



LEUPHANA

Professional School

Masterarbeit im Studiengang MPH Prävention und Gesundheitsförderung

Eingereicht von:

Julia Folz-Antoniadis (Matrikelnummer: [REDACTED])

[REDACTED]
MPH Prävention und Gesundheitsförderung

**Gesundheit als eigenständiges Schulfach an
allgemeinbildenden Schulen in Deutschland-**

Ist-Stand im Bereich der Sekundarstufe 1 und Analyse von
Umsetzungsbedingungen mit Schwerpunkt Saarland

**Health as a standalone subject in
mainstream schools in Germany-**

state of the art in “Sekundarstufe 1” and condition regarding
the implementation with a main focus on Saarland

Erstprüfer_in: Prof. Dr. Peter Paulus

Zweitprüfer_in: Dr. Thomas Petzel

Abgabedatum: 09.11.2020



Abstract¹

In Deutschland herrscht wegen des Bundesstaatsprinzips Bildungsföderalismus. Gemäß dem Grundgesetz haben die Länder Kulturhoheit und gegenüber dem Bund eine überwiegende Zuständigkeit für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Die 16 Bundesländer können ihre schulischen Bildungsangebote weitgehend eigenständig und unabhängig voneinander gestalten. Im Rahmen der Kultusministerkonferenz (KMK) findet eine Kooperation der Bundesländer statt, um in Angelegenheiten von länderübergreifender Bedeutung grundlegende und notwendige Gemeinsamkeiten und Qualitätsstandards zu koordinieren. Dabei wird ein für alle Länder verbindlicher Rahmen festgelegt in Form von Beschlüssen, Empfehlungen, Vereinbarungen oder Staatsabkommen.

Für den Bereich der Schulen kann das Kultusministerium eines Bundeslandes als oberste Landesbehörde für Angelegenheiten der Bildung jedoch weitgehend in eigener Zuständigkeit allein entscheiden. So kann ein Bundesland z.B. eine neue Schulform einführen. In einzelnen Fällen wurden sogar landesspezifische neue Schulfächer zugelassen (z.B. das Fach „Wirtschafts-/ Berufs- und Studienorientierung“ in den Gymnasien Baden-Württembergs). Diese wurden von der KMK nach Prüfung gewisser Qualitätsstandards anerkannt. In diesem Bildungsföderalismus kommt in der Praxis ein großes Maß an Freiheit im Sinne von „Vielfalt im Bildungswesen“ zum Ausdruck. Auch mit der kreativen Zielsetzung, „Raum für Innovationen“ zu lassen (KMK).

Obwohl in den sechzehn Bundesländern in verschiedenen Aspekten der Bildungspolitik Unterschiede bestehen, existiert im Hinblick auf die Schulfächer eine große Schnittmenge. So sind die Fächer Deutsch, Mathematik, Biologie, Geschichte, Erdkunde, Sprache(n), Sport, Musik, Politik oder Religion/Ethik in der Regel feste Bestandteile der Stundentafeln allgemeinbildender Schulformen. Sie werden allen Schülerinnen und Schülern im Rahmen des Unterrichts von dafür universitär ausgebildeten Fachlehrkräften verpflichtend vermittelt.

¹ Nach Rück- und Absprache mit den Gutachtern wurden vor Veröffentlichung der Masterthesis im Sommer 2021 weitere Anonymisierungsarbeiten vorgenommen.

Hingegen existiert derzeit in den Stundentafeln der allgemeinbildenden Schulformen in keinem Bundesland ein obligatorisches Schulfach mit dem Titel „Gesundheit“. Trotz immer wieder aufkommender öffentlicher Diskussionen und Forderungen (z.B. Dr. Eckhart von Hirschhausen in WDR, 2019; Zeit Doctor, 2018; Ärzteblatt, 2019) nach einem solchen verpflichtenden Schulfach, konnte es sich in Deutschland bisher lediglich in einigen Schulformen des beruflichen Bereichs durchsetzen. Dort ist es sogar möglich, mit dem Fach „Gesundheit“ die allgemeine Hochschulreife zu erlangen.

Eine fundierte Auseinandersetzung mit der Forderung nach einem allgemeinbildenden, möglichst früh schon einsetzenden Pflichtfach „Gesundheit“ in den Schulen hat in Deutschland bisher nur rudimentär stattgefunden. Um mehr Struktur in die Diskussion zu bringen und einem weiteren Austausch eine breitere, faktenbasierte Grundlage zu verleihen, soll in dieser Arbeit zunächst für die allgemeinbildenden Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 bundesweit untersucht werden, ob obligatorisch eingeführte „Gesundheits“-Schulfächer im Fächerkanon existieren. Darunter sollen Fächer verstanden werden, die ihrer Bezeichnung nach dem Themenfeld Gesundheit zugeordnet werden können (wie z.B. ein potenziell vorhandenes Schulfach Ernährung oder Glück), jedoch nicht dem traditionellen Fächerkanon angehören. Im Fall von Befunden sollen diese Fächer im Hinblick auf ihre „Gesundheitsrelevanz“² bewertet werden. Darüber hinaus sollen Einflussfaktoren, Umsetzungsbedingungen und konzeptionelle Hinweise für die Einführung eines eigenständigen Schulfaches „Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen eruiert und diskutiert werden.

Folgende Forschungsfragen werden untersucht:

1. In welchen Bundesländern und in welchen Schulformen ist ein von ministerieller Seite anerkanntes, eigenständiges, obligatorisches „Gesundheits-Schulfach“ in der Sekundarstufe 1 der nichtgymnasialen Schulformen eingeführt?
2. Wie sind die unter 1. gefundenen Gesundheits-Fächer formal und inhaltlich gestaltet und wie ist ihre „Gesundheitsrelevanz“ zu bewerten?

²„Gesundheitsrelevanz“ bezeichnet hier Art und Umfang der Abbildung und Umsetzung von für das Themenfeld Gesundheit relevanten Inhalten, Zielen und Strategien innerhalb eines Schulfaches. Sie kann z.B. hoch oder niedrig ausgeprägt sein.

3. Welche Faktoren behindern die grundsätzliche Realisierung eines eigenen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit?
4. Welche Faktoren befördern das Vorhaben, ein eigenständiges, allgemeinbildendes, verpflichtendes Schulfach „Gesundheit“ einzuführen?
5. Welche Inhalte, pädagogisch-didaktische Strategien und Rahmenbedingungen sollten im Falle der Umsetzung eines eigenen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit berücksichtigt werden?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 1 und 2 wurde eine Internetrecherche auf den von den Kultusministerien der einzelnen Bundesländer bereitgehaltenen Homepages, Bildungsservern bzw. verlinkten Seiten durchgeführt. Hieraus wurden relevante Informationen bzw. einsehbare oder abrufbare Dokumente analysiert.

Die Forschungsfragen 3 bis 5 wurden im Rahmen einer auf Experteninterviews beruhenden qualitativen Inhaltsanalyse beantwortet und Hypothesen abgeleitet. Im Folgenden soll der Aufbau dieser Arbeit kurz erläutert werden.

In einem ersten Theorieteil werden zunächst die Begriffsinhalte Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung erläutert und in ihrem inneren Zusammenhang dargestellt. Im Anschluss wird die Bedeutung von Gesundheit und die Notwendigkeit ihrer Förderung aufgezeigt. Ebenso, dass Gesundheit und Bildung einander bedingen. Auf die besondere Rolle der Förderung von Gesundheitskompetenz (GeKo) als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung (PuG) wird herausgestellt. Zum Schluss wird das Setting Schule als besonderes Setting für PuG-Maßnahmen vorgestellt.

Im zweiten Theorieteil wird der Fokus auf aktuelle schulische wie auch unterrichtlich stattfindende Gesundheitsförderung und auf bereits vorliegende Befunde zu einem Schulfach Gesundheit gerichtet. Zunächst wird die Entwicklung der Gesundheitspädagogik in einer groben historischen Abfolge skizziert. Exemplarisch werden einige zurzeit in deutschen Schulen umgesetzte Programme und Ansätze der Gesundheitsförderung vorgestellt. Die besonderen Eigenschaften eines obligatorischen Schulfaches „Gesundheit“ werden von den bisher existierenden Programmen zur Gesundheitsförderung in Schulen abgegrenzt. Es werden europäische Vorbilder eines Schulfaches Gesundheit beschrieben und schließlich bedeutende konzeptionelle Hinweise für die Umsetzung eines Schulfaches Gesundheit aus der Literatur unter Einbezug der Entwicklungsaufgaben vorgestellt.

Im empirischen Teil der Arbeit wird zunächst auf die zur Bearbeitung der Forschungsfragen herangezogenen Methoden eingegangen. Im sich anschließenden Ergebnisteil wird die aktuelle Verbreitung eines eigenständigen, obligatorisch eingeführten Schulfaches Gesundheit bzw. eines damit zu betitelnden Faches in den Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 in Deutschland je Bundesland dargestellt. Eine Analyse der jeweiligen Inhalte und formalen Aspekte mit Bewertung (der „Gesundheitsrelevanz“) wird vorgenommen. Einflussfaktoren, potenziell zu berücksichtigende Bedingungen und konzeptionelle Aspekte zu einer Einführung eines Pflicht-Schulfaches „Gesundheit“ in allen Schulformen werden anhand der Analyseergebnisse von 18 Interviews mit Vertretern u.a. aus Wissenschaft, Kultusbehörde und Politik beleuchtet. Die Bedingungen im Bundesland Saarland bilden dabei den Schwerpunkt dieses zweiten Untersuchungsblocks.

Die empirischen Untersuchungen werden zusammengefasst, die Ergebnisse interpretiert und diskutiert. Es werden Hypothesen für die weitere Erforschung des Themas „Schulfach Gesundheit“ aufgestellt. Diese Aussagen sollen Anforderungen und weitere Bedarfe zur untersuchten Thematik verdeutlichen und können wissenschaftliche Vorhaben oder die praktische Umsetzung unterstützen.

Die Arbeit endet mit einer Reflexion der durchgeführten Untersuchung, einem Fazit zum Stand des Schulfaches Gesundheit in Deutschland und einem Ausblick auf mögliche weitere Entwicklungen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	6

Theorie

1 Gesundheit und ihre Förderung.....	10
1.1 Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention: Begrifflichkeiten und Zusammenhänge.....	10
1.2 Die Bedeutung von Gesundheit und ihrer Förderung.....	12
1.3 Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.....	15
1.4 Schulen als Setting der Gesundheits(kompetenz)förderung.....	17
1.5 Resümee.....	20
2 Gesundheitsförderung in Schulen.....	21
2.1 Historie der europäischen Gesundheitspädagogik.....	21
2.2 Aktuelle Ansätze und Programme der Gesundheitsförderung in Schulen.....	26
2.3 Bedeutung und Abgrenzung eines eigenen Schulfaches von den bisherigen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (PuG) in Schulen.....	29
2.4 Europäische Vorbilder eines Schulfaches Gesundheit.....	32
2.5 Hinweise für die Konzeption eines eigenen Schulfaches Gesundheit.....	34
2.5.1 Hinweise aus der Literatur.....	35
2.5.2 Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen.....	38
2.6 Resümee.....	41

Empirie

3	Methodik.....	43
3.1	Methodik zu Forschungsblock I: Internetrecherche und Dokumentenanalyse.....	46
3.2	Methodik für Block II: Experteninterviews.....	50
3.2.1	Auswahl, Rekrutierung und "Vorstellung" der Experten.....	51
3.2.2	Ablauf der Inhaltsanalyse.....	57
3.2.3	Vorstellung des Kategoriensystems.....	58
4	Ergebnisse.....	63
4.1	Ergebnisse zu Forschungsblock I: Bestandsaufnahme.....	63
4.1.1	Ist-Stand zu Gesundheitsfächern in den nicht-gymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1 in der BRD.....	63
4.1.2	Inhaltliche und formale Analyse der vorgefundenen "Gesundheits-Schulfächer" mit Bewertung.....	75
4.2	Ergebnisse zu Forschungsblock II: Bedingungsanalyse eines Schulfaches Gesundheit.....	77
4.2.1	Ergebnisdarstellung zu OK 1 „Einflussfaktoren auf die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen“	78
4.2.1.1	Zusammenstellung der Befunde aus UK 1.1	78
4.2.1.2	Zusammenstellung der Befunde aus UK 1.2.....	90
4.2.2	Ergebnisdarstellung zu OK 2 „Ausgestaltung des potenziellen Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen“	100
4.2.2.1	Zusammenstellung der Befunde aus UK 2.1.....	100
4.2.2.2	Zusammenstellung der Befunde aus UK 2.2.....	104
4.2.2.3	Zusammenstellung der Befunde aus UK 2.3.....	108
4.3	Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.....	116
4.3.1	Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse zu Forschungsblock I.....	116
4.3.2	Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse zu Forschungsblock II mit Ableitung von Hypothesen.....	120
5	Reflexion, Fazit und Ausblick.....	141
6	Literaturverzeichnis.....	145

7	Weitere Verzeichnisse.....	151
7.1	Abbildungsverzeichnis.....	151
7.2	Tabellenverzeichnis.....	151
7.3	Abkürzungsverzeichnis.....	151
8	Anhang.....	153
	Erklärung gemäß § 13 Abs. 6 der RPO.....	162

Theorie

1 Gesundheit und ihre Förderung

Im Folgenden werden zunächst die für diese Arbeit grundlegenden Begriffe „Gesundheit“, „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ beschrieben und ihr Zusammenhang dargestellt. Es wird die Bedeutung der Förderung von Gesundheit erläutert und der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit herausgestellt. Als zentrales Element der Gesundheitsförderung wird im Anschluss das Konzept der Gesundheitskompetenz beschrieben und das frühzeitige Einsetzen gesundheitsförderlicher Angebote und Maßnahmen, insbesondere in Schulen, erklärt.

1.1 Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention: Begrifflichkeiten und Zusammenhänge

Gesundheit lässt sich als Zusammenspiel physischer, psychischer und sozialer Faktoren im Sinne eines individuellen Wohlbefindens³ beschreiben (WHO, 1946). Dabei handelt es sich nicht um einen festen Zustand, sondern um einen sich im Laufe des Lebens dynamisch verändernden Prozesses (Antonovsky, 1979, zitiert nach BZgA, 2020). Dieser wird durch äußere Bedingungen beeinflusst, kann jedoch umgekehrt auch aktiv durch das Individuum selbst beeinflusst werden (Antonovsky, 1979, zitiert nach BZgA, 2020). Das Ausbalancieren innerer Bedürfnisse und äußerer Anforderungen stellt dabei ein Kernelement des Gesundheitsprozesses insbesondere im Hinblick auf den Erhalt der psychischen Gesundheit dar.

Die wohl berühmteste und am meisten zitierte Definition von „Gesundheit“ stammt aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Trotz Kritik an dieser Beschreibung von „Gesundheit“ als einem „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946), wird hier ein Paradigmenwechsel der bis dahin biomedizinischen Betrachtung von Gesundheit hin zur salutogenetischen Perspektive vollzogen. 1986 erfuhr der Begriff „Gesundheit“ durch die Ottawa-Charta eine Erweiterung, unter der die aktuelle politische Bewegung und

³ Wohlbefinden wird dabei als Fähigkeit, eigene persönliche, soziale und ökonomischen Ziele umzusetzen beschrieben (BZgA, 2018)

Diskussion um „Fridays for future“ subsumiert werden könnte: „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ wurden als „grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente“ von Gesundheit ergänzt (Ottawa-Charta, 1986). Ein „Mehr“ an Kontrolle über die eigene Gesundheit und die Möglichkeit, diese durch Beeinflussung relevanter Determinanten zu verbessern, soll durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung allen Menschen ermöglicht werden (BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 2017; Jakarta-Erklärung, 1997; Ottawa-Charta, 1986).

„Advocacy“, „Enable“ und „Mediate“ stellen die in der Ottawa-Charta genannten Grundprinzipien der Gesundheitsförderung dar. „Advocacy/Interessen vertreten“ bedeutet, dass Menschen in der Lage sein sollen, sich wie Anwälte für (ihre) Gesundheit bzw. darauf einwirkende Faktoren einzusetzen. „Enable/Befähigen/Ermöglichen“ will Menschen in die Lage versetzen, gesundheitliche Informationen zu erfassen, zu bewerten und selbstbestimmt anzuwenden. Mit „Mediate/Vermitteln“ ist das koordinierte Zusammenspiel Einzelner als auch von Gruppen über den Gesundheitssektor hinaus gemeint. Ziel ist es, auf eine höhere Stufe von Gesundheit auch z.B. durch politische Einflussnahme (Ottawa-Charta, 1986) hinzuwirken.

In diesem Kontext stößt man bei Recherchen in der Regel auch auf den Begriff „Empowerment“. Empowerment gehört zu den Grundvisionen von Gesundheitsförderung und beschreibt einen Prozess, dessen Ziel das Entwickeln von Fähigkeiten zur Teilhabe an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen ist (BZgA, 2017). Empowerment weist somit große Überschneidungen mit „enable“ und „advocacy“ auf.

In fünf ebenfalls in der Ottawa-Charta formulierten Handlungsfeldern wird konstatiert, dass Gesundheit ein die Tagesordnungen der Politik bestimmendes Thema sein solle („eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln“). Ebenfalls soll es Menschen in ihrem Alltag ermöglicht werden, gesund zu sein und zu bleiben, indem „gesundheitsförderliche Lebenswelten“ geschaffen werden (Ottawa-Charta, 1986). Besonders bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die ebenfalls benannte Strategie der „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“. Hier werden Schulen und Bildungseinrichtungen als verantwortliche Institutionen für Prävention und Gesundheitsförderung und den dahingehenden Lernprozess angegeben. Die Kombination aus „Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompe-

tenz“ und „gesundheitsförderlicher Politik“ stellen die Kernstrategien des Konzeptes der Gesundheitsförderung der WHO dar (Altgeld & Kickbusch, 2012).

Maßnahmen der Prävention zielen ebenfalls auf das Bewahren bzw. Verbessern des Gesundheitszustandes ab. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, die auf die positive Beeinflussung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen fokussiert ist, verfolgen sie den Ansatz, Risikofaktoren zu identifizieren. Dadurch sollen Krankheiten und Unfälle frühzeitig erkannt, minimiert und ausgeschlossen werden. Auch sollen Rückfälle/Progredienzen eines bereits eingetretenen Krankheitsprozesses vermieden werden. Im Einsatz der „Krankheits“-Prävention sind daher verschiedene „Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen.“ (BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).

Die in der Prävention und Gesundheitsförderung zur Anwendung kommenden Maßnahmen sind interdisziplinär und multiprofessionell angelegt, ergänzen sich oder bauen aufeinander auf und können damit als die beiden Seiten einer Medaille zum Erreichen eines individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinns bezeichnet werden (Folz, 2017).

1.2 Die Bedeutung von Gesundheit und ihrer Förderung

Die Welt, wie wir sie heute kennen, befindet sich im Wandel. Dieser basiert auf sog. Megatrends, die prägende Veränderungen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Zusammenlebens und der Wirtschaft bewirken. Demographische Veränderungen, die weitere Zunahme chronischer, durch die Lebensweise verursachte Erkrankungen, veränderte Arbeitswelten, zunehmende Digitalisierungsprozesse, ein rasantes Auseinanderdriften der Gesellschaft in „arm“ und „reich“, knapper werdende Ressourcen und der Klimawandel stellen einige dieser Megatrends dar (European Commission, 2020). In Deutschland, ebenso in vielen anderen Ländern, sind erste Auswirkungen dieser Entwicklungen in den Bereichen des alltäglichen Lebens deutlich spürbar. Von aktueller politischer Bedeutung sind die „Fridays for Future“-Klimastreiks, die Diskussion um ein höheres Renteneintrittsalter oder die zukünftige Gestaltung bzw. Finanzierung des Gesundheitssystems.

Die Basis, um mit diesen -sich in immer höherer Geschwindigkeit vollziehenden- Veränderungen umgehen zu können, stellt eine individuell aber auch gesamtgesellschaftlich hoch ausgeprägte Gesundheit dar.

Gesundheit ist für die Deutschen der wichtigste Lebensbereich und nimmt mit dem Alter sogar an Bedeutung zu (Hinz & Brähler, 2014). Bisher war Gesundheit ein eher theoretisches Konstrukt, dessen praktische Bedeutung vielen Menschen erst in Mangelsituationen klar wurde. Hingegen ist die Relevanz von Gesundheit und von Maßnahmen der (v.a. Infektions-) Prävention und Gesundheitsförderung spätestens seit der Konfrontation mit der Coronapandemie ab Februar 2020 in die praktische Lebenswelt aller Deutschen, wie auch der übrigen Weltbevölkerung, in großem Ausmaß eingedrungen. Ein Aneignen von neuem Wissen bzw. das Ausbilden von Kompetenzen zum Umgang mit diesen Herausforderungen unserer dynamischen Welt ist ohne Gesundheit nicht (langfristig) möglich.

Die grundlegende, alle Lebensbereiche durchdringende bedeutsame Rolle von Gesundheit verdeutlicht Ilmarinen in seinem Haus der Arbeitsfähigkeit auf besonders prägnante Weise (Ilmarinen & Tempel, zitiert nach Hasselhorn & Freude, 2007). Gesundheit, assoziiert mit Leistungsfähigkeit, bildet in seinem Haus das Fundament ab. Ein. Ohne ein festes Fundament „Gesundheit“ ist der weitere (Auf-) Bau des Hauses, z.B. das Aneignen von Kompetenzen oder das Ausbilden von Werten, nicht möglich.

Dagegen nimmt die Arbeitsfähigkeit als letzte Instanz das Dach des Hauses ein. Auch wenn Ilmarinen sich mit seiner Darstellung auf die für Ökonomien relevante Arbeitsfähigkeit konzentriert, ist die Ableitung an die Bedingungen einer „allgemeinen“ Arbeitsfähigkeit, im Sinne eines „schöpferisch, produzierenden, sozialen, zwischen Individuen vermittelnden Aktes“ nachvollziehbar (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020).

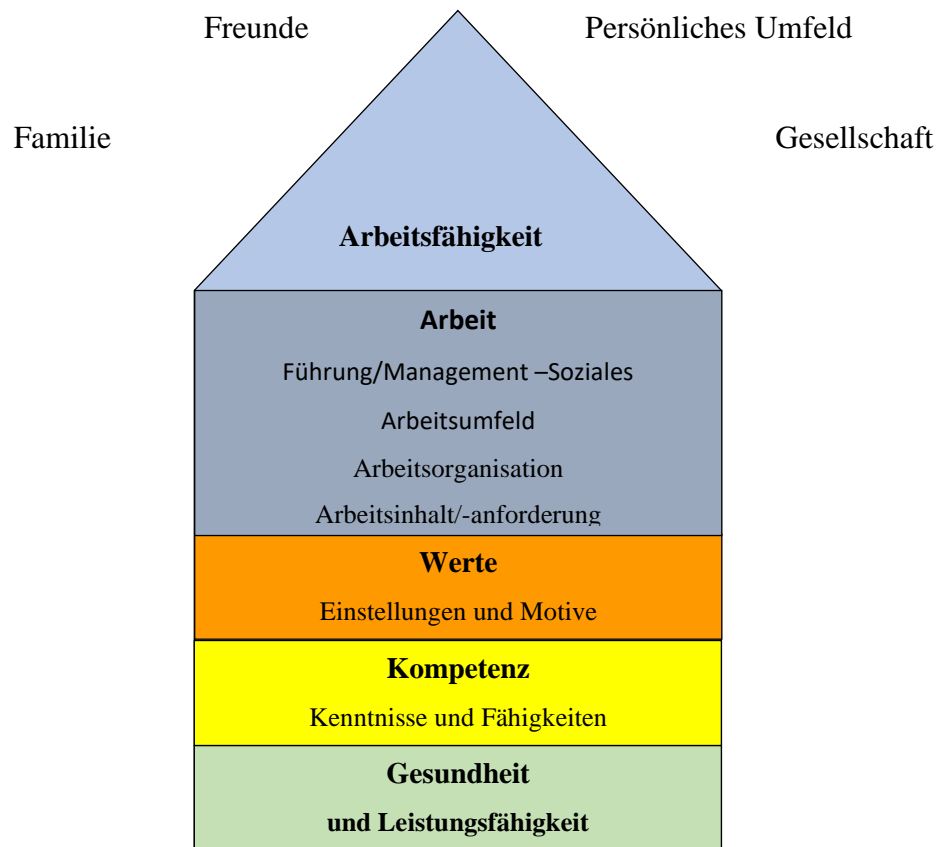


Abb.1: Haus der Arbeitsfähigkeit (modifiziert nach Ilmarinen & Tempel, zitiert nach Hasselhorn & Freude, 2007)

Das Bild von Gesundheit als Fundament, damit als Voraussetzung der Ausbildung von Fähigkeiten und bedeutsamste Grundlage, um Herausforderungen, gerade einer sich im Wandel befindlichen Welt, begegnen zu können, wird durch den Ausspruch „health equals wealth“ des ehemaligen EU-Kommissars und Gesundheitsexperten David Byrne (2003) zusätzlich unterstrichen: Ein positiver Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation von Bevölkerungen eines Landes und der zugehörigen Produktivität und wirtschaftlichem Wachstum wurde von der WHO mehrfach beschrieben (WHO, 2002; WHO, 2008). Die Konfrontation mit SARS-CoV-2 hat die Produktivität Deutschlands (und die anderer Länder) nachhaltig beeinflusst und Schwachstellen in der Prävention und Gesundheitsversorgung offengelegt. Im Bestreben, eine Wiederholung der Abläufe im Frühjahr 2020 zu vermeiden wurde am 07. Oktober 2020 eine „Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit“ veröffentlicht (Bundesregierung, 2020). Gesundheit und Prävention sollen gefördert, die durch den Klimawandel verursachten gesundheitlichen Folgen gemindert, die Gesundheitssysteme gestärkt, der Gesundheitsschutz fortgesetzt und Forschung und Innovation für globale Gesundheit vorangetrieben werden.

Es ist evident, dass der Erhalt und die Förderung von Gesundheit für alle Staaten von höchstem Interesse sein müssen. Als zentrales Element aller Bereiche müssen sie mitgedacht und auf allen Ebenen verankert werden. Als anerkanntes Kernelement von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (gerade im Sinne von „Empowerment“), ist seit vielen Jahren die „Gesundheitskompetenz“ (GeKo; engl. Health Literacy = HL) zu einem besonderen Gegenstand der internationalen wissenschaftlichen Forschung und Diskussion geworden. Seit einigen Jahren auch in der wissenschaftlichen Welt Deutschlands angekommen, soll der Begriffsinhalt „Gesundheitskompetenz“ im Folgenden genauer beleuchtet werden.

1.3 Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz versteht man

das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung beteiligen und die dazu nötigen Entscheidung treffen zu können (Schaeffer et al., 2016).

Mit hoch ausgeprägter GeKo gehen ein subjektiv besserer Gesundheitszustand, eine höhere Lebenserwartung, weniger chronische Erkrankungen wie auch eine höhere Inanspruchnahme von Präventionsangeboten einher (Schaeffer et al., 2016). Ihr Vorantreiben wird als bedeutsamste Maßnahme und Schlüsselfaktor der PuG beschrieben (WHO, 2013).

Das multidimensionale Konzept der GeKo, welches auch den sozialen Kontext umfasst (Schaeffer et al., 2016), formuliert vier Teilfähigkeiten, deren Ausprägung in der Summe das Maß der individuellen Gesundheitskompetenz bestimmen.

Diese vier Teilkompetenzen lauten:

- „Gesundheitsinformationen finden“ (access),
- „Gesundheitsinformationen verstehen“ (understand),
- „Gesundheitsinformationen beurteilen“ (appraise) und
- „Gesundheitsinformationen kommunizieren und für die eigene Gesundheit nutzen und anwenden können“ (apply)

(Sörensen, 2012; Schaeffer et al., 2016)

Eine gering ausgeprägte GeKo kann zur Folge haben, dass Präventionsangebote seltener wahrgenommen und chronische Erkrankungen häufiger erlebt werden und eine geringere Lebenserwartung aufgewiesen wird (Schaeffer et al., 2016, S.41; RKI, 2015, S.149 ff).

Seit einigen Jahren wird auch in Deutschland am Thema „Gesundheitskompetenz“ geforscht. Die Erstellung von Konzepten zur Erfassung von GeKo bei Kindern und Jugendlichen ist diffizil und wird zurzeit an der Universität Bielefeld verfolgt (Okan et al., 2015; Bauer & Pinheiro, 2015). Erste Ergebnisse über die „Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung“ zeichnen jedoch ein ernüchterndes Bild: Der HLS-Ger Studie nach verfügte mehr als die Hälfte der Deutschen über eine nur eingeschränkte oder gar unzureichende Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2016, S.40). Im Widerspruch zu den nationalen Gesundheitszielen „gesund aufwachsen“ und „gesund älter werden“ fand man zudem, dass sich ähnliche Befunde zur Ausprägung von Gesundheitskompetenz bei jungen Erwachsenen ergeben (Stada Gesundheitsreport, 2017). Insbesondere ältere Mitbürger, sozioökonomisch Schwächere und Menschen mit Migrationshintergrund sind von einer nur gering ausgeprägten Gesundheitskompetenz betroffen (Schaeffer et al., 2016).

Die aus einer nur gering ausgeprägten Gesundheitskompetenz resultierenden negativen gesundheitlichen Konsequenzen in Kombination mit den Megatrends aus demographischem Wandel, der immer größer werdenden Kluft zwischen arm und reich und der Zunahme von durch den Lebenswandel verursachten, chronischen Erkrankungen stellen das solidarisch konzipierte Gesundheitssystem in Deutschland vor besondere Herausforderungen. Der Grad von GeKo in einer Bevölkerung kann über den Stand der gesundheitlichen Chancengleichheit⁴ Auskunft geben und auch über das Erreichen des durch die Ottawa-Charta der WHO gesetzten Zieles „Gesundheit für alle“.

⁴ Chancengleichheit gilt dabei als wesentlicher Faktor zur Gesundheitsförderung. Sie umfasst gesundheitsbezogene Bildung, die Verbesserung sozialer Kompetenzen, Persönlichkeitsentwicklung und den Erwerb „lebenspraktischer Fertigkeiten“. In Schulen soll ein solcher Lernprozess „erleichtert werden“ während Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen „zum Handeln aufgerufen“ sind (Ottawa Charta, 1986).

Sie machen die Ausprägung von GeKo zu einem Faktor, der über gesundheitliche Chancengleichheit⁵ in einer Bevölkerung und damit über das Erreichen des durch die Ottawa-Charta der WHO-gesetzten Zieles „Gesundheit für alle“ Auskunft gibt.

Kinder und Jugendliche stellen eine besonders relevante Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Präventive Maßnahmen können signifikante und teilweise eindruckliche Effekte auf die Entwicklung von Heranwachsenden haben (Beelmann, 2006). Die Investition in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen wird als besonders wirkungsvoll beschrieben, da durch ein frühes Intervenieren die Entwicklung abträglicher Verhaltensmuster, die einmal entwickelt nur noch schwer veränderbar sind, beeinflusst oder gar verhindert werden kann können (Jerusalem et al., 2003; Kaluza & Lohaus, 2006). Die Beteiligung von insbesondere jüngeren Kindern hängt dabei von den für sie verantwortlichen Erwachsenen, in der Regel den Eltern ab oder wird durch diese stark beeinflusst.

Um die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheits(kompetenz-)förderung aller Kinder zu gewähren und den Eintritt des Präventionsdilemmas⁶ zu vermeiden, bedarf es eines Settings, das alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig vom ihrem sozioökonomischen Status oder individuellen Interessen der Erziehungsberechtigten erreicht, und damit gesundheitliche Chancengleichheit ermöglicht. Schulen werden dabei stets als prädestinierte Settings genannt. Ihre Rolle soll daher im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden.

1.4 Schulen als Setting der Gesundheits(kompetenz)förderung

In Deutschland ist ein mindestens neunjähriger Vollzeitbesuch einer allgemeinbildenden Schule in Vollzeit für alle Kinder und Jugendlichen verpflichtend (KMK). Diese Tatsache

⁵ Chancengleichheit gilt dabei als wesentlicher Faktor zur Gesundheitsförderung. Sie umfasst gesundheitsbezogene Bildung, die Verbesserung sozialer Kompetenzen, Persönlichkeitsentwicklung und den Erwerb „lebenspraktischer Fertigkeiten“. In Schulen soll ein solcher Lernprozess „erleichtert werden“ während Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen „zum Handeln aufgerufen“ sind (Ottawa Charta, 1986).

⁶ Das Dilemma der Prävention besteht darin, dass ihre Angebote oft nicht die Zielgruppen erreichen, die von den Angeboten profitieren sollten (Hartung et al., 2011).

in Kombination mit den Empfehlungen zur Gesundheitsförderung der Kultusministerkonferenz (KMK, 2012)⁷, in denen sich dieses Gremium klar für Prävention und Gesundheitsförderung (PuG) als schulische Aufgaben ausspricht, machen Schulen zu einem idealen Setting für passgenaue, strukturell verankerte und qualitativ hochwertige Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung bzw. GeKo-Förderung.

Unter einem Setting versteht man „einen Ort oder sozialen Kontext, in dem Menschen in ihren täglichen Aktivitäten engagiert sind und in dem Umweltfaktoren, wie auch organisationale und personelle Faktoren interagieren, um auf Gesundheit und Wohlergehen einzuwirken“ (WHO, 1986).

„Gesundheitsförderung im Setting“ meint dabei das Anbieten von Maßnahmen zur Verhaltens- und Einstellungsbeeinflussung Einzelner oder Gruppen, z.B. durch Projekte/Programme oder Vorträge zu gesunder Ernährung, Bewegung, Stressreduktion (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen).

Dagegen wird durch ein „gesundheitsförderndes Setting“ ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt. Umwelt- und soziale Bedingungen des Settings sollen so verändert werden, dass sie gesundheitsförderlich wirken, wobei die o.g., auf das Verhalten wirkenden Interventionen ein Teil der Maßnahmen darstellen können. Der Fokus liegt dabei nicht nur auf Einzelpersonen oder Personengruppen. Es sollen ganze Organisationen und/oder übergeordnete Strukturen (so auch bauliche Maßnahmen) erfasst werden. Dabei sind auch politische Einflussnahmen von großer Bedeutung (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen).

In Schulen, die alle Bedingungen eines Settings erfüllen, kommen Menschen in ihrem alltäglichen Leben zusammen und gehen Beziehungen ein. Oftmals stellen sie die ersten Orte außerhalb der Familie dar, an denen ebenfalls eine (erzieherische ggf. konträre) Beeinflussung stattfindet. So beschreibt Schnabel (2014) Familie und Schule als zwei aufeinander-

⁷ Basierend auf der Jakarta-Erklärung von 1997, wird in den Empfehlungen der KMK (2012) Gesundheit als Menschenrecht und lebenslanger Prozess wie auch unverzichtbarer Bestandteil schulischer Entwicklung beschrieben. Der „Umgang mit der eigenen Gesundheit und der anderer“ gehöre „zu den Alltagskompetenzen, die Menschen auch in der Schule erlernen“.

prallende Welten die sich als Konfliktpotenzial sowohl positiv als auch negativ auf Bildungsvorgänge im Hinblick auf die Gesundheitsentwicklung auswirken können. Allerdings läge gerade in der Tatsache, dass in Schulen alle Kinder, unabhängig vom familialen Umfeld und Status, ab dem sechsten Lebensjahr über Jahre hinweg begleitet werden können, das Potenzial, auf die Gesundheitskompetenz bzw. allgemein die Gesundheitsentwicklung der jungen Menschen einzuwirken (WHO, 1997; Paulus, 2010, S.8; Folz-Antoniadis, 2018).

