In der dritten Phase werden die Erfahrungen mit dem Verzicht und der Stärkung gemeinsam besprochen und reflektiert. Im Folgenden wird auf die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure genauer eingegangen, wobei immer wieder Bezüge zu den drei Phasen der Schatzsuche hergestellt werden.

In Bezug auf die Umsetzung *der Schatzsuche* ist es erforderlich den *Eltern* zu verdeutlichen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit einerseits und Belastungs- und Anforderungserleben andererseits besteht. Konkret bedeutet das in Bezug auf die Kinder, dass auch sie mit Belastungen besser umgehen und auf Anforderungen erfolgreicher reagieren können, wenn sie sich gestärkt und gesund fühlen.<sup>193</sup> Gemeinsam mit den Eltern auf die Schatzsuche zu gehen verspricht zugleich einen nachhaltigen Erfolg, da neben der Schule auch das Zuhause der Kinder bei der Suche nach den Stärken integriert wird und somit der Rahmen erweitert wird.

Um die Eltern weiterhin für das Anliegen des Moduls zu sensibilisieren, wird vorgeschlagen an Elternabenden gemeinsam nach Schätzen der Kinder zu suchen sowie die Eltern nach ihren eigenen Schätzen suchen zu lassen. An dieser Stelle wird angemerkt, dass mit dem Modul ein Umdenken der Eltern in Bezug auf den Umgang mit den Kindern angeregt werden kann. Dieser Gedanke liegt in der Annahme begründet, dass viele Eltern zunächst wahrscheinlich die Rolle des „Fehlerfahnders“ einnehmen und erst allmählich lernen nach den Schätzen der Kinder zu suchen.<sup>194</sup> Zudem werden die Eltern durch die Suche nach den

---

<sup>191</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010

<sup>192</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche, 2010:7

<sup>193</sup> Ebd., S. 18

<sup>194</sup> Ebd.

eigenen Schätzen zunächst selber vor die Herausforderung gestellt, sich einerseits über ihre Stärken, aber auch andererseits über ihre Gewohnheiten bewusst zu werden, die ihre Gesundheit negativ beeinflussen. Über den Vorgang dieser Selbstreflektion wird das Verständnis der Eltern in Bezug auf ihre Kinder erweitert und sie werden dazu angeregt auch ihr eigenes Gesundheitsverhalten zu hinterfragen und mögliche Alternativen zu entdecken und auszubauen.

Die Partizipation der Eltern an der Schatzsuche kann folglich durch unterschiedliche Übungen begleitet werden. Eine Übung bezieht sich beispielsweise auf die Verständniserweiterung in Bezug auf das Thema Sucht, Suchtentstehung und Suchtentwicklung. In der Übung geht es darum, dass Eltern ihre „lieben Gewohnheiten“ benennen und für diese mögliche Gründe, Wirkungen und Folgen herausarbeiten. In Bezug auf die Gewohnheit fernsehen könnte der Grund Langweile, die Wirkung Entspannung und die Folge soziale Isolation sein. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass man sich bewusst ist, dass Gewohnheiten an sich nichts Schlechtes sind, sondern sogar besonders wichtig sind, da sie dem Menschen Sicherheit, Struktur und Halt geben. Problematisch ist jedoch, dass Gewohnheiten so verinnerlicht werden, dass sie nicht mehr angezweifelt oder hinterfragt werden. Dementsprechend ist einem oftmals gar nicht bewusst ob die angeeigneten Gewohnheiten „gut“ oder „schlecht“ sind. Somit ist es wichtig auch den problematischen Gewohnheiten gegenüber keine abwertende Haltung einzunehmen, sondern sie als „lieb gewonnene Gewohnheiten“ zu betrachten, die es schwer fällt abzulegen.<sup>195</sup>

Die intensive Konfrontation mit den eigenen Gewohnheiten dient den Eltern außerdem dazu sich bewusst zu werden, wie sie auf problematische Verhaltensweisen ihrer Kinder reagieren. So heißt es, dass Erwachsene in Auseinandersetzungen mit Kindern meist versuchen durch die Nennung der Folgen von „schlechten“ Gewohnheiten abzuschrecken.

Da die Auseinandersetzung von *Schülern* und *Lehrern* mit *der Schatzsuche* aufs Engste miteinander verzahnt ist, werden diese zwei Zielgruppen im Folgenden gemeinsam betrachtet. Die Lehrpersonen nehmen bei *der Schatzsuche* mehrere Rollen ein. Erstens befinden sie sich in der Position positive Ressourcen bei den Schülern zu erkennen und auszubauen. Zugleich leiten sie die Schüler an und begleiten sie bei der Suche nach ihren Gesundheitsschätzen. Denn die Kinder sind schließlich aktiv an *der Schatzsuche* beteiligt. Zweitens haben die Lehrer die Aufgabe die Eltern bei der Suche nach den eigenen Gesundheitsschätzen und denen ihrer Kinder anzuleiten und sie dabei zu unterstützen. Besonders wichtig ist, dass die

---

<sup>195</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010:13

Lehrer selbst aktiv an *der Schatzsuche* beteiligt sind, indem sie ihre eigenen Gesundheitsschätze erforschen.