Bereits vor 20 Jahren betonte WHO-Vizegeneraldirektor Napaljkov (WHO, 1997) die Bedeutung von „Schule“ als Einflussfaktor auf Gesundheit und Bildung der zukünftigen Generationen. In diesem Kontext ist hervorzuheben, dass Bildung und Gesundheit sich gegenseitig beeinflussen bzw. untrennbar miteinander verbunden sind: Gesündere Kinder lernen besser und erreichen meist höhere Schulabschlüsse. Umgekehrt weisen gebildetere Kinder in der Regel einen höheren Gesundheitsstatus auf (Mielck et al., 2012; Basch, 2011; Paulus, 2010; Hascher & Winkler-Ebner, 2010; S.31; WHO, 1997).

Als noch wichtigeren Einflussfaktor als Bildung auf die Gesundheit wird die Gesundheitskompetenz bezeichnet (Bennett et al., 2009; Ad Hoc Committee, 1999), was Schulen, deren Auftrag auch die Vermittlung und Förderung von Kompetenzen beinhaltet, nochmals in den Fokus rückt. Auch im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP GeKo), welcher in Folge der Ergebnisse zur GeKo der deutschen Bevölkerung im Frühjahr 2018 von verschiedenen Experten erstellt wurde und Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland aufführt, wird das (Erziehungs- und) Bildungssystem als ein bedeutsames Setting benannt.

In Expertenworkshops wurden sechs Strategiepapiere zum NAP GeKo zur Konkretisierung dieser Empfehlungen erstellt und spezifische Handlungsempfehlungen für die Praxis, so auch die des Bildungssystems, formuliert. Als langfristig denkbar wird dabei die Implementierung eines eigenen Schulfaches „Gesundheit“, das von speziell dafür ausgebildeten Fachlehrkräften unterrichtet werden soll, beschrieben (Strategiepapier, 2018, S.5). Modellversuche sollten eingerichtet werden, „um die Vor- und Nachteile eines solchen weitreichenden Reformschrittes abschätzen zu können“ (Strategiepapier, 2018, S.5).

Seit der Veröffentlichung des ersten Strategiepapiers im Sommer 2018 fand in keinem der 16 Bundesländer eine praktische Entwicklung in Richtung eines Schulfaches „Gesundheit“

statt. Dabei verstärken Ergebnisse aus Finnland, wo ein obligatorisches Fach „Health Education“ eingeführt wurde, die Annahme von positiven Effekten auf die Gesundheitskompetenz von Schülern (Aira et al., 2014).

Nach Aussagen aus dem Bildungsbereich würde die Gesundheitsförderung in deutschen Schulen bereits ausreichend betrieben. Gesundheitsrelevante Inhalte würden adäquat vermittelt. Dies steht allerdings im Widerspruch zu den im NAP GeKo formulierten Empfehlungen und den Befunden des STADA-Gesundheitsreports aus 2017, in dem der ausdrückliche Wunsch der befragten jungen Erwachsenen nach einem Schulfach Gesundheit aufgeführt wird (STADA 2017).

1.5 Resümee

In Kapitel 1 wurden für diese Arbeit grundlegende Begriffe, Konzepte, Zusammenhänge und Hintergründe erläutert.

Der Begriff Gesundheit erfuhr in der Mitte des letzten Jahrhunderts einen Paradigmenwechsel und wird heutzutage als mehrdimensionaler, individueller Prozess beschrieben. Gesundheitsförderung und Prävention zielen mit ihren Maßnahmen auf ein „Mehr“ an Gesundheit ab. Gesundheitskompetenz geriet als bedeutsamste Maßnahme der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren auch in Deutschland in den Fokus der Gesundheitswissenschaften. Aufgrund ihrer geringen Ausprägung (Schaeffer et al, 2016) in der deutschen Bevölkerung wurde unter der Schirmherrschaft des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018) konzipiert, der Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für einzelne Settings formuliert. Eines dieser Settings stellt das Bildungssystem mit seinen Schulen dar. Für die Schulen wird die mehrfach formulierte, mit Widersprüchen belegte und kontrovers diskutierte Forderung nach einem eigenen Schulfach Gesundheit (zur Förderung der GeKo) vorgestellt.

Der bestehende Widerspruch aus der in regelmäßigen Abständen ausgesprochenen Forderung nach einem eigenen Schulfach Gesundheit und seiner Ablehnung lässt viele Fragen offen. In einem zweiten Theorieteil soll daher auf die Gesundheitsförderung im Setting Schule und die Einordnung eines Schulfaches Gesundheit fokussiert werden.

2 Gesundheitsförderung in Schulen

Nach einem Exkurs in die Historie der Entwicklung der europäischen Gesundheitspädagogik, wird anhand einiger Beispiele beleuchtet werden, wie Gesundheitsförderung in Schulen zurzeit stattfindet. Die „Maßnahme“ „eigenes Schulfach“ wird abgegrenzt und europäische Vorbilder vorgestellt werden. Unter der Annahme, dass ein Schulfach Gesundheit die notwendige pädagogische Relevanz zu einer Einführung besitzt, werden bereits vorhandene Hinweise zu Anforderungen an ein eigenes Schulfach „Gesundheit“ vorgestellt.

2.1 Historie der europäischen Gesundheitspädagogik

Im Rahmen der Diskussionen um ein Schulfach Gesundheit wird stets auch die Rolle der Gesundheitspädagogik und bzw. -didaktik erwähnt. Auch Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung sind Begriffe, die im Zusammenhang mit diesem Schulfach, aber auch im Setting Schule bzw. allgemein in Bildungseinrichtungen stattfindenden Gesundheitsinterventionen auftauchen. Sie sind Teildisziplinen der Gesundheitspädagogik (Wulfhorst, 2002, S. 25), auf deren geschichtliche Entwicklung daher in der nachfolgenden Zusammenfassung eingegangen werden soll. Der historische Überblick basiert insbesondere auf den Betrachtungen Manfred Cassens aus seinem 2014 erschienenem Buch „Einführung in die Gesundheitspädagogik“. Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Gesundheitspädagogik oder der begrifflichen Differenzierung ihrer Teilbereiche soll auf die entsprechende Literatur verwiesen werden.

Die europäische Gesundheitspädagogik kann auf eine Geschichte zurückblicken, die etwa im fünften Jahrhundert vor Christus⁸ begann und interessanterweise annähernd deckungsgleich mit der Geschichte der Medizin bezeichnet werden muss. Bis in die Neuzeit hinein stand dabei insbesondere die klassische Gesundheitserziehung im Sinne einer Belehrung oder Anleitung des (gesundheitsunmündigen) Menschen im Vordergrund.

⁸Außerhalb Europas ist sogar eine weitere Rückdatierung möglich, z.B. findet man in der ägyptischen Kultur gesundheitserzieherisches Handeln.

Erste Hinweise auf gesundheitspädagogische Tätigkeit können in der Antike verortet werden. Dort waren die vorherrschenden Themen erzieherischer bzw. beratender Maßnahmen insbesondere solche der Hygiene (gr. Hygieia: Göttin der Gesundheit)⁹ zur Vorbeugung von epidemisch auftretenden Infektionserkrankungen. Eine allgemeinere erzieherische Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens von gesundheitspädagogischer Relevanz findet sich in der sog. „Diätetik“ (gr. Lebensweise) des antiken Griechenlands, die bis ins 15. Jhd. von Bedeutung blieb. Diese wurde insbesondere durch Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) geprägt, der die Heilkunst als Zusammensetzung aus Chirurgie, Pharmazie und Diätetik (Balance einer gemäßigten Lebensführung) charakterisierte (Henner, 1998; S.45 ff.). Den Heilkundigen bzw. den Arzt betrachtete Hippokrates als Steuermann, der den (hilfesuchenden) Menschen durch den diätetischen Lebensstil begleitet oder diesem wieder zuführt. Erst wenn (gesundheitliche) Probleme nicht (mehr) durch diätetische Maßnahmen lösbar waren, sollten chirurgische und pharmazeutische Interventionen herangezogen werden. Es wird deutlich, dass die hippokratische Lehre gesundheitsförderliche Maßnahmen (pharmakologischen oder chirurgischen) Intervention voranstellt. In den hippokratischen Ausführungen lässt sich zudem bereits eine Differenzierung in Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen vornehmen.

Eine ab dem ersten Jahrhundert (nach Christus) in Griechenland verbreitete, jedoch bis ins 18. Jahrhundert hinein reichende Gesundheitslehre, stellte die des Wundarztes Galenos von Pergamon (Galen, 129-216 n. Chr.) dar. Er entwickelte die *sex res nonnaturales* (nicht natürliche Grundlagen, u.a. „der Lebensraum und seine Gestaltung“, „der Körper und seine Pflege“, „das Gefühlsleben und seine Dynamik“) und erhob Gesundheit zum erstrebenswerten Befinden. Krankheit wurde auf Fehlverhalten zurückgeführt, das auf Unwissenheit basierte und eine Belehrungsbedürftigkeit aufzeigte.

Die Erkenntnisse Galens gelangten bis nach Rom, wo der „hellenistischen“ Lebensweise große Bedeutung beigemessen wurde. Das Durchführen gymnastischer Übungen wie auch der Besuch von öffentlichen „Gymnasien“, die „der Pflege des körperlichen Wohlbefin-

⁹ In der theurgischen Medizin als einer der beiden etablierten Ansätze der Gesundheitslehre im antiken Griechenland stellten Gebete bzw. Glaube, Riten und die Befragung von Orakeln zentrale Elemente dar. Sie werden als von geringer pädagogischer Bedeutung eingestuft und daher hier nicht weiter thematisiert.

dens dienten“ und von Thermen, in denen Massageanwendungen praktiziert wurden, waren weit verbreitet und „modern“ (Cassens, 2014, S.34).

In den von Rom und Griechenland kaum beeinflussten Gebieten Germaniens hingegen war man von diesen Entwicklungen weit entfernt. Ausgebildete Ärzte gab es nicht. Oft kam den Frauen als kräuterkundige Heilerinnen, Hebammen und/oder in Hygienefragen Beratende eine gesundheitspädagogische Rolle zu.

Im vierten Jahrhundert fand ein Paradigmenwechsel sowohl in der Medizin hin zur Heilslehre als auch in der Pädagogik hin zum philosophischen Aufklärungsdenken statt. Dieser dauerte bis ins beginnende 19. Jahrhundert an.

Mit dem Niedergang der antiken Lebenswelt wurde im mittelalterlichen Europa die christliche Kirche zu einer zentralen Instanz der Gesundheitsberatung und -Erziehung. Klöster waren Orte der Gesundheit, Bildung, Wissenschaft und Kunst. Kriege, Epidemien (Pest, Lepra) und wenig verlässliche Strukturen sorgten für Ängste und Sorgen um das gesundheitliche und seelische Wohlergehen, denen in den Kirchen durch die Entwicklung asketischer Anleitungen zur Alltagsgestaltung für die Bevölkerung begegnet wurde.

Unter der Herrschaft Karls des Großen (747-814) wurden gesundheitspädagogische Maßnahmen eingeführt. Er erließ Vorschriften zur Erziehung und Bildung von Kindern, Laien und Klerikern. So ist eine allgemeine medizinisch- hygienische Grundausbildung (Diedenhofener Verordnung aus dem Jahre 805) als Teil der durch Karl den Großen festgelegten Bildungsziele hinterlegt.

Die Hauptaufgabe der mittelalterlichen „Gesundheitsberater“ bestand in der Anleitung und Beratung zur diätetischen Lebensführung. Im frühen Mittelalter von gesundheitspädagogischer Relevanz war ebenfalls die auch heute noch aktuelle Anwendung von Furchtappellen, um der Verbreitung von mit Lasterhaftigkeit assoziierten Epidemien vorzubeugen. Auch Illustrationen und Fresken in Klöstern und Kirchen des 10. bis 13. Jahrhunderts wurden genutzt, um gesundheitsrelevantes Wissen festzuhalten: Durch diese Abbildungen ist ersichtlich, dass bereits im Mittelalter zum Umgang mit verschiedenen Gesundheitsthemmen, z.B. zur Geburt, klare Hinweise existierten.

Eine Diätetik für Kinder verweist ebenfalls auf die gesundheitspädagogischen Aktivitäten dieser Zeit.

Als erste europäische Einrichtung zur systematischen Gesundheitslehre und medizinischen Ausbildung wurde im Mittelalter die „Schola Medica Salernitana“ gegründet. Die dort geschriebene „Regimen Sanitatis Salernitanum“, die auf der Vier-Säfte-Lehre und den sex res nonnaturales (Galen) basierte, regte zu Gesundheitsbewusstsein wie auch gemäßigtem und hygienischem Lebensstil an, war weit verbreitet und wurde bis ins 19. Jhd. genutzt.

Im späten 15. Jhd. wurden schließlich Zweifel an der Vier-Säfte-Lehre formuliert. Die Entdeckungen in der Medizin, besonders durch Vesalius (1514-1564, Anatom) und Harvey (1578-1657, Entdeckung des Blutkreislaufes), begünstigten ein Betrachten des menschlichen Körpers als eine Maschine, deren Fehlfunktionen repariert werden könnten. Dadurch wurde die Entstehung der lange Zeit populären biomedizinischen Betrachtung von Gesundheit begünstigt. Erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts stellte sich dazu ein grundlegender Wandel ein.

Der Wandel von der hippokratischen zur neuzeitlichen Medizin als eigene Wissenschaft zur Behandlung von Krankheiten, aber auch zur Wissensvermittlung wurde stark durch Paracelsus geprägt. Kleine Ratgeberschriften und Zeitschriften, die sich z.B. mit „den gewöhnlichen Laster der Trunkenheit“ (1531) oder mit Adipositas und Bewegungsarmut beschäftigten, wurden gedruckt. Laut Cassens fand zu dieser Zeit die Grundsteinlegung „für einen später folgenden 200 Jahre andauernden Disput (der Medizin) mit der Pädagogik“ statt (Cassens, 2014, S.46).

Im späten 18. Jhd. kam es zu einem weiteren Paradigmenwechsel von der Heilkunst zur Heiltechnik. Die weitere Professionalisierung in den Gesundheitsberufen auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene bewirkte eine Lebensverlängerung durch medizinische Interventionen. Parallel wurden flächendeckend Schulen etabliert und Bemühungen zur Verbesserung des Bildungssystems unternommen. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurde die sog. Regelschule eingeführt und der „Gesundheitskatechismus zum Gebrauche in den Schulen bey dem häuslichen Unterrichte“ des Mediziners Faust veröffentlicht.

Die Lehre etablierte sich als eigener Berufsstand, der erste Lehrstuhl für Pädagogik (Ernst Christian Tarpp, 1745-1818) in Halle wurde eingerichtet. Die Entwicklung der Pädagogik als eigenständige, von der Philosophie geprägte Wissenschaft während des 19. Jahrhunderts wurde von der Medizin kritisch beobachtet. Lehrpersonal wurde nun systematisch

ausgebildet, Lehrpläne etabliert, Unterricht geplant und die Einteilung in Schulstunden vorgenommen.

Mit der weiteren Professionalisierung von Lehrkräften, der jedoch weiterhin durch die Medizin dominierten Unterrichtung von Gesundheit und Hygiene in Schulen, stellte sich die Frage nach der für die Gesundheitserziehung zuständigen Wissenschaft. Auf der Deutschen Reichsschulkonferenz im Jahre 1920 wurde der Auftrag zur „Hygieneerziehung“¹⁰ schließlich den Lehrern zugewiesen.

Der Beginn des 20. Jahrhunderts zeichnete sich durch einen hohen Formalisierungsgrad der Bildung in Schulen aus und führte zur Entwicklung noch heute angewandter, reformpädagogischer Ansätze. In diesem Zusammenhang sollte die von Maria Montessori entwickelte Montessori-Pädagogik (Leitgedanke: „Hilf mir, es selbst zu tun“) und die von Kurt Hahn (1886-1974) gegründete Erlebnispädagogik erwähnt werden.

Die Gesundheitslehre des Dritten Reiches soll in diesem Zusammenhang nicht thematisiert werden. Auch Cassens spart diese Zeit in seinem Werk aus.

Nach dem zweiten Weltkrieg kam es schließlich zu dem in Kapitel 2 bereits erwähnten Paradigmenwechsel des Verständnisses von „Gesundheit“. Gesundheitserziehung wurde nach Zerschlagen des dritten Reichs weitgehend durch Entwicklungen aus den USA und Kanada, die pädagogische Landschaft durch Klafkis theoretische und didaktische Ideen geprägt. Klafkis Ideen kamen in der damals kaum präsenten Gesundheitspädagogik jedoch nicht zur Anwendung.

Die Gesundheitspädagogik stellte und stellt einen wenig prominenten Bereich innerhalb der Pädagogik, aber auch der Gesundheitsdisziplinen dar. Beim Übergang von old zu new public health wird „Gesundheitspädagogik“ jedoch explizit erwähnt (Hurrelmann et al., 2006, in Cassens, 2014, S. 59). Es stellt sich nach Cassens daher die Frage, wie und wo diese Fachdisziplin heutzutage zu verorten ist und welche Ziele sie verfolgt.

¹⁰ Davon abzugrenzen ist das während dieses Prozesses etablierte Schulfach „Körperübungen“, das -heute als Sportunterricht bekannt und inhaltlich deutlich verändert- in der Mitte des 19. Jhd.'s zunächst disziplinarischen, militärischen Einsatz vorbereitenden Charakter hatte.

Ein Handlungsfeld der Gesundheitspädagogik stellt weiterhin das Bildungssystem dar. Schulische Gesundheitserziehung findet aktuell hauptsächlich im Rahmen der Fächer Biologie und Sport statt, für die es eigene Didaktiken gibt. Beiden Fächern liegt das Leistungsprinzip zugrunde, was für den Themenbereich Gesundheit ein „Bewertungsdilemma“ produziert, für das bis heute noch keine Lösung gefunden wurde. Daraus lässt sich ein Auftrag an die Gesundheitspädagogik ableiten.

Ebenfalls kann durch den Bedarf einer zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (Lampert & Kurth, 2007, zitiert nach Cassens, 2014, S. 60) oder den Bedarf an gesundheitspädagogischen Lösungen für u.a. durch die Megatrends hervorgerufene Herausforderungen die Notwendigkeit der Gesundheitspädagogik als Fachdisziplin aufgezeigt werden.

Auf akademischer, jedoch auch auf Anwendungsebene stellt die Gesundheitspädagogik daher einen für die Zukunft bedeutsamen Bereich dar, der zur Bewältigung der Aufgaben der Moderne Medizin und Pädagogik schließlich wieder zusammenführt (Cassens, 2014, S. 64). In der schulischen Gesundheitsförderung muss sie jedoch zum aktuellen Zeitpunkt als von untergeordneter Rolle bezeichnet werden.

Schulische Gesundheitsförderung wird meist von externen Akteuren an die Schulen herangetragen. Fünf der in Deutschland populärsten Ansätze und Programme sollen im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

2.2 Aktuelle Ansätze und Programme der Gesundheitsförderung in Schulen

Der folgende Abschnitt skizziert Ansätze zur Gestaltung „gesundheitsfördernder Settings“ und drei, in deutschen Schulen bekannte Programme zur v.a. im Unterricht durchgeführten Gesundheitsförderung. Die Ausführungen basieren auf einer Hausarbeit der Autorin (Folz, 2017), in der diese Thematik bereits aufgegriffen wurde.

Die „gesundheitsfördernde Schule“ (health promoting school) ist der von der WHO seit den 90er Jahren favorisierte, ganzheitliche Ansatz zur Förderung von Gesundheit durch Maßnahmen der PuG im Setting Schule. Alle schulischen Akteure und Organisationsformen, aber auch bauliche Gegebenheiten und außerschulische Partner sollen hier in den

Veränderungsprozess integriert werden. Gesundheitsthemen sollen ins Curriculum eingebracht werden, um die Entstehung von Erkrankungen aktiv vorzubeugen und durch gesundheitsförderliche Umweltgestaltung einen Zuwachs an Gesundheit zu erreichen. Ebenfalls sollen so im gesamten Setting die Konditionen auf Gesunderhaltung und Stärkung derselbigen ausgerichtet werden. Der Erfolg des Ansatzes werde durch über längere Zeiträume hinweg durchgeführte intensive Interventionen zu den Themen „mentale Gesundheit“, „Ernährung“ und „Bewegung“ positiv beeinflusst (WHO Europe, 2006).

Einen populären Ansatz zur Settinggestaltung von Schulen stellt die „gute, gesunde Schule“ dar, deren Keimzelle an der Universität Lüneburg zu finden ist.

„Eine gute gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur „Bildung für nachhaltige Entwicklung“. Sie weist gute Qualitäten in folgenden Bereichen auf und sorgt für deren stetige und nachhaltige Verbesserung durch Schulentwicklung:

- Pädagogische Wirkungen und Bildungs- und Erziehungserfolg,
- Qualitätsentwicklung von Schule und Unterricht,
- Gesundheitsbildung und -erziehung.“ (Brägger et al.; 2005).

Gut und gesund sind Schulen, „wenn sie erfolgreich sind und sich alle Beteiligten wohl fühlen und gesund sind“ (DAK-Gesundheit, 2014). Die Interventionen des ganzheitlichen Ansatzes der „guten gesunden Schule“ fokussieren jedoch nicht auf Gesundheitsförderung, sondern den Bildungsauftrag bzw. die Bildungsqualität von Schulen. Damit nimmt sich die „gute, gesunde Schule“ den Kernaufgaben von Schule an. Gesundheitsförderung soll keine zusätzliche Aufgabe, sondern integraler Bestandteil von Schule sein (Paulus, 2010, S. 18 ff). Ein eigenes Gesundheits-Schulfach wird in diesem Ansatz nicht angestrebt. Im Rahmen der DAK Initiative „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ wurde die „gute, gesunde Schule“ evaluiert. Maßnahmen des Ansatzes wurden dabei an 30 Schulen aller Schulformen in sieben Bundesländern eingeführt und bewertet. Durch die eingeführten Maßnahmen konnte die Anzahl guter gesunder Schulen verdoppelt bzw. verfünffacht werden, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen für Schüler und Lehrkräfte verbessert werden. Die „gute gesunde Schule“ kann daher als erfolgreicher Ansatz gewertet werden (DAK-Gesundheit, 2014). Sie wird z.B. in Bayern, Brandenburg oder Berlin als Landes-

programm, unterstützt durch Kooperationspartner wie Kranken- oder Unfallkassen, vorangetrieben.

Seit 2003 liegt mit dem aus Australien stammenden und dort positiv evaluierten „MindMatters“ ein Programm vor, das sich als Ressource zur Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern aller Klassenstufen und Schulformen sieht (Hazell, 2005). Das für Deutschland adaptierte Programm basiert auf den Prinzipien der guten gesunden Schule und soll durch drei Schulentwicklungsmodule auch auf die Settinggestaltung einwirken. Der Schwerpunkt des Programms, das von Kranken-/Unfallkassen, z.B. der Barmer finanziert wird, liegt jedoch auf der unterrichtlichen Förderung der psychischen Gesundheit¹¹. Dafür existieren sieben Unterrichtsmodule, die sich -an die Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersgruppe angepasst- mit unterschiedlichen Themen z.B. Beziehungen eingehen („Freunde finden“), Stress und Entspannung („Mit Stress umgehen im Gleichgewicht bleiben“) oder dem Umgang mit Belastungen („Rückgrat für die Seele“) befassen. Lehrkräftefortbildungen zum Programm werden in ganz Deutschland angeboten. Eine erste Evaluation der deutschen Adaption ergab geringfügig positive Effekte durch MindMatters. Langzeitstudien wurden bisher jedoch nicht veröffentlicht, auf ihre Notwendigkeit wurde im Rahmen des initialen Evaluationsvorhaben jedoch hingewiesen (Franze & Paulus, 2009).

Bei „Pausenlos gesund“ handelt es sich um ein von der Stiftung Gesundheitswissen entwickeltes Schulprojekt, das sich insbesondere an Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 7 bis 9 richtet und das Ziel verfolgt, deren Gesundheitssystemkompetenz zu stärken. Sieben für Lehrkräfte vorkonzipierte und mit Hintergrundinformationen versehenen Unterrichtseinheiten, die online abrufbar, jedoch auch im Rahmen der Anforderung eines Materialordners von der Stiftung zur Verfügung gestellt werden, bilden den Kern des Projektes. Behandelt werden Inhalte zur Nutzung des Gesundheitssystems, zur Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen, zur Kommunikation mit den Akteuren des Gesundheitssys-

¹¹ Psychische Gesundheit wird als „Balance zwischen "produktiver Anpassung" (Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen) und "Selbstverwirklichung" (Realisierung eigener Lebensvorstellungen und -wünsche) bzw. zwischen "Selbsterhaltung" und "Selbstgestaltung" beschrieben wird und maßgeblich an Gesundheit und Lebenskompetenz beteiligt ist (Paulus, 2010; Mind Matters, 2017).

tems, Patientenrechten, Arzneimitteln oder auch zum Infektionsschutz. Ergänzt wird das Projekt durch die sog. „Schulsprechstunde“, einer 90-minütigen Unterrichtseinheit, die von einem Arzt bzw. einer Ärztin durchgeführt werden soll. Unterstützt wird dieses, eine thematische Lücke füllende Programm durch Eckart von Hirschhausen (Stiftung Gesundheitswissen, 2018)

Zuletzt soll noch auf das an Grundschulen in ganz Deutschland verbreitete Programm Klasse 2000 eingegangen werden. Das Programm vermittelt im Sinne der „Gesundheitsförderung im Setting“ für die Zielgruppe der Erst- bis Viertklässler Kompetenzen u.a. zu den Themen Ernährung, Bewegung, Persönlichkeitsbildung oder Suchtmittelkonsum. Eigens geschulte, so genannte Gesundheitsförderer und die jeweiligen Klassenlehrer führen das Programm innerhalb von 15, über die einzelnen Schuljahre verteilten Unterrichtseinheiten durch (Klasse 2000, Homepage). Mit Schule 2020 wurde das Programm um ein zur Schulentwicklungskonzept mit dem Ziel, Grundschulen auf dem Weg zu „gesundheitsfördernden Grundschulen“ zu begleiten, ergänzt. Hinter Klasse 2000 steckt ein gemeinnütziger Verein, der sich u.a. aus Förder- und Spendengeldern finanziert. Im Rahmen einer externen durchgeführten Evaluation zeigte sich, dass Klasse-2000 Kinder im Vergleich nachhaltig gesünder lebten, indem sie weniger zu Rauschmitteln griffen, sich mehr bewegten und auch ein gesünderes Ernährungsverhalten an den Tag legten (Klasse 2000, Evaluation 2015).

2.3 Bedeutung und Abgrenzung eines eigenen Schulfaches von den bisherigen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (PuG) in Schulen

Im folgenden Abschnitt sollen die Mängel von Maßnahmen der aktuellen PuG in Schulen skizziert und davon abgeleitet die potenzielle Bedeutung eines eigenen Schulfaches Gesundheit erarbeitet werden. Anschließend wird die Einführung des eigenen Schulfaches von anderen Maßnahmen abgegrenzt. Die dazu formulierten Gedanken basieren auf der Hausarbeit von Folz (Folz, 2017).

Eine kontinuierliche, systematische, qualitativ hochwertige Auseinandersetzung mit allen Dimensionen von Gesundheit mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz zu stärken, findet im Setting Schule zurzeit nicht statt. Einzelne gesundheitsrelevante Themen werden in den allgemeinbildenden Schulen unterrichtlich vor allem im Rahmen der Fächer Biologie,

Sport oder Sachkunde thematisiert. Diese Vermittlung findet meist auf kognitive Weise und biomedizinisch motiviert statt (Jerusalem & Mittag, 1994; Hurrelmann et al. 1994).

Für viele Themen der Gesundheit und Gesundheitsförderung, insbesondere zu Ernährung, Bewegung, und Teilthemen der psychischen Gesundheit existieren von externen Anbietern wie z.B. Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes erstellte Programme. Diese unterscheiden sich zum Teil deutlich im Hinblick auf ihre Qualität. Als fundiert und ziel führend können u.a. die im vorherigen Abschnitt exemplarisch vorgestellten Ansätze und Programme bezeichnet werden. Diese müssen jedoch von den oft fachfremden Akteuren in den Schulen zunächst gefunden, ausgewählt, inhaltlich bearbeitet und in den eigenen Unterricht integriert werden. Bei immer knapper werdenden Ressourcen stellt die Integration und Umsetzung die schulischen Akteure jedoch oft vor große Herausforderungen. Das Gelingen hängt daher stark von den Bedingungen der einzelnen Schulen, jedoch auch stark von der Motivation einzelner Lehrkräfte und Schulleitungen als Gatekeeper der schulischen Gesundheitsförderung (Fullan, 2001; Huber, 1999; Dadaczynski, 2015) ab.

Neben dem Beachten der Qualität ist bei der Auswahl von für Schulen konzipierten Programmen ebenfalls auf die thematischen Schwerpunkte zu achten. Viele Programme fokussieren auf einzelne gesundheitliche Themenbereiche und müssten daher kombiniert werden, damit eine umfassende Gesundheitsbildung und -Kompetenzförderung in Schulen erreicht werden kann. So richtet sich Klasse 2000 „nur“ an die Grundschule, Mind Matters fokussiert auf die psychische Gesundheit, Pausenlos gesund v.a. auf das Gesundheitssystem. Hinzu kommt, dass in keinem der aufgeführten Programme das Verbleiben von Fach(lehr)kräften für Gesundheit an den Schulen vorgesehen ist. Dies hat zur Folge, dass die bereits an ihrer bestehenden Aufgabenfülle leidenden Schulen letztlich mit der Konzipierung von „Gesundheit“ auf sich allein gestellt sind und begonnene Aktivitäten im Alltagsgeschäft tendenziell versanden.

Hier setzt die kontrovers diskutierte Forderung nach dem eigenständigen Schulfach „Gesundheit“ an. Im Rahmen der Kritik an der Einführung dieses Schulfaches werden gesundheitsrelevante Themen als sich nicht auf ein einzelnes Fach mit wöchentlichem Stundenkontingent beschränken lassend bezeichnet. Daraus wird geschlossen, dass Gesundheit nur Querschnittsaufgabe von Schule sein kann (Faltermaier, 2010). Diese Kritik führte mitun-

ter dazu, dass sich in der BRD das Interesse der Wissenschaft an einer Weiterverfolgung des Themas „Schulfach Gesundheit“ zunächst weitgehend verlor.

Im Jahre 2000 beschrieb Nutbeam (2000) das Stattfinden eines Schulfaches „Health Education“ (HE) entgegen dieser Ideen als sinnvoll und wichtig. Er bezeichnete die Einführung eines solchen Faches im Rahmen der Bestrebungen, soziale und psychische Aspekte mit in die Bildung von Gesundheit in der Bevölkerung einzugliedern als verkannte und unterschätzte Maßnahme.

Die Forderung nach einem Schulfach Gesundheit in Deutschland wird durch Kenntnis um das in Deutschland traditionell verankerte Schulfach- und Fachlehrerprinzip nachvollziehbar: Damit einher gehen die verpflichtende Abbildung von relevanten Bildungsthemen innerhalb des schulischen Fächerkanons mit Kontingenzstundenzuweisung und eine in der Regel universitär stattfindende fachspezifische Qualifikation der unterrichtenden Lehrkräfte. Schulfächer sind in der BRD daher von besonderer Bedeutung und sollen im Nachfolgenden genauer charakterisiert werden.

Spätestens ab dem Übergang in eine weiterführende Schule, in der Regel ab der fünften Klasse, findet in deutschen Schulen eine Gliederung der vermittelnden Inhalte in einzelne Schulfächer (kurz: „Fächer“) statt. Fächer wie Mathematik, Deutsch, die Fremdsprachen oder Sport sind traditionell (Septem artes liberales bis hin zu preußischer Fächerbildung) entstanden (Spahn-Skrotzki, 2010) und auch bundeslandübergreifend meist obligatorisch im Fächerkanon aller Schulformen zur Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages zu finden. Die Fächer „Religion“ und „politische Bildung“ besitzen zudem Verfassungsrang. Das bedeutet, „dass diese Fächer weitgehend vor Abschaffung oder tiefgreifender Veränderung geschützt sind“ (BPP, 2015).

Diese verbreiteten, grundständigen Schulfächer zeichnen sich u.a. durch die Kombination der Merkmale „feste Eingliederung in den Fächerkanon“, „an den Jahrgang angepasste Lehrpläne“, „eigenes, festes Stundenkontingent“, „Unterrichtsdurchführung durch universitär/fachspezifisch ausgebildetes Fachlehrpersonal“ und „Verpflichtung zur Teilnahme aller Schüler“ aus. Ihre Inhalte werden über viele Jahre hinweg allen Schülerinnen und Schülern im Unterricht nähergebracht. Die für die traditionellen Schulfächer genannte Merkmalskombination lässt sich keinem der vorgestellten Programme oder Ansätze zur Förderung von Gesundheit/Gesundheitskompetenz im Setting Schule zuschreiben. Der

Bedarf einer solchen Abbildung wird auch für den Bereich Gesundheit gesehen und in der Forderung nach einem eigenen Schulfach formuliert.

Für die Einführung neuer Fächer muss der Fokus zunächst auf jedes einzelne Bundesland gerichtet werden. Aufgrund des bereits benannten Bildungsföderalismus in Deutschland liegt die Bildungshoheit in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer. In den jeweiligen Landesverfassungen und Gesetzen finden sich jeweils Bestimmungen zu Schulorganisation, Fächern, zu Aufgaben von Schule, aber auch im Hinblick auf Gesundheit. Im saarländischen Schulordnungsgesetz wird dazu z.B. formuliert, dass die Schule verpflichtet ist, an der „Gesundheitserziehung mitzuwirken und die körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern“ (Schulordnungsgesetz Saarland, 2006). Erkenntnisse zur Verbreitung von Gesundheitskompetenz (Schaeffer, 2016; Stada-Gesundheitsreport, 2017) belegen, dass dieser Verpflichtung bisher nicht ausreichend oder zielführend nachgegangen wurde. Sie lassen Zweifel an der bisherigen Realisierung und die Formulierung von Alternativen, wie einem eigenständigen Schulfach Gesundheit, zu.

In der Einführung eines eigenständigen Faches „Gesundheit“ wird die Chance gesehen, Gesundheitskompetenz bereits in frühen Jahren zu stärken, gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen und die beschriebenen Problemstellungen der aktuellen Maßnahmen auszuräumen. Gründe für oder gegen ein Fach „Gesundheit“ sollen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Auch dass in der Bildungswissenschaft u.a. über die Sinnhaftigkeit der in Deutschland traditionellen Fächeraufteilung in (insbesondere weiterführenden) Schulen diskutiert wird, soll in dieser Arbeit kein Thema sein. Angeführt werden soll allerdings noch, dass sich in Deutschland ein wissenschaftliches Interesse an der Thematik des Schulfaches Gesundheit -dies insbesondere mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz junger Menschen zu stärken- wahrnehmen lässt. Ausgehend von der Idee, dass die Thematik von wissenschaftlicher Relevanz ist, sollen im Folgenden europäische Vorbilder eines eigenständigen Faches „Gesundheit“ vorgestellt werden.

2.4 Europäische Vorbilder eines Schulfaches Gesundheit

In der Hausarbeit von Folz (2017) wurde ebenfalls untersucht, in welchen europäischen Staaten es -bestenfalls evaluierte- Beispiele für ein Schulfach Gesundheit gibt. Die Ergeb-

nisse und Gedanken dieser Zusammenstellung sollen auch in Abschnitt 2.4 als Basis dienen.

In Finnland existiert das Schulfach Health Education (HE) (Deutsch: Gesundheitserziehung) seit 2004 als Teil des Curriculums. HE soll den Schülerinnen und Schülern die Ausbildung von Kompetenzen bezüglich ihres Wohlbefindens, ihrer Sicherheit, kognitive, soziale, funktionelle und ethische Fähigkeiten wie auch die Fähigkeit zur Emotionsregulierung mit ausbilden. Es wurde als schülerorientiertes Fach, das multidisziplinär und auf funktionelle wie aktivierende Aspekte angelegt ist, konzipiert. Wie in allen anderen Fächern existieren universitär dafür ausgebildete Fachlehrkräfte. Die Eignung von HE als geeignete Maßnahme zur Förderung von Gesundheitskompetenz wird durch Ergebnisse von Aira et al. (2014) unterstützt. In Übereinstimmung mit Nutbeam (Nutbeam, 2000) beschreiben die Forscher das Fach als wichtige Komponente eines ganzheitlichen Ansatzes. Von den Schülern wird das Fach insgesamt positiv wahrgenommen. Den Studienergebnissen nach bewirkte das Fach das Überdenken gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen und stieß das Nachdenken über auf die Gesellschaft wirkende Faktoren im Hinblick auf Gesundheit bei der Zielgruppe an. Eine Wirkung des Faches über den Unterricht hinaus konnte ebenfalls gefunden werden: Die Schüler gaben an, auch nach dem Unterricht mit Eltern und Freunden über die behandelten Inhalte weiter diskutiert zu haben. Aira et al. (2014) leiten daraus den Gedanken ab, dass durch die „Weiterverarbeitung“ der unterrichtlichen Themen ggf. die Förderung von „Empowerment“ und Partizipation bzw. entsprechendes gesundheitsförderliches und dafür einstehendes Verhalten unterstützt werden könnte. Im Rahmen der Studie wurde zudem deutlich, dass die fachliche Qualifikation der „Gesundheits“-Lehrkraft mitentscheidend für die positive Bewertung und den Erfolg des Faches ist.

Im Zuge der Bemühungen, einen ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung in Schulen umzusetzen, wurde im Jahre 2000 in Irland ein obligatorischer Gesundheitsunterricht etabliert. In „Social, Personal and Health Education“ (SPHE) werden mit den 12 bis 15-jährigen Schülern des sog. Junior Cycle zehn Module behandelt, die sowohl psychosoziale als auch Themen körperlicher Funktion und Gesundheit beinhalten. Gabhainn et al. (2010) untersuchten, wie der SPHE-Unterricht von den unterschiedlichen Akteuren (Lehrern, Schülern und Eltern) bewertet wurde. Sie fanden heraus, dass der SPHE-Unterricht zum größten Teil von allen Befragten als wertvoll eingestuft wurde. Die Bedeutung einer quali-

tativ hochwertigen Fachausbildung der unterrichtenden Lehrkräfte wurde wie schon bei Aira (2014) unterstrichen. Herausgestellt wurde zudem, dass das Fach von den Schulen positiv aufgenommen wurde, eine Zuteilung dafür vorgesehener, adäquater Zeitfenster jedoch wichtig sei (Gabhainn et al., 2010).

Seit 2009 können saarländische Schüler an die letzten drei Schuljahre umfassenden Oberstufengymnasien für Gesundheit und Soziales ihr Abitur u.a. im Fach „Gesundheit“ absolvieren. Im aktuellen Lehrplan (Lehrplan Gesundheit Saarland, 2019) wird im Vorwort mitunter „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Ziel des Faches benannt. Der thematische Schwerpunkt liegt jedoch stark auf der Vermittlung biomedizinischer Inhalte und solchen des Gesundheits-/Sozialsystems. Inhalte aus dem Themenfeld „psychische Gesundheit“ werden im Rahmen des Fachunterrichts kaum bis gar nicht und hauptsächlich kognitiv thematisiert. Das Fach ist als Oberstufenfach mit höheren Anforderungen verbunden und nicht auf die Ausbildung grundständiger gesundheitlicher Kompetenzen hin ausgerichtet. Eine Evaluation potenzieller Effekte des Faches z.B. auf die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler fand bisher nicht statt und ist auch nicht vorgesehen.

2.5 Hinweise für die Konzeption eines eigenen Schulfaches Gesundheit

In Abschnitt 2.5 dieser Arbeit sollen Hinweise auf und Vorschläge für eine potenziell angestrebte Konzipierung eines eigenständigen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit zusammen- und vorgestellt werden. Diese Hinweise sollen in der Analyse genutzt werden, um die „Gesundheitsrelevanz“ der vorgefundenen Gesundheitsfächer zu bewerten.

Da keine Definition des Begriffes „Gesundheitsrelevanz“ eruiert werden konnte, soll zunächst das Verständnis des Begriffsinhaltes für diese Arbeit beschrieben werden. „Gesundheitsrelevanz“ bezeichnet in dieser Arbeit die Ausprägung der Qualität und Quantität der Abbildung und Umsetzung von für das Themenfeld Gesundheit relevanten Inhalten, Zielen und pädagogisch-didaktischen Strategien innerhalb eines Schulfaches. „Gesundheitsrelevanz“ kann verschiedene Ausprägungen zwischen sehr hoch und sehr niedrig annehmen. Unter „hoher Gesundheitsrelevanz“ wird hier die umfassende Abbildung und Anwendung von für das Themenfeld Gesundheit bedeutsamen Inhalten, Zielen und pädagogisch-didaktischen Strategien bzw. konzeptionellen Hinweisen, wie sie im nachfolgen-

den Abschnitt vorgestellt werden, innerhalb eines Schulfaches, verstanden. Von „sehr hoher Gesundheitsrelevanz“ wäre ein Schulfach demnach, wenn die in 2.5 erläuterten Hinweise zu Inhalten, Zielen und Strategien vollständig in diesem Fach umgesetzt wären. Für ein Schulfach Gesundheit wäre eine sehr hoch ausgeprägte Gesundheitsrelevanz anzustreben.

Einige der in 2.5.1 vorgestellten Inhalte basieren auf der nicht veröffentlichten Hausarbeit „Untersuchung der Eignung eines eigenständigen Schulfaches Gesundheit an allen Schulformen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland“ der Autorin aus 2017 (Folz, 2017).

Wie bereits in 2.3 geschrieben, lassen sich obligatorische Schulfächer durch ihre „feste Eingliederung in den Fächerkanon“, das Vorhandensein von „an den Jahrgang angepassten Lehrplänen“, ein „eigenes, festes Stundenkontingent“, eine „Unterrichtsdurchführung durch universitär/fachspezifisch ausgebildetes Fachlehrpersonal“ und die „Verpflichtung zur Teilnahme aller Schüler“ charakterisieren. Diese Anforderungen sollen auch von einem Schulfach Gesundheit erfüllt werden und sind als Grundvoraussetzung einer Konzipierung zu betrachten.

2.5.1 Hinweise aus der Literatur

Bedeutsame, konzeptionelle Hinweise zur Ausgestaltung eines Schulfaches Gesundheit lassen sich z.B. in den Empfehlungen zur Gesundheitsförderung der KMK (2012) finden. Hierin wird beschrieben, dass Vorhaben der PuG keine Zusatzaufgabe, sondern integrale Bestandteile der Arbeit in der Schule sein sollen. Im Kern kann diese Aussage als ein eigenes Schulfach Gesundheit unterstützend, diesem Anliegen (im Sinne einer Zusatzaufgabe) jedoch auch widersprechend betrachtet werden kann. Unabhängig davon sollten die in diesem Dokument aufgeführten Strategien, Ziele und Inhalte zur Gesundheitsförderung für ein potenzielles Vorhaben, ein eigenes Schulfach „Gesundheit“ zu konzipieren, beachtet werden.

Es wird z.B. das Ziel formuliert, dass es in der Schule durch den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten ermöglicht werden soll, äußere Einflüsse auf die eigene Gesundheit „aktiv gestalten zu können“ (KMK, 2012). Auch werden individuelle Ressourcenstärkung und partizipative Umsetzung von Maßnahmen als Strategien beschrieben. Lehrkräfte sollen für

diesen Aufgabenbereich entsprechend geschult werden. Inhaltlich sollen Schwerpunkte in den Themenbereichen Sucht, Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit gesetzt werden. Die Umsetzung der guten gesunden Schule soll unterstützt werden, indem sich schulindividuelle, darauf hinwirkende Vorhaben auch im Curriculum wiederfinden. Außer-schulische Stellen sollen ebenfalls berücksichtigt werden (KMK, 2012).

Eine Orientierung für die Konzipierung eines neuen Schulfaches könnten ebenfalls die Bildungsstandards der KMK geben. Diese existieren für die Fächer Deutsch, Mathematik, Fremdsprachen und für die Allgemeine Hochschulreife und den mittleren Bildungsabschluss ebenfalls für Biologie, Chemie und Physik und sind auf der Homepage der KMK einsehbar. Für die Gesellschaftswissenschaften, die musisch-kulturellen Fächer und für Religion/Ethik wird auf die Einheitlichen Prüfungsanforderungen (EPAs) verwiesen. Diese sind als von untergeordneter Relevanz einzuordnen, da es für „Gesundheit“ als Abiturfach bereits eigene EPAs, Lehrpläne und Fachdidaktiken gibt. Zur Konzipierung eines Schulfaches „Gesundheit“, das als neues allgemeinbildendes Fach daher insbesondere den Primar- und Sekundarstufen 1-Bereich abdecken sollte, könnte eine Mitorientierung an den Bildungsstandards für den mittleren Bildungsabschluss für das Fach Biologie (KMK, 2004) als sinnvoll eingestuft werden. Dieser Hinweis soll an dieser Stelle jedoch nicht weiterverfolgt werden

Ein kognitives Vermitteln gesundheitsrelevanter Inhalte bewirkt einen Zuwachs an Wissen und zum Teil eine Einstellungsänderung. Verhaltensänderungen hin zu einer gesünderen Lebensweise gelingen dadurch jedoch kaum (Faltermaier, 2010; Bangert-Drowns, 1988; Bruvold & Randall, 1988; Hurrelmann et al., 1994). Als Grund für das Ausbleiben von Veränderungsprozessen wird v.a. die große Distanz der vermittelten Inhalte zu den für Jugendliche interessanten und relevanten Themen genannt. Maßnahmen der PuG bzw. unterrichtliche Umsetzungen sollten daher an die (tatsächlichen) Lebens- und Gesundheitskonzepte der Schüler, losgelöst von der Zielsetzung der rein körperlichen Gesundheit, anknüpfen (Jerusalem & Mittag, 1994; Hurrelmann et al., 1994; Folz, 2017).

Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2018) wird das Ziel der Stärkung von Gesundheitskompetenz in Schulen, dies ggf. im Rahmen eines eigenen Schulfaches Gesundheit, aufgeführt. Gesundheitskompetenz setzt sich aus vier Teilkompetenzen zusammen, die als Strategien bei der Konzipierung eines Schulfaches Gesundheit

berücksichtigt werden sollten. Die vier Teilkompetenzen wurden im Rahmen der Beschreibung des Konzeptes „Gesundheitskompetenz“ bereits vorgestellt. An dieser Stelle sollen daher noch internationale Hinweise ergänzt werden.

Zur Bildung von Gesundheitskompetenz beschreibt Nutbeam (2000) drei Kompetenzstadien, die aufeinander aufbauen. Von Stadium eins bis drei steigt, ähnlich wie beim deutschen vierstufigen Modell, das Anforderungsniveau. Stadium drei ist mit kritischem Denken und Empowerment assoziiert und wünschenswert für eine Gesellschaft. Ein Schulfach Gesundheit, bei Nutbeam „Health Education“ (HE) genannt, kann das Erreichen des jeweils höheren Kompetenzstadium ermöglichen. Dabei spielt die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen/Wissen zu Gesundheitsthemen und den damit einhergehenden Determinanten eine entscheidende Rolle. Zur Bildung von Gesundheitskompetenz muss ein Schulfach Gesundheit bzw. HE jedoch über eine reine Wissensvermittlung hinausgehen. Sein Erfolg wird als u.a. von den angewandten Methoden und der Kommunikation abhängig beschrieben. Diese Gedanken berücksichtigend kann ein Schulfach Gesundheit laut Nutbeam ein kraftvolles Werkzeug zur Bildung von Gesundheitskompetenz sein. Das Schaffen von Bewusstsein für soziale, ökonomische und Umwelteinflüsse von Gesundheit, eine Aktivierung der Gesellschaft und sozialer Wandel könnten dadurch bewirkt werden. Auch könnte eine Gesellschaft, die sich nach Nutbeam im Kompetenzstadium drei befindet und um die Determinanten von Gesundheit weiß, durch Einflussnahme ggf. eine Veränderung der Umweltbedingungen erreichen und eine gesündere Umgebung erschaffen. Das Schulfach bzw. ein Unterricht „Gesundheit“ könnte damit der Ursprung einer nachhaltigen Bewegung hin zu „Gesundheit für alle“ und „Gesundheit in Settings“ darstellen (Nutbeam, 2000; Folz, 2017). Die hier genannten Impulse sollten für Konzipierungsvorhaben eines Schulfaches Gesundheit berücksichtigt werden.

In der „gesundheitsfördernden Schule“ der WHO wird Health Education wie bei Nutbeam als umfassend und bedeutsam zur Bildung umfassendere Gesundheitskompetenz beschrieben (WHO, 2006). Ein Gesundheitsunterricht wird dann als wertvoll und positiv für die Entwicklung der Bevölkerung bezeichnet, wenn er durch seine Methoden über die unterschiedlichen Aspekte und Determinanten von Gesundheit informiert und zu kritischer Reflexion, Diskussion und (politischer/gesellschaftlicher) Teilhabe aktiviert (WHO, 7th Global Conference on Health Promotion, 2009). Fachliche Inhalte sollen zusammen mit emotionalen und sozialen Faktoren in die Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen

einbezogen werden, was ebenfalls auf unterrichtliche Situationen angewendet werden kann. Als von besonderer Relevanz werden die Themenkomplexe „Suche nach der eigenen Identität“, „Suche nach sozialer Anerkennung“, „Selbstwirksamkeit“, „Selbstakzeptanz“ und „Bildung von Persönlichkeit“ bezeichnet (Hurrelmann et al., 1994).

Für einen modernen und effektiven Gesundheitsunterricht, der auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und von Empowerment abzielt, werden in der Literatur ebenfalls folgende Prinzipien aufgeführt:

- Vermittlung von Fähigkeiten zur aktiven Umsetzung des Gelernten
- Bildung einer eigenen Meinung,
- Entwicklung von Stress- und Konfliktlösungsfähigkeiten
- Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit und die anderer,
- Mitgestaltung des Unterrichts durch die Schüler,
- Anknüpfung an die Lebenswelt der Schüler mit Ausbildung eigener Wertvorstellungen

(Hurrelmann et al., 1994; David & Williams, 1987; Nutbeam, 2000).

Ein Mangel an fachlicher Kompetenz und Motivation Seitens der Lehrkraft wird als Hinderungsgrund zur erfolgreichen Vermittlung der gesundheitsrelevanten Inhalte beschrieben (Gabhainn, 2010). Die fachliche Qualifikation, der das Fach „Gesundheit“ unterrichtenden Lehrkräfte wird daher als bedeutsam formuliert und soll auf gleichem Niveau wie im Falle anderer Fachlehrer erfolgen (Aira et al., 2014).

In den aufgeführten Hinweisen zur Konzeption eines eigenständigen Schulfaches Gesundheit wird mehrfach darauf verwiesen, dass die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen zusammen mit den für sie relevanten Themen und Entwicklungsaufgaben bei einem solchen Vorhaben berücksichtigt werden sollten. Im nächsten, diesen Theorieteil abschließenden Abschnitt sollen die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen als für eine Fachkonzeption relevante Aspekte kurz vorgestellt werden.

2.5.2 Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen

Entwicklungsaufgaben, die sowohl von außen als auch aus eigenem Antrieb heraus entstehen, gliedern den Lebenslauf und werden beschrieben als

„Anforderungen, die Menschen im Zuge ihrer individuellen Entwicklung bewältigen müssen. Entwicklungsaufgaben haben biologische, soziale oder individuelle Quellen.“ (Jungbauer, 2017, S. 29).

Sie wurden Ende der 40er Jahre von Robert Havighurst in Chicago erarbeitet und von Mattejat im Jahre 2008 für die heutige Zeit angepasst (Mattejat, 2008, zitiert nach Jungbauer, 2017). Das Konzept der Entwicklungsaufgaben beschreibt, dass die gelungene Bewältigung dieser Aufgaben positiv auf die Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen wirkt und Glücksgefühle hervorruft (im Sinne der Selbstwirksamkeit). Ihre nicht-Bewältigung bewirkt Gefühle des Misserfolgs, Unmutes und kann Entwicklungsstörungen hervorrufen. Entwicklungsaufgaben sind weder starr noch normativ. Sie sind an gesellschaftliche Veränderungen anzupassen und müssen jeweils auf die „konkrete Lebenswelt“ -z.B. unter Einbezug kultureller Hintergründe- bezogen werden (Jungbauer, 2017, S.29). Daraus ergibt sich z.B., dass die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen, die die zentralen Akteure dieses Konzeptes darstellen, heutzutage andere sind, als es die ihrer Eltern oder Großeltern waren.

Tabelle 1 (S.40) soll einen Überblick über Entwicklungsaufgaben, die sich aus den in der Definition genannten drei Quellen (biologisch, sozial, individuell) in jeder Altersphase und abhängig vom Entwicklungskontext ableiten lassen, geben. Sie ordnet die verschiedenen Altersphasen exemplarisch den zugehörigen Entwicklungsaufgaben zu und wird in Jungbauers „Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters“ in Anlehnung an Mattejat ausführlicher dargestellt.

Von besonderem Interesse für Akteure der Kinder- und Jugendhilfe- oder des entsprechenden Gesundheitssektors und der Gesundheitspädagogik sind die sog. Entwicklungsübergänge. Dazu zählt z.B. der Übergang vom Kindergarten zur Grundschule. Zu den Entwicklungsaufgaben an diesen Stellen zählen z.B. die Steuerung von Emotionen, Konzentration, Aufmerksamkeit, soziale und sprachliche Kompetenzen.

In einem Schulfach Gesundheit sollten diese Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen eine besondere Berücksichtigung finden.

Entwicklungsphase	Entwicklungsaufgabe
Frühe Kindheit (0-5 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basale körperliche Regulation wie Schlaf, Stoffwechsel ▪ Entwicklung motorischer Funktionen ▪ Erwerb der Muttersprache ▪ Aufbau einer sicheren Bindung zu Bezugspersonen ▪ Aufnahme sozialer Kontakte außerhalb der Familie ▪ Integration in die Gruppe Gleichaltriger
Mittlere Kindheit (6-11 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einübung körperlicher Geschicklichkeit und Entwicklung körperlicher Leistungsfähigkeit ▪ Erwerb kognitiver Fähigkeiten und Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) ▪ Entwicklung einer grundlegenden Leistungs- und Arbeitshaltung ▪ Übernahme von Aufgaben und Verantwortung ▪ Geschlechtsrollenidentifikation ▪ Freundschaften aufbauen und pflegen ▪ Soziale Kooperation mit Peers ▪ Entwicklung eines positiven Selbstbildes ▪ Akzeptanz und Einhaltung von Regeln ▪ Entwicklung moralischer Urteilsfähigkeit
Jugendalter (12-17 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akzeptanz der körperlichen Veränderungen und des Aussehens in der Pubertät ▪ Lernen, mit veränderten körperlichen Bedürfnissen umzugehen ▪ Geschlechtsrollenverhalten; erste Erfahrungen mit Intimität ▪ Freundschaften aufbauen, Beziehungen gestalten, seinen Platz innerhalb der Peergruppe finden ▪ Ablösung und emotionale Unabhängigkeit von den Eltern ▪ Berufsorientierung ▪ Entwicklung von Werthaltung und sozialer Verantwortung ▪ Identitätsentwicklung: Klarheit über sich selbst, Ziele und Vorstellungen

Tab. 1: Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter; gekürzte Version (Jungbauer, 2017, S. 30)

2.6 Resümee

In Kapitel 2 wurde ein Bogen von der Historie der Gesundheitspädagogik zur Notwendigkeit weiterer wissenschaftlicher Betrachtungen eines Schulfaches Gesundheit gespannt.

Zunächst wurde die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitspädagogik, die als Disziplin im Rahmen der Diskussionen um ein Schulfach Gesundheit stets genannt wird, in Europa skizziert. Die seit der Mitte des letzten Jahrhunderts wenig prominente Rolle dieses Fachgebiets in der schulischen Gesundheitsförderung wurde formuliert. Anschließend wurden exemplarisch aktuelle, in der Regel von außen an die Schulen herangetragene Ansätze und Programme der schulischen Gesundheitsförderung vorgestellt. Es wurde erläutert, dass schulische Gesundheitsförderung trotz oft gesetzlicher Verankerung in den einzelnen Bundesländern als nicht adäquat umgesetzt bezeichnet werden muss. Es wurde dargestellt, dass es für die Schulen eine Herausforderung darstellen kann, aus dem großen Angebot im Bereich Gesundheit(sförderung) qualitativ hochwertige Programme auszuwählen, zu erarbeiten und diese in das knapp bemessene Stundenkontingent zu integrieren. Die u.a. durch diese Problematik begründete Forderung nach einem Schulfach Gesundheit wurde als nachvollziehbar eingeordnet und die Besonderheit von „Schulfächern“ in Abgrenzung zu anderen Maßnahmen in Schulen durch Benennung von Merkmalen vorgenommen. Europäische Vorbilder eines Schulfaches Gesundheit wurden vorgestellt. Hinweise aus der Literatur zur Konzipierung bzw. zum Erreichen einer hohen Gesundheitsrelevanz eines Schulfaches Gesundheit wurden zusammengestellt.

Trotz vieler offener Fragen zur Qualität der Umsetzung schulischer Gesundheits(kompetenz)förderung muss konstatiert werden, dass ein Schulfach Gesundheit in Deutschland vor diesem Hintergrund auch wissenschaftlich bisher nicht von großer Relevanz war. Aus dieser Minderbeachtung lässt sich, unterstützt durch die positiven Ergebnisse von Studien aus Finnland und Irland, ein Bedarf zur wissenschaftlichen Weiterverfolgung ableiten. In diesem Bestreben sollen die formulierten Forschungsfragen zum Schulfach Gesundheit im sich nun anschließenden Empirie-Teil untersucht werden.

Empirie

Empirie

3 Methodik

Die formulierten Forschungsfragen werden thematisch in einen Forschungsblock I „Bestandsaufnahme“ und einen Forschungsblock II „Bedingungsanalyse“ unterteilt.

Forschungsblock I (Bestandsaufnahme)

1. In welchen Bundesländern und Schulformen ist ein von ministerieller Seite anerkanntes, eigenständiges, obligatorisches „Gesundheits-Schulfach“ in der Sekundarstufe 1 der nichtgymnasialen Schulformen eingeführt?
2. Wie sind die unter 1. gefundenen Gesundheits-Fächer formal und inhaltlich gestaltet und wie ist ihre „Gesundheitsrelevanz“ zu bewerten?

Forschungsblock II (Bedingungsanalyse)

3. Welche Faktoren behindern die grundsätzliche Realisierung eines eigenen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches „Gesundheit“?
4. Welche Faktoren befördern das Vorhaben, ein eigenständiges, allgemeinbildendes, verpflichtendes Schulfach „Gesundheit“ einzuführen?
5. Welche Inhalte, pädagogisch-didaktischen Strategien und Rahmenbedingungen sollten im Falle der Umsetzung eines eigenen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit berücksichtigt werden?

Entsprechend lassen sich zu den beiden Forschungsblöcken folgende Ziele und Annahmen formulieren:

Ziele zu Forschungsblock I

1. Ist-Stand-Erhebung von eigenständigen, allgemeinbildenden „Gesundheits“-Schulfächern in den nichtgymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1 in Deutschland.

2. Formal-inhaltliche Analyse und Einordnung im Hinblick auf die „Gesundheitsrelevanz“ der unter 1. eruierten Fächer.

Anmerkungen zu I:

Es wird angenommen, dass es einzelne, mit Gesundheit assoziierte, obligatorische Fächer in den Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 gibt. Diese sind jedoch nicht von Beginn an eingeführt oder zielen nicht auf die Ausbildung von (kritischer) Gesundheitskompetenz ab. Es wird ferner angenommen, dass die eingesetzten Lehrkräfte keine fachwissenschaftliche Hochschulausbildung absolviert haben und damit nicht über die notwendigen fachdidaktischen Fähigkeiten zu einer ausreichenden gesundheitspädagogischen Ausbildung in der Sekundarstufe I verfügen.

Folgende Hypothesen lassen sich zu Forschungsblock I formulieren:

1. Es existieren in einzelnen Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 in Deutschland vereinzelt Schulfächer, die mit „Gesundheit“ betitelt werden könnten und für alle Schülerinnen und Schüler dieser Schulform verpflichtend sind.
2. Diese „Gesundheits-Schulfächer“ sind nicht von Beginn an eingeführt, zielen nicht auf das Ausbilden von (kritischer) Gesundheitskompetenz ab und werden nicht von dafür ausgebildeten Fachlehrkräften unterrichtet (Annahme einer eher niedrigen Gesundheitsrelevanz).

Zur Untersuchung der Forschungsfragen wurde eine Internetrecherche und eine Dokumentenanalyse durchgeführt. In einigen Fällen wurde zusätzlich in den Kultusministerien der einzelnen Bundesländer angerufen, um recherchierte Informationen bestätigen oder korrigieren zu können (z.B. in Schleswig-Holstein oder Bayern).

Ziele zu Forschungsblock II

1. Identifikation von hemmenden Determinanten zur Realisierung eines eigenständigen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit.
2. Analyse von Förderfaktoren zur Realisierung eines eigenständigen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches Gesundheit.

3. Analyse der inhaltlichen und formalen Anforderungen an ein potenziell zu realisierendes Schulfach Gesundheit.

Es sollen nachfolgend Anmerkungen und Annahmen zu potenziellen Ergebnissen dieser Untersuchung formuliert werden:

Anmerkungen zu II:

Es wird vermutet, dass Gesundheit als eigenes Fach als nicht nötig bewertet wird, weil die Abbildung relevanter Inhalte nebst kompetenter Vermittlung bereits umfänglich in den vorhandenen Fächern erfolge. Auch wird angenommen, dass die bereits jetzt vollen Stundentafeln als eines der Haupthindernisse für die Einführung eines neuen Faches benannt werden. Dagegen ist davon auszugehen, dass die anzunehmenden positiven Effekte eines solchen Schulfaches auf die Gesundheit und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen als ein Schulfach Gesundheit unterstützend bezeichnet werden. Es wird weiter vermutet, dass für die inhaltliche Gestaltung eines potenziellen Schulfaches „Gesundheit“ die Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Krankheitsprävention benannt werden. Was die formale Gestaltung betrifft, so ist davon auszugehen, dass das Fach als „Nebenfach“ bezeichnet werden wird und eine Umsetzung weniger auf die Aneignung theoretischer Inhalte als praktische Anteile beinhalten und auf den Kompetenzerwerb fokussieren soll. Auch ist anzunehmen, dass der Unterricht von Fachlehrkräften oder speziell geschultem, bereits vorhandenem Lehrpersonal, durchgeführt werden soll.

Folgende Hypothesen lassen sich zu Forschungsblock II formulieren:

1. Haupthindernis der Realisierung eines eigenständigen, allgemeinbildenden Schulfaches Gesundheit stellt die Überzeugung dar, dass dieses Fach aufgrund genügend gesundheitsrelevanter Inhalte im bestehenden Fächerkanon nicht nötig und wegen voller Stundentafeln nicht zusätzlich realisierbar sei.
2. Der potenziell gesundheitsförderliche Effekt eines solchen Faches ist Hauptfördererelement für eine Realisierung.
3. Inhaltlich sollte das Schulfach Gesundheit insbesondere die Themenbereiche Ernährung und Bewegung zusammen mit psychischer Gesundheit und Krankheitsprävention auf der Ebene eines Nebenfaches abbilden. Besonders relevant ist das Einpflegen

praktischer Anteile mit einer Schwerpunktsetzung beim Kompetenzerwerb anstelle einer theoretischen Überfrachtung.

4. Es bedarf für das Fach Gesundheit eigener Fachlehrkräfte, mindestens jedoch speziell dafür weitergebildetes Lehrpersonal.

Zur Beantwortung der o.a. Forschungsfragen aus Forschungsblock II wurden über einen Zeitraum von ca. sechs Monaten Experteninterviews geführt.

Die gewählten Forschungsmethoden sollen im Folgenden kurz vorgestellt und das der Untersuchung zugrunde liegende Forschungsdesign samt Durchführung beschrieben werden.

3.1 Methodik zu Forschungsblock I: Internetrecherche und Dokumentenanalyse

Die Internetrecherche mit Dokumentenanalyse zur Identifikation von Gesundheits-Schulfächern und ihrer Gestaltung wurden im März und August 2020 durchgeführt. Die Bildungsserver bzw. Homepages der Kultusministerien der 16 Bundesländer wurden dabei in vier aufeinander aufbauenden Schritten auf relevante Schulfächer „Gesundheit“ bzw. entsprechende Unterlagen in Form von Lehrplänen der nichtgymnasialen, allgemeinbildenden Schulformen der Sekundarstufe 1 hin untersucht. Die im März gefundenen Dokumente und Hinweise wurden im August 2020 nochmals überprüft und bei weiteren Recherchen teilweise ergänzt.

Die Untersuchung wurde gemäß der Aufgabenstellung auf die nichtgymnasialen, allgemeinbildenden Schulformen der Sekundarstufe 1 eingegrenzt. Die Wahl der Sekundarstufe 1 erfolgte deshalb, weil nach dem Besuch der Grundschule erstmalig eine Ausdifferenzierung in Fächer, von Fachlehrern unterrichtet, stattfindet. Zudem ist sie von allen Schülerinnen und Schülern in der Regel für mindestens fünf Jahre zu absolvieren. Innerhalb der Sekundarstufe I wurde der Fokus deshalb auf die allgemeinbildenden, nichtgymnasialen Schulformen gelegt, weil die nichtgymnasialen Schulformen von der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen besucht werden (Statistisches Bundesamt, 2016; S.12/13). Zudem können die Elternhäuser der diese Schulformen besuchenden Kinder eher einem geringeren Bildungsniveau bzw. einem niedrigeren sozioökonomischen Hintergrund zugeordnet werden (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018; Ärzteblatt, 2018), welcher wiederum mit niedrigerer Gesundheitskompetenz assoziiert ist (Schaeffer et al., 2016). Dies unterstreicht

die Bedeutung einer schulischen Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz insbesondere an den nichtgymnasialen Schulformen, welche u.a. durch ein Schulfach Gesundheit erreicht werden könnte und betont die Bedeutung der Auswahl dieser Schulformen für diese Untersuchung.

Die Durchführung einer Ist-Stand-Analyse zur Umsetzung der Eingliederung gesundheitsrelevanter Inhalte in den aktuellen Lehrplänen der traditionellen Fächer war nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Beantwortet werden sollte die Frage, ob und ggf. wo zum Zeitpunkt der Recherche ein für alle Schüler obligatorisch unterrichtetes Schulfach in den nichtgymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1 angeboten wird, das eine große, insbesondere inhaltliche Schnittmenge zu einem Schulfach Gesundheit aufweist (im Sinne einer möglichst hohen Gesundheitsrelevanz der vorgefundenen Fächer) und damit als „Gesundheitsfach“ bezeichnet werden kann. Es sollte sich zudem vom traditionellen Fächerkanon abgrenzen lassen. Im Folgenden wird das Vorgehen der Internetrecherche bzw. werden die Kriterien, die zum Einschluss eines Schulfaches in diese Analyse führten, vorgestellt. Das Ein- bzw. Ausschlussverfahren erfolgte nach Aufsuchen der Bildungserver der einzelnen Bundesländer in vier Schritten:

1. Schritt: Identifikation der nichtgymnasialen, allgemeinbildenden Schulformen der Sekundarstufe 1

Aufzählung und Festlegung der nichtgymnasialen, allgemeinbildenden Schulformen der Sekundarstufe 1 des jeweiligen Bundeslandes.

2. Schritt: „Gesundheits-Schulfach“ im Fächerkanon vorhanden

Untersuchung des Fächerkanons dieser Schulformen auf ein „Gesundheits-schulfach“. Einschlägige Schulfächer wurden dann weiter berücksichtigt, wenn sie aktuell als offiziell eingeführte Fächer auf den einzelnen Bildungsservern der Bundesländer aufgeführt wurden. Die Fachbezeichnungen wurden auf den Begriff „Gesundheit“ bzw. damit assoziierte Themen, wie z.B. „Ernährung“, „Bewegung“, „psychische Gesundheit“, „Alltagskompetenz“, „Nachhaltigkeit“ oder „Lebenskompetenz“ im Titel untersucht.

➔ Ausschluss: Konnte der Fächerkanon nicht eingesehen werden oder war kein Gesundheitsfach identifizierbar, wurde die Schulform aus der Untersu-

chung ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Fächer, die dem traditionellen Fächerkanon zuzuschreiben waren, z.B. Biologie.

3. Schritt: Pflichtfach für alle Schüler der Schulform

Enthielt die Bezeichnung bzw. der Titel eines im zweiten Schritt gefundenen Faches den Begriff „Gesundheit“ bzw. eine damit stark assoziierte Begrifflichkeit (z.B. „Ernährung“), wurde das Fach in die Analyse aufgenommen, wenn es als für alle Schülerinnen und Schüler dieser Schulform zu absolvierendes Pflichtfach im Fächerkanon mindestens eines Schuljahres identifiziert werden konnte. Diese Informationen wurden ggf. in den online einsehbaren Stundentafeln recherchiert oder in Telefonaten bzw. Anfragen mit den einzelnen Kultusministerien (z.B. das bayrische Kultusministerium) bzw. zuständigen Personen (z.B. im Kultusministerium in Schleswig-Holstein) eruiert.

➔ Ausschluss: Ein Fach wurde ausgeschlossen, wenn es nicht als Pflichtfach für alle Schülerinnen und Schüler einer Schulform für mindestens ein Schuljahr eingeführt war.