Um diese unterschiedlichen Rollen zielführend einnehmen zu können und Veränderungen voranzubringen ist es erforderlich zunächst selbst über das eigene Verhalten und die Gewohnheiten zu reflektieren. Um beispielsweise mit den Eltern über Konsum zu sprechen ist es notwendig, dass Lehrpersonen zunächst ihr eigenes Konsumverhalten analysieren. Der Leitgedanke lautet dementsprechend: „Wer „Die Schatzsuche“ in seiner Schule einführen will, sollte deshalb bei sich selbst schon auf Schatzsuche gegangen sein!“<sup>196</sup> Daraus resultierende Erkenntnisse können weiterhin auf mögliche Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Schatzsuche mit den Eltern und Schülern hinweisen.

Weitere Bestandteile der Selbstreflexion umfassen das Überprüfen der Grundhaltung der Lehrperson. An dieser Stelle stellt sich für die Lehrer die Frage ob sie eher als „Fehlerfahnder“ oder als „Schatzsucher“ agieren. Damit das Modul zielführend umgesetzt werden kann, ist es notwendig, dass Lehrer in dieser Hinsicht möglicherweise umdenken und versuchen eine positive Grundhaltung einzunehmen. Denn der Fokus des Moduls liegt schließlich darauf Stärken und positive Ressourcen zu erkennen und weiter auszubilden.<sup>197</sup> In diesem Zusammenhang sind weitere zentrale Überlegungen zu Möglichkeiten der Stärkung der Lebenskompetenzen der Kinder relevant. Mögliche Fragestellungen könnten sein, wie beispielsweise das Selbst- und Körperkonzept, die Sozialkompetenz, die Widerstandskraft oder der Kohärenzsinn<sup>198</sup> der Schüler gestärkt werden können.

Eine weitere Grundlage für die Umsetzung *der Schatzsuche* mit den Schülern ist, dass die Lehrpersonen sich eine Vorstellung von den Konsumgewohnheiten und dem Sozialverhalten der Schüler verschaffen. Anhand einer Umfrage in Form eines Interviewbogens wird das Freizeitverhalten der gesamten Klasse für die Lehrer transparent und nachvollziehbar.

Die erste praktische Phase *der Schatzsuche* in der Schule beginnt, indem die Verhaltensweisen für den Verzicht und die Verhaltensweisen, die gestärkt werden sollen, gemeinsam mit den Schülern herausgearbeitet werden. Das Modul sieht es vor, einleitend ein Gespräch über Gewohnheiten und Stärken im Klassenverbund zu führen. Das Ziel dieser Auseinandersetzung ist, dass die Schüler zum einen angenehme Gewohnheiten, wie Freunde treffen oder Sport treiben, benennen. Zum anderen sollen aber auch Gewohnheiten durch die Kinder benannt werden, die sich weniger gut anfühlen, wie etwa ständig aus Langeweile

---

<sup>196</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010:18

<sup>197</sup> Ebd., S. 7 ff.

<sup>198</sup> Siehe Kapitel 2.4



fernsehen. Damit wird bereits eine Sensibilisierung bei den Schülern in Hinblick auf gesundheitsbeeinträchtigende und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen angeregt.

Um schließlich die „guten“ Gewohnheiten und die „schlechten“ Gewohnheiten festzulegen, werden in selbst gebauten Schatzkisten zunächst individuell angefertigte Kärtchen mit den persönlichen Stärken der Schüler gesammelt. Auf diesen verdeutlichen die Kinder „was sie sehr gut können, worin sie klasse sind und was ihnen richtig gut tut“.<sup>199</sup> Zudem fertigen die Schüler Kärtchen mit den besonderen Stärken der Mitschüler an. Die wechselseitigen Auseinandersetzungen über die Stärken der Mitschüler stärkt das Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Klasse. Die Lehrpersonen tragen auch dazu bei, indem sie ihre eigene Stärke und eine von den Kindern benannte Stärke in eine eigene Schatzkiste legen. Die individuellen Schatzkisten zeigen den Kindern, dass ihre benannten Stärken gewürdigt werden und sie besonders wertvoll sind. Zugleich dient die Schatzkiste in der Phase des Verzichts als Begleiter und Motivator. Anschließend bekommt jeder Schüler eine Schatzkarte<sup>200</sup> auf der notiert wird, auf welche Gewohnheit das Kind für zwei Wochen verzichten möchte und welche „Stärke“ beziehungsweise welcher „Schatz“ stattdessen in diesem Zeitraum ausprobiert wird. Die Schatzkarte soll verdeutlichen, dass unterschiedliche Wege zu den ausgewählten „Schätzen“ führen können.

In der nun stattfindenden Phase des Verzichts und der Erprobung der Stärken besteht die Möglichkeit eine Wandzeitung<sup>201</sup> zur Dokumentation und Auseinandersetzung einzusetzen. In dieser wird täglich anhand eines Smileys festgehalten, wie jeder einzelne Schüler mit dem Verzicht zurechtkommt. Dementsprechend wird beim Einhalten des Verzichts ein Smiley mit hochgezogenem, bei Rückfällen ein Smiley mit heruntergezogenem und bei nicht eindeutigen Verhalten ein Smiley mit geradem Mundwinkel eingetragen. Eine Wandzeitung dient in dieser Phase nicht nur zur kontinuierlichen Auseinandersetzung, sondern auch zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls der Klasse. Zudem hilft es den Kindern beim Auftreten von Schwierigkeiten während des Verzichts zu sehen, dass es anderen möglicherweise genauso geht. Die Anwendung einer Wandzeitung erleichtert es den Kindern außerdem über sich und ihre Gefühle zu sprechen und unterstreicht durch die Einträge „die Ernsthaftigkeit und Bedeutung des gesamten Projektes“.<sup>202</sup> Des Weiteren können Tagebücher und Befindlichkeitsbögen<sup>203</sup> eingesetzt werden. Die Kinder können anhand dessen ihre Erfahrungen und Gefühle dokumentieren.

---

<sup>199</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010:26

<sup>200</sup> Siehe Anhang, S. 58

<sup>201</sup> Siehe Anhang, S. 59

<sup>202</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010:27

<sup>203</sup> Siehe Anhang, S.60

Während der dritten Phase dienen die Einträge weiterhin zur gemeinsamen Reflexion und Auseinandersetzung in einer Abschlussbesprechung. Dafür werden zunächst alle Ergebnisse anhand der Dokumentationsmaterialien zusammengetragen. In der Besprechung wird schließlich klassenintern über die Erkenntnisse diskutiert. Die Schüler und Lehrer tauschen sich über ihre Erfahrungen, die während der Phase des Verzichts bzw. der Erprobung der Stärken gemacht wurden, aus. Im weiteren Verlauf der Besprechung sollen Fragestellungen einbezogen werden, die auf ein weiteres Vorgehen nach diesem Projekt abzielen. Mögliche Fragen könnten hier beispielsweise sein ob die Schüler und Lehrer das eigene Verhalten aufgrund der gemachten Erfahrungen verändern möchten oder ob die Ergebnisse auf einer schulinternen Ausstellung präsentiert werden sollen.<sup>204</sup>

Um die Bedeutung der Schatzsuche schließlich zu verdeutlichen, kann den Schülern am Ende eine Urkunde<sup>205</sup> übergeben werden. Den Kindern wird somit gezeigt, dass sie stolz auf ihre Leistung sein können. Das Selbstwertgefühl der Schüler wird dementsprechend gesteigert. Abschließend wird gemeinsam mit den Eltern, Schülern und Lehrern ein Fest gefeiert. Den Beteiligten wird bewusst, dass sie sich gemeinsam angestrengt und etwas erreicht haben. Das soll gefeiert werden.

---

<sup>204</sup> Verein Anschub.de/ Die Schatzsuche 2010:27 f.

<sup>205</sup> Siehe Anhang, S.61

## 6 Resümee und Ausblick

### 6.1 Resümee

Es wurde anhand der vorliegenden Arbeit deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Gründe dafür sind zum einen die wissenschaftlich belegbaren, gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Lehrern und Schülern und zum anderen die Erkenntnisse über den engen Zusammenhang zwischen der Qualitätsentwicklung in der Schule einerseits und der Gesundheitsförderung und Prävention andererseits. Grundlegend dafür ist die Annahme, dass Gesundheit und Schule/Bildung einen wechselseitigen Einfluss aufeinander haben. Gesundheit ist erforderlich beziehungsweise eine wesentliche Grundvoraussetzung für den Erfolg im Verlauf von Bildungsprozessen. Umgekehrt bietet Bildung eine wichtige Grundlage für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen, Ansichten und Wissensbestände (Health Literacy).<sup>206</sup> Aus dieser Betrachtungsweise entwickelten sich zwei Zielrichtungen der schulischen Gesundheitsförderung. Einerseits liegt der Fokus darauf, Bildung durch Gesundheit zu qualifizieren und andererseits, Gesundheit durch Bildung zu qualifizieren.

Als Grundlage wurde zunächst ein Verständnis von Gesundheit herausgearbeitet, das als Ausgangspunkt für die schulische Gesundheitsförderung zu betrachten ist. Anhand der Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation wird verdeutlicht, dass eine Verschiebung in der Betrachtungsweise von Gesundheit stattgefunden hat. In dieser wird Gesundheit einerseits positiv formuliert und andererseits ganzheitlich dargestellt. Im Gegensatz zu früheren Auffassungen, die Gesundheit primär als Abwesenheit von Krankheit betrachtet haben, wird heutzutage von Gesundheit als ein umfassendes Gefühl des Wohlbefindens auf körperlicher, sozialer und seelischer Ebene gesprochen. Anschließend werden jene Faktoren herausgearbeitet, die Gesundheit im Wesentlichen beeinflussen. Gesundheitsdeterminanten entstehen in der Interaktion zwischen dem Menschen und seiner Umwelt und können in unterschiedliche Gruppen unterteilt werden, die wechselseitig, einen direkten und indirekten Einfluss aufeinander nehmen. Das Modell von Dahlgren und Whitehead vermittelt, dass Gesundheit als ein Ergebnis eines Netzes verschiedener sozialer Einflüsse zu verstehen ist. Im Folgenden wurde anhand von zwei Gesundheitsmodellen herausgestellt, wie das Gesundheitsverhalten von Menschen entsteht. Entscheidend ist hier, dass Gesundheit als kontinuierlicher Anpassungsprozess zu verstehen ist, bei dem der Mensch bestimmte Anforderungen im Sinne von belastenden Faktoren anhand der Nutzung von