4. Schritt: Lehrplan/Curriculum/Inhalte einsehbar

Für ein nach Schritt 3 als weiterhin relevant eingestuftes Schulfach mussten Informationen zu den Inhalten des Faches in Form eines -von ministerieller Seite anerkannten- Lehrplanes oder offiziellen Angaben, die die verbindliche Unterrichtung von Inhalten darstellten, einsehbar oder abrufbar sein.

➔ Ausschluss: Waren die Unterrichtsinhalte nicht einsehbar bzw. konnten diese nicht durch Recherche oder nach Anfrage eruiert werden, wurde ein Fach aus der Untersuchung ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Fächer, deren Lehrpläne/Inhalte/Curricula als von ministerieller Seite nicht anerkannt, sondern als schulintern erkannt wurden. Wurde bei Sichtung eines Lehrplanes (z.B. durch die formulierten Leitgedanken in der Fachbeschreibung) sofort klar, dass ein Fach nicht dem Bereich Gesundheit, sondern eindeutig anderen Fachbereichen zugeschrieben werden muss, wurde das jeweilige Fach ebenfalls von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen (z.B. das Fach Gemeinschaftskunde in Baden-Württemberg, das dem Fach Politik entspricht).

Bedeutsames Einschlusskriterium war, dass ein Schulfach „Gesundheit“ als verpflichtender Bestandteil des Fächerkanons einer Schulform allen Schülerinnen und Schülern im

Laufe ihrer Schulzeit strukturiert unterrichtlich dargebracht werden würde. Ausgeschlossen wurden Wahlfächer/Wahlpflichtfächer, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass ein Teil der Schülerinnen und Schüler durch Nicht-Wahl von dem jeweiligen Fach nicht würde profitieren können. Ebenfalls ausgeschlossen wurden die oft mit Gesundheit assoziierten Fächer, die bereits dem traditionellen Fächerkanon zugeschrieben werden konnten (wie z.B. Sport, Biologie oder Sozialkunde). Fächer, bei denen durch Schwerpunktsetzungen an verschiedenen Schulen unterschiedliche Inhalte vermittelt würden, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

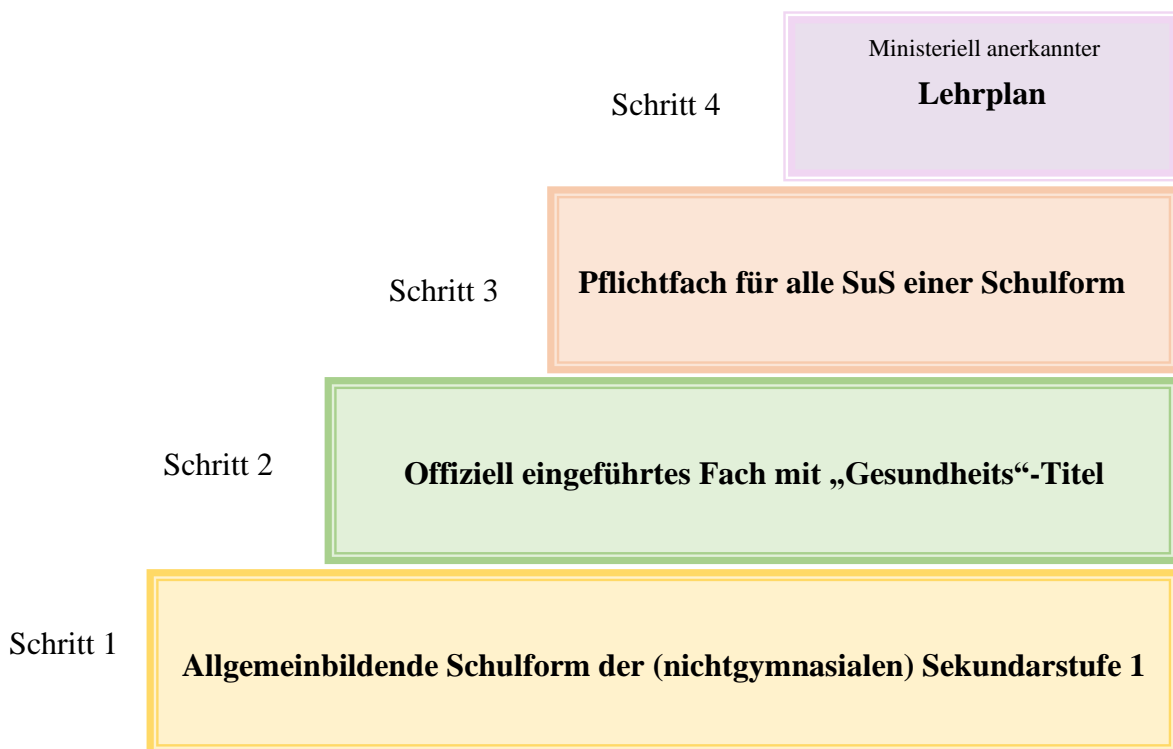


Abb.2: Vorgehen bei der Recherche nach „Gesundheits-Schulfächern“

Wurde ein Fach nach Durchlaufen der vier Analyseschritte als für die inhaltlich-formale Analyse zur Beantwortung von Forschungsfrage 2 (Block II) relevant identifiziert, wurde der Lehrplan des Faches genauer analysiert und auf seine Gesundheitsrelevanz¹² hin unter-

¹² Die Prüfung und Bewertung der Gesundheitsrelevanz wurde dabei insbesondere auf die Inhalte eines Faches fokussiert. Dies begründet sich durch die Auswahl der für die Analyse herangezogenen Dokumente: Da es sich hier um die Fachlehrpläne der Schulfächer handelte, konnten die Inhalte, im Gegensatz zu fachspezifischen pädagogisch-didaktischen Strategien, in der Regel vollständig erschlossen und entsprechend bewertet werden.

sucht. Für diese Analyse und Einordnung wurden die im Theorieteil unter 2.5 vorgestellten Hinweise zur inhaltlichen und konzeptionellen Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit als Grundlage zur Bewertung der „Gesundheitsrelevanz“ herangezogen. Konnten viele Übereinstimmungen (v.a. bezüglich der Inhalte) mit den unter 2.5 benannten Eigenschaften eines Schulfaches identifiziert werden, wurde ein Fach als von hoher „Gesundheitsrelevanz“ und damit „Gesundheitsfach“ bezeichnet. War dies nicht der Fall, wurde es aus der Gruppe dieser Fächer ausgeschlossen.

3.2 Methodik für Block II: Experteninterviews

Ein Ziel der Arbeit war es, Einflussfaktoren auf die Realisierung und Anforderungen an die Ausgestaltung des immer wieder geforderten und diskutierten Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland zu eruieren. Dem Thema sollte dadurch mehr Struktur gegeben und eine fundiertere Basis zur weiteren Bearbeitung geschaffen werden.

Da es für Deutschland kaum Untersuchungen oder Analysen gibt, die sich mit den in dieser Masterarbeit formulierten Fragestellungen auseinandersetzen, und es entsprechend galt, neue Phänomene und Hypothesen zu entdecken bzw. neue Theorien zu entwickeln, wurde für diesen Forschungsblock die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse leitfadengestützter Experteninterviews gewählt.

Die Interviewgestaltung als leitfadengestütztes Experteninterview sollte das für eine Untersuchung relevante Spezialwissen von Respondenten zugänglich machen und das Äußern von Erfahrungen, Ideen und Konzepten der Experten zu den Fragestellungen ermöglichen. Darüber hinaus sollte das Erfassen subjektiver Wahrnehmungen und Problemsichten mit den Respondenten als Experten im Hinblick auf ihre eigene Orientierung und eigenen Handlungen ermöglicht werden.

Durch eine Mischung von aus der Theorie abgeleiteten deduktiven, und im Gespräch entwickelten induktiven offenen Fragen wurde den Interviewees die Möglichkeit gegeben, eigene Perspektiven darzustellen, wie auch neue Aspekte zu ergänzen.

Mittels Literaturrecherche und unter Einbezug weiterer Medienbeiträge, wie z.B. Aufzeichnungen von Gesprächsrunden (z.B. Zeit Doctor, 2018) zum Themenbereich wurde vor der Durchführung der Interviews ein Kernleitfaden mit relevanten Impulsen (Anhang

A) erstellt. Ein Leitfaden für die persönlichen Befragungen sollte helfen das Expertenwissen mit vertieften Einsichten in bestimmte Systeme und die Einstellung der Respondenten im Hinblick auf relevante, u.a. auch in der Literatur zu findende Aspekte aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, umfassend zu erfragen. Der Kernleitfaden wurde ggf. an den einzelnen Respondenten/die einzelne Respondentin -z.B. durch Einfügen einer Einleitung- angepasst. Zur besseren Vergleichbarkeit enthielten alle Leitfäden im Kern die gleichen Fragen, die jedoch nicht wortwörtlich gestellt, sondern als Anhaltspunkte, Gedankenstützen und zur Überprüfung auf Vollständigkeit für die Interviewerin formuliert waren.

Der grundlegende „Kernleitfaden“, die einmalig schriftlich eingereichten Interviewfragen, wie auch der E-Mail-Entwurf einer Kurzbefragung (für die Interviews Nr. 13 und 18, siehe Tabelle 2) finden sich im Anhang (siehe Anhang A, B und C). Gelb hinterlegte Bereiche des Kernleitfadens deuten dabei auf besondere Relevanz einer Frage bzw. eines Themenbereichs hin.

Die gemäß Kernleitfaden zu erfragenden Aspekten lassen erkennen, dass ursprünglich eine umfangreichere Analyse der Interviews geplant war. Aus Zeitgründen wurde diese Erweiterung der in dieser Arbeit fokussierten Themenfelder nicht weiterverfolgt. Eine diese Zusatzthemen behandelnde Forschungsarbeit ist für die Zeit nach der Masterthesis denkbar.

3.2.1 Auswahl, Rekrutierung und „Vorstellung“ der Experten

Die im Ergebnisteil vorgestellten Befunde einer qualitativen Inhaltsanalyse basieren auf den Rückmeldungen von 16 bzw. 18 Experten. Den Fokus der Untersuchung stellten mit Befragung insbesondere saarländischer Akteure die saarländischen Bedingungen dar. Ein Ziel bei der Rekrutierung der Experten war es, die Forschungsfragen auch durch eine Expertenvielfalt aus möglichst vielen Perspektiven zu betrachten und dadurch besonders hochwertige Aussagen zu erhalten und Antworten generieren zu können.

Ausschlaggebend für die Erhebung zum Experten im Rahmen dieser Untersuchung war das Vorhandensein von Spezialkenntnissen oder besonderen Einblicken einer Person durch

- Tätigkeit in mit Bildung bzw. Schule und/oder Gesundheit assoziierten Bereichen von Ministerien,
- Tätigkeit in Einrichtungen des Bildungs-/Schulsystems,

Empirie

- Aktivität in den großen, politischen Parteien,
- Innehaben von politischen Schlüsselpositionen,
- Tätigkeit in Institutionen der Gesundheitsversorgung (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichengesundheit)
- Aktivität in Gremien, die sich zum Schulfach Gesundheit positioniert haben oder
- Kooperationen mit den Bildungsministerien, z.B. im Rahmen der Neuschaffung von Schulfächern.

Als Experten eingestuft wurden ebenfalls Personen, die sich z.B. durch wissenschaftliche Arbeit, vertiefte Fachkenntnisse und/oder Spezialwissen in den Bereichen

- Gesundheitswissenschaften,
- Gesundheitsförderung und Prävention/Gesundheitskompetenz,
- Gesundheitspädagogik/-Didaktik,
- Lebenswissenschaften oder
- Lehramtsstudiengängen und/oder ihrer Implementierung

auszeichneten.

Die Expertengruppe, deren Rückmeldungen in die Analyse gingen, setzte sich schließlich aus drei (zum Teil leitenden) MitarbeiterInnen saarländischer Ministerien, darunter das „Ministerium für Bildung und Kultur“ (MBK), das „Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen“ (MSGFF) und das „Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz“ (MUV), einem Vorstandsmitglied einer Landesärztekammer (ÄK), einer Fachlehrkraft für „Gesundheit“ der beruflichen Schulen eines Bundeslandes mit zusätzlichen übergeordneten Funktionen, einer Lehrkraft im Ruhestand mit vertieftem Einblick in die Arbeit des Schulausschuss der KMK, fünf -teilweise emeritierter- ProfessorInnen an öffentlichen Universitäten oder Hochschulen aus den Bereichen Gesundheitswissenschaften/Psychologie/Lebenswissenschaften/ Gesundheitspädagogik/ Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer/m psychologischen PsychotherapeutIn für Kinder- und Jugendliche mit Erfahrung in der Gesundheitsförderung und sechs, zum Teil aus dem Saarland stammenden bzw. teilweise dort oder bundesweit aktiven PolitikerInnen zusammen. Die zum Gespräch bereiten PolitikerInnen gehörten zum jeweiligen Interviewzeitpunkt u.a. dem saarländischen Landtag, den zum Zeitpunkt der Erhebung beiden saarländischen Regierungsparteien (CDU und SPD) oder auch dem Bundestag an, hatten Landesparteivorsit-

ze inne, waren in den Parteien mit den Themen Gesundheit/Soziales/Bildung befasst und teilweise in Fachausschüssen ihrer Parteien oder als Kultusminister/in eines Bundeslandes tätig gewesen.

Die ExpertInnen konnten durch persönliche Ansprache oder E-Mail-Anfrage ohne Probleme rekrutiert werden. Auch die Rekrutierung der in der Politik tätigen RespondentInnen erwies sich als eher unkompliziert und erfolgte telefonisch, per E-Mail oder teilweise auch durch persönliche Ansprache der Parteien an Straßenständen im Rahmen des im Frühjahr 2019 stattfindenden Europawahlkampfes z.B. in Saarbrücken. Nach kurzer Formulierung des Themas wurde um Vermittlung einer Kontaktperson der jeweiligen Partei gebeten. Angesprochen bzw. -geschrieben wurden die Landesverbände von SPD, CDU, Grüne, Linke und FDP. Bis auf „die Linke“ konnte von jeder Partei mindestens ein Vertreter/eine Vertreterin für ein Interview gewonnen und per E-Mail ein Termin zum persönlichen -oder in einem Fall telefonischen- Austausch gefunden werden. Ein Überblick über die im Interview zu erwartenden Fragen sollte meist vorab zugesandt werden, u.a. auch, um von Seiten der Parteien den/die passende/n ExpertIn für das Gespräch auszuwählen. Bei zwei Parteien wurde mit jeweils einer weiteren Person ein Termin zum Austausch vereinbart. Diese Zusatzpersonen wurden von den initialen Gesprächspartnern in der für die Masterarbeit relevanten Materie als besonders ausgewiesene ExpertIn der Parteien bezeichnet. In beiden Fällen wurden ebenfalls persönliche Interviews geführt und in die Analyse aufgenommen.

Eine an einen Vertreter/eine Vertreterin der KMK gerichtete Anfrage wurde abgelehnt. Wie bereits beschrieben konnte auch kein Vertreter der Partei „die Linke“ gefunden werden. Eine entsprechende E-Mail-Anfrage blieb unbeantwortet. Alle weiteren Anfragen wurden positiv beantwortet und Interviewtermine vereinbart. Tabelle 2 soll einen Überblick über die RespondentInnen, ihren professionellen Kontext und die Berücksichtigung ihres Beitrags in der Auswertung geben. Um eine höhere Anonymität gewährleisten zu können, entspricht die hier gewählte Nummerierung nicht der chronologischen Reihenfolge, in der die Interviews jeweils stattfanden. Zudem wurden die Informationen ggf. reduziert oder verfremdet, um die Wahrscheinlichkeit einer Zuordnung nochmals zu minimieren. Die Zuordnung der im Ergebnisteil angegebenen Zitate zu den RespondentInnen erfolgt mit Hilfe dieser Tabelle durch Nennung der Nummer und der Berufs-/Aufgabenbezeichnung, teilweise ebenfalls der Expertise (z.B. Nr.2, MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 2 oder Nr. 12, PolitikerIn 4b).

Nr.	Berufs/Aufgabenbezeichnung	Expertise	Berücksichtigung in der Auswertung
1	MitarbeiterIn 1	Leitungsfunktion, Ministerium 1	Gesamte Auswertung
2	MitarbeiterIn 2	Leitungsfunktion, Ministerium 2	Gesamte Auswertung
3	MitarbeiterIn 3	Ministerium 3	Gesamte Auswertung
4	Lehrkraft an beruflichen Schulen eines Bundeslandes	Fachlehrkraft „Gesundheit“ mit übergeordneten Aufgaben	Gesamte Auswertung
5	Lehrkraft a.D.	Expertise bezüglich der Arbeit des Schulausschusses der KMK	Gesamte Auswertung
6	FacharztIn	Vorstandsmitglied einer Landesärztekammer	Gesamte Auswertung
7	PolitikerIn 1	Partei 1	Gesamte Auswertung
8	PolitikerIn 2	Partei 2	Gesamte Auswertung
9	PolitikerIn 3a	Partei 3	Gesamte Auswertung
10	PolitikerIn 3b	Partei 3, ehem. Kultusminister/in eines Bundeslandes	Gesamte Auswertung

11	PolitikerIn 4a	Partei 4	Gesamte Auswertung
12	PolitikerIn 4b	Partei 4	Gesamte Auswertung
13	ProfessorIn 1 (Universität)	Fachgebiet 1	in Auswertung zu OK 2
14	ProfessorIn 2 (Universität)	Fachgebiet 2	Gesamte Auswertung
15	ProfessorIn 3 (Universität)	Fachgebiet 3	Gesamte Auswertung
16	ProfessorIn 4 (Universität)	Fachgebiet 4	Gesamte Auswertung
17	ProfessorIn 5 (Universität)	Fachgebiet 5	Gesamte Auswertung
18	Angestellte	Psychologische Psychotherapeutin für Kinder- und Jugendliche mit Erfahrung in der Gesundheitsförderung	in Auswertung zu OK 2

Tab. 2: Übersicht über die Respondenten mit Angabe des professionellen Kontextes und der Berücksichtigung ihrer Rückmeldungen in der Auswertung

Die Interviews fanden zwischen Mai 2019 und März 2020 statt. Wenn möglich, wurden die Interviews im Rahmen persönlicher Treffen durchgeführt.

Die insgesamt 18 Rückmeldungen lassen sich in vier Kategorien einteilen:

1. Die erste und umfangreichste Kategorie beinhaltet 15 Interviews, von denen neun im Rahmen eines persönlichen Treffens, sechs telefonisch durchgeführt werden konnten.

Die Gespräche vor Ort fanden meist in den Büros der InterviewpartnerInnen unter vier Augen statt und wurden mit Hilfe eines Diktiergeräts aufgenommen. In einem Fall erfolgte das Interview in einer Cafeteria, die jedoch nur Mitgliedern der dortigen Institution zugänglich und zum Interviewzeitpunkt bis auf einen weiteren Gast leer war. In wenigen Fällen dieser vor Ort durchgeführten Interviews sind z.B. durch von der Straße kommenden Lärm einzelne Worte als unverständlich gekennzeichnet.

Sechs Interviews erfolgten aufgrund räumlicher Distanz oder Terminengpässen im Rahmen von Telefonaten. Über die räumliche Situation der Respondenten während des Interviews kann daher keine Auskunft gegeben werden. Auch während dieser Interviews gibt es an manchen Stellen kurze Störungen, z.B. durch Straßenlärm oder Kinder. Die Störungen sind allerdings selten und beeinträchtigen die Qualität des Austauschs nicht.

Alle RespondentInnen waren freundlich, zugewandt und den Fragen gegenüber offen und interessiert. Auch geschlossene Fragen wurden meist als Impuls zur Äußerung aufgefasst. Zum Teil wurde im Anschluss ein Aufrechterhalten des Kontaktes zur weiteren Arbeit am Thema angeregt.

Die Länge der einzelnen Gespräche variierte und lag in den meisten Fällen zwischen 30 und 60 Minuten (durchschnittlich 43 min). Das kürzeste Interview dauerte 20, das längste Interview 107 Minuten. Die Transkription der Interviews sollte zunächst durch die Interviewerin selbst erfolgen. Aus zeitlichen Gründen wurde diese Arbeit von einem externen Dienstleister nach den erweiterten Regeln von Dresing und Pehl durchgeführt¹³. Die Transkripte wurden im Anschluss von der Interviewerin auf Korrektheit geprüft und ggf. verbessert. Insgesamt konnten rund 640 Minuten Interviewmaterial generiert, transkribiert und auf die Untersuchungsfragen hin analysiert werden.

¹³ Die Einhaltung des Datenschutzes und Löschung der Daten wurden dabei insbesondere beachtet.

In den Interviews wurden den Respondenten einige geschlossene Fragen gestellt. Auch fasst die Interviewerin an mancher Stelle die Aussagen der Respondenten zusammen. An einigen Stellen wurden mehrere, teils ähnliche Fragen hintereinander gestellt. Eine verbesserte Interviewtechnik ist für die Zukunft sicherlich sinnvoll.

2. Die zweite Kategorie beinhaltet die Rückmeldung eines Respondenten/einer Respondentin, die nach Einreichen eines Interview-Fragebogens in schriftlicher Form entsprechend schriftlich erfolgte.

Die den nachfolgend beschriebenen Kategorien drei und vier zugewiesenen Rückmeldungen stammen von zwei ExpertInnen, die zuletzt angefragt wurden (Anfrage siehe Anhang C). Die Anfragen bezogen sich lediglich auf Rückmeldungen zur Forschungsfrage 5 bzw. II/3. Ziel war es, durch die Expertise dieser RespondentInnen bisher noch nicht berücksichtigte professionelle Perspektiven in die Analyse zu dieser Fragestellung einbeziehen zu können.

3. In Gruppe drei findet sich eine auf die Forschungsfrage 5 bzw. 3 aus Block II beschränkte, per Mail zur Verwendung in der Masterarbeit zugesandte Rückmeldung. Ihrem Inhalt entsprechend wurde die Rückmeldung nur in die Auswertungen der zu OK 2 gehörenden Unterkategorien UK 2.1 und 2.2 einbezogen.
4. Die vierte und letzte Gruppe besteht aus einem Kurzinterview, das, wie in Kategorie 3, auf die Forschungsfrage 5 bzw. 3 (Block II) fokussiert telefonisch stattfand. Der Austausch wurde nicht aufgenommen, sondern durch Notizen fixiert. Diese wurden ausformuliert und dem/der RespondentIn mit der Bitte um Korrektur zugesandt. Nach Bestätigung der Aussagen wurden die Notizen schließlich in die Auswertung von UK 2.1 und 2.2 mit einbezogen.

3.2.2 Ablauf der Inhaltsanalyse

Zunächst wurden zehn Transkripte ausgedruckt, mehrfach gelesen, händisch Markierungen einzelner Abschnitte wie auch erste Anmerkungen und Ideen eingefügt. Mithilfe des Kernleitfadens wurden Haupt-, dann Unterkategorien formuliert, die sich an den Forschungsfragen orientieren. Nach Überprüfung an einzelnen Interviews wurde das ab Seite 58 vorgestellte Kategoriensystem erstellt.

Die Auswertung des gesamten Materials erfolgte mit Hilfe einer Analysesoftware (MAXQDA 2020). Die Transkripte wurden innerhalb der Software zunächst nochmals gelesen, Notizen eingefügt und relevante Interviewsequenzen passenden Kategorien zugeordnet.

Unter anderem weil Kuckartz (2018, S. 104) die Codierung von Sinnabschnitten bzw. von ganzen Sätzen empfiehlt, wurden einige Sequenzen aufgrund ihres Informationsgehaltes mehr als einer Kategorie zugewiesen.

Im Anschluss wurde eine kategorienbasierte Auswertung durchgeführt und aufgrund des Umfangs Schlüsselsequenzen für die Präsentation in dieser Arbeit ausgewählt.

Die in der Ergebnisdarstellung verwendeten Zitate wurden ggf. um die Einwürfe (z.B. ein Verständnis ausdrückendes „Hm“) der Interviewerin, wenn diese nicht zum Verständnis nötig waren, gekürzt. Dadurch sollte eine Verbesserung des Leseflusses erzielt werden.

3.2.3 Vorstellung des Kategoriensystems

Die in dieser Arbeit betrachteten Oberkategorien (OK) und Unterkategorien (UK) werden im Folgenden näher erläutert, wodurch Abgrenzung und Nachvollziehbarkeit bei der Zuteilung von Interviewsequenzen im Rahmen der Analyse ermöglicht werden sollen. Die Kategorienbildung erfolgte dabei insbesondere deduktiv mithilfe der in den Leitfäden formulierten Themenkomplexen.

OK 1 Einflussfaktoren auf die Realisierung eines Schulfaches „Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen

OK 1 repräsentiert das Verständnis, Bewertungen, Deutungen und Ideen zu Einflussfaktoren und -Nehmern, die sich förderlich oder hemmend auf das weitere Voranbringen bzw. die Realisierung eines Schulfaches „Gesundheit“ im Saarland, aber auch bundesdeutsch auswirken können. Ebenfalls werden Aussagen zu fördernden oder hemmenden Bedingungen dieser Kategorie zugeordnet. Avisiert wird bei der Untersuchung dieser Oberkategorie die Beantwortung der Forschungsfragen 3 und 4 bzw. 1 und 2 aus Themenblock II.

UK 1.1 Hindernisse, Hemmnisse und für das Schulfach Gesundheit abträgliche Bedingungen

Kodiert werden Aussagen zu Hindernissen und auf die Realisierung des Schulfaches Gesundheit hemmend wirkende Einflussfaktoren bzw. Einflussnehmer. Gründe und Bedingungen, die gegen die weitere Investition in das Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen sprechen bzw. eine Einführung erschweren, sollen ebenfalls kodiert werden.

Ankerbeispiel

PolitikerIn 4a:

Und ich meine, äh wir haben da noch nicht genügend ähm Menschen, die darin eine Chance auch fürs Saarland sehen, ja? Das ist das Problem.

UK 1.2 Treiber und für ein Schulfach „Gesundheit“ begünstigende Bedingungen

In dieser Unterkategorie werden Aussagen, Ideen und Ansichten zu Faktoren, die die Realisierung eines Schulfaches „Gesundheit“ positiv beeinflussen, kodiert. Dieser Unterkategorie zugeschrieben werden ebenfalls Beschreibungen von Bedingungen, die bedeutsam sind, um eine Realisierung zu unterstützen, wie auch Gründe für das Einführen eines Schulfaches „Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen.

Ankerbeispiel

ProfessorIn 2

B: Also, nein, es kommt weiter drauf an, äh Allianzen zu schmieden. Es wäre wichtig, wenn (..) äh hier und da auch mal eine größere Gruppe von Interessenten ähm das Gebiet ähm fordert. Ich könnte mir auch mal vorstellen, dass es so etwas wie ähm einen Aufruf gibt von, sagen wa mal, von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern oder auch von Praktikern aus dem Gesundheitsbereich, bei Ärztinnen und Ärzten, da rennt man ja oft sehr (.) stark (.) offene Türen ein.

I: Ja.

B: Die könnte man auch gewinnen als Vertreter. Äh so was fehlt noch. Also sozusagen äh Lobbyinitiativen oder sagen wir mal, ähm politische, fachliche Initiativen,

I: Mhm (zustimmend).

B: die in die Öffentlichkeit hineinwirken, wo nicht nur Einzelpersonen sprechen, sondern eben ganze Gruppen von Fachleuten und auch vielleicht Berufsgruppen, die das unterstützen.

OK 2 Ausgestaltung eines potenziellen Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen

Hintergrund dieser Oberkategorie ist Forschungsfrage 5 bzw. 3 aus Themenblock II.

OK 2 beinhaltet demnach Aussagen der Respondenten zur inhaltlichen, pädagogisch-didaktischen und formalen (konzeptionellen) Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen. Hinweise zu durch ein solches Schulfach avisierte Ziele werden ebenfalls eingeschlossen.

Die Aussagen sind alle hypothetisch, da es dieses Schulfach in Deutschland bisher noch nicht gibt. Ziel war es, durch die Aussagen der verschiedenen Experten erste Hinweise zur Konzeption des Faches und Einschätzungen zu besonders zu berücksichtigenden Aspekten im Falle einer positiven Entwicklung zu erhalten.

UK 2.1 Inhalte und Ziele eines Schulfaches Gesundheit

Kodiert werden Aussagen zu Inhalten und Zielen eines Schulfaches „Gesundheit“, seines Curriculums und sonstige für eine inhaltliche Gestaltung relevante Aussagen.

Ankerbeispiel

ProfessorIn 2:

Äh die Weltgesundheitsorganisation hat äh sicherlich irgendwo äh mal zitiert, welche Gebiete in eine solche unterrichtliche Zone hineingehören. Und da würde ich mich dran orientieren.

UK 2.2 Didaktik und Pädagogik eines Schulfaches Gesundheit

Es werden Aussagen, Ideen, Meinungen und Hinweise zur für dieses neue Schulfach anzuwendenden bzw. zu beachtenden Didaktik und Pädagogik kodiert. Kodiert werden sollen Antworten auf die Frage, wie die pädagogisch-didaktische Ausgestaltung eines Schulfaches Gesundheit aussehen sollte, welche Strategien anzuwenden und was dabei diesbezüglich zu berücksichtigen sei. Ebenfalls kodiert werden Aussagen, die sich mit der Rolle der Pädagogik und/oder Didaktik beschäftigen.

Ankerbeispiele

ProfessorIn 4:

B: Das stärker zu fokussieren unter dem Blickwinkel einer Kompetenzentwicklung, ne?

I: // Mhm, mhm (bejahend).

B: Das // wäre ja das so irgendwie.

ProfessorIn 2:

B: Und die müssen sehr dicht bei den Alltagserfahrungen

I: Ja.

B: der Kinder und der Jugendlichen dann jeweils sein.

I: Mhm (verstehend). Also ist dann auch die Didaktik noch mal eine ganz äh besonders

B: Mhm (bejahend).

I: wichtige äh Sparte, die da betrachtet werden müsste. Mhm (verstehend).

B: Genau.

UK 2.3 Organisatorische Rahmenbedingungen eines Schulfaches Gesundheit

Aufgeführt werden Aussagen zu organisatorischen Bedingungen, die für das Fach im Falle einer zu planenden Realisierung bedeutsam wären, wie z.B. zur Qualifikation der Lehrkräfte, Stundenumfang des Faches etc.. Meinungen und Begründungen zu den Rahmenbedingungen wie auch sonstige formale Anforderungen an das Fach werden ebenfalls kodiert.

Ankerbeispiel

PolitikerIn 3a:

B: Ähm, also das heißt, wenn man sowas machen wollte, müsste man es aus meiner Sicht so machen, dass es insbesondere natürlich in der fünften und sechsten, siebten Klasse äh schon äh quasi bewusstseinsbildend

I: Mhm (bejahend).

B: äh miteingebracht wird, ne?

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der im Methodik-Teil beschriebenen Untersuchungen aus der Recherche mit Dokumentenanalyse und den Experteninterviews vorgestellt. Dabei werden die Ergebnisse der beiden Forschungsblöcke getrennt voneinander ausführlich beschrieben.

Abschließend werden in 4.3 Kerninhalte der zuvor ausführlich beschriebenen Ergebnisse in Zusammenfassungen gebündelt. Die finale Übersicht über die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse am Ende umfasst ebenfalls das Ableiten von Hypothesen zu den beiden Oberkategorien.

4.1 Ergebnisse zu Forschungsblock I: Bestandsaufnahme

4.1.1 Ist-Stand zu „Gesundheitsfächern“ in den nichtgymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1 in der BRD

Die Ergebnisse zur Forschungsfrage „In welchen Bundesländern und in welchen Schulformen ist ein von ministerieller Seite anerkanntes, eigenständiges, obligatorisches „Gesundheits-Schulfach“ in der Sekundarstufe 1 der nichtgymnasialen Schulformen eingeführt?“ sind in Tabelle 3 dargestellt. In der obersten, verkürzten Zeile finden sich farblich an die beschriebenen Rechenschritte angepasste Hinweise darauf, wie sich diese vier Rechenschritte den Spalten der Tabelle zuordnen lassen.

Die Tabelle ist von links nach rechts zu lesen und listet das

- betrachtete Bundesland,
 - die einzelne Schulform (der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1),
 - falls vorhanden ein potenziell gesundheitsrelevantes Fach mit Klassenstufe, Wochenstundenanzahl und Verpflichtungsgrad
- und
- Vorhandensein des Fachlehrplans zu dieser Schulform

auf.

Fächer, die aufgrund ihrer „Gesundheitsrelevanz“ in die formal-inhaltliche Analyse zur Beantwortung von Forschungsfrage 2 aus Themenblock I Einzug finden sollten, wurden in der Tabelle im Feld „Ein-/Ausschluss in Analyse/ ggf. Begründung“ grün, solche, die nicht weiter betrachtet werden sollten, rot eingefärbt. Eine (kurze) Begründung darüber, in welchem Schritt des Rechercheprozesses (Schritt eins bis vier) ein Bundesland/ eine Schulform/ ein Fach ausgeschlossen wurde, ist ebenfalls in dieser Spalte zu finden.

In der letzten Spalte mit dem Titel „Weitere Anmerkungen/ Informationen zum Fach/der Schulform“ sind potenziell interessante bzw. relevante Zusatzinformationen zu den in der Tabelle aufgeführten Schulformen oder Fächern stichwortartig fixiert.