---

<sup>206</sup> Paulus, P., 2002:971

Ressourcen bewältigt. Zudem wird anhand von Antonovskys salutogenetischen Modells eine neue Perspektive auf Gesundheit dargestellt, die grundlegend für die später aufgeführten Konzepte der schulischen Gesundheitsförderung ist. Im Zentrum steht hier wie die Gesundheit trotz unterschiedlicher Belastungen erhalten und gefördert werden kann.

Im folgenden Kapitel wurde eine Verknüpfung zwischen Gesundheit und Schule hergestellt und ein Überblick über den Gesundheitszustand von Schülern und Lehrern gegeben. In diesem Zusammenhang wurden die situativen schulischen Belastungsfaktoren und Ressourcen für Schüler und Lehrer und ihr Einfluss auf deren Gesundheit verdeutlicht. Des Weiteren wurde offensichtlich, dass Lehrer und Schüler einen wechselseitigen indirekten und direkten gesundheitsbezogenen Einfluss aufeinander nehmen. In diesem Zusammenhang wäre es wichtig auch die weiteren Akteure der Schule in den Fokus zu nehmen, worauf in dieser Arbeit aufgrund des limitierten Umfangs leider verzichtet werden musste.

Im nächsten Kapitel wurde das Anliegen der Gesundheitsförderung in der Schule konkret herausgearbeitet, indem zunächst die Zielrichtungen der Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation dargestellt wurden. Im Zentrum steht hier die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten, mit der Zielrichtung die Menschen zu befähigen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhalten und die Gesundheit zu verbessern. Anschließend wurde der Setting- Ansatz als Grundlage für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Schule vorgestellt. Im Zentrum des Ansatzes stehen die Fokussierung der Rahmenbedingungen der Menschen und die direkte Zuwendung zu Organisationen und Netzwerken. In diesem Zusammenhang wurden zwei settingbasierte Ansätze, die *Gesundheitsfördernde Schule* und die *Gute gesunde Schule* als zentrale Konzepte der Gesundheitsförderung näher erläutert. Anhand dieser zwei Ansätze soll gezeigt werden, dass gesundheitsbezogene Veränderungen nur erfolgreich verlaufen und nachhaltig wirksam sein können, wenn die gesamte Schule in den Blick genommen wird und alle Akteure der Schule in die gesundheitsbezogenen Prozesse integriert werden. Zudem wird mit der Entwicklung der *guten gesunden Schule* ein ganzheitlicher Ansatz geboten, der Gesundheit als Ausgangspunkt und Voraussetzung sieht um die Bildungsqualität und schließlich die Schulqualität zu steigern. Schule wird aus der Perspektive der *guten gesunden Schule* nun nicht mehr in den Dienst der Gesundheit, sondern Gesundheit wird in den Dienst der Schule gestellt. Um Schulentwicklungsprozesse nachhaltig zu entwickeln, ist es erforderlich ein Netzwerk herzustellen, dass das Anliegen der *guten gesunden Schule* fördert und unterstützt.

Im vorletzten Kapitel wird das Schulprojekt *Anschub.de* genauer beleuchtet, welches einen wichtigen Beitrag zur Etablierung *guter gesunder Schulen* darstellt. Durch die feste

Integration gesundheitsbezogener Interventionen im Schulleben, wie etwa dem Modul *Die Schatzsuche*, wird gezeigt, dass eine *gute gesunde Schule* nur entstehen kann, wenn gemeinsam an einem Strang gezogen wird und möglichst auf verschiedenen Ebenen angesetzt wird.

## 6.2 Ausblick

Das Thema der Gesundheitsförderung ist spätestens mit der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 als gesamtgesellschaftliche Herausforderung erkannt worden. Daran anschließend entstanden seit den späten 80er Jahren vielzählige Initiativen um den Aspekt der Gesundheitsförderung auch in der Schule zu verankern. In Kapitel vier wurde die Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung, beginnend mit dem überwiegend problemorientierten Ansatz der Gesundheitserziehung bis hin zum settingbasierten Konzept der guten gesunden Schule, dargelegt. Hieran wird die äußerst umfangreiche und differenzierte, bereits geleistete Forschungsarbeit zum Thema Schule und Gesundheit deutlich. Der Blick in die aktuelle Schullandschaft wirkt hingegen ernüchternd: Die äußerst fundierten theoretischen Erkenntnisse zu dem Thema spiegeln sich bedauerlicherweise in der Schulpraxis noch nicht entsprechend wider. Ebenso fällt auf, dass eine fundierte Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheitsförderung auch in der Lehrerbildung und im Referendariat nicht hinreichend stattfindet. Umso erfreulicher ist es, dass sich die Leuphana Universität intensiv um die wichtige Thematik bemüht, entscheidende Impulse hervorbringt und ihr einen festen Platz im Rahmen des Studiums einräumt.

Eine flächendeckende, systematische und vor allem nachhaltige Integration des Aspekts Gesundheitsförderung findet im Schulleben noch nicht in zufriedenstellender Weise statt.<sup>207</sup> Dies mag vor allem daran liegen, dass die Beschäftigung mit Fragen der Gesundheit und darauf abzielende Interventionen und Programme momentan von den Lehrenden in erster Linie als eine erhebliche Mehrbelastung wahrgenommen werden. Der Lehrerberuf stellt heute sehr hohe Anforderungen an die Lehrenden, so dass oftmals jedes zusätzliche Anliegen, ohne die gleichzeitige Bereitstellung eines entsprechenden zeitlich-organisatorischen Rahmens sowie notwendiger finanzieller Ausgleichs, als belastend empfunden wird.

Diese Problematik geriet in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Forschung und als eine mögliche Lösung wurde der aktuelle Ansatz der *guten gesunden Schule* entwickelt. Denn hier ist die Integration von Gesundheitsförderung auf allen Ebenen des schulischen Lebens keine weitere Belastung, sondern eine Entlastung für alle Beteiligten: Die

---

<sup>207</sup> Paulus, P., o.J.:8

*gute gesunde Schule* legt den Fokus auf die Verbesserung der Qualität von Bildung und Schule durch Gesundheit, was sich unter anderem in der Steigerung der Leistungsfähigkeit von Schülern und Lehrern manifestiert. Das leitende Motiv besagt, dass Schule nicht in den Dienst der Gesundheit gestellt wird, sondern umgekehrt, die Gesundheit im Dienst der Schule steht. Denn letztendlich ist es das Ziel jeder Schule, eine gute Schule zu sein.

Wenn die *gute gesunde Schule* es schafft sich noch flächendeckender zu etablieren und fest im Schulleben verankert wird, entfaltet dieser Ansatz sein überdurchschnittliches Potenzial: Die Schul- und Bildungsqualität wird signifikant gesteigert und damit einhergehend wird sich die gesundheitliche Verfassung aller Beteiligten der Institution nachhaltig verbessern.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron. Das salutogenetische Modell. In: Waller, Heiko (2006). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH
- Bals, Thomas, Hanes, Andreas, Melzer, Wolfgang (Hrsg.) (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Becker, Peter (1992). Das interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit. In: Freitag, Marcus (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrgesundheit. Weinheim und München. Juventa Verlag
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2006). Commission on Social Determinants of Health (ref WHO/EIP/EQH/01/2006), WHO, Geneva: WHO. In: Bauer, Ullrich, Bittlingmayer, Uwe H.& Matthias Richter (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften| GWV Fachverlage GmbH.
- Freitag, Marcus (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrgesundheit. Einheim und München. Juventa Verlag
- Graham, Hilary (2008). Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer, Ullrich, Bittlingmayer, Uwe H.& Matthias Richter (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften| GWV Fachverlage GmbH.
- Grossmann, Ralph, Scala, Klaus (2006). Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Hundeloh, Heinz (2012). Gute gesunde Schule- mit Gesundheit gute Schule entwickeln. In: DAK- Gesundheit& Unfallkasse NRW (Hrsg.): Handbuch Lehrgesundheit- Impulse für die Entwicklung gute gesunder Schulen, 25-40. Köln: Carl Link.

- Kaba- Schönstein, Lotte (2003). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und-strategien. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo
- Kurscheid, Clarissa (2005). Das Problem der Vereinbarkeit von Studium und Familie. Eine empirische Studie zur Lebenslage Kölner Studierender. In: Prof. Dr. Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.): Anthropologisch orientierte Forschung zur Sozialpolitik im Lebenszyklus. Münster: LIT Verlag.
- Nieskens, Birgit, Rupprecht, Silke& Erbring, Saskia (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In: DAK-Gesundheit& Unfallkasse NRW (Hrsg.): Handbuch Lehrergesundheit- Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen, 41-96. Köln: Carl Link.
- Paulus, Peter (2002). Gesundheitsförderung im Setting Schule. Leitthema: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz. Springer Verlag
- Paulus, Peter (2009). Anshub.de - ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule. Münster: Waxmann Verlag GmbH
- Paulus, Peter (Hrsg.) (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens- Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2008). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Schumacher, Lutz (2009). Gesundheit und Professionalität von Lehrkräften. In: Kliebisch, Udo W; Meloefski, Roland (Hrsg.). Lehrer Gesundheit-Anregungen für die Praxis. Baltmannsweiler.
- Schumacher, Lutz (2012). Wege zu einer guten gesunden Schule- Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. In: DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.): Handbuch Lehrergesundheit- Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen, 97-128. Köln: Carl Link.