Schritt 1		Schritt 2	Schritt 3			Schritt 4	Ein-/Ausschluss in Analyse mit Begründung	Weitere Anmerkungen/ Informationen zum Fach/der Schulform
Bundesland	Schulform	Schulfachbezeichnung	Klassenstufen	Wochenstunden/Schuljahr	Verpflichtung ggf. mit Erläuterung	Lehrplan einsehbar		
Bayern	Realschule	Ernährung und Gesundheit	7	2	Ja Pflichtfach für alle SuS der Wahlpflichtfächergruppen I, II wenn nicht als Profilfach gewählt	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 <ul style="list-style-type: none"> Fach ist nicht allen SuS dieser Schulform in Klassenstufe 7 vorgesehen 	Zusatzinformationen aus einem Recherchetelefonat und E-Mail-Verkehr mit Bayern: SuS der Wahlpflichtgruppe IIIa haben das Fach als einzige SuS-Gruppe nur dann, wenn die Schule nach Ermessen des Schulleiters dieses als freiwilliges Nachmittags-Wahlfach anbietet.
			7 - 10	3	Ja Verpflichtendes Profilfach in der Wahlpflichtfächergruppe IIIb mit Prüfungsrelevanz	Nicht mehr geprüft da Ausschluss		

	Mittelschule	Ernährung und Soziales	7	2	Ja Vorstellungsjahr der berufsorientierenden Wahlpflichtfächer	Ja	Einschluss in die weitere Analyse <ul style="list-style-type: none"> • Fach ist den SuS dieser Schulform in Klassenstufe 7 als Einführung in die Wahlpflichtfächer zugänglich 	Alternative Wahlfächer: Wirtschaft und Technik
			8-10	3-4	Ja Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 <ul style="list-style-type: none"> • Fachunterricht nach Klasse 7 abhängig von Wahl durch SuS, damit nicht allen SuS zugänglich 	
Berlin/ Brandenburg	Sek 1-Schulen <u>Berlin:</u> Integrierte Sekundarschule <u>Brandenburg:</u> Oberschule und Gesamtschule	-					Ausschluss in Schritt 2	

Bremen	Oberschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
Baden-Württemberg	Nichtgymnasiale Sekundarstufe 1-Schulformen → Gemeinsamer Bildungsplan für Schulen der Sekundarstufe 1 (nichtgymnasial), der drei Niveaustufen G, M und E ausweist	Alltagskultur-Ernährung-Soziales (AEZ)	7-10	3	Ja Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach ist den SuS nur durch Wahl, damit nicht allen SuS verbindlich zugänglich	Leitperspektiven Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden; Alternative Wahlfächer: Technik und Französisch
		Gemeinschaftskunde	7-10	1-2	Ja	Ja	Ausschluss in Schritt 4 • Das Fach entspricht dem Schulfach Politik bzw. Sozialkunde anderer Bundesländer (In den Leitgedanken wird der Politikschwerpunkt entsprechend formuliert. Gesundheitsrelevante Inhalte sind, wie in vielen weiteren Fächern, vorhanden (u.a. Wertebildung, gewaltfreie Kommunikation, Einmi-	

							schungsstrategien), stellen jedoch nicht den Gegenstand dieser Analyse dar. Die Beschreibung der Kompetenzen ist an vielen Stellen für ein Fach „Gesundheit“ von Interesse.	
Hamburg	Stadtteilschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
Hessen	Hauptschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Realschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Integrierte Gesamtschule	-					Ausschluss in Schritt 2	Schulfach Gesellschaftslehre vorhanden, jedoch Verortung in Politik/Geschichte/ Erdkunde

Mecklenburg-Vorpommern	Gesamtschule	-					Ausschluss in Schritt 2	Orientierungsstufe ebenfalls ohne Schulfach „Gesundheit“
	Regionale Schule	-					Ausschluss in Schritt 2	
Niedersachsen	Hauptschule	Werte und Normen	5-10	2	Ja, wenn keine Teilnahme am Religionsunterricht	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Alternative, wenn keine Teilnahme an Religion → damit nicht allen SuS zugänglich	„Werte und Normen“ kann als „Ethik“ anderer Bundesländer entsprechend identifiziert werden.
	Realschule	Gesundheit und Soziales	9-10	2-4	Ja Profilwahlfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach hängt vom Profil der Schule ab → nicht allen SuS zugänglich. • Curriculum nicht einsehbar oder vorhanden	Schulen müssen zwei von vier möglichen Profilen anbieten. Profil Gesundheit und Soziales einer Schule geht in Klassenstufe 9/10 mit Angebot des gleichnamigen Faches einher. Alternative Profile: Fremdsprache, Technik, Wirtschaft.
	Oberschule	Gesundheit und Soziales	9-10	2-4	Ja Profilwahlfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach hängt vom Profil der Schule ab → nicht	Schulen müssen zwei von vier möglichen Profilen anbieten. Profil Gesundheit und Soziales einer Schule geht in Klas-

							<p>allen SuS dieser Schulform zugänglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum nicht einsehbar oder vorhanden 	senstufe 9/10 mit Angebot des gleichnamigen Faches einher. Alternative Profile: Fremdsprache, Technik, Wirtschaft.
		Werte und Normen	5-10	2	Ja, wenn keine Teilnahme am Religionsunterricht	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	<p>Ausschluss in Schritt 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternative, wenn keine Teilnahme an Religion → damit nicht allen SuS zugänglich 	„Werte und Normen“ kann als „Ethik“ anderer Bundesländer entsprechend identifiziert werden.
	Kooperative Gesamtschule	Werte und Normen	5-10	2	Ja, wenn keine Teilnahme am Religionsunterricht	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	<p>Ausschluss in Schritt 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternative, wenn keine Teilnahme an Religion → damit nicht allen SuS zugänglich 	„Werte und Normen“ kann als „Ethik“ anderer Bundesländer entsprechend identifiziert werden.
	Integrierte Gesamtschule	Werte und Normen	5-10	2	Ja, wenn keine Teilnahme am Religionsunterricht	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	<p>Ausschluss in Schritt 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternative, wenn keine Teilnahme an Religion → damit nicht allen SuS zugänglich 	„Werte und Normen“ kann als „Ethik“ anderer Bundesländer entsprechend identifiziert werden.

Nord- rhein- Westfalen	Hauptschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Realschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Sekundar- schule/Ge- samtschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
Rhein- land-Pfalz	Integrierte Gesamt- schule	Sport und Gesundheit	6-10	2-4	Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach wird nur durch Wahl einem Teil der SuS erteilt	
	Realschule Plus	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Realschule	Sozial- pädagogik			Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach wird nur durch Wahl einem Teil der SuS erteilt	
	Hauptschule	-					Ausschluss in Schritt 2	

Saar-land	Gemeinschaftsschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
Sachsen	Oberschule	-					Ausschluss in Schritt 2	<ul style="list-style-type: none"> • Neigungskurse können Gesundheitsthemen sein: keine weiteren Informationen auffindbar • Gemeinschaftskunde/Rechtserziehung (Klassen 7-10) beinhaltet auch Gesundheit, Schwerpunkt jedoch auf Recht und Sozialkunde • Curricula für drei Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Lernplattform vorhanden
Sachsen-Anhalt	Sekundarschule	-					Ausschluss in Schritt 2	
	Gemeinschaftsschule/	-					Ausschluss in Schritt 2	

	Gesamtschule							
Schleswig-Holstein	Gemeinschaftsschule	Verbraucherbildung	Ab Klassenstufe 5 möglich	2-4	Abhängig von Schule als Pflichtfach für alle oder Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 <ul style="list-style-type: none"> • Verbindlichkeit variiert von Schule zu Schule • Möglichkeit der Nicht-Wahl besteht → Fach nicht allen SuS der Schulform zugänglich 	Zusatzinformationen aus einem Recherche-telefonat mit dem Kultusministerium in Schleswig-Holstein vom 17.08.2020: Art und Inhalt der Unterrichtung des Faches sehr flexibel, u.a. <ul style="list-style-type: none"> • jahrgangsübergreifend mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen • Leitfaden noch nicht einsehbar.
		Aus den Fachanforderungen „Verbraucherbildung“, S.23: „Innerhalb der Rahmenvorgaben der Fachanforderungen haben die Schulen Gestaltungsfreiraum bezüglich der Umsetzung der Kontingenzstundentafel, der Lern- und Unterrichtsorganisation, der pädagogisch-didaktischen Konzepte sowie der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen. Im schulinternen Fachcurriculum dokumentiert die Fachkonferenz ihre Vereinbarungen zur Gestaltung des Verbraucherbildungsunterrichts an ihrer Schule.“						
	Regionalschule	siehe Gemeinschaftsschule					Ausschluss in Schritt 2	Regionalschulen laufen aus → werden zu Gemeinschaftsschulen

Thürin- gen	Regelschule	Sozialwesen	8-10	2-4	Wahlpflichtfach	Nicht mehr geprüft da Ausschluss	Ausschluss in Schritt 3 • Fach wird nur durch Wahl einem Teil der SuS erteilt	
	Gemeinschaftsschule	-					Ausschluss in Schritt 2	Wahlpflichtfach „Gesellschaftswissenschaften“ kann nicht eingesehen werden
	Gesamtschule	-					Ausschluss in Schritt 2	

Tab. 3: Übersicht über die recherchierten Schulformen und „Gesundheitsfächer“ mit Angabe von Aus-/Einschluss in die Analyse (Stand vom 20.08.2020). **Grün hinterlegt: als für die weitere Analyse relevant befundene „Gesundheitsfächer“.**

Die Recherche zeigt, dass lediglich ein Fach in einer allgemeinbildenden, nicht gymnasialen Schulform der Sekundarstufe 1 in Deutschland für die formal-inhaltliche Analyse (Forschungsfrage 2 aus Block I) qualifiziert ist.

Nur in der Mittelschule Bayerns und dies ausschließlich in Klassenstufe 7 existiert ein für alle Schülerinnen und Schüler dieser Schulform obligatorisches, eigenständiges, von ministerieller Seite anerkanntes Schulfach, das zunächst eindeutig dem Bereich Gesundheit zugeordnet werden kann. Im Folgenden soll eruiert werden, wie das Fach mit dem Titel „Ernährung und Soziales“ formal und inhaltlich gestaltet ist und ob es auf den umfassenden Erwerb allgemeiner Kenntnisse und Fähigkeiten im Sinne einer hohen Gesundheitsrelevanz abzielt und damit als Gesundheits-Schulfach bezeichnet werden kann.

4.1.2 Inhaltliche und formale Analyse der vorgefundenen „Gesundheits-Schulfächer“ mit Bewertung

Aufbauend auf den Ergebnissen aus 4.1.1 soll im Weiteren folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Wie sind die unter 1. gefundenen Gesundheits-Fächer formal und inhaltlich gestaltet und wie ist ihre „Gesundheitsrelevanz“ zu bewerten?

Das Fach „Ernährung und Soziales“, das in 4.1.1 als bundesweit einziges verpflichtend eingeführtes Gesundheits-Fach einer Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 gefunden werden konnte, zählt zusammen mit Wirtschaft und Technik zu den an der bayrischen Mittelschule unterrichteten, berufsorientierenden Wahlpflichtfächern. Diese werden in Klassenstufe 7 neu eingeführt und zweistündig unterrichtet. Gegen Ende der siebten Klasse muss eines der drei Wahlpflichtfächer für die weitere Schulzeit gewählt werden. Das gewählte Fach wird bis zum Abschluss beibehalten, während die beiden anderen Fächer nach der siebten Klasse entfallen. Der Fachlehrplan für Ernährung und Soziales, der seit dem Schuljahr 2019/20 gültig ist, ist auf den Seiten des Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung München für den LehrplanPLUS abrufbar (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München, Ernährung und Soziales).

Die Mittelschule in Bayern beginnt mit der Klassenstufe 5 und knüpft an die in der Grundschule erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler an. Sie zeichnet sich durch eine Schwerpunktsetzung im Bereich des Erziehungsauftrags von Schule und im Erwerben von Kompetenzen aus. Die Schülerinnen und Schüler der Mittelschule durchlaufen während der Zeit in den Klassenstufen 5 bis 9 bzw. 10 wichtige Entwicklungsphasen. Dem in diesen Jahren überwiegend ausgeprägten „anschaulichen Denken und Lernen in konkreten Handlungszusammenhängen“ wird in der Mittelschule bzw. den formulierten Anforderungen – so beschreiben es die Hinweise in der Rubrik „Bildungs- und Erziehungsauftrag der Mittelschule“ unter Punkt 2 (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München, Bildungs- und Erziehungsauftrag der Mittelschule)-Rechnung getragen.

Nach Klassenstufe 6 werden Regel (R)- oder Mittlere-Reife (M)-Klassen besucht, wobei eine hohe Durchlässigkeit und Abstimmung der Lehrpläne den Wechsel zwischen M und R auch in höheren Schuljahren unterstützt.

Für die Regelklassen liegen für die einzelnen Fächer eigene R-Fachlehrpläne vor. Nach Erreichen des qualifizierenden Abschlusses nach Klassenstufe 9 ist es den Schülern der Regelklassen möglich, eine berufliche Ausbildung zu starten, in die Vorbereitungsklassen oder in Klassenstufe 10, wo der mittlere Schulabschluss erreicht werden kann, der Mittelschule aufgenommen zu werden.

Zum Erreichen des mittleren Schulabschlusses an der Mittelschule werden Mittlere-Reife-Klassen besucht, für die M-Fachlehrpläne konzipiert sind. Die Anforderungen im M-Bereich zeichnen sich im Vergleich zum R-Bereich durch umfangreichere und komplexere Aufgabenstellungen, ein höheres Arbeitstempo und mehr Selbstständigkeit aus.

Inhaltlich lassen sich sowohl im R- als auch im M-Fachlehrplan „Ernährung und Soziales“ sechs sog. Gegenstandsbereiche bzw. Lernbereiche unterscheiden. Diese sind mit „Zusammenleben und Zusammenarbeiten“, „Ernährung und Gesundheit“, „Umwelt- und Verbraucherschutz“, „Arbeitsprozesse und Arbeitstechniken“, „Berufsorientierung“ und „mediale Grundbildung“ überschrieben. Es werden zu den einzelnen Lernbereichen Kompetenzerwartungen an die Schülerinnen und Schüler benannt, die an ebenfalls formulierten Inhalten ausgebildet werden sollen. Im Fach Ernährung und Soziales wird auf das Ausbilden von Handlungs- Analyse-, Kommunikations- und Urteilskompetenz abgezielt.

Die Kompetenzerwartungen und Inhalte des R- und M-Planes unterscheiden sich in Klassenstufe 7, wie vorab bereits beschrieben, dadurch, dass der M-Lehrplan an einigen Stellen höhere Anforderungen an die Schülerinnen und Schüler formuliert (z.B. indem Begründungen, Reflexion und mehr Selbstständigkeit bei der Bearbeitung erwartet werden).

Das Üben und Ausbilden von Kompetenzen (Handeln, Analysieren, Kommunizieren, Beurteilen) innerhalb der sechs Lernbereiche im Fach Ernährung und Soziales findet, wie der Titel des Faches bereits verrät, stets an Inhalten aus dem Themenfeld Ernährung statt. So soll unter anderem gemeinsam gekocht und gegessen werden (Handeln, Kommunizieren), Lebensmittel unter den Gesichtspunkten Nachhaltigkeit oder Gesundheitsförderung bewertet (Beurteilen), Rezepte analysiert (Analyse), Menükarten konzipiert, Geräte zur Nahrungsherstellung angewendet oder hauswirtschaftliche bzw. soziale Berufe beurteilt werden. Den Themenkomplex Ernährung ergänzende, für ein Schulfach Gesundheit ebenfalls relevante/notwendige Inhalte zu den Kompetenzen werden in Klassenstufe 7 nicht behandelt. Inhalte aus den Bereichen psychische Gesundheit, Bewegung, Prävention von Erkrankungen oder Gesundheitsversorgung sind u.a. nicht zu finden.

Die Umsetzung dieses in der bayrischen Mittelschule identifizierten Faches „Gesundheit und Soziales“ in Klassenstufe 7 kann nach Abgleich mit den Hinweisen aus 2.5 daher lediglich als Exkurs in einen gesundheitsrelevanten Themenkomplex bezeichnet werden. Es besteht eine gering ausgeprägte „Gesundheitsrelevanz“, insbesondere da viele Dimensionen von Gesundheit innerhalb dieses Faches bzw. dieses Schuljahres nicht thematisiert werden. Das Fach kann daher nicht als einem angestrebten Schulfach Gesundheit ebenbürtig bezeichnet werden.

4.2 Ergebnisse zu Forschungsblock II: Bedingungsanalyse eines Schulfaches Gesundheit

Im Fokus der Bearbeitung von Forschungsblock II sollten die saarländischen Bedingungen den Fokus darstellen.

Für einen großen Teil der Ergebnisse kann allerdings- dies bereits vorab- von nicht Saarland-, zum Teil sogar nicht „Schulfach Gesundheit“- spezifischen Befunden gesprochen werden. Die Ergebnisse können daher auch für weitere Akteure von Interesse sein bzw. ggf. auf andere Bundesländer übertragen werden.

Die interpretierende Ergebnisdarstellung erfolgt nach den den beiden Oberkategorien zugewiesenen Unterkategorien.

4.2.1 Ergebnisdarstellung zu OK 1 „Einflussfaktoren auf die Realisierung eines Schulfaches „Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen“

Die in UK 1.1. und UK 1.2 vorgestellten Ergebnisse liefern Antworten auf die Forschungsfragen 3 und 4 bzw. 1 und 2 aus Block II:

1. Welche Einflussfaktoren behindern die grundsätzliche Realisierung eines eigenen, allgemeinbildenden, obligatorischen Schulfaches „Gesundheit“?
2. Welche Einflussfaktoren befördern das Vorhaben, ein eigenständiges, allgemeinbildendes, verpflichtendes Schulfach „Gesundheit“ einzuführen?

4.2.1.1 Zusammenstellung der Befunde aus UK 1.1

Trotz der immer wieder aufkommenden Forderungen nach einem Schulfach Gesundheit an den allgemeinbildenden Schulen gibt es dieses Fach, bis auf Einzelinitiativen, als offiziell eingeführtes, obligatorisches Fach in Deutschland bisher noch nicht. Das wird für die nichtgymnasiale Sekundarstufe 1 in dieser Arbeit unter 4.1 nochmals bestätigt.

Durch Analyse der Experteninterviews sollten Hinweise zur Beantwortung der Frage, warum es das Fach, trotz Forderungen zur Einführung, bisher noch nicht gibt, gefunden werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse (u.a. geschilderte Bedenken, Schwierigkeiten und Gegenargumente, die als Hemmnisse des Voranbringens des Schulfaches Gesundheit benannt bzw. identifiziert werden konnten) dargestellt und interpretiert.

Der bisher nicht vorhandene politische Wille zusammen mit dem entsprechend nicht existierenden Interesse der Politik an der Umsetzung eines solchen Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen im Saarland lassen sich als bedeutsame Hindernisse identifizieren [Nr.4: (..) *Das is wahrscheinlich nur politisch.* (Fachlehrkraft „Gesundheit“ mit übergeordneten Aufgaben) **oder** Nr. 16: *Ich weiß gar nicht, ob man direkt die Ministerien/ Ich glaube tatsächlich/ also nicht tatsächlich. Also (.) ich glaube, das sind politische Entscheidungen, die da gefällt werden müssen.* (ProfessorIn4)].

Bei einer Abwägung bzw. Priorisierung politischer Ziele im Hinblick auf den Wohlstand, wird die von der Bevölkerung nicht wahrgenommene Bedeutung von Gesundheit für die Ökonomie des eigenen Bundeslandes als Hemmnis bezeichnet. Gesundheit kostet Geld, dagegen wird, analog zum im Saarland aktuell stattfindenden Ausbau der universitären Bildung, von Forschung und Entwicklung in Produkten zur Cybersicherheit Geld (d.h. die Schaffung von Arbeitsplätzen und Steuereinnahmen) erwartet. Dass Gesundheit und „Gesundheitsbildung“ nicht als Wirtschaftsfaktor, und ein Fokussieren dieses Themas ggf. als negativer Einflussfaktor auf Wahlen wahrgenommen wird, ist ein großes Hemmnis [Nr.9: *Aber wenn/ wenn Sie jetzt draußen die Leute befragen würden nach dem ökonomischen Nutzen äh von Gesundheitsbildung in der Schule, würden die Leute äh sagen/ immer sagen, ei, schafft ihr mal Arbeitsplätze/ schafft Arbeitsplätze, ne? So, und das ist die/ äh das ist so ein ähm, (.) äh wie soll ich sagen? Das ist so ein ähm/ so ein politisches äh Nützlichkeitsdenken. (PolitikerIn 3a) oder Nr. 11: Ähm, ähm weil da immer so ein wirtschaftlicher Vorteil gesehen wird. Das brauchen wir hier in der Region, das Saarland muss äh, äh noch ein zweites Standbein sich äh erschaffen, weg von der Autoindustrie und so weiter. Das sehe ich auch ein und finde ich auch vernünftig. Aber genauso wichtig ist, dass wir Menschen gesund erhalten. Das ist genauso wichtig. Ja? Das ist auch ein Wirtschaftsfaktor. Und Gesundheit als Wirtschaftsfaktor zu verkaufen, das haben wir irgendwie noch nicht geschafft, ne? (PolitikerIn 4a)].*

Die „Nützlichkeitsdebatte“ fehle. Gerade der hohe Schuldenstand und die geringen finanziellen Möglichkeiten des Saarlandes werden als Hindernis für Veränderungsprozesse wie der Einführung eines Schulfaches Gesundheit an den allgemeinbildenden Schulen benannt. Es fehle schlicht an Ressourcen [Nr.9: *Ähm, also, mhm (nachdenklich), was ähm sind tatsächliche Hindernisse? Warum sollte man // es nicht tun? Das ist tatsächlich // Geld. Das ist die/ (lacht kurz) Das ist die/ eine begrenzte Ressource ja? So, das Saarland hat 14 Milliarden Euro Schulden. Und äh das wird Ihnen jetzt so keiner sagen. Ich überspitze auch an der Stelle, ja (PolitikerIn 3a) oder Nr.7: Und ich glaube auch nicht, dass wir die Ressourcen dafür haben, einfach ein zusätzliches Fach, äh, noch einzuführen. (Räuspern) Wir haben auch an anderen Stellen eigentlich einen Bedarf an mehr, aber man muss es irgendwie ausgleichen. (PolitikerIn1)].*

Es sei für die Umsetzung von Anliegen grundsätzlich abträglich, wenn gute Vorhaben am „Machtgerangel“ der Parteien, d.h. an Parteipolitik, scheitern [Nr.11: *Ja, also das ist immer*

auch, glaube ich, einfach ganz oft Machtgerangel. Da hat's ganz viel mit Macht zu tun, warum Dinge kommen oder nicht kommen. (PolitikerIn 4a)].

Hinderlich ist, dass die Beschäftigung mit und Umsetzung von Gesundheitsvorhaben im Saarland von der Politik als gut eingeschätzt, der Bedarf nach einem Schulfach Gesundheit nicht gesehen wird. Man tue bereits sehr viel – auch in den Schulen [Nr.9: *Ähm, de/ äh, der mit der /durch die schiere Präsenz, wo man sagt, naja, der/ der/ der/ der Zahnarzt kommt in den Kindergarten und die machen ja äh Ernährung nach DGE-Standards oder sowas, ja? Ähm, dann ähm haben wir unseres ja getan, ja? (PolitikerIn 3a) oder Nr.8: Ähm, ganz im Gegenteil, also ich glaube, gerade bei Gesundheit haben wir schon sehr viel gemacht in den letzten Jahren. Und wenn man halt auch den Koalitionsvertrag sich durchsieht, ähm ist gerade sehr viel auch vorgesehen bei der, ähm, akademischen Bildung für Gesundheit et cetera. (PolitikerIn 2)] und sehe eher, dass etwaige Mängel in Gesundheit und Gesundheitsbildung durch Schulfach-Alternativen behoben werden könnten [Nr.8: *Was/ wo wir auch eine Ausweitung sehen, es gibt immer mehr Betriebssport, wenn Sie sehen die Leute, die in die Fitnessstudien/ -studios gehen und diese Suchanfragen, äh ich habe den Fokus und den Spiegel abonniert, wenn ich mal die Themen zusammenstelle der letzten Jahre, also gerade beim Fokus gibt es kein Thema, was so häufig auf dem Titel ist wie gesunde Ernährung. Also man merkt, es kommt halt mit vielen anderen Themen vor, jetzt kann man natürlich sagen, wenn das doch so ist, dann brauchen wir gerade das Schulfach, aber scheinbar wird es halt doch gesehen, dass es anderweitig ausreichend bespielt wird und man es nicht braucht. (PolitikerIn 2)].**

Druck auf die Politik, Gesundheitsförderung in Schulen voranzutreiben, liegt kaum bzw. gar nicht vor und behindert die Realisierung eines Schulfaches [Nr.2: *Also, wenn wir jetzt mal ganz offen ehrlich ist, das erste ist, dass der öffentliche Druck im Vergleich zu anderen Themen aus meiner Sicht nicht groß genug ist einfach. Deswegen sehe ich es auch, dass es ja noch nicht mal in anderen Bundesländern eingeführt worden ist. Also scheinbar hat das, jetzt kein saarländisch-spezifisches Phänomen sondern, dass generell in Deutschland noch nicht der Druck hoch genug ist, das, das vorzunehmen. (PolitikerIn 2)].*

Der nicht vorhandene öffentliche Druck durch das nicht bestehende bzw. nicht nachhaltige Interesse der Öffentlichkeit am Thema „Schulfach Gesundheit“ wird als bedeutsames Hindernis benannt [Nr.1: *Ich glaube, die öffentliche Unterstützung für ein solches Fach ist*

noch nicht gegeben. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion, Ministerium 1) oder Nr. 4: Ich glaube, ähm, (..) wenn ich jetzt mein Ohr so an der Gesellschaft/ ähm, an die Gesellschaft mal richte, dass/ dass/ dass zurzeit irgendwie nicht so den Fokus, (.) ähm, einnimmt oder auch den Schwerpunkt, äh, darstellt. Ich glaub eher, diese Medienkompetenz, das sind so die Bereiche, die jetzt grade, ähm, gefordert werden und, ähm, (.) (Fachlehrkraft Gesundheit mit übergeordneten Aufgaben) oder Nr.8: Ähm, das ist so ein Thema, wie jetzt zum Beispiel die aktuelle Klimadiskussion, wo man halt dann sagt, da ist so eine starkes Interesse, das vor drei Jahren nicht abzusehen, aber jetzt müssen wir uns dem Thema, Thema widmen. Konkret sehe ich das beim Schulfach Gesundheit nicht. (PolitikerIn 2)].

Die Entstehung dieses Interesses sei insbesondere durch die noch funktionierende Vollversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen verursacht [Nr. 12: *Wir haben ja auch // so eine Vollversorgungs-Mentalität, Krankenkasse zahlt schon, ist ja auch zum Glück im Moment so. (PolitikerIn 4b)]. Der „Schmerz“, den es in der Gesundheit leider oft brauche, bis Menschen aktiv würden, sei bei vielen noch nicht eingetreten oder groß genug, um Aktionen zu produzieren und begünstige das Verdrängen wenig nahbarer Themen, wie Gesundheitsthemen [Nr. 11: *Die Einsicht und ähm (..) wie kriegt man Menschen dazu, einsichtig zu werden? Leider immer nur durch Schmerzen. Ein Diabetiker // ändert immer erst dann was, wenn er wirklich den Diabetes richtig schlimm hat, und jemand geht erst in die Rückenschule, wenn er einen Bandscheibenvorfall hat und (..) jemand macht erst eine Therapie, wenn er eine richtige Angststörung hat und kein vernünftige Sozialkontakte mehr pflegen kann. Ja. (PolitikerIn 4a)].**

Eine Lobby bzw. Interessenverbände für das Thema seien nicht existent [Nr.7: *Das Thema Kindergesundheit (.) schafft es eher selten nach ganz oben. Warum? Vielleicht, weil (.) fehlt es am Ende doch ein Stück weit an der Lobby. Ne? Ähm, (4), ja, vielleicht / Na ja, ich glaube, es ist / äh ein Stück weit fehlt es an der Lobby. Also wir hatten das Thema, äh, Kindergesundheit in den zwei Jahren, in denen ich jetzt Vorsitzender bin, erst einmal auf der Tagesordnung im Sozial- und Gesundheitsausschuss. (PolitikerIn 1)]. Die vereinzelt Befürworter des Faches -wie z.B. die Ärztekammern- werden teilweise als für die Gesellschaft wenig nahbar beschrieben und verstünden es nicht, Kommunikationswege und -Arten zu wählen [Nr.9: *Weil das jetzt nicht so, so sexy ist. Ja? // Nicht, also/ nicht das Thema, sondern quasi so dieses äh diese/ diese Überschrift, // ja? (PolitikerIn 3a)], die die Gesellschaft oder Politik für ihr Vorhaben einnehmen und nachhaltig motivieren.**

Die alleinige Forderung -ohne Vorlage von Konzepten oder Lösungsansätzen- erschwere das weitere Vorantreiben des Themas [Nr.9: *Ich glaube, mit der/ mit der reinen Forderung äh wird man/ äh wird man/ wird man es schwer haben.* (PolitikerIn 3a)]. Das Ausdrücken einer gewissen Ratlosigkeit dazu, wie eine Umsetzung überhaupt mit welchen Mitteln vonstattengehen könne, verdeutlicht, dass die konzeptuelle Arbeit an dem Thema „Schulfach Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland bisher kaum stattgefunden hat [Nr.16: *Das andere // ist natürlich die ganze Ausbildung der Lehrkräfte. Wer/ Wer soll das unterrichten? Wo gibt es da die Curricula? Wo gibt es Universitäten, die Professoren hätten, die das alles ausbilden können? Äh wo kriecht man die her? Wer will das überhaupt machen? Wer will sich mit so was beschäftigen?* (ProfessorIn 4)]. Ein Mangel an Ressourcen und ein Gefühl des nicht Vorhandenseins der dafür nötigen Kompetenzen auf Seiten der Gesundheitsförderer, denen die Schulfachforderer zugeordnet werden können, wird als Ursache der geringen politischen Präsenz und „Schlagkraft“ ausgedrückt [Nr.16: *Also ich glaube, über die Politik. (.) Und da ist das Problem, wie alle Gesundheitsförderer, ich nehme mich jetzt auch mal/ äh bezeichne mich jetzt auch mal so als Gesundheitsförderer, ich habe ja nicht das (.) Instrumentarium. Ich weiß nicht, wie man richtig politisch agiert. (.) Vielleicht so ein Politologe, der hat vielleicht so ein Verständnis des politischen Systems und weiß möglicherweise, wie man da jetzt (.) vorgeht. Oder ein erfahrener Politiker, der dreißig Jahre Pol/ Kommunalpolitik macht, der weiß, wie das so geht wie // man das machen muss. Oder Bundespolitik. Merkel könnte mir vielleicht sagen, wie man das machen muss. Aber äh äh die ganzen Instrumente hätte ich nicht. Und ich habe die Ressourcen nicht. Ich kann nix bewegen.* (ProfessorIn 4)].

Ein großes Hindernis für das weitere Voranbringen des Schulfaches Gesundheit stellt die generelle Abwehr von Anfragen nach neuen Fächern und die scheinbar existierende, mangelnde Bereitschaft der Kultusministerien und der KMK dar, sich ergebnisoffen mit der Frage nach dem Schulfach Gesundheit zu beschäftigen [Nr. 10: *Sondern, äh, da gab es auch schon so etwas wie eine Standardantwort.* (PolitikerIn 3b)] und den Austausch mit den Forderern zu suchen [Nr. 14: *ähm auch wenn ich natürlich weiß, äh Sie kennen die Diskussion ja auch, äh dass ähm bei der Forderung SchulFACH immer sehr schnell eine geschlossene Opposition sich aufbaut, die sagt, das geht einfach gar nicht. Und dann ist die Diskussion damit tot.* (ProfessorIn 2)].

Die Inflation von Anfragen nach unterschiedlichen neuen Schulfächern und Aufgabenlast der an Bildung beteiligten Akteure in Verwaltung und Politik kann als eine Ursache dieser direkten „Blockade“ angenommen werden. Man habe keine Zeit, sich ausführlich mit derlei Anfragen zu befassen und sei im Bildungssystem mit vielen Herausforderungen und Anforderungen konfrontiert [Nr.7: *Sondern alle sind irgendwie im nächsten Meeting und alle äh haben irgendwas äh, was wieder ganz wichtig ist.* (PolitikerIn 1) **oder** Nr.7: *Aber es geht einfach nicht. Ne? Also ich könnte immer noch das Doppelte machen. Das gibt es immer noch // Themen und Aufgaben genug. Aber das geht ja nun mal nicht.* (PolitikerIn 1)].

Legislaturperioden reichten zudem oft nicht aus, um Veränderungen im Schulsystem nachhaltig zu bewerkstelligen. Bildungspolitik wird als „vermintes Feld“ beschrieben, in dem Veränderungsprozesse viel Zeit bräuchten, Begehrlichkeiten und Unzufriedenheit bewirkten und daher unattraktiv für Wahlen seien [Nr.10: *Wobei das Geschrei jetzt auch schon sehr groß sein wird und wir müssen uns auch der Diskussion stellen, dann das macht ihr, aber so ein Fach wie Lebenstauglichkeit oder Lebenskunde // oder, oder Umgang mit Geld, wird ja auch immer gefordert // als Fach, äh, das macht ihr nicht, ne? Also, äh, da, da kommen weitere Begehrlichkeiten auch, äh, äh, auf einen zu. Das ist das, das ist also sehr vermint das, das Thema so.* (PolitikerIn 3b) **oder** Nr.6: *Wenn ich ähm mich auf das beziehe, was wirklich langfristig wichtig ist, aber in der Bevölkerung nicht im Bewusstsein ist, dann geh ich als Politiker das Risiko ein, dass man sagt: "Na, der hat spinnerte Ideen, den wählen wa jetzt nicht wieder." Das is das Risiko und das Problem der Politik.* (Facharzt, Vorstandsmitglied einer Landesärztekammer)]. Beschrieben wird in diesem Zusammenhang, dass gerade eine positive Entscheidung für ein neues Schulfach das forcierte Einfordern weiterer Schulfächer bewirken könne, was zu vermeiden sei.

Die Förderung von Projekten und Modellversuchen im Bereich Gesundheit sei meist nicht nachhaltig und diene mehr der Außendarstellung denn als Auftakt oder Anlass zur Inangriffnahme echter Änderungen im Bildungssystem [Nr.15: *Mein/ nicht nur/ nicht nur mein Verdacht ist, dass die Ziele zu kurz gesteckt werden. Das heißt also, äh und wie man diese Ziele ähm strategisch äh erreichen könnte, das ist alles viel zu kurz gesteckt, äh um trotzdem äh irgendwie in der Öffentlichkeit zu belegen, äh schaut her, wir tun was.* (ProfessorIn 3)].

Innovationen seien in diesem traditionellen System unbeliebt. Neues umzusetzen, stoße auf Widerstände. Neue Ideen könnten zudem von der Verwaltungsspitze blockiert werden.

Eine kaum ausgeprägte Fehlerkultur im bildungspolitischen Bereich zusammen mit der Angst vor Misserfolg mache Pilotversuche unbeliebt und überwiege beim Abwägen die Möglichkeit, Erfolge gerade mit Veränderungen erreichen zu können [Nr.17: *Ähm, (.) es ist, ähm, ein / Also von der Außenwahrnehmung Bildungsthemen eine / eine / keine Kultur des/ a/ kau/ äh auch letztlich keine Fehlerkultur, ja? B: Äh, ganz, ganz viele Ergebnisse, die wir in Deutschland dankenderweise umsetzen, kommen aus anderen Ländern. Ähm, weil wir in Deutschland das nicht hinkriegen, weil sich dafür niemand interessant/ weil sich da zu wenige Leute für interessieren, (unv.) Forschung zu machen. Auch durchaus vor dem Hintergrund: Hm (nachdenklich), da könnte ja herauskommen, dass es nicht funktioniert. (ProfessorIn 5)].*

Es sei als Hindernis für Innovationen anzuerkennen, dass Schulleiterposten oftmals aufgrund von Parteizugehörigkeit vergeben würden. Änderungsvorhaben von im Kultusministerium vertretenen, anderen Parteien könnten dadurch ebenfalls erschwert werden [Nr.10: *Äh, solange auch Schulleitungen häufig auch noch unter Gesichtspunkten der Parteizugehörigkeit besetzt werden, äh, sehen sie sich eigentlich immer mit diesem Problem konfrontiert. (PolitikerIn 3b) oder Nr.10: Und eins spielt auch eine Rolle, äh, wir bewegen uns auch in der Bildungspolitik immer auf einem politischen verminten Feld. Äh, also wenn ich als [Nennung der Parteizugehörigkeit]Minister zu irgendeiner Schule gehe, wo ich weiß, da ist die Mehrheit [Nennung einer anderen Partei]oder auf jeden Fall nicht auf / in meiner, äh, Regierungsfarbe tätig, dann tun die nicht unbedingt etwas, um mir zum Erfolg zu verhelfen. Das ist in der Bildungspolitik fatal, dass das reinspielt, aber es ist so. (PolitikerIn 3b)].*

Mit einer Auseinandersetzung mit den Fachverbänden der Lehrkräfte der traditionellen Fächer sei zu rechnen, wenn es um die Einführung neuer Fächer ginge. Änderungsanliegen werden als Kränkung beschrieben und scheinen bei den schulischen Akteuren Gratifikationskrisen zu begünstigen, [Nr.11: *Also, ich glaube, die größten Widerstände sind tatsächlich bei den Lehrern selbst. Und Lehrer empfinden das, glaube ich, immer, wenn noch was bereichernd dazukommen soll, empfinden sie es nicht als Bereicherung, sondern als Kränkung. So nach dem Motto: Ja, wir machen doch schon und wir tun doch schon, warum brauchen wir das denn? Also es ist immer ein Stück Kränkung, ne? Für denjenigen, der äh, sage ich mal, ein Stück weit in seinen Arbeitsbereich da reingefummelt bekommt. Die Biologielehrer dann zum Beispiel und so, ne? Die werden dann das als äh/ als Kränkung emp-*

finden. Und andere Lehrer werden Angst haben davor, dass ihnen was von ihren Stunden weggenommen wird, also ich spreche ja auch mit Lehrern darüber, die empfinden das dann immer sofort als: Das geht nicht. Es muss alles so bleiben wie es ist. Veränderung ist da echt schwer in der Lehrerschaft. Mhm (bejahend). (PolitikerIn 4a) oder Nr.16: Und DA äh kommen dann sehr schnell äh dann/ Dann muss man sich nämlich mal mit Latein-Lehrern anlegen oder so weiter, ja? Die da. Und da weiß ich nicht, ob man da ohne blaue Flecken äh rauskommt da ob // das überhaupt GEHT. Weil da so massive gesellschaftliche Verhältnisse sind irgendwie, die da auch // Hm. (ProfessorIn 4)].

Insgesamt werden Veränderungsprozesse im Bildungssystem als langwierig, unbeliebt und schwierig, das Bildungssystem selbst als träge im Hinblick auf Veränderungen beschrieben [Nr.10: *Verwaltung hat eine / ein sehr großes Beharrungsvermögen und, äh, Innovation wird nicht gemocht, wenn sie von oben angestoßen wird und umgesetzt werden soll. Weil Innovation in der Regel mehr Arbeit macht und man setzt sich der Kritik aus und je nachdem, welchen Weg man einschlägt, kann es ja auch scheitern. Und die Angst vor dem Scheitern ist größer als, äh, die, äh, Hoffnung auf Erfolg. (PolitikerIn 3b) oder Nr.12: Ich meine, das wird ja immer versucht, aber die Strukturen sind ja da doch sehr zäh. Und das ist ja auch nichts, was man in vier Jahren schafft und in vier Jahren ist die nächste Wahl oder in fünf Jahren und dann sieht es wieder plötzlich ganz anders aus, also wir haben da auch keine. keine Konstanz. (PolitikerIn 4b)].*

Bei Anfragen nach neuen Fächern kommt es zum Abgleich des Bundeslandes, an das die Anfrage gerichtet wurde, mit den diesbezüglichen Umsetzungen in anderen Bundesländern. Die Nichtexistenz eines Schulfaches Gesundheit an den allgemeinbildenden Schulen in mindestens einem Bundesland und auch nicht vorhandene, dahingehenden Planungen [Nr. 3: *Es ist zurzeit in keinem Bundesland angedacht, ein neues Unterrichtsfach „Gesundheit“ an allgemeinbildenden Schulen einzuführen. (MitarbeiterIn Ministerium 3)]* behindern damit das Voranbringen des Themas. Ein nicht existierendes Pionier-Bundesland im Bereich „Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen“ hemmt die Thematik im Saarland [Nr.10: *Äh, und, äh, (.) da wollten wir uns auch nicht darüber hinaus bewegen als Saarland und, äh, die, die Anregung, dass in den Lehrplänen eine gewisse Integration der Problematik stattfindet, äh, die musste dann mal ausreichen. (PolitikerIn 3b)].* Das Saarland selbst lehnt eine Pionierrolle, u.a. aus Kostengründen, bisher ab.

Auch die KMK setze sich mit den wöchentlich eingehenden Fachanfragen nicht näher auseinander, sondern lehne generell alle Anfragen ohne vertiefere Prüfung ab [Nr.1: (4) *Ich/ (seufzt) (6) Es gibt ja auch Beschlüsse, oder was heißt Beschl/ nee, es gibt keine Beschlüsse dazu, aber es gibt Statements der Kultusminister-Konferenz. Der jeweiligen Präsidentschaft der Kultusminister-Konferenz, die dem Thema (.) grundsätzlich, (.) also dem Thema neuer Schulfächer, grundsätzlich ablehnend gegenübersteht. Und da ist es völlig egal, ob wir jetzt über Ernährung, Gesundheit, ähm Programmieren oder Ver/ wirtschaftlicher Verbraucherschutz reden, wird grundsätzlich abgelehnt, weil die Stundentafel voll ist. Und da reden wir noch gar nicht über (.) zusätzliche Kosten, die möglicherweise entstehen durch die Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Ähm Hauptargument ist, dass die Stundentafel nicht weiter ausgedehnt werden kann, dass Sträch/ äh Fächer gestrichen werden MÜSSTEN. Und dass das zu diesem Zeitpunkt (..) und auch auf absehbare Zeit (.) nicht passieren kann und auch nicht passieren wird. (..) Ja, weil die konkurrierenden (.) Fächer, die eingeführt werden SOLLEN von den verschiedenen Interessensorganisationen, aus Sicht der KMK erstmal gleichwertig betrachtet werden. I: Mhm (bejahend). Ist denn ein Versuch dagewesen, dass tatsächlich nach Sinnhaftigkeit und/ und Begründbarkeit anzugehen? #00:32:56-4# B: Wüsste ich nicht, nein. (MitarbeiterIn Leitungsposition Ministerium 1)]. Die KMK muss der Einführung eines neuen Fachs bzw. einem Antrag auf Sonderweg einstimmig zustimmen, damit dieses in den offiziellen Fächerkanon eines Bundeslandes Einzug halten und abschlussrelevant sein kann [I: *Und, äh, ganz unabhängig von dem Pilotprojekt könnte jetzt ein Bundesland, ähm, sagen, also ein Kultusministerium, äh, wir wollen zum Beispiel das Schulfach einführen // und Nr. 10: Das / // I: nehmen das in unsere Stundentafeln auf und dann / Nr. 10: Äh, im Pilotprojekt ja, aber als reguläres, dauerhaftes, äh, äh, Fach geht es nur mit der Genehmigung der Kultusministerkonferenz. (PolitikerIn 3b)]. Sie kann damit die offizielle Implementierung eines neuen Schulfaches behindern.**

Ein oft genanntes Hemmnis für die Realisierung des Schulfaches Gesundheit stellen die bereits vollen, aktuellen Stundentafeln dar. Es sei nicht mehr oder nur unter Verlusten möglich, Stunden für neue Fächer zu generieren. Ein Mehr an Stunden sei, wie später in OK 2.1 genauer aufgeführt, abzulehnen, die Stundentafeln seien bereits voll [Nr. 7: *Ähm, d/ t/ und mir fehlt im Moment ein Stück weit die Phantasie, wo noch die Stunden herkommen sollen für die zusätzlichen, äh, Fächer, die AUCH noch unterrichtet werden sollen. (PolitikerIn 1) oder Nr.16: Mhm (bejahend). Ja. Also ich glaube/ Ja, das Argument, was*

ich gesagt habe, ist, äh was soll dann wegfallen? Schule is voll. Wir können den Nachmittagsbereich ausdehnen, da noch was machen. Aber selbst Schüler können das nicht alles mehr wenn es um // Schüler geht. Das ist, glaube ich, das (atmet tief ein) wichtige Argument. (ProfessorIn 4)].

Die nicht vorhandene hochschulische Infrastruktur zur Ausbildung von Lehrkräften für Gesundheit als allgemeinbildendes Schulfach stellt ebenfalls ein großes Hindernis dar. Zum einen existierten nur wenige Professuren im Bereich „Gesundheitsdidaktik“ oder „Gesundheitspädagogik“ an den Fachhochschulen oder Universitäten in Deutschland [Nr.14: (...) *Ja, das sind ja dann schon äh Leute, die die entsprechende Ausbildung haben und das Bewusstsein haben, aber das sind ganz, ganz wenige. (ProfessorIn 2)].* Zum anderen sind etwaige Lehramtsstudiengänge für das Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen bisher nicht vorbereitet worden.

Die Frage nach den das Fach unterrichtenden Lehrkräften wurde mehrfach gestellt. Dass eigens dafür ausgebildete Fachlehrkräfte nötig sind, wird in OK 2 näher beleuchtet. Nicht vorhandenes Lehrpersonal stellt jedoch einen Hinderungsgrund zur Realisierung des Schulfaches Gesundheit dar [Nr. 7: *Äh, (Räuspern) es gibt mit Sicherheit nicht genügend, äh äh, Lehrerinnen und Lehrer, die speziell für das Fach ausgebildet wären. (PolitikerIn 1)].*

Wissenschaftliches Interesse an der Beforschung und Systematisierung im Bereich der Gesundheitsdidaktik bzw. dem Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen scheint wenig ausgeprägt: Eigene Forschung zur Thematik „Schulfach Gesundheit“, auch im Hinblick auf die erwähnte „Nützlichkeit“ hin, liegt für Deutschland kaum bzw. nicht vor [Nr. 8: *Oder, dass man nicht genug Belege auch hat, dass es erfolgreich sein könnte oder zu Veränderungen führen könnte. Das ist das, das eine Thema. (PolitikerIn 2)].* Dies verhindert eine auch wissenschaftliche Begründung des Anliegens, verweist darauf, dass die Diskussion um dieses Thema insbesondere auf Meinungen anstelle von Fakten basiert und daher nicht sachlich betrieben wird. Diese Situation lässt sich ebenfalls als großes Hindernis identifizieren [Nr.14: *Die meisten Kolleginnen und Kollegen auch aus dem Gesundheitswesen wissen, wie wichtig das Gebiet ist. Und äh manche meinen aber, es muss nicht so sein, dass es sich in einem Schulfach niederschlägt. Da kommt dann/ kommen auch natürlich mit ins Spiel Bedenken, dass die Verfachlichung äh die Differenziertheit*

und äh Vielschichtigkeit des Gebietes äh kaputtmachen könnte. Eine didaktische Übersetzung die Komplexität äh zerstören würde, die das Gebiet hat, vieles andere mehr (ProfessorIn 2) oder Nr.14: Wie gesagt, ist ein langer Prozess und ja, äh so lange nicht eine sehr, sehr große Mehrheit auch der Vertreter des Gebietes dafür ist, das andere als ähm zentrales Gebiet in den Bildungsinstitutionen zu verankern, wird auch noch nicht viel passieren. Das ist gar keine Frage. (ProfessorIn 2)].

Das Schulfach selbst wird an mancher Stelle als der Gesundheitsförderung oder der Gesellschaft abträglich und damit als ggf. abzulehnen thematisiert. So wird es als möglicherweise hinderlich für das Vorantreiben der Settinggestaltung, welche als verhältnispräventiver Ansatz wirksamer als verhaltenspräventive Ansätze beschrieben wird, benannt [Nr.16: *Sondern eher sogar möglicherweise äh, dass das Thema Gesundheit wieder zurückgeführt wird auf einen Unterricht und damit eigentlich so Fragen der Organisationsentwicklung, so betriebliche Gesundheitsförderung // oder "Healthy Cities" und all diese Dinge dass die so zurückgenommen werden würden. // Und möglicherweise sogar auf Prävention wieder verhaltensorientierte Maßnahmen in den Vordergrund gerückt würden (ProfessorIn 4)].* Es werden Befürchtungen geäußert, dass ein Schulfach Gesundheit eine Gesundheitsdiktatur verursachen könnte, was einer Realisierung entgegenstünde [Nr.16: *Also es gibt da auch so eine ganze Diskussion über die Gesundheitsdiktatur. Dass dadurch eingezogen wird in die Gesellschaft, in einen ganz zentralen Lebensbereich, Essen und Trinken und mich bewegen und, ja, das zählt zu meinen ganz persönlichen Lebensgestaltungselementen. Wenn DA jetzt angefangen wird, äh da dran zu drehen irgendwie und MIR vorgeschrieben wird/ oder irgendwie, ich ähm/ plötzlich gibt es dann so Leitlinien, äh recommendations und sonst was irgendwie. Und wenn ich mich nicht daran halte, dann habe ich gesellschaftlich Nachteile. Das ist dann so die gesunde Gesellschaft irgendwie. (ProfessorIn 4)].* Es wird zudem der Gedanke geäußert, dass ein Gesundheitsunterricht bei den Schülerinnen und Schülern gerade wegen der unterrichtlichen Verankerung gegensätzliche Reaktionen provozieren und daher eher schaden könnte [Nr.17: *Äh, da, ähm, und, ähm, ich meine, jetzt / Ich weiß ja, dass die Sachen immer alle ein bisschen komplizierter sind und dass es natürlich keine einfachen Lösungen gibt, aber ein Schulfach Gesundheit würde, glaube ich, dem Fach / Also manchmal, denke ich, würde ihm fast eher schaden. Wenn man Schüler über die äh Sachen, die sie in der Schule lernen müssen, sprechen hört. Dann hat man manchmal schon den Eindruck: Das, was man / Das, was da gelehrt wird, ist ja so / Also mit dem*

kann man sich schon freiwillig gar nicht befassen, weil das wird ja in der Schule gelehrt. (ProfessorIn 5)].

In der Analyse konnten weitere Hindernisse und Gründe gegen das Schulfach Gesundheit gefunden werden. So wird ausgesagt, dass die Umsetzung gesundheitsrelevanter Inhalte durch Eingliederung in alle Lehrpläne bereits hervorragend sei [Nr.3: *Der Themenbereich Gesundheit wird aus Sicht der Fachebene in der jetzigen Form hervorragend an den Schulen abgedeckt. Daher besteht kein Bedarf nach einem zusätzlichen Fach. (MitarbeiterIn Ministerium 3), ein eigenes Fach daher nicht benötigt werde oder die Schulen zu überlastet seien, um Innovationen dieser Art vorzunehmen.*

Ebenfalls wird angeführt, dass die Forderung nach einem Fach nicht den aktuellen pädagogischen Ideen entspräche [Nr.1: *Das Bildungsverständnis dieser Personen geht dahin, dass das fächerübergreifende Lernen auch das effektivere ist, das zielführendere. Das losgelöst aus dem (.) Fachblick hin zu einem (.) Zusammenhang, der äh an der Lebensrealität und Erfahrungswelt der Kinder viel näher dran ist. Also da/ da, die kommen mit einer/ mit einem anderen Bildungsverständnis dann auch (.) daher. Und sagen, auch/ auch das ist die Zukunft des Lernens. Die Zukunft des Lernens ist losgelöst von Fächern. Sondern findet wieder (.) in einem größeren Kontext statt. Dazu habe ich aber keine Meinung. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)] und ein Fach, wie am Schulfach Politik zu beobachten, aufgrund weiterer Sozialisationsfaktoren nicht zwangsläufig zu gesünderen Verhaltensweisen führe. Ein Fach zu diesem komplexen Bereich zu konzipieren wird von manchen als bedenklich und dem Thema nicht gerecht werdend negativ beschrieben. Es existiere eine große Anzahl privater Anbieter zur Gesundheitsförderung in Schulen, deren Beiträge von einem Schulfach Gesundheit ersetzt werden würden. Durch die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit täte man sich daher keinen Gefallen [Nr.17: *Also das wäre / Das wäre, glaube ich, fast ein Grund, (.) dass es niemals ein Fach Gesundheit geben würde, weil es jetzt so viele Leute gibt, die auch an diesen anderen Programmen aktiv sind und wir eben eigentlich auch historisch gewachsen eine solche Struktur haben. (ProfessorIn 5)]. Das Schulsystem könne zudem nicht für jedes gesellschaftliche Problem mit Lösungen bereitstehen [Nr. 5: *Also wenn die Gesellschaft die Straßen mit zu stinkenden und gesundheitsgefährlichen Autos vollstopft, dann sagte die, wo es Unfälle gibt, dann sagt man, jetzt soll die Schule mal Verkehrserziehung machen. Das gilt für Gewaltprävention, das gilt für Drogenprävention, das gilt für Demokratieerziehung und, und, und. Die Schule soll es im-***

mer richten. Weil da anscheinend alle Kinder und Jugendlichen da gleichzeitig drin sind. (Lehrkraft a.D., Expertise bezüglich der Arbeit des Schulausschusses der KMK)].

Diese weiteren Hinweise und Begründungen sind als bedeutsam und als in weitere Überlegungen einzubeziehen zu werten. Sie können wichtige Denkanstöße für Interessenvertreter, Ansätze für Studienvorhaben aber auch Konzepte darstellen.

Sich an die Thematik der Hemmnisse aus UK 1.1. direkt anschließend, ergibt sich die Frage nach den im Hinblick auf die Realisierung des Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen förderlichen Faktoren bzw. Einflussnehmern, Maßnahmen und Bedingungen aus UK 1.2., welche im Folgenden vorgestellt werden sollen.

4.2.1.2 Zusammenstellung der Befunde aus UK 1.2

Die Analyse der Experteninterviews ergab viele Hinweise auf Einflussfaktoren, Bedingungen und Maßnahmen, die sich als Ansatzpunkte zum Vorantreiben des Themas begünstigend auswirken könnten und im Falle eines Umsetzungsvorhabens zu berücksichtigen wären. Die Ergebnisse sollen im Folgenden beschrieben werden.

Das Schulfach Gesundheit und damit assoziierte Themen wie einzelne Pilotprojekte oder Studienvorhaben, werden insbesondere dann befördert, wenn das Thema in den Fokus der politischen Entscheidungsträger eines Bundeslandes gelangt. Deren Ziel müsste es sein, das Fach institutionell fest in den Schulen eines Bundeslandes zu verankern. Dazu gehört u.a. die Abbildung in den Stundentafeln und die qualitativ hochwertige Unterrichtung durch entsprechend ausgebildete Fachlehrkräfte (vgl. OK 2). Dies kann nur erreicht werden, wenn der politische Wille besteht, dieses Fach zu realisieren [*Nr.2: Und von daher gesehen, glaube ich, ist es dann einfach mal/ bedarf es auch einer gewissen Zeit, bis der politische Wille dann so geformt ist, in diese Richtung zu gehen. Also man muss dann halt auch mal äh dicke Bretter bohren, ja? Äh aber der/ ich glaube der Anfang ist gemacht, also ich bewerte das als sehr, sehr POSITIV, dass dies so äh ähm geschehen ist und auf der Basis muss man jetzt weiterarbeiten, wie auch in anderen Themen politischer Wille äh geschaffen wird und Überzeugungsarbeit leisten, dann schauen wir mal. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 2)] und von der politischen Führung eines Landes der Beschluss zur Realisierung schließlich getroffen wird.*

Entscheidungen zu Veränderungen im Bildungssystem werden aufgrund des Bildungsföderalismus und der Kultushoheit der Länder von den einzelnen Bundesländern getroffen [Nr.10: *Äh, die, die, die Länder entscheiden, die KMK steckt einen Rahmen ab und, // äh, ähm, spricht im, im Rahmen von gesellschaftlichen Entwicklungen, spricht die sogenannte Empfehlungen aus. (PolitikerIn 3b)*]. Eine Abstimmung mit der KMK ist zwar erforderlich, um Abschlüsse anerkennen zu lassen- Sonderwege sind allerdings möglich und Pilotprojekte o.ä. können in der Regel frei vorangetrieben werden [Nr.10: *Also wenn ein, ein Land das hieb- und stichfest, äh, äh, äh, (.) belegt, was da passiert und, äh, einen Antrag stellt auf, auf eine / auf einen Sonderweg, // an dieser Stelle, auch das kann die KMK ermöglichen, dann die KMK durchaus einen Sonderweg anerkennen, wenn alle anderen Länder in der KMK-Konferenz das auch so akzeptieren. Weil, in der KMK herrscht nach wie vor ein Einstimmigkeitsprinzip. Ja. Also dann legt man was vor, einen Plan und das // Konzept ist schlüssig, dann, dann sagen die // anderen Länder, lasst die nur machen, haben wir nichts dagegen, dann ist es auch durch. Aber, äh, äh, äh, das ist eigentlich selten, dass das vorkommt. (PolitikerIn 3b)*].

Der Fokus zum Anliegen, ein Schulfach Gesundheit zu realisieren, ist daher auf

- 1) den Kultusminister/die Kultusministerin,
- 2) a) die Legislative (Parlament) bzw.
b) die Exekutive d.h. die Regierungen

eines Bundeslandes zu richten.

Zu 1) Rolle des Kultusministers/der Kultusministerin eines Bundeslandes

Der relevante Entscheidungsträger in einem Bundesland für Bildungsfragen ist der/die KultusministerIn. Insofern wäre die Einführung des Schulfachs „Gesundheit“ vereinfacht, wenn der/die KultusministerIn eines Bundeslandes die besondere Bedeutung des Schulfaches Gesundheit für Bildung und Erziehung anerkennt. Die Position des Kultusministers/der Kultusministerin ermöglicht, einen Pilotversuch mit dem Schulfach durchzuführen und danach evaluieren zu lassen.

Förderlich wäre, wenn sich in anderen Bundesländern bereits Aktivitäten entfaltet hätten, da sich die Bundesländer einander an den gegenseitigen Maßnahmen orientieren

[Nr.10: Also erst einmal schaut man, äh, äh, in, in einem föderalen System der Länder auch als Minister, äh, darauf beziehungsweise habe ich den Auftrag gegeben an die Schulabteilungen, was haben denn die anderen Länder. Dass man das mal so im Vergleich // sieht. (PolitikerIn 3b)].

Für den Zugang zum Kultusminister eines Landes, sollte dieser nicht bereits intrinsisch für die Realisierung des Schulfaches motiviert sein, ist das Bilden von Interessenverbänden, das gut vorbereitete Suchen des Austauschs und bzw. oder das Wecken des öffentlichen Interesses förderlich. Auf diese Faktoren/Aspekte wird unter 2) näher eingegangen.

Das Interesses des Kultusministers/der Kultusministerin kann unabhängig davon auch durch am Thema interessierte Mitarbeiter des Kultusministeriums [Nr.10: Also in der Regel läuft das so, es kommt von außen eine, äh, eine Forderung und ein Wunsch, meistens auf der Grundlage irgendeiner wissenschaftlichen Studie äh, die wird an sie herangetragen. Äh, da findet, äh, zuallererst immer, sagen wir mal, es gibt eine wissenschaftliche Studie jetzt über eine bedenkliche Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen, so etwas gibt es ja, statt, äh, dann, äh, äh, wird in der Regel dann, äh, das Gespräch mit dem Minister gesucht und, ähm, ihm nahe gelegt, dass man etwas tun soll. Äh, um auch eine Verbesserung der Situation zu erreichen, über die Administration, (.) das hört man sich dann an, dann berät man das, in der Regel mit der Spitze der Verwaltung. (PolitikerIn 3b)] oder positiv wahrgenommene, in Eigenregie durchgeführte Projekte von Schulen, befördert werden. Projekte von Schulen dieser Art sind jedoch meist an einzelne, motivierte Akteure gebunden, deren Ausfall in der Regel auch das Ende des Projektes nach sich zieht. Diese beiden Zugangswege werden insgesamt als weniger relevant und gerade letztgenannter in einem Interview auch dem Thema abträglich gewertet.

Zu 2) a) Rolle der Parlamente bzw. b) die Regierungen eines Bundeslandes

Eine weitere Möglichkeit, das Schulfach Gesundheit durch positive politische Entscheidungen voranzubringen, besteht darin, es in die Landesparlamente bzw. die Landesregierungen einzubringen.

Auf die Tagesordnung der Landesregierungen bzw. Parlamente gelangen diejenigen Themen,

- I) die entweder im Koalitionsvertrag bzw. dem Regierungsprogramm festgeschrieben sind und daher von den Regierungen während der Legislaturperiode abgearbeitet werden oder
- II) deren Bearbeitung durch Druck aus der Öffentlichkeit auf die Amtsinhaber eingefordert wird.

[Nr. 8: *Also es ist so, dass es immer zwei Themenkomplexe gibt. Das eine ist, sind die Sachen, die im Koalitionsvertrag quasi festgeschrieben worden sind. Die werden in fünf Jahren äh abgearbeitet, das ist auch vorrangige, F/ ähm, Aufgabe äh einer Fraktion. [...] Andere Themen kommen dann immer wieder, ähm, rein, die öffentlich getrieben sind und wo man dann auch eine Möglichkeit sieht, das Ganze mit dem Kolut/ äh Koalitionspartner zu einigen. Ähm, das ist so ein Thema, wie jetzt zum Beispiel die aktuelle Klimadiskussion, wo man halt dann sagt, da ist so ein starkes Interesse, das war vor drei Jahren nicht abzusehen, (PolitikerIn 2)]*

Zu I)

Um Parteien für ein Thema zu begeistern, so dass dieses ggf. im Rahmen der Einnahme einer Regierungsrolle in den Koalitionsvertrag gelangt und in die Praxis überführt werden kann, ist es förderlich, wenn Interessenverbände des „Schulfaches Gesundheit“ den stetigen Austausch mit politischen Vertretern suchen. Eine zweite Möglichkeit, Parteien für ein Thema zu sensibilisieren, ist das Schaffen eines großen öffentlichen Interesses, was unter II weiter ausgeführt wird.

Zu II)

Das Ausüben von Druck auf die Politik wird mehrfach als hochbedeutsam für das Voranbringen von Themen wie dem des Schulfaches Gesundheit benannt

[Nr.10: Ja. (lacht) // Die Politik reagiert immer dann, wenn der öffentliche Druck so groß ist, dass die Politik, wo man noch definieren müsste, was ist die Politik, aber das die, die in der Regel regieren, äh, wenn die dem Thema nicht mehr ausweichen können und, äh, und dann in die schmerzhafteste Erkenntnis kommen, dass sie, äh, bestimmte Themen, ich spreche jetzt mal den Plural, sträflich vernachlässigt // haben. Und sie dann, äh, die Quittung bei den Wahlen bekommen. (PolitikerIn 3b)]. Druck durch die Öffentlichkeit setzt voraus, dass ein hohes öffentliches Interesse an einem Thema, das ggf. für Wiederwahlen von Relevanz sein könnte, erreicht wurde. Ein wachsendes bzw. hohes öffentliches Interesse an der Forderung nach einem Schulfach Gesundheit lässt sich daher als bedeutsamer Einflussfaktor auf das weitere Voranbringen des Themas identifizieren.

Das öffentliche Interesse kann durch -skandalisierende- Übermittlung von Informationen, z.B. Studienergebnissen, durch die Medien, insbesondere der sozialen Medien, beeinflusst werden. Förderlich sei es, wenn Themen zu sog. „Megathemen“ avancieren [Nr.14: Jaja. Nein, wie gesagt, ich glaube, äh richtig Bewegung kommt in dem nur hinein und erreicht die Politik nur dann, wenn es ähm negative Schlagzeilen gibt, also auch Skandale gibt. Ähm durch ähm Fehlernährung, durch Mangel an Bewegung, äh durch äh ähm Fehlnutzung von digitalen Geräten entstehen Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen. Also auf der Schiene müssen wir das schon verankern. Es müssen äh/ muss erkennbar sein, äh dass der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen sich verschlechtert, und dass das etwas zu tun hat mit ihrem mangelnden/ mit ihrer mangelnden Kompetenz. Ähm auch mal es muss gewissermaßen dramatisiert und skandalisiert werden, sonst erreicht es nicht die Politik. Das ist dann eine/ eine politische Gesetzmäßigkeit. (ProfessorIn 2)] und dadurch großen Druck auf die Entscheidungsträger verursachen.

Empfohlen wird in diesem Zusammenhang das „Schmieden von Allianzen“ bzw. Bilden von Interessenverbänden. Es sei wichtig, statt einzelner, immer wieder von unterschiedlichen Akteuren wenig nachhaltig vorgebrachten Forderungen als starker Interessenverband aufzutreten [Nr.14: Also, nein, es kommt weiter drauf an, äh Allianzen zu schmieden. Es wäre wichtig, wenn (..)

äh hier und da auch mal eine größere Gruppe von Interessenten ähm das Gebiet ähm fordert. (ProfessorIn 2)]. Eine starke Lobby, die -ggf. vertreten durch eine angesehene Persönlichkeit [Nr.11: Und ich glaube, wir müssten es schaffen, dieses Thema über ein gutes Beispiel, also wir brauchen eine Greta sozusagen, eine Greta, die/ die das öffentlich macht und die das Problem irgendwie sichtbar macht, und/ aber nicht nur das Problem sichtbar macht, sondern dass wir dann tatsächlich auch gleich mit Lösungen irgendwie dastehen. (PolitikerIn 4a)]- beharrlich und geschickt das Propagieren des Themas verfolgt, sei wichtig. Durch mediale Präsenz, Kompetenz, politische Eloquenz und dem Bereithalten von Konzepten und Lösungen könnten die Entscheidungsträger von der Nützlichkeit des eigenen Vorhabens -wie im Falle des Schulfaches Computing- ggf. überzeugt werden [Nr. 7: Oder ich sage mal, (.) also wenn es jetzt irgendwie eine Studie gäbe, ja, AOK oder was weiß ich, ne? Oder die Krankenkassen würden sagen: Wir machen jetzt einen großen Bericht zum Thema Kindergesundheit im Saarland. Und dabei kommt jetzt folgendes heraus. Und wenn sie das groß vorstellen und so weiter, dann würden wir sicherlich sagen: Ja, gut, die laden wir jetzt mal in den Landtag ein. Die sollen jetzt hier mal, äh, berichten, damit vielleicht montags bei der Landespressekonferenz die Journalisten gleich mal fragen: Das ist da so ein Thema, ne? Was sagen denn Sie dazu? Und auf einmal ist ein Thema auf der // Tagesordnung. (PolitikerIn 1)].

Allianzen und Bündnispartner setzen wiederum das Vorhandensein gemeinsamer Überzeugungen und Ziele, wie auch das Interesse, ein Thema weiter voranzutreiben, voraus. Für die Gesundheitswissenschaft als ein bedeutsamer, potenzieller Bündnispartner für das Schulfach Gesundheit bedeutet dies, dass das Thema auch wissenschaftlich vorangetrieben wird. Expertisen an den Universitäten z.B. im Bereich der Gesundheitsdidaktik, müssten vorhanden sein und Einigkeit innerhalb der Experten bezüglich der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit eines Schulfaches Gesundheit bestehen.

Das Erstellen eines guten (Umsetzungs-)Konzeptes, z.B. durch einen Interessenverband, kann als Förderfaktor im bisher beschriebenen Zusammenhang benannt werden.

Als „bedeutsam“ und „erstrebenswert“ wird ein Thema von der Politik insbesondere dann eingestuft, wenn es als Chance für den Strukturwandel bzw. wirtschaftlich nützlich für ein Bundesland wahrgenommen wird. Im Falle des Schulfaches Gesundheit wird daher geraten, mathematische Modellierungen zur Verdeutlichung einer potenziellen Kosteneffizienz eines solchen Schulfaches in die Argumentation einzubeziehen. Es sollte verdeutlicht werden, dass das Investieren in ein solches Fach mittel- bis langfristig eine Kostenersparnis, z.B. für die Wirtschaft (durch Reduktion von AU-Tagen und indirekter Krankheitskosten), und eine Zunahme der Attraktivität eines (Wirtschafts-)Standortes bedeutet. Das Thema Gesundheit bzw. Schulfach Gesundheit muss daher insbesondere im Hinblick auf etwaige anfallende Kosten einer Nützlichkeitsdebatte standhalten [Nr.9: *Und der Backes macht das geschickter mit seinem Thema, indem // er es quasi in einen Nützlichkeitskontext stellt und sagt, (atmet hörbar ein) der Backes/ Die ganze Debatte CISPA findet nur statt quasi unter dem Rubrum ähm Strukturwandel Saarland. Industrie/ Ähm weg vom Industriestandort hin zum Hightech äh Saar Valley und weiß // der Geier was. Ne? (PolitikerIn 3a)*].

Das Vorhandensein erfolgreicher Pilotversuche konnte im Rahmen dieser Nützlichkeitsdebatte ebenfalls als Treiber des Themas identifiziert werden [Nr.11: *Und das wäre dann eben so eine Modellschule, wo man sagt, so, da haben wir es ausprobiert, die Schüler berichten, dann kriegt man die Presse mit ins Boot und ähm dann könnte man, glaube ich, mehr Öffentlichkeit kriegen. (PolitikerIn 4a)*].

Das Schaffen eines neuen, modernen Kontextes, in dem Gesundheit von der Politik als „die Zukunft der Bildung“ wahrgenommen wird, wird als förderlich benannt [Nr.9: *(seufzt) Also (.) ich glaube, dass äh/ man/ manchmal muss man die Politik auch nerven, damit was passiert. Aber ich glaube, dass man äh solche Themen äh auch über bestimmte Nützlichkeitsdebatten tatsächlich voranbringt. Ich glaube, das würde/ das wird nicht gehen, ohne ähm die Debatte in einen Kontext zu stellen. Zum einen in den Kontext Gesundheitskosten. Ja? Das heißt, man muss es auch äh vorrechnen können. Ich glaube, man muss es in einen Kontext äh stellen, äh Zukunft äh der Bildung. Ja? Also wir entwickeln uns ja von der Produktionsgesellschaft zu einer Wissensgesellschaft. Und äh, auch das erfordert zum Beispiel nochmal einen anderen Umgang mit Gesundheit. (PolitikerIn 3a)*]. Es wird empfohlen, die Bedeutung von Gesundheit als

Basis der modernen Wissens-/Dienstleistungsgesellschaft, ohne die ein rohstoffarmes Land wie Deutschland langfristig nicht erfolgreich sein kann und das daher in den Schulen fachkompetent vermittelt werden muss, zu betonen [Nr.11: *Aber genauso wichtig ist, dass wir Menschen gesund erhalten. Das ist genauso wichtig. Ja? Das ist auch ein Wirtschaftsfaktor. Und Gesundheit als Wirtschaftsfaktor zu verkaufen, das haben wir irgendwie noch nicht geschafft, ne? Das haben wir nicht geschafft.* (PolitikerIn 4a)].

Ebenfalls konnte einige weitere begünstigende Faktoren identifiziert werden:

Vorhaben zur Einführung neuer Inhalte bzw. neuer Fächer finden in den Ministerien eher dann Unterstützer, wenn an fachliche Traditionen eines Bundeslandes angeknüpft, diese als Grundlage genutzt oder erweitert werden [Nr. 15: *Es gib in allen Ländern fachliche Traditionen. Und man muss diese fach/ fachlichen Traditionen aufgreifen, was wir mit der Haushaltslehre gemacht haben. Und dann zusammenführen. Nicht immer etwas völlig Neues in die Landschaft werfen, sondern diese fachlichen Traditionen aufnehmen, da anbinden und dann weitergehen.* (ProfessorIn 3)].