Waller, Heiko (2006). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH

Weinbrenner, Susanne, Wörz, Markus & Busse, Reinhard (2007). Gesundheitsförderung in Europa. Ein Ländervergleich. GGW 2/2007 (April), 7. Jg

**Internetquellen**

Franke, Alexa. Salutogenetische Perspektive in Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

<http://www.bzga.de/leitbegriffe>. Zuletzt aktualisiert am 15.09.2010 (letzter Zugriff am 27.03.2013)

Kurth, B.-M.. Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in

Deutschland. In: Bundesgesundheitsbl -Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 10-2006.

<http://edoc.rki.de/oa/articles/reM448dvGvyWk/PDF/29X0drea2iA.pdf>. (letzter Zugriff am 27.03.2013)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Paulus, Peter. Schulische Gesundheitsförderung- vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-84F23EE1-](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-84F23EE1-10191910/bst/Manuskript_Schulische_Gesundheitsfoerderung.pdf)

[10191910/bst/Manuskript\\_Schulische\\_Gesundheitsfoerderung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-84F23EE1-10191910/bst/Manuskript_Schulische_Gesundheitsfoerderung.pdf) (letzter Zugriff am 27.03.2013)

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2012).

<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsfoerderung-gesunde-lebenswelten.html> (letzter Zugriff am 27.03.2013)

Verein Anschub.de /Programm für die gute gesunde Schule e.v. Themenheft (2010): Die Schatzsuche [http://www.anschub.de/tabs/themenhefte/themenheft-detail/die-](http://www.anschub.de/tabs/themenhefte/themenheft-detail/die-schatzsuche/index.html)

[schatzsuche/index.html](http://www.anschub.de/tabs/themenhefte/themenheft-detail/die-schatzsuche/index.html) (letzter Zugriff am 27.03.2013)

## Anhang

## A) Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule und Dimensionen der Guten Schule - Eine Gegenüberstellung

<b>Dimensionen der Gesundheitsfördernden und Guten Schule</b>		
<b>Gesundheitsfördernde Schule</b>		<b>Gute Schule</b>
Lehren, Lernen, Curriculum		Bildungs- und Erziehungsauftrag
	<b>Schule</b>	Lernen und Lehren
Schulisches Gesundheitsmanagement		Führung und Management
Dienste, Kooperationspartner		Schulklima und Schulkultur
Schulkultur, schulische Umwelt		Zufriedenheit

## B) Qualitätstableau der guten gesunden Schule, Quelle: Brägger&amp;Posse (2008)

Qualitätsbereich		Qualitätsdimension							
<p>1.5 Gesundheitsfördernde Kooperationen mit externen Partnern</p> <p>2.5 Gesundheitsbezogene Kurse, Unterrichtsprogramme und -inhalte</p> <p>3.5 Individuelle Zuwendung und Betreuung – Gefährdungen erkennen und Ihnen begegnen</p> <p>4.5 Gesundheitsförderliches Schulklima</p> <p>5.5 Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe</p> <p>6.5 Betriebliche Gesundheitsförderung</p> <p>7.5 Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>8.5 Gesundheit und Wohlbefinden der Schülerinnen, Schüler und Lehrpersonen</p>	<p>1.4 Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzqualität</p> <p>2.4 Lernbegleitung, individuelle Förderung und Integration</p> <p>3.4 Orientierung an Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen</p> <p>4.4 Partizipation, Öffnung der Schule</p> <p>5.4 Schulorganisation und Verwaltung</p> <p>6.4 Erkennen von Qualitätsdefiziten, soziale Unterstützung</p> <p>7.4 Schulentwicklung, Projektmanagement, Selbstevaluation</p> <p>8.4 Zufriedenheit der Anspruchsberechtigten</p>	<p>1.1 Schule als Lebens- und Erfahrungsraum</p>	<p>2.1 Schulprogramm – Gesundheitsförderung und Prävention</p>	<p>3.1 Bildungs- und Lernprozesse</p>	<p>4.1 Stärkende Schulgemeinschaft und Schulklima</p>	<p>5.1 Schulleitung und pädagogisches Leadership</p>	<p>6.1 Zielgerichtete, ressourcenorientierte Personalentwicklung</p>	<p>7.1 Gemeinsame Qualitätsansprüche und -ziele</p>	<p>8.1 Wahrnehmung des Erziehungsauftrages</p>
		<p>1.2 Lernumgebungen, Lern- und Bewegungsräume</p>	<p>2.2 Unterrichtsgestaltung, Lehr- und Beurteilungsformen</p>	<p>3.2 Kooperatives Lernen</p>	<p>4.2 Kommunikations-, Feedback- und Konfliktkultur</p>	<p>5.2 Funktionale Aufgaben- und Kompetenzverteilung</p>	<p>6.2 Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen</p>	<p>7.2 Steuerung der Qualitätsprozesse</p>	<p>8.2 Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen</p>
		<p>1.3 Tagesstrukturen, Lern- und Erholungszeiten</p>	<p>2.3 Klassenführung und Unterrichtsklima</p>	<p>3.3 Lernen mit allen Sinnen – qualitative und positive Lernerfahrung</p>	<p>4.3 Kooperation und Teamarbeit</p>	<p>5.3 Entscheidungsprozesse und Mitbestimmung</p>	<p>6.3 Personaleinsatz und Ressourcenmanagement</p>	<p>7.3 Selbstreflexion, Individualfeedback und persönliche Qualitätsentwicklung</p>	<p>8.3 Schul- und Laubbahnerfolg</p>