Es wird formuliert, dass das aktuelle Interesse der Gesellschaft an Lebensthemen, wie dem Klimawandel, und der sich andeutende Bewusstseinswandel eine günstige Gelegenheit darstellen, Themen der Gesundheitsförderung, zu denen auch das Schulfach Gesundheit gezählt wird, zu platzieren [Nr.9: *Sondern viele Leute überlegen jetzt auch, naja, wie will ich eigentlich mein Leben gestalten, ja? Jetzt kommt das plötzlich. Äh was macht eigentlich das ganze Rindfleisch und (lachend) das ganze // Schweinefleisch mit unserem Klima? Ne? So, dann habe ich/ Also sind viele Hintertüren offen auch für Gesundheitsthemen, // ja? Also das heißt, wir sind/ wir haben plötzlich einen/ äh einen Bewusstseinswandel, äh der aber weit über das/ über das Thema Klima hinausgeht. (atmet hörbar ein) Und das, ist äh sage ich mal, ein Aufmerksamkeits-äh-slot, den wir jetzt haben, den man eigentlich nutzen müsste.* (PolitikerIn 3a)].

Gründe für ein Schulfach Gesundheit, wie eine unzureichend ausgeprägte Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen -dies bereits im Kindes- und Jugendalter- zusammen mit der Bedeutung früh einsetzender Maßnahmen und die bisher nur wenig erfolgreiche, lückenhafte Implementierung und

Unterrichtung gesundheitsrelevanter Inhalte im Rahmen der etablierten Fächer werden von den Respondenten formuliert, liefern Erklärungen und beeinflussen das weitere Voranbringen des Themas ebenfalls positiv.

Auf die Hintergründe und Erklärungen für die Forderung nach einem Schulfach Gesundheit, welches auch in der Politik als positiv wahrgenommen wird [Nr. 8: *Also ich persönlich sehe/ sehe grundsätzlich fast/ fast nur Vorteile. (PolitikerIn 2)*], wird an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen, auch wenn ihnen eine wichtige Rolle im Rahmen der weiteren Arbeit an diesem Thema und dem Austausch mit Entscheidungsträgern zukommt. Hintergrund ist, dass eine Beförderung des Themas weniger durch das wiederholte Vortragen von Begründungen dieser Forderung geschieht, sondern vor allem das Schaffen von großem, nachhaltigen Interesse an der Forderung selbst durch schlaue „Propaganda“ (Kommunikation und Auswahl passender Kanäle), um es auf die politische Agenda zu bringen, identifiziert werden konnte [Nr.9: *Und äh ich sage nur Rezo und CDU, ja? Äh der Typ hat halt mit seinem Video, schlag mich tot, sieben Millionen Leute erreicht, ja? Äh ich glaube, es hat auch was mit der Darreichungsform zu tun. // Ja? Das heißt also, wenn wir es schaffen würden zum Beispiel solche Gesundheitsthemen oder die Frage, äh wie vermittele ich Gesundheitsthemen, äh äh zu mehr Relevanz (.) zu verhelfen, auch in der medialen Wahrnehmung oder in der Wahrnehmung überhaupt, könnte das so ein Thema natürlich auch voranbringen. Das heißt also, es geht nicht nur um die Frage, was haben wir an Informationen oder was haben wir nicht an Informationen, sondern es geht um die Frage, äh wie bringen wir die Informationen an diejenigen, die sie brauchen, um was damit zu machen. (PolitikerIn 3a)*].

In Abbildung 3 auf Seite 99 sind die als relevante Förderfaktoren identifizierten Aspekte und Akteure und ihre Interdependenzen schematisch dargestellt.

4.2.2 Ergebnisdarstellung zu OK 2 „Ausgestaltung des potenziellen Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen“

Oberkategorie 2 sollte Hinweise zur Beantwortung der Frage, wie ein potenzielles Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen formal und inhaltlich gestaltet werden könnte und welche Besonderheiten dabei zu beachten wären, geben. Sie beantwortet damit Forschungsfrage 3 aus Themenblock 2.

Für die inhaltliche, didaktisch-pädagogische wie auch formale Ausgestaltung („Rahmenbedingungen“) bzw. Konzipierung des Faches Gesundheit wird auf die Bedeutung des Einbezugs von Schülerinnen und Schülern wie auch von weiteren Akteuren verwiesen. Ihre Partizipation an der Konzipierung wird als generelles Element vorgeschlagen. [Nr.11: *Und ich würde auch mit den Schülern arbeiten wollen, weil ich finde immer, Schule braucht Beteiligung, Beteiligung von denen, die es betrifft. Und da würde ich genauso die Schüler auch/ Was stellt ihr euch darunter vor? Was wünscht ihr euch da? Wie muss das aussehen? Dass man die auch die Lehrpläne mitgestalten lässt und auch das äh/ das ganze Umfeld: Wo findet so was statt? Braucht man dafür einen k/ klassischen Klassenraum? Oder braucht man da auch vielleicht was Anderes dafür oder so? Da würde ich mit den Schülern arbeiten tatsächlich. Mit allen, die es betrifft.* (PolitikerIn 4a)]. Unter Berücksichtigung dieses Vorschlags als grundsätzliches Prinzip sollen die Ergebnisse der dieser Oberkategorie zugeordneten Unterkategorien im Folgenden interpretierend zusammengefasst und vorgestellt werden.

4.2.2.1 Zusammenstellung der Befunde aus UK 2.1

Im Folgenden werden die Hinweise vorgestellt, die von den Respondenten als für den Lehrplan eines Schulfaches Gesundheit relevante Inhalte und Ziele bezeichnet wurden. Eine detaillierte Auflistung und Beschreibung inhaltsbezogener Kompetenzen soll und kann an dieser Stelle nicht geschehen. Hinweise für die tiefere Auseinandersetzung und weitere Ausgestaltung der aufgeführten Themenkomplexe können die am Ende formulierten Schulfach-Ziele geben. Einen Überblick über die Ergebnisse aus UK 2.1 liefern die Tabellen 4, 5, 6 und 7 auf den Seiten 125 und 126.

Am häufigsten als Unterrichtsinhalt eines Schulfaches Gesundheit zu thematisieren wurde der Bereich „Ernährung“ genannt. An zweiter Stelle folgt der Komplex „psychische Ge-

sundheit“ mit den zugehörigen Themen „Umgang mit Stress“, „Entspannung“, „Sucht“, „Emotionsregulation“, „Frustrationstoleranz“, „Resilienz“ und „Selbstwirksamkeit“. Diesem Bereich ebenfalls zuzuordnen sind ethische und spirituelle Aspekte von Gesundheit, die ebenfalls genannt wurden [Nr.14: *Das alles spricht dafür, dann wirklich äh strukturell äh das Gebiet Gesundheit äh inklusive aller Dinge, die damit zusammenhängen, Ernährung, Bewegung, Entspannung, et cetera et cetera in den Lehrplänen von Schulen und auch davor in den Lehrplänen von Kindergärten fest als Gebiet und im Net/ im Idealfall eben äh als Fach in der Schule zu verankern. (ProfessorIn 2)*].

Ebenfalls häufig als relevante Inhalte formuliert wurden die Themen „Bewegung“, „Life Skills“ (Kommunizieren, Probleme lösen etc.) und „Verbraucherbildung“ [Nr.17: *Woher weiß ich, dass was stimmt und was, was nicht stimmt? Das ist aber (atmet hörbar ein) gar nicht so grundsätzlich Gesundheit. Das ist tatsächlich auch eher eine Haltung: Wie gehe ich an die Welt heran? Und, ähm, warum lasse ich nicht die/ Oder warum ist ein Influencer, der von der Firma bezahlt wird, von der er das/ oder von der sie das Produkt in/ ähm ähm bewirbt/ Wo ist das Problem damit? Ja? Also das wäre vielleicht, also so/ so Richtung, ähm, gute Gesundheitsinformation, Verbraucherbildung. Da könnte ich mir / Da / Da kann ich mir einmal gut Schnittstellen vorstellen. (ProfessorIn 5)*].

„Soziale und politische Determinanten von Gesundheit“ und ihre Bedeutung sollten ebenfalls im Lehrplan zu finden sein. Explizit wurden die Themen „Klima“, „Nachhaltigkeit“ und „Umwelt“, wie auch „Gesundheitssystem“ und „Gesundheitsberufe“ aufgeführt [Nr.10: *Und Sport und Gesundheit, äh, ja, und (.) was denn noch, ja. (4) Na ja gut, zur, zur Gesundheitserziehung gehört jetzt auch ein bisschen die Klimadiskussion in, in welcher Welt leben wir, was, äh, geht auf Kosten unserer Gesundheit, äh, kaputt, wenn sich das Klima // weiter verändert und so weiter. Die, äh, Massentierhaltung ist ein Thema. Was bewirkt der Methanausstoß und so weiter. // Es ist ein ganz komplexes Thema. Aber erwarten Sie jetzt bitte nicht, dass ich hier einen Lehrplan zusammenstelle (PolitikerIn 3b) oder Nr.14: *Äh man/ äh man kann noch überlegen, wie stark äh ganz konkret die Kenntnis des Versorgungssystems mit hineinsollte, da müsste man ein bisschen experimentieren, wie wichtig ist äh/ ist, dass die äh Kinder und Jugendlichen ein Verständnis davon haben, wie arbeitet eine Krankenschwester? Wie arbeitet ein Physiotherapeut? Wie arbeitet ein niedergelassener Arzt? Was ist die Krankenhaus/ ähm muss man schauen. Also wenn man das interessant und lebendig macht, kann man, glaube ich, da auch noch eine ganze Menge mit ähm Kompetenz, sozusagen in der/ im Verständnis des Systems mit in den Lehrplan hinein-**

nehmen. Aber ansonsten würde ich es auf diese Inhalte konzentrieren, die wir angesprochen haben. (ProfessorIn 2)].

Weitere, im Rahmen eines Schulfaches Gesundheit im Lehrplan abzubildende Themen stellen die Bereiche „Gesundheitsinformationen bewerten“ [Nr.2: *Ja, klar ist und wichtig ist, dass vor den, von den Studien, die Sie genannt haben, die Gesundheitskompetenz zum einen und zum anderen auch der Umgang mit unserem Gesundheitssystem ähm für junge Leute ein Problem darstellt und man überlegen muss, wie kann ich es schaffen, dass äh der heranwachsende Mensch einmal für seine Gesundheit selbst verantwortlich wird. Ja, und zum zweiten, wie ich sagte, ähm ja, mit in/ in dem Gesundheitssystem sich zurechtfindet, ne? Wie, wie kann er/ eigentlich ist es ein Thema der, nach meinem Dafürhalten auch der allgemeinen Bildung, weil es ja darum geht, auch Informationen, die ich im Internet, in Zeitschriften, oder wo auch immer aufnehme, zu werten und zu schauen, wie ist der Wahrheitsgehalt? Wie ist das evaluiert? Wie ist es evidenzgeprüft? Also es ist, ich glaube, es ist net nur in reiner ähm Sache, (.) Gesundheitsfakten zu lernen, sondern es ist einfach auch äh/ die/ steht dahinter zu lernen, wie gehe ich mit dem/ mit dem/ mit dem großen Angebot an Informationen ähm um. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 2)] und „(politische/gesellschaftliche) Einflussnahme durch Partizipation und Empowerment“, wie auch die Themen „Körperfunktionen“, „Entwicklung“ und „sexuelle Gesundheit“ dar. Ebenfalls sollten „Gesundheitsförderung“, „Prävention“, wie auch „Umgang und Erkennen (häufig vorkommender) Erkrankungen“ unterrichtlich behandelt werden.*

Es fiel auf, dass eine unterrichtliche Behandlung des Themas „Sport“ im Rahmen eines Gesundheitsunterrichts nur einmal, biologische Kernthemen (wie z.B. Zelle, Genetik, Evolution, Ökosystem) an keiner Stelle als für das Fach relevante Inhalte benannt wurden.

Vorgeschlagen wurde, sich für die inhaltliche Gestaltung des neuen Schulfaches Gesundheit bzw. bei der Lehrplangestaltung an den KMK-Empfehlungen zur Gesundheitsförderung von 2012, in denen thematische Schwerpunkte formuliert sind, den curricularen Empfehlungen der WHO, den Lehrplänen und Handlungsempfehlungen anderer Staaten, in denen es das Schulfach Gesundheit bereits gibt, aber auch den Lehrplänen der beruflichen Schulen im Fach Gesundheit, zu orientieren [Nr.14: *Also von/ natürlich, ganz stark gibts auch internationale Erfahrungen aus der/ das gehört mit dazu. Äh schauen, ob es Länder gibt, die da schon Erfahrung haben, wo die das flächendeckend machen, äh Erfahrungen*

haben mit ähm/ mit dem Lehrplan, vielleicht sogar Evaluationen haben. Äh das muss eine internationale Recherche sein. (ProfessorIn 2)].

Bei der Themenbenennung durch die Respondenten wurde deutlich, dass meist große Themenfelder angegeben wurden (z.B. Ernährung, Bewegung), für die eine konkrete inhaltliche Ausgestaltung mit Formulierung von Kompetenzen in einem zweiten Schritt noch erfolgen müsste.

Es kann angenommen werden, dass einige Respondenten bei einer Befragung zum jetzigen Zeitpunkt -im Herbst 2020- aufgrund der Pandemiebedingungen auch die Themen Infektionsschutz und Hygiene als Inhalte des Faches explizit benennen würden. Diese sind durch das Thema „Prävention“, dessen Inhalte in einem nächsten Schritt konkret zu benennen wären, adäquat vertreten.

Aus den genannten Inhalten lässt sich ableiten, dass es sich bei Gesundheit nicht um ein naturwissenschaftliches, sondern eher ein gesellschaftswissenschaftlich ausgerichtetes Schulfach handeln würde, für das eine klare inhaltliche Abgrenzung zu Biologie oder Sport, aber auch zu Sozialkunde/Politik erkennbar ist.

Ziele des Faches sollten neben der Vermittlung der o.g. inhaltsbezogenen Kompetenzen wie dem Schaffen eines gesundheitlichen Grundlagenwissens und eines Grundverständnisses bzw. -Bewusstseins gesundheitlicher Zusammenhänge, ebenfalls die Ausbildung prozessbezogener Kompetenzen darstellen. So sollte das Schulfach (kritische) Gesundheitskompetenz, das Ausbilden von Lebenskompetenzen, partizipativer Strategien und von „Einmischungsstrategien“ im Bereich Gesundheit ermöglichen. Es sollten keine „gesunden“ Lebensstile propagiert oder gar antrainiert, sondern das Ausbilden der Fähigkeit zu kritischer Reflexion, eine daraus resultierende begründete Entscheidungsfindung für einen Lebensstil/eine Verhaltensweise zusammen mit Änderungs- und Beeinflussungskompetenzen auf individueller, aber auch gesellschaftlicher Ebene avisiert werden. Zum Erreichen dieser Ziele ist die Auswahl passender didaktischer Strategien unter Berücksichtigung relevanter pädagogischer Bedingungen von besonderer Bedeutung. Aus den Interviews gefilterte Hinweise zu beidem sollen im Weiteren vorgestellt werden.

4.2.2.2 Zusammenstellung von Befunden aus UK 2.2

Durch die Analyse der Experteninterviews konnten erste Hinweise und Ideen zur Pädagogik und Didaktik für ein Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen, wie auch der Bedeutung dieser Bereiche, eruiert werden. Für das Schulfach Gesundheit stellen Pädagogik und Didaktik neben den Inhalten besonders zu beachtende Fachgebiete dar [Nr.1: *Das Pädagogisch-Didaktische kommt nicht im Idealfall dazu, das muss zwingend mit dabei sein.* (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)]. Da das Erwerben von Wissen im Bereich Gesundheit nicht automatisch zu gesundheitsförderlichem Handeln führt und bedeutsame Zusammenhänge durch Aneignung von Wissen nicht zwangsläufig hergestellt werden (s. 2.5), sind pädagogische Kenntnisse, insbesondere jedoch didaktische Fähigkeiten der Fachlehrkraft für die Vermittlung der Inhalte und Förderung prozessbezogener Kompetenzen an Gesundheitsthemen von hoher Bedeutung. Sie werden als zwingend erforderlich bezeichnet. Eine fachfremde Vermittlung wird als wenig zielführend beschrieben [Nr.16: *Und vor allen Dingen, wenn da fachfremde Leute unterrichten und zwar, die dann nich auf Nachfragen der Schüler ne angemessene Antwort geben können oder irgendwas erzählen, was möglicherweise nich äh (.) stimmt, weil die selber, äh die Person, die Information auch nur sekundär irgendwo herhat.* (ProfessorIn 4) **oder** Nr.1: *Komplexität bedeutet ja auch immer, dass ich selbst in der Lage bin, die Querverbindungen herzustellen. Möglicherweise absurd erscheinende Zusammenhänge auch zu erkennen und daraus Ableitungen herstellen zu können. Das ist bei dem/ (.) bei der Gesundheit noch deutlicher, aber schon bei der Ernährung ist es ja (.) so deutlich, dass es so viele (.) Abhängigkeiten untereinander gibt, von NICHT offensichtlich erscheinenden Zusammenhängen. Und das kriege ich als fachfremde Lehrerin und fachfremder Lehrer, kriege ich das nicht hin.* (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)]. Demnach muss für die Vermittlung von Inhalten im Fach Gesundheit ein besonderes Augenmerk auf die Auswahl der didaktischen Strategien gelegt werden, um hochwertigen Unterricht zu gewährleisten und eine Ausbildung von Kompetenzen auf den verschiedenen Kompetenzniveaus mit Erreichen der avisierten Fachziele überhaupt ermöglichen zu können.

Der Bedarf von für diesen komplexen Bereich eigens qualifizierten Lehrkräften, idealerweise -wie in anderen Schulfächern- universitär ausgebildeten Fachlehrkräften, die neben ausgeprägten Fachkenntnissen über tiefes gesundheitsdidaktisches Wissen, entsprechende didaktische Fähigkeiten, wie auch eine pädagogische Ausbildung verfügen, wird beschrie-

ben [Nr.1: *Also nur dieses Fach zu haben, ohne FACHKRÄFTE, löst das Problem (.) nicht. Und wenn es trotzdem Effekte hat, zeigt das nur, wie prekär die Situation ist. Das zeigt ja nur, wie schlecht die Ausgangslage bei den Schülerinnen und Schülern ist, wenn ich mit unqualifiziertem Personal (..) positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten bewirken kann.* #00:21:16-3# (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)]. Für die Lehrkräfte im Fach Gesundheit wird auf die Bedeutung ihrer positiv verstärkenden, vermittelnden Haltung und ihre Modellwirkung im Rahmen des Unterrichts hingewiesen.

Die angewandte Methodik sollte sich, wie auch die Auswahl der Lehrplaninhalte des Faches (siehe Ergebnisse aus UK 2.1), an der Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler und ihren altersspezifischen Entwicklungsaufgaben orientieren. [Nr.4: *Mhm (bejahend). (..) Also ich (.) übertrag jetzt einfach mal die pädagogischen Voraussetzungen für die Berufsbildung auch auf das allgemeinbildende Schul/ (.) äh, auf die allgemeinbildende Schulebene und was natürlich bedeutsam ist, ist dort auch, die/ nicht die Berufswelt, sondern die Lebenswelt der Schüler mit zu berücksichtigen. Das bedeutet schon, dass, ähm, (schnalzt mit der Zunge) dass man in der frühkindlichen Erziehung dementsprechend mit (atmet hörbar ein) Themenbereichen beginnt, die auch für dieses Klientel von Bedeutung sind (...). Und das steigert sich dann bis zur/ zum jugendlichen Alter, was nun Sucht angeht beispielsweise, Prävention. Oder auch Ernährungsbedingungen oder ja, vielleicht auch, ähm, (schnalzt mit der Zunge) ja, es is/ es is so'n bisschen altersspezifisch. Darauf müsste man auf jeden Fall dann achten, das denk ich schon, ne? Wobei man da auch sagen kann, ähm, die Interaktion, lebendige Schule, wie sie auch bei uns gefordert oder gefördert werden soll, die Zusammenarbeit mit (.) außerschulischen Experten.* (Fachlehrkraft „Gesundheit“ mit übergeordneten Aufgaben)]. Themen müssen nahbar vermittelt werden, so dass den Schülern die Herstellung des Bezugs zu ihrer eigenen Erfahrungswelt gelingt [Nr.14: *Und die müssen sehr dicht bei den Alltagserfahrungen der Kinder und der Jugendlichen dann jeweils sein.* (ProfessorIn 2)].

Durch Abwechslungsreichtum und Strategien, die Erfahrbarkeit, Unmittelbarkeit und Betroffenheit bei den Schülern ermöglichen, soll schließlich ein spannendes, modernes Fach erzeugt werden, das die Schüler selbst als wichtige Akteure einbezieht und ihnen Mitgestaltungsmöglichkeiten bietet [Nr.14: *Äh das haben wir eben noch vergessen, das gehört selbstverständlich immer mit als Rahmen für ein solches Fach dazu, dass man äh im Unterricht darauf achtet, dass genügend Abwechslung ist, und Aufmerksamkeit ähm erzielt wird, dass ähm die Möglichkeiten da sind, ähm zu entspannen, ähm etwas zu trinken, sich*

einen Moment still zu bewegen und dergleichen mehr. (ProfessorIn 2)]. Spielerische, interaktive Methoden und Gruppenarbeiten sollen bevorzugt angewandt, Frontalunterricht eher vermieden werden.

Strategien der Kooperation und Vernetzung mit externen Akteuren und Institutionen sollen im Fach Gesundheit berücksichtigt werden, indem diese in den Unterricht eingeladen werden.

Die Schülerinnen und Schüler sollen zu (kritischer) Reflexion angeleitet und zur Übernahme von Verantwortung für Entscheidungen und das eigene Handeln als motiviert werden. Im Unterricht Gelerntes, Erfahrenes und Reflektiertes soll durch aktive Anwendung ins Schulleben übertragen und gezielt geübt werden. Wissen und Fähigkeiten zu Partizipation, Empowerment wie auch Advocacy sollen vermittelt werden und durch Beeinflussung des Settings Schule u.a. Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.

Das Erkennen von Zusammenhängen der Dimensionen von Gesundheit [Nr.10: *Das ist / Dann sind wir schon wieder in dem Teil, äh, Entwicklungspolitik, da würde ich auch einen kleinen Exkurs, äh, unbedingt machen wollen, damit man die Zusammenhänge erkennt. Weil // Bildung hat ja das / etwas damit zu tun, dass man Zusammenhänge versteht und nicht nur Fachwissen abspult, // was oben reinge/-gesteckt worden ist // und unten wieder rausgegeben wird für einen, für einen Test und nachher // vergessen wird. (PolitikerIn 3b)]* und das Ermöglichen des Trainings von im Unterricht erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten im Setting wird an mehreren Stellen benannt.

Es wird ausgesagt, dass die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten bei der Umsetzung der Inhalte des Faches ggf. ebenfalls zu berücksichtigen oder einzubinden sind. Vorgeschlagen werden dafür z.B. Elternschulungen (Nr.10: *Also ich glaube, wenn wir im Schulsystem, egal, was wir tun, etwas machen, was nicht auf Unterstützung der Eltern trifft, wir dauerhaft nicht erfolgreich sein // werden. Äh, (.) eine Erziehung und Bildung gegen Eltern geht ohnehin nicht oder ist, ja, fast unmöglich. (PolitikerIn 3b)* und Kurzinterview Nr.18, Angestellte psychologische Psychotherapeutin für Kinder- und Jugendliche). Dies ist pädagogisch-didaktisch entsprechend zu beachten.

Eine Passung von im Fach Gesundheit vermittelten Inhalten und dem Setting einer Schule ermöglicht ein Kontinuitätstraining und damit den Übergang von Gelerntem in unbewuss-

tes Handeln. Bedeutsam für das Fach Gesundheit wäre damit die Settinggestaltung von Schulen, z.B. im Sinne der guten, gesunden Schule, die damit die Rolle des dritten Pädagogen für unbewusste Lernvorgänge einnehmen könnte [Nr.14: *Dass der Ganze/ dass die schulischen Pausen aktiv gestaltet sind, dass das ganze SchulLEBEN darauf ausgerichtet ist, dass man äh gesunde Ernährung hat, aber auch Bewegungsmöglichkeiten hat, Entspannungsmöglichkeiten, die Räumlichkeiten müssen das hergeben. Also das ist das/ natürlich äh ein/ ein unheimliches Kapital, was dieses Fach hat. Dass es auch die gesamte Schul/ auf das gesamte SchulLEBEN auch wirkt, ausgelebt werden kann, und nicht etwa nur im Unterricht ähm des Gebietes sich niederschlägt. (ProfessorIn 2)*].

In einem Interview wird von einer über das Schulfach hinausgehenden Wirkung der in dem Fach erworbenen Kompetenzen auf das Setting gesprochen. Das Fach könne umgekehrt förderlich auf das Setting wirken, indem die im Fach erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten z.B. das Schulklima positiv beeinflussen [Nr.11: *Also Vorteile // brächte es ganz sicher, glaube ich. Weil es ähm tatsächlich ja eine Form von, langfristig gesehen von Achtsamkeit produzieren würde, sowohl im/ im Lehrerkollegium als auch äh bei den Schülern, dass man da vielleicht ähm auch Effekte spüren würde, weniger Krankenstand bei den Lehrern, mehr Motivation bei den Schülern für/ für die/ für die Schule, für/ für, ja/ dass/ dass das dann auch auf andere Fächer übergreift, ne? Wenn man also ein Kind äh in Sachen jetzt beispielsweise Achtsamkeit oder Stressbewältigung und so weiter schult, wird das ja infiltrieren in andere Fächer. Und deshalb wird man da langfristig auch was spüren. (PolitikerIn 3b)*]. Es ist in Anlehnung an diesen Einwurf möglich, abzuleiten, dass im Gesundheitsunterricht erworbene Kompetenzen, insbesondere in den Bereichen „Empowerment“ und „Advocacy“, eine Veränderung der Settinggestaltung hin zur guten, gesunden Schule durch die Schüler bewirken könnten. Dies kann z.B. durch Anwendung von Mitbestimmungsstrategien oder Aktionen, die Entscheidungsträger in der Schule/des Landkreises für Themen der Gesundheitsförderung sensibilisieren und aktivieren, geschehen. Das Schulfach hätte damit ggf. positive Effekte für die weitere Verbreitung des Konzeptes der guten, gesunden Schule, welche dadurch nicht als Voraussetzung des Faches zu betrachten ist, sondern auch als Konsequenz des Faches befördert werden kann.

Die Kooperation mit externen Akteuren wird als bedeutsam und für die Schüler interessant, jedoch als nicht ausreichend für die Realisierung des Faches eingestuft [Nr.1: *Ich weiß, das funktioniert, wenn Externe in Schulen kommen, dass das funktioniert, das finden/ Schülerinnen und Schüler finden das toll. Bleibt möglicherweise auch was hängen, kann*

ich nicht sagen. Keine Ahnung. Ähm (.) aber es ist eben dann doch nicht strukturell verankert. Und es braucht einen roten Faden durch das gesamte Schuljahr. Ich muss zum Zeitpunkt X sagen können: "Erinnert ihr euch noch an den Zeitpunkt C?" Damit ich Aha-Effekte habe, damit Verknüpfungen entstehen. Und d/ das mache ich, das/ das schaffe ich durch Einzelveranstaltungen nicht. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)

Für die weitere Bearbeitung von Themen der Kompetenzentwicklung im Rahmen eines Schulfaches bzw. Unterrichts im Bereich Gesundheit wird angemerkt, dass zu untersuchen sei, inwiefern der Kompetenzbegriff im Bereich Gesundheit mit dem im Bildungsbereich übereinstimmt. Es wird zudem für den Bereich der Grundschule angeregt, Beobachtungen unterschiedlicher didaktischer Methoden für ein Schulfach Gesundheit durchzuführen und auszuwerten, um diese in Handlungsempfehlungen bzw. einer Fachdidaktik abbilden und rechtfertigen zu können.

4.2.2.3 Zusammenstellung von Befunden aus UK 2.3

Es konnten viele Aussagen, Hinweise und Ideen zu den zu schaffenden organisatorischen Rahmenbedingungen für die Einführung des Schulfaches Gesundheit wie auch allgemeine Anforderungen an das Fach identifiziert werden.

Das Schulfach Gesundheit sollte „regulär zu bewältigen sein“ und keine Zusatzaufgabe darstellen [Nr.10: *Also eine // Zusatzaufgabe kann es auf keinen Fall // sein, das, äh, muss, äh, äh, (.) muss regulär zu bewältigen // sein. (PolitikerIn 3b)*]. Es sollte daher in den Stundentafeln durch Zuweisung eigener Stundendeputate für die verschiedenen allgemeinbildenden Schuljahre abgebildet werden.

Dafür müssten Stundentafeln überarbeitet bzw. Stunden von anderen Fächern dem neuen Schulfach zugewiesen werden [Nr.1: *(..) Na ja, äh die Stundentafel müsste überarbeitet (...) und Stunden bei anderen Disziplinen (.) gestrichen werden. (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)*]. Fächer, die dafür in Frage kommen, könnten nach Hinweis eines Respondenten die naturwissenschaftlichen Fächer sein, wobei bereits auf den dadurch wohl produzierten Widerstand dieser Fachlehrkräfte hingewiesen wird. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass in UK 2.1 „Gesundheit“ als eher gesellschaftswissenschaftlich orientiertes Fach eingeordnet werden muss. Davon abgeleitet ergibt sich ggf. auch ein Auftrag zum Abgeben von Stunden an die gesellschaftswissenschaftlichen Fächer.

Empfohlen wird in diesem Zusammenhang, eine Priorisierung von Unterrichtsinhalten in den verschiedenen Fächern anzuregen, um „Unnötiges“ zu streichen und Zeitfenster für das neue Fach zu generieren, wofür es Mut und Offenheit aller Beteiligten brauche [Nr.6: *Weil, irgendjemand müsste ja irgendwo was abgeben, weil ich nicht immer nur alles oben drauf geben kann. Das heißt, wir müssten natürlich äh zunächst mal überlegen, was von dem, was ich JETZT unterrichte, was es jetzt an Lehrinhalten gibt, ist tatsächlich UNVERZICHTBAR und was äh sind Inhalte, wo ich sage, die kann ich (.) verzichten, die kann man sich bei Bedarf erarbeiten, je nachdem, in welchem Schwerpunkt // äh ich später im Leben beruflich äh gehen möchte? So, also ich müsste sozusagen sowas wie eine Priorisierung // machen, das is wichtig, das is weniger wichtig, und sagen, okay, wie verteile ich das dann auf die Zeit? Dazu braucht man Mut und Offenheit.* (Facharzt/-ärztin, Vorstandsmitglied einer Landesärztekammer)].

Die Eingliederung in die Stundentafeln und Zuweisung zu Klassenstufen wird als „reine Frage der Organisation und des Managements“ beschrieben: Es sei für die Unterrichtung vieler Fächer Standard, sie periodisch, als Wahlfächer oder im Wechsel mit anderen Fächern anzubieten. Ähnliche Konzepte könnten für Gesundheit Anwendung finden. Eine Ausweitung der wöchentlichen Unterrichtszeiten für die Schüler wird mehrfach abgelehnt.

In einem Interview wird auf die bereits bestehenden großen Ausfälle von Stunden durch das fehlende Fachpersonal hingewiesen, was den Interviewee -im Gegensatz zu dem im vorigen Abschnitt beschriebenen Kommentar- zu der Annahme führt, dass durch die Einführung eines neuen Faches kein Verdrängungsprozess anderer Fächer entstehen würde [Nr. 12: *Und es müsste natürlich auch geguckt werden, was fällt hinten runter? (unv. laute Fahrgeräusche) Denn ich meine die 24-Stunden-Schule, ähm, wollen wir nicht, haben wir nicht und wollen wir auch nicht, also irgendwo/ Aber was ich höre ist es ja äh eigentlich so, dass aufgrund von Lehrermangel auch Schulen oder Stunden wegfallen. Also ich glaube nicht, dass es einen Verdrängungswettbewerb geben würde, // so gesehen.* (PolitikerIn 4b)].

Die internationale Recherche nach Umsetzungen und Erfahrungen anderer Staaten, die das Schulfach Gesundheit bereits etabliert und ggf. evaluiert haben, wird -wie auch bei den Inhalten und Zielen (Vgl. Ergebnisse zu UK 2.1) - verwiesen.

Es wird empfohlen, auch bei der formalen Ausgestaltung des Faches auf die gute Abstimmung und Beratung in Fachkollegien zu vertrauen.

Ein Großteil des Planungs- und Umsetzungsprozesses lässt sich den Mitarbeitern des Kultusministeriums zuzuordnen. Für die Neueinführung eines Schulfaches wird auf das in den Kultusverwaltungen grundsätzlich vorhandene Wissen über die nötigen Schritte verwiesen [Nr.14: *Die wissen ja, wie man so was macht. Äh die Neueinführung eines Faches liegt vielleicht jetzt doch einiges zurück, aber das grundsätzliche Wissen, wie ein äh Fach etabliert wird und in die Lehrpläne verankert wird, das existiert. Man kann äh notfalls nach Baden-Württemberg schauen oder halt jetzt nach Nordrhein-Westfalen. Dort hat man sich ja entschieden, in den Bereichen Wirtschaft und Finanzen den Widerstand aufzugeben und dieses als Basisfächer einzuführen. Und da kann man ja gucken, wie man so was macht.* (ProfessorIn 2)]. Unter anderem wird die Einplanung des Faches in die Stundentafeln als Aufgabenbereich der Schulaufsichten und als aufwändig bezeichnet [Nr.4: *(zögernd) Es würde natürlich von der Schulaufsichtsbehörde sehr viel Aufwand bedürfen, was jetzt, äh, die Stundentafeln angeht.* (Fachlehrkraft „Gesundheit“ mit übergeordneten Aufgaben)].

Das Pflegen des Kontakts zu Vertreten im Kultusministerium wie auch der stetige Austausch wird als förderlich für den Einführungsprozess und beschleunigend beschrieben [Nr. 15: *Als das dann alles fertig war und dann so durch diese Gespräche hat man dann natürlich nachher auch ähm verlässliche Ansprechpartner und darüber öffneten sich dann die Türen. Also das das/ das ähm äh darf ich, glaube ich, durchaus so sagen. Und ähm/ Und denn die/ Dadurch ging es dann in einer äh sehr, sehr schnellen Zeit, also knapp/ in knapp einem Jahr äh war der Lehrplan für die Verbraucherbildung entwickelt. Und zwar mit allem, mit Anhörungsverfahren und so weiter.* (ProfessorIn 3)].