## C) Dimensionen und Merkmale der guten und gesunden Schule in Bezug auf „die Schatzsuche“

### Dimensionen und Merkmale der guten gesunden Schule

1. Bildungs- und Erziehungsauftrag	2. Lernen und Lehren	3. Führung und Management	4. Schulklima und Schulkultur	5. Zufriedenheit
1.1. Fach- und Sachkompetenz	2.1. Lern- und Lehrstrategien	3.1. Leitbild und Entwicklungsvorstellungen	4.1. Schulklima	
1.2. Sozialkompetenz				
1.3. Lern- und Methodenkompetenz	2.2. Bewertung von Schülerleistungen			
1.4. Selbstkompetenz und Fähigkeit zum kreativen Denken				
1.5. Praktische Kompetenz				

*Anhaltspunkte für die Realisierung der einzelnen Qualitätskriterien sind:*

#### **Zu 1.1. – Fach- und Sachkompetenz:**

- Aneignung und Erweiterung von Kenntnissen/Wissen über persönliche Gesundheit und Gesundheitsgefahren
- Aneignung und Erweiterung eigener Ressourcen

#### **Zu 1.2. – Sozialkompetenz**

- Entwicklung der Fähigkeit, Rollen und Perspektiven übernehmen zu können; Empathie
- Entwicklung der Team- und Kooperationsfähigkeit
- Entwicklung von Solidarität, Toleranz, Hilfsbereitschaft
- Entwicklung von sozialer Verantwortung

#### **Zu 1.3. – Lern- und Methodenkompetenz**

- Übertragung der positiven Erfahrungen der Schatzsuche auf verschiedene Lernbereiche
- Entwicklung von individuellen gesundheitsförderlichen Lernstrategien
- Erhöhung der Bereitschaft zur Annahme von Herausforderungen im Lernprozess
- Verbesserung der Lernausdauer und Motivationsaufbau durch Erfolge bei der „Schatzsuche“

**Zu 1.4. – Selbstkompetenz**

- Entwicklung von Selbstwertgefühl
- Entwicklung von Selbstwirksamkeit
- Entwicklung eines verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer
- Entwicklung von Genussfähigkeit

**Zu 1.5. – Praktische Kompetenz**

- Entwicklung von Kreativität
- Ausprobieren und Erlernen neuer Verhaltensweisen

**Zu 2.1. – Lern- und Lehrstrategien**

- Lern- und Lehrmethoden werden durch diesen Ansatz bereichert

**Zu 2.2. – Bewertung von Schülerleistungen**

- Die Schatzsuche eröffnet neue Sichtweisen auf die Bewertung von Schülerleistungen

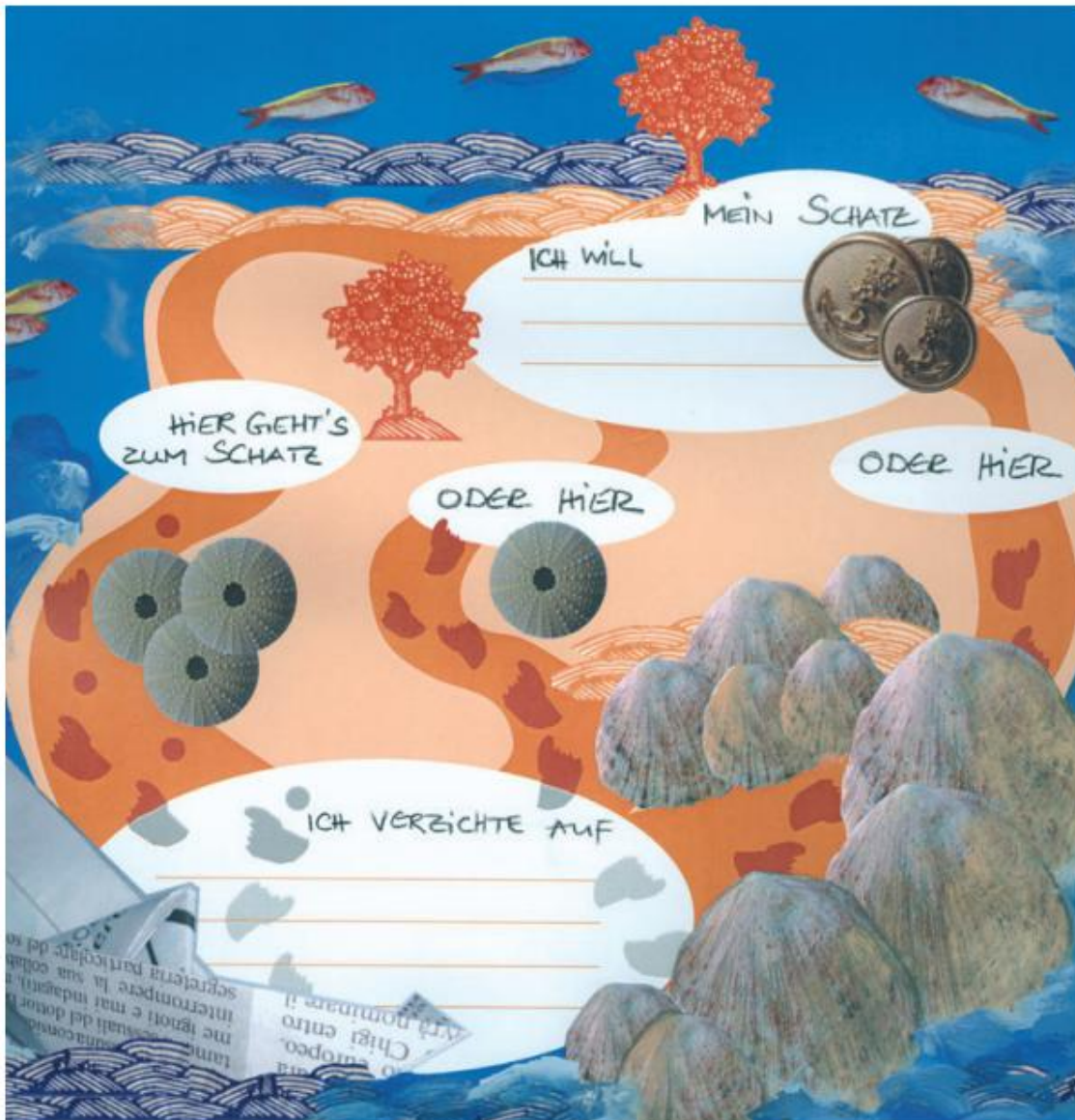
**Zu 3.1. – Leitbild- und Entwicklungsvorstellungen**

- Entwicklung einer neuen Schulidentität – „Schule der Schatzsuche“

**Zu 4.1. – Schulklima**

- Partnerschaftliches Miteinander von Lehrer-, Schüler- und Elternschaft
- Beteiligung von Eltern und Schülern an den relevanten Entscheidungsprozessen
- „Plätze für Alternativen“, etwa Spiel- und Sportecken schaffen

## D) Schatzkarte

**Die Schatzkarte**

Diese Schatzkarte soll den Schülern als Vorlage dienen. Sie können sich dann selbst eine eigene malen. Unten wird der Verzichtgegenstand eingetragen, z.B. fernsehen, naschen, Gameboy spielen usw.. Oben trägt man den Schatz ein, den man neu entdecken will, z.B. besser lesen, Rad fahren, schwimmen lernen, sich mit seiner Schwester vertragen usw. Dann schreibt man auf die Wege die Methoden, die man benutzen will, um das gesteckte Ziel zu erreichen, z.B. ich will besser lesen lernen. Dann schreibt man auf den ersten Weg: „Ich gehe in die Bücherei und leihe mir Bücher.“ Auf den zweiten Weg: „Ich frage meine Oma, ob sie mit mir übt.“ Auf den dritten Weg schreibt man: „Ich lese meinem Schmusetier vor.“ Jetzt hat man verschiedene Möglichkeiten, um zum Ziel zu kommen. Man kann sich nun für die eine oder andere entscheiden.



## E) Wandzeitung

Name	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	9. Tag	10. Tag	11. Tag	12. Tag	13. Tag
Susi													
Pit	😊												
Kim													
Marie	😞												
Jule													
Hans													
Tom													
Herr Lau	😞												
Frau Dau													
Anni													
Paul													



Bedeutet: Ich habe es nicht geschafft und bin unzufrieden.



Bedeutet: Ich habe es nicht ganz geschafft und bin nicht richtig zufrieden.



Bedeutet: Ich habe es geschafft und bin zufrieden.



## F) Befindlichkeitsbogen

### Befindlichkeitsbogen für die 3. und 4. Klassen

Bitte fülle diesen Bogen jeden Tag aus und bringe ihn am Ende des Projektes zur Abschlussbesprechung mit in die Schule.

Wochentage	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	9. Tag	10. Tag	11. Tag	12. Tag	13. Tag
+3													
+2	😊												
+1													
0	😐												
-1													
-2													
-3	😞												

Die Zahlen von 1–13 in der Waagerechten sind die fortlaufenden Tage des Projektes.

Trage bitte täglich ein, ob dir der Verzicht leicht- oder schwergefallen ist.

- 0 bedeutet: geht so
- +3 bedeutet: besonders leicht
- -3 bedeutet: besonders schwer

Verbinde die Punkte zu einer Linie. Trage bitte die Wochentage in die Tabelle ein. Z.B.: 1.Tag, Montag usw.

Viel Erfolg.

## G) Urkunde

# U r k u n d e

für

---

**Herzlichen Glückwunsch zu deinem Mut, etwas Neues  
zu probieren und auf etwas Gewohntes zu verzichten!**

überreicht durch

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift

---