Die Einführung neuer Inhalte bzw. Gestaltung eines neuen Schulfaches samt Prozess gestalte sich leichter, wenn ein Bundesland ein Fach reformieren möchte und dadurch neben Inhalten auch die Umbenennung des Faches ermöglicht wird. Die Bedeutung der Kultusverwaltung im Rahmen des Realisierungsprozesse wird durch die Aussage, dass ohne die Unterstützung der Verwaltung Anordnungen im Sande verlaufen oder gar blockiert werden können, unterstrichen [Nr.10: *Wenn die gesamte Verwaltung, Verwaltungsspitze, da ist ja auch sehr viel Kompetenz da, das blockiert und sagt, Herr/Frau Minister/Ministerin, davon wir raten wir ab. Und die Bedenkenträger, // die sind zu groß und Sie kriegen da keine*

Unterstützung, dann können Sie es zwar anordnen, aber es kommt nicht viel bei raus. (PolitikerIn 3b)].

Die KMK, in der Parteizugehörigkeiten für Prozesse als bedeutsam erwähnt werden, spielt für die Einführung eines neuen Schulfaches eine besondere, wenn auch nachgeordnete Rolle. Sie muss einem neuen Schulfach (einstimmig) zustimmen, damit Abschlüsse in diesem Fach anerkannt und das Fach damit Einzug in den Fächerkanon eines Bundeslandes Einzug halten kann. Sonderwege können jedoch anerkannt werden und setzen eine gute Vorbereitung durch Vorlage schlüssiger Konzepte und ggf. evaluierter Pilotprojekte, die unabhängig von der KMK durchgeführt werden können, voraus. Die Möglichkeit, Sonderwege anerkennen zu lassen, wird jedoch selten genutzt [Nr.10: *Also wenn ein, ein Land das hieb- und stichfest, äh, äh, äh, (.) belegt, was da passiert und, äh, einen Antrag stellt auf, auf eine / auf einen Sonderweg, an dieser Stelle, auch das kann die KMK ermöglichen, dann die KMK durchaus einen Sonderweg anerkennen, wenn alle anderen Länder in der KMK-Konferenz das auch so akzeptieren. Weil, in der KMK herrscht nach wie vor ein Einstimmigkeitsprinzip. Ja. Also dann legt man was vor, einen Plan und das // Konzept ist schlüssig, dann, dann sagen die // anderen Länder, lasst die nur machen, haben wir nichts dagegen, dann ist es auch durch. Aber, äh, äh, äh, das ist eigentlich selten, dass das vorkommt. (PolitikerIn 3b)].*

Es werden Ideen zu Einführungsmöglichkeiten des Schulfaches Gesundheit formuliert. So wird vorgeschlagen, das Schulfach Gesundheit in das allgemeinbildende Schulsystem „reinwachsen“ zu lassen, indem das neue Fach durch ein Übergangssystem z.B. landesweit in den fünften Klassen eines Jahrganges startet und ab dort stetig, bis zum Abschluss bzw. den für das Fach relevanten Klassenstufen, eingefügt und auch nachpersonalisiert wird. [Nr.8: *So müsste es dann auch reinwachsen, also man kann es auf keinen Fall flächendeckend direkt, wie soll ein Neuntklässler jetzt dann/ dann müssten wir auch Übergangsregelungen schaffen. Also man wird es dann eher da von der fünften Klasse dann die Schüler reinwachsen. Klar, hätten die dann Pech, die jetzt in der neunten Klasse sind und nichts mehr davon mitbekommen würden von dem Fach, aber das andere halte ich schon für sehr schwierig durchführbar. Auch alleine, wenn man den Aufwuchs des Lehrkörpers dann betrachtet, dann besser jedes Jahr diese zwei Wochenstunden (PolitikerIn 2)].*

Eine zweite Vorstellung zur Einführung des Faches fokussiert auf die Etablierung in Modellschulen oder sog. „Leuchtturmschulen“. Dafür sollen ca. 20 Schulen unterschiedlicher allgemeinbildender Schulformen oder auch einer Schulform das Fach, wissenschaftlich begleitet, einführen. Nach einem Evaluierungsprozess soll eine Ausweitung auf weitere 20 Schulen stattfinden usw. Zur Vorbereitung dieser Vorgehensweise wird ein Zeitraum von zwei Jahren als realistisch angenommen, in dem u.a. Lehrkräfte zur Unterrichtung hochwertig qualifiziert und Lehrpläne erstellt werden sollen.

Eine dritte Möglichkeit, auf die später genauer eingegangen werden soll, sieht das Vorschalten eines Pilotprojektes vor landesweiter Einführung vor.

Ideen für Klassenstufen, in denen die Einführung des Schulfaches Gesundheit sinnvoll und/oder möglich wäre, werden angesprochen. Die Sinnhaftigkeit der Einführung des Schulfaches Gesundheit bzw. die breitere Thematisierung gesundheitsrelevanter Inhalte bereits in der Grundschule wird formuliert. Es sei von großer Bedeutung, gesundheitsrelevante Inhalte (wie z.B. das Thema Resilienz) bereits in frühen Jahren des Bildungsprozesse unterrichtlich zu behandeln. Ebenfalls sei es ggf. sinnvoll, die Bewusstseinsbildung bezüglich Gesundheit bereits im Grundschulbereich durch dieses Schulfach zu unterstützen bedeutsam sei, das Fach nicht erst in späteren Jahrgängen zu einem „*fachlich zugespitzten Thema*“ (Nr.14, ProfessorIn 2) werden zu lassen.

Gesundheit sei als Schulfach jedoch in den weiterführenden Schulen, insbesondere der Unterstufe, von Relevanz [Nr.9: *Ähm, also das heißt, wenn man sowas machen wollte, müsste man es aus meiner Sicht so machen, dass es insbesondere natürlich in der fünften und sechsten, siebten Klasse äh schon äh quasi bewusstseinsbildend äh miteingebracht wird, ne?* (PolitikerIn 3a)] und sei ggf. zweistündig, etwa vergleichbar mit Fächern wie Biologie, Politik oder Sozialkunde, zu implementieren. Ebenfalls solle es in der gymnasialen Oberstufe vorhanden sein.

Als nicht zielführend in der Grundschule und aufgrund voller Lehrpläne ebenfalls nicht in den Unterstufen einzuführen, wird das Schulfach Gesundheit nur von einem Interviewee bezeichnet [Nr.7: *Aber ich sag/ würde mal sagen, in der Grundschule braucht man das noch nicht. Und ich glaube auch, der / der Lehrplan im fünften und sechsten Schuljahr ist auch ziemlich voll.* (PolitikerIn 1)].

In den Interviews werden Annahmen zur Gesamtdauer bis zur Einführung des Schulfaches Gesundheit formuliert. Die Dauer der Vorbereitung des Schulfaches wird von den Respondenten sehr verschieden eingeschätzt und liegen zwischen zwei und 25 Jahren [Nr.14: (...) *Ja, da würde ich analog vorgehen und sagen, na, zweijährige Planungszeit* #00:26:23-1# (ProfessorIn 2) **oder** I: *Dass es das Schulfach geben soll. Und sonst ist noch nix festgelegt.* Nr.1: *Ach, zehn Jahre. Ohne Lehrkräfte zwanzig. Oder 25, wir müssen ja dann erst noch die/ die/ die Lehrstühle einrichten und die Studiengänge.* (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)]. Der Großteil der Respondenten bewertet den Einführungsprozess als eher langwierig und mehrere Jahre dauernd, auch wenn genauere Angabe zur Dauer ausbleiben

Durch gute Beziehungen in die Kultusverwaltung und dort bereits im Vorfeld eines Beschlusses stattgehabte Abstimmungsprozesse können die Vorbereitungen zu Realisierungsprozessen neuer Fächer -wie bereits beschrieben- ggf. stark verkürzt werden

Für Die Einführung neuer Fächer ist es wichtig, benötigte finanzielle Ressourcen genau zu kalkulieren und diese im Haushalt durch Einplanung eines realistischen Budgets abzubilden. Nur so kann z.B. sichergestellt werden, dass die Realisierung auf sicheren Füßen steht und nach Einführung des Faches z.B. nötige Fort- und Weiterbildungen für Lehrkräfte langfristig angeboten werden.

Die Bedeutung von für dieses Schulfach qualifizierten, kompetenten Fachlehrkräften wird mehrfach angesprochen und hervorgehoben [Nr.9: *Also sie brauchen ja auch/ also ich meine, Sie/ Sie/ Sie können jetzt nicht irgendein/ Sie können ja nit irgendeinen Lehrer das so einfach machen lassen, wenn Sie so ein // Fach etablieren, ne? So, da braucht man Medizinpädagogen oder ich hab keine Ahnung, äh wen oder was man da bräuchte, ja?* (PolitikerIn 3a)].

Für die Einführung des Schulfaches Gesundheit wird es als bedeutsam angegeben, zu klären, wie Fachlehrkräfte generiert werden können, ob dafür bereits Studienabsolventen existieren, die durch Weiterbildungen zeitnah einsatzbereit sein könnten oder ob neue Studiengänge an den Universitäten eingerichtet werden müssen. [Nr.14: *Auch dann/ auch hierbei auf der Landesebene muss natürlich auch geguckt werden, wo sind die Fachkräfte? Gilt/ gilt da das Gleiche, was ich eben für die einzelnen Schulen // gesagt habe. Ähm schauen, welche Personen gibt es bereits? Ähm reichen die aus? Wenn nein oder auch in jedem Fall gezielte Fortbildung ähm immer parallel dazu Lehrplanentwicklung, so dass Hand in Hand*

geht. (ProfessorIn 2)]. Gesundheitslehrkräfte sollten bestenfalls eigens universitär ausgebildet sein [Nr.1: *Als allererstes bräuchten wir einen entsprechenden Studiengang, der die Lehrerinnen und Lehrer ausbildet. (...) (amüsiert) Das ist die Grundvoraussetzung. Dann können wir das Fach einführen.* (MitarbeiterIn Leitungsfunktion Ministerium 1)]. Entsprechende Zeiträume für die Qualifizierung von Lehrkräften müssen in eine Planung einbezogen werden.

Es wird einmalig auf die Bedeutung des Vorhandenseins fachspezifischer Unterrichtsmaterialien hingewiesen [Nr.16: *Da müssten ja Materialien erstellt werden, neue Unterrichtsmaterialien.* (ProfessorIn 4)].

Für die Ausbildung qualifizierter Lehrkräfte müssten entsprechende Lehramtsstudiengänge im Bereich Gesundheit für die allgemeinbildenden Schulformen an den Universitäten mit Lehrstühlen eingerichtet, Curricula entwickelt werden [Nr.14: *Das Fach muss an den Hochschulen in den Bereichen Gesundheitswissenschaften entsprechend äh neu auch als Unterrichtsfach in der Lehrerausbildung mit angeboten werden. Äh sonst kriegen wir dieses Prinzip nicht auf die Reihe.* (ProfessorIn 2)]. Zum Teil wird die universitäre Ausbildung von Gesundheitslehrkräften als Voraussetzung zur Einführung des Schulfaches beschrieben. Die Dauer der Implementierung entsprechender Studiengänge wird auf ca. 10 Jahre geschätzt [Nr.16: *Hm. (.) Ja, ich sagte ja schon, da muss ja die Qualifizierung erst mal gewährleistet sein. Die Schulbuchverlage müssten für die entsprechenden Schulstufen äh dann die äh Materialien schon erstellt haben und so weiter. (.) Na vielleicht zehn Jahre? (.) Bis man die Studiengänge eingerichtet // hat.* (ProfessorIn 4)].

Verschiedene Interviews liefern Aussagen oder Hinweise zu der Frage, welche Stundendeputate für ein Schulfach Gesundheit einzuplanen wären. An einer Stelle ist von zwei Stunden pro Woche die Rede. Dieser Stundenumfang wird durch eine zweite Rückmeldung verstärkt, in der von Gesundheit als einem mit den zweistündig unterrichteten Fächern Politik oder Biologie vergleichbaren Fach, gesprochen wird.

Da an Grundschulen das Fachlehrerprinzip aufgehoben ist und gesundheitsrelevante Inhalte ggf. im Fach „Sachkunde“ unterrichtet werden würden, wird geraten, Überlegungen zu Verzahnung und Umfang im Primarbereich Fachleuten zu überlassen.

Im Rahmen der Vorbereitung des Schulfaches Gesundheit sind Schulen idealerweise parallel zu „guten gesunden Schulen“ hin entwickelt bzw. gesundheitsförderlicher (um)gestaltet worden. Im Schulfach thematisierte Inhalte und erworbene Kompetenzen sollten im Sinne eines Kontinuitätstrainings im Setting Schule geübt und umgesetzt werden können.

Positiv evaluierte Pilotprojekte können einen Beschluss zur landesweiten Einführung des Schulfaches Gesundheit unterstützen (Vgl. Ergebnisse zu UK 1.2) und Hinweise auf die dann umzusetzenden Maßnahmen und zu kalkulierenden Ressourcen geben. Einige Hinweise für Pilotversuche können in den Interviews identifiziert und sollen kurz beschrieben werden.

Es wird geraten, das Interesse der Schulen an einem potenziellen Pilotvorhaben vor Einstieg in weitere Planungen zu eruieren

Ein Vorschlag zur Realisierung eines Pilotvorhabens betont die Abhängigkeit des Erfolgs vom Einsatz aller Lehrkräfte der kooperierenden Schule durch Abgabe von Stunden und Teilnahme an Fortbildungen [Nr.10: *Es geht nur so, dass man eine Schule findet, Kollegen findet, die bereit sind, das zu machen, die auch bereit sind, äh, im, im traditionellen Fächerkanon was, äh, ab-äh-zugeben, damit der Stunden/ die Stundentafel im Rahmen bleibt. Das müssen Kollegen sein, die dann sagen, gut, ich mache da auch eine Fortbildung, damit ich weiß, äh, wie ich, äh, damit umgehen kann. Und dann müssen wir mal abwarten, wie das dann ankommt.* (PolitikerIn 3b)].

Eine zweite Version beschreibt konkrete Vorstellungen zur Realisierung eines ggf. von externen Fachkräften unterstützten Pilotversuch. In einer zweijährigen Vorbereitungsphase sollen qualifizierte Fachlehrkräfte gefunden oder gezielt geschult, Lehrpläne erstellt, die begleitende Evaluierung vorbereitet und Planungen zu den von dem Fach betroffenen Jahrgängen angestellt werden. Finanzielle Mittel im Umfang von ca. 80.000 bis 100.000 Euro könnten durch Stiftungen zur Verfügung gestellt werden.

Im nachfolgenden Abschnitt sollen die vorgestellten Ergebnisse zusammenfassend betrachtet, interpretiert und diskutiert werden.

4.3 Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Innerhalb von zwei Forschungsblöcken I und II, die sich methodisch unterschieden, sollten Antworten und Hinweise zu insgesamt fünf Forschungsfragen gefunden werden.

4.3.1 Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse aus Forschungsblock I

Ziel der Untersuchung war eine Bestandsaufnahme zum Schulfach Gesundheit in Deutschland in den nichtgymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1. Zu klären war, in welchen Bundesländern und Schulformen ggf. ein von ministerieller Seite anerkanntes, eigenständiges, obligatorisches „Gesundheits-Schulfach“ in der Sekundarstufe 1 der nichtgymnasialen Schulformen zum Zeitpunkt der Recherche (letzter Stand: August 2020) eingeführt war. Ausgehend davon sollte analysiert werden, wie die in diesem ersten Schritt potenziell vorgefundenen Gesundheits-Fächer formal und inhaltlich gestaltet waren und wie sie im Hinblick auf ihre „Gesundheitsrelevanz“ hin, bestenfalls als Schulfach „Gesundheit“, zu bewerten sind. Zur Bewertung dienten dabei zunächst die in 2.5 gefundenen Hinweise aus der Literatur, wobei diese erste Einordnung mit den in Forschungsblock II ermittelten Anforderungen an ein Schulfach Gesundheit erneut geprüft wurden. Das Ergebnis dieser Prüfung wird in die finale Betrachtung, Interpretation und Diskussion einfließen.

Zusammenfassend muss ein ernüchterndes Resümee im Hinblick auf das Vorhandensein eines obligatorisch eingeführten Gesundheits-Schulfaches in den allgemeinbildenden Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 in Deutschland gezogen werden. Die Hypothese, dass in einigen Schulformen ein solches Fach existieren würde, konnte nicht bestätigt werden.

Nur für ein Schuljahr (7. Schuljahr) und nur für ein Fach (Titel: „Gesundheit und Soziales“) konnten für eine Schulform (Mittelschule) in Bayern alle nötigen Auswahlkriterien der Recherche (siehe Methodik-Teil) als erfüllt festgestellt werden.

Das Fach „Ernährung und Soziales“ der bayrischen Mittelschule setzt erst in Klassenstufe 7 ein und wird für weitere Schuljahre durch Wahl nur noch einem Teil der Schülerinnen und Schüler (SuS) unterrichtlich vermittelt. Es erfüllt damit nicht den Anspruch, kontinu-

ierlich über mehrere Jahre hinweg für alle SuS verbindlich zu sein und bestätigt damit die zu diesem Forschungsblock initial formulierten Annahmen.

Durch den Fokus des Faches auf Ernährung wird ein zentrales Thema der Gesundheit behandelt. Jedoch bleiben viele weitere gesundheitsrelevante Themen offen. Der Unterricht findet im Umfang von zwei Wochenstunden statt, was als untere Grenze einer Implementierung im Sinne eines „Nebenfaches“ bezeichnet werden kann, jedoch auch den Ergebnissen der Inhaltsanalyse entspricht.

In den analysierten Dokumenten konnten keine Hinweise auf die fachliche Qualifikation der Lehrkräfte, die „Ernährung und Soziales“ unterrichten oder auf pädagogisch-didaktische Strategien gefunden werden. Da diese beiden Aspekte den Ergebnissen der Inhaltsanalyse nach für den Erfolg eines Schulfaches Gesundheit von besonderer Bedeutung sind, wird angeregt, diese Informationen im bayrischen Kultusministerium anzufordern, sollte weiteres Interesse an dem Fach „Gesundheit und Soziales“ bestehen.

Die Zielsetzung des Faches liegt kaum auf der Schaffung einer allgemeinen (Kompetenz-) Bildung im Bereich Gesundheit, sondern durch Schwerpunktsetzung auf einzelne gesundheitsrelevante Bereiche (hier: Ernährung/Kochen und zugehörige Interaktionen) in der Berufsorientierung z.B. hauswirtschaftlicher Berufe. Dies spiegelt sich in der Lehrplangestaltung wider. Sowohl die in der Literatur formulierten als auch die durch die Analyse der Interviews eruierten Anforderungen an ein allgemeinbildendes Schulfach Gesundheit werden von dem bayrischen Schulfach „Ernährung und Soziales“ nicht erfüllt.

Die Gesundheitsrelevanz von „Ernährung und Soziales“ ist nach Analyse der vorliegenden Dokumente (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München: Ernährung und Soziales. LehrplanPLUS.) insgesamt als niedrig einzustufen.

Abschließend muss daher festgestellt werden, dass in den allgemeinbildenden Schulformen der nichtgymnasialen Sekundarstufe 1 in Deutschland aktuell (Stand August 2020) kein offiziell anerkanntes Schulfach existiert, das als Schulfach „Gesundheit“ bezeichnet werden könnte.

Dies überrascht nicht. In den allgemeinbildenden Schulen, auch den Schulformen der Sekundarstufe 1, wird Gesundheit als Querschnittsbereich betrachtet. Gesundheitsrelevante

Inhalte sind in die Lehrpläne der traditionellen Fächer eingegliedert und werden von den jeweiligen Fachlehrkräften mehr oder weniger fachfremd unterrichtlich umgesetzt. Untersuchungen, inwieweit auf diese Weise gesundheitliche Zusammenhänge genügend erfasst, die Gesundheitskompetenz gestärkt bzw. ob überhaupt die notwendigen Inhalte integriert sind, gibt es nach Kenntnis der Autorin bisher nicht.

Einzelne allgemeinbildende Schulen weichen dem von offizieller Seite avisierten Weg ab. Sie extrahieren gesundheitsrelevante Inhalte aus den Lehrplänen der traditionellen Fächer und generieren daraus ein eigenständiges Schulfach Gesundheit. Exemplarisch soll auf zwei solche Einzelinitiativen eingegangen und diese vor dem Hintergrund der vorgestellten Ergebnisse eingeordnet werden.

An einer im Südwesten liegenden Schule der nichtgymnasialen Sekundarstufe I wurde ein verbindliches Schulfach Gesundheit über sog. „Kontingenzstunden“ in Eigenregie konzipiert. Dieses Fach ist seit dem Schuljahr Jahr 2018/19 dreistündig für die Klassenstufen 7 bis 9 eingeführt. Im Rahmen eines Besuchs vor Ort (September 2019) kam es zum Austausch mit den verantwortlichen Lehrkräften. Das eigenständige Fach „Gesundheit“ der Schule sei sehr beliebt und zu empfehlen. Es werde durch das Schulsetting gesundheitsförderlich gestaltende Elemente ergänzt. Der Erfolg des Faches sei jedoch unter den aktuellen Bedingungen stark an das Interesse und Engagement der Schulleitung an einer solchen bzw. für eine solche Implementierung gekoppelt. Ebenfalls bestünde eine Abhängigkeit von den unterrichtenden Lehrkräften, deren individuelle Kompetenz und deren Weiterbildungsengagement im Bereich Gesundheit von großer Relevanz sei. Hingegen bezeichneten die betreffenden Lehrkräfte dieser Schule die von kultusministerieller Seite favorisierte Implementierung von Gesundheit als „Querschnittsthema“ in tradierten Fächern als „faules Ei“, welche nicht funktioniere.

Die Ergebnisse von Aira (2014) bestätigen die hier beschriebene positive Rezeption eines Schulfaches Gesundheit. Hier konnte das Fach „Health Education“ positiv evaluiert werden. Ebenfalls unterstreichen die Hinweise der zitierten Lehrkräfte die Ergebnisse des Stada-Gesundheitsreports (2017), in dem sich 80 Prozent der Befragten für ein Schulfach Gesundheit aussprachen. Die Ergebnisse von Gabhainn (2010) und Aira (2014) aber auch der in dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung bekräftigen die Aussagen zur Relevanz der Kompetenz der für dieses Fach eingesetzten Lehrkräfte. Auch wird die beschriebene

Rolle der Schulleitung als „Gatekeeper“ der schulischen Gesundheitsförderung unterstrichen (Fullan, 2001; Huber, 1999; Dadaczynski, 2015).

In einem zweiten Beispiel wird die Implementierung eines eigenen Projektkurses „Gesundheit pur“ im Wahlpflichtbereich eines Gymnasiums beschrieben (Leyendecker, 2019). Bei dem Kurs handelt sich um ein Kooperationsprojekt der Fachbereiche Biologie, Sport und Chemie. Der zugehörige Lehrplan wurde im Sinne der guten gesunden Schule gezielt erstellt und orientiert sich v.a. an den Bedürfnissen und Interessen der Schüler. In einem telefonisch durchgeführten persönlichen Austausch mit dem Initiator (2019) wurde formuliert, dass es im Rahmen dieses Faches deutlich besser möglich sei, den Schülerinnen und Schülern gesundheitliche Zusammenhänge umfassend näherzubringen bzw. ihre gesundheitlichen Kompetenzen zu stärken. Es wird begründet, dass ein solches Fach sehr gut in das Konzept der guten gesunden Schule integriert werden kann und das Voranbringen des Konzeptes sogar nachhaltig unterstützt (Leyendecker, 2019, S.51). Dies bestärkt die Bedeutung einiger in dieser Untersuchung eruierten Befunde.

Dass es keine offiziellen Schulfächer Gesundheit gibt, bedeutet -dies wird in der Gesamtschau klar- nicht, dass keine schulischen Einzelinitiativen existieren oder kein Bedarf nach diesem Schulfach besteht. Da für derlei Einzelinitiativen an den jeweiligen Schulen eigene Stundenkontingente geschaffen werden mussten und die unterrichtenden Lehrkräfte im Idealfall Fortbildungen zum Thema Gesundheit besucht haben, könnten durch die Analyse dieser „Einzelinitiativen“ potenziell weitere relevante Hinweise im Hinblick auf die Eingliederung in die bestehenden Strukturen und Konzipierung eines Schulfaches Gesundheit wie auch Professionalisierung von Lehrkräften abgeleitet werden.

An der Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“ interessierte Schulen sind bisher auf sich allein gestellt. Es muss daher angenommen werden, dass die Qualität der aktuell vorhandenen Schulfächer „Gesundheit“ sehr unterschiedlich ist und von vielen Variablen abhängt. Die hier skizzierten Initiativen scheinen erfolgreich umgesetzt und positiv aufgenommen worden zu sein. Es fehlen jedoch Untersuchungen, die den Ist-Stand und die Art und Qualität der Umsetzung dieser Einzelmaßnahmen erheben und weitere Hinweise zur Relevanz eines Schulfaches Gesundheit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und gesundheitlicher Chancengleichheit liefern.

4.3.2 Zusammenfassende Betrachtung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse aus Forschungsblock II mit Ableitung von Hypothesen

Durch qualitative Inhaltsanalyse sollten drei Forschungsanliegen geklärt werden. Zunächst war zu eruieren, welche Einflussfaktoren die grundsätzliche Realisierung eines eigenständigen, verpflichtend eingeführten, allgemeinbildenden Schulfaches Gesundheit behindern bzw. hemmen. Ebenfalls sollte analysiert werden, welche Einflussfaktoren das Vorhaben, ein eigenständiges, allgemeinbildendes, verpflichtendes Schulfach „Gesundheit“ einzuführen, befördern. Ergänzt werden sollten diese Ergebnisse durch Hinweise zu Inhalten, Zielen, pädagogisch-didaktischen Strategien und zur formalen Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit, die für eine ggf. in Zukunft avisierte, konzeptionelle Arbeit von Bedeutung sein könnten.

Im Gegensatz zu den im Methodik-Teil formulierten Hypothesen konnte mangelndes politisches Interesse als Haupteinflussfaktor auf die bisher nicht stattgefundene Umsetzung eines Schulfaches Gesundheit an allen Schulformen identifiziert werden. Der nicht vorhandene öffentliche Druck, nichtexistierende Interessenverbände wie auch mangelnde kommunikative Kompetenzen der Befürworter zusammen mit der fehlenden Nützlichkeitsdebatte und dem Desinteresse der Wissenschaft fördern das Verharren im Status quo. Die Umkehr dieser Einflussfaktoren wurde –als Kehrseite der Medaille– als bedeutsam und förderlich für das Vorantreiben des Schulfaches Gesundheit beschrieben. Sie werden daher im Rahmen der zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse zu Forschungsfrage zwei (Förderfaktoren) nochmals thematisiert.

Dass Anfragen zum Schulfach Gesundheit innerhalb des Kultusministeriums oft auf direkte, schon standardisierte Abwehr treffen, stellt ein weiteres großes Hindernis für das Voranbringen des Faches dar. Die Akteure des Bildungssystems ermöglichen keinen ergebnisoffenen Austausch über dieses Anliegen. Eine konstruktive Auseinandersetzung oder echte Prüfung der Forderung findet scheinbar nicht statt. Eine direkte „Opposition“ hemmt einen weiteren Diskurs zu diesem Themenkomplex. Der Stand der Realisierung von aktuellen unterrichtlichen Gesundheitsangeboten wird als genügend abgebildet eingestuft. Diese Einschätzung wurde initial als ein Haupthindernis der Realisierung eines eigenständigen, allgemeinbildenden Schulfaches Gesundheit formuliert. Sie steht im Widerspruch zu den Aussagen der Befürworter des Schulfaches „Gesundheit“.

Innovationsvorhaben im Bildungssystem scheitern oftmals an der Trägheit des Systems, der dort herrschenden mangelnden Fehlerkultur und werden als unattraktiv für Wahlen, für Lehrkräfte als Kränkung, beschrieben. Daraus lässt sich ableiten, dass selbst für interessierte Politiker in Entscheidungspositionen eine Realisierung eines solchen Anliegens als ambitioniert und ggf. unattraktiv im Hinblick auf (Wieder-)Wahlen bezeichnet werden muss.

Bestätigt werden konnte die Hypothese, dass volle Stundentafeln und die Schwierigkeit, Zeitfenster aber auch Fachpersonal für ein neues Fach zu generieren, als bedeutsame Hindernisse für ein Schulfach „Gesundheit“ bezeichnet werden müssen.

Potenzielle Veränderungen des Stundenkontingents der traditionellen Fächer und ggf. starker Lobbyismus durch die Lehrerverbände der bekannten Fächer im Falle eines Einführungsvorhabens können die Realisierung eines neuen Faches zusätzlich erschweren oder verhindern. Sie werden ebenfalls als potenzieller Auslöser von Gratifikationskrisen auf Seiten der Lehrer beschrieben.

Die bisher kaum erfolgte, inhaltlich-konzeptionelle Arbeit am Schulfach stellt zusätzlich ein zentrales Hindernis dar. Das Wiederholen der Forderung nach einem Fach „Gesundheit“ ohne konkrete Realisierungsvorschläge oder Vorlage eines Konzeptes befördert die bisherigen Widerstände.

Das nicht vorhandene wissenschaftliche Interesse, die Uneinigkeit innerhalb der Wissenschaft, allerdings auch das geringe Ausmaß von für das Thema potenziell zuständigen Lehrstühlen behindern die fachliche Unterstützung des Anliegens – oder der von Alternativen.

Die Einflussmöglichkeiten der KMK konnten als relevant, jedoch nicht als Haupthindernis identifiziert werden (siehe dazu insbesondere UK 2.3).

Bezüglich förderlicher Faktoren und Einflussnehmer auf die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit konnte eine Hierarchie festgestellt werden. Auf der höchsten Hierarchieebene befindet sich, wie bereits bei den Hemmnissen des Faches, die politische Führung eines Bundeslandes, die die Realisierung eines Schulfaches bzw. begleitende oder vorbereitende Maßnahmen beschließen kann. Dieses Ergebnis überrascht, da in den Hypothesen angenommen wurde, dass eine Beförderung des Schulfachanliegens v.a. durch Studier-

gebnisse zu Zusammenhängen zwischen Schulfach und Kindergesundheit o.ä. unterstützt werden würde. Für die Beförderung des Themas ist im Gegensatz zu den formulierten Annahmen, wie bereits angedeutet, auf den Willen der politischen Führung eines Bundeslandes mit ihren Akteuren (u.a. der/die KultusministerIn), die Entscheidungen trifft und deren Willen zum Vorantreiben des Themas vorhanden sein muss, zu fokussieren.

Einflussnehmer auf die Politik bzw. den politischen Willen sind Parteien, die ein Thema zu einem Regierungsanliegen machen und es in den Koalitionsvertrag bzw. die Regierungserklärung einbringen können. Unabhängig vom Koalitionsvertrag bzw. der Regierungserklärung ist ein zweiter, besonders relevanter Weg, Themen auf die politische Tagesordnung zu setzen, das Ausüben von Druck auf die Politik durch das Schaffen eines hohen öffentlichen Interesses.

Als bedeutsam für das Schaffen eines hohen öffentlichen Interesses konnte die mediale Verbreitung von aufrüttelnden Informationen, z.B. von Studienergebnissen, identifiziert werden. Dies gelingt nach Hinweisen dieser Untersuchung insbesondere durch Nutzen der sozialen Medien. Die inhaltliche Güte der übermittelnden Informationen wird dabei als weniger relevant als der gewählte Kommunikationskanal und die Art der Vermittlung bezeichnet. Besonders förderlich wäre es, wenn eine Skandalisierung von Informationen stattfindet.

Förderlich ist ebenfalls, wenn statt einzelner Forderungen ein starker Interessenverband omnipräsent und gut vorbereitet in den Austausch mit den politischen Vertretern bzw. den Medien und der Öffentlichkeit einsteigen kann. Dies setzt das Verfolgen des Themas in den verschiedenen, auch wissenschaftlichen Disziplinen und Einigkeit bezüglich des Vorantreibens gemeinsamer Ziele voraus. „Gut vorbereitet“ in den Austausch zu gehen, ist im Zusammenhang mit der Politik als Fähigkeit, die Nützlichkeitsdebatte positiv führen, einen modernen, für den Strukturwandel relevanten Kontext des eigenen Themas zu kreieren und ein gutes (Umsetzung-) Konzept vorlegen zu können, zu interpretieren.

Zu berücksichtigen ist, dass abschlussrelevante Fächer nur nach Zustimmung der KMK eingeführt werden können. Da es die Möglichkeit gibt, Sonderregelungen zu beantragen, denen bei Vorlage eines hochwertigen, schlüssigen Konzeptes wenig im Wege steht, wird an dieser Stelle nicht weiter auf die Rolle der KMK eingegangen.

Aus dieser Hierarchie der Förderfaktoren scheint sich ein Zylinder entwickeln zu lassen, der, einem Teleskopstab ähnlich, aus verschiedenen ineinander geschobenen, gleich langen Zylindern besteht.

Kleinere Zylinder (z.B. Wissenschaft, gesellschaftlicher/öffentlicher Rückhalt) befinden sich auf einer untergeordneten Hierarchieebene und stabilisieren die sie umgebenden größeren Zylinder. Größere Zylinder auf höheren Hierarchieebenen umschließen und überdecken wiederum die kleineren Zylinder. Von außen sichtbar ist nur der äußerste Zylinder (Politik: Regierung mit ihren Entscheidungen): Er hat die „Macht“, ein Schulfach Gesundheit zu beschließen bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen in Schulen nachhaltig fest zu verankern und diese dadurch für „alle“ sichtbar zu machen. Er ist dafür nicht auf die kleineren Zylinder im Inneren angewiesen. Ohne die Füllung durch die kleineren Zylinder jedoch ist der große, äußerste Zylinder hohl und hat weniger Stabilität (Rückhalt der Wissenschaft, Interessenverbände, Medien und Bevölkerung zum beschlossenen Vorhaben fehlt und könnte sich z.B. auf das Wahlverhalten auswirken). Je mehr (innere) Zylinder demnach vorhanden sind, umso stärker und stabiler ist der äußerste Zylinder.

Die Abbildungen 4a und 4b sollen diesen Schichtbau als „policy-making-Zylinder der schulischen Gesundheitsförderung“ nochmals verdeutlichen.

Abb. 4a

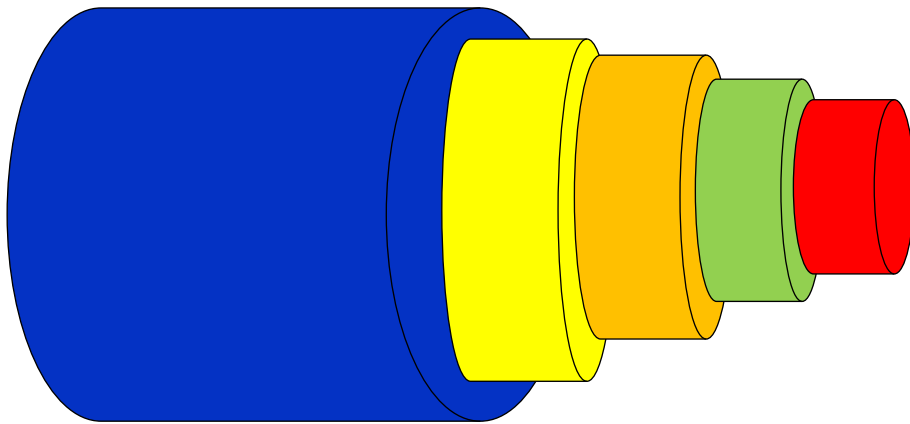


Abb.4b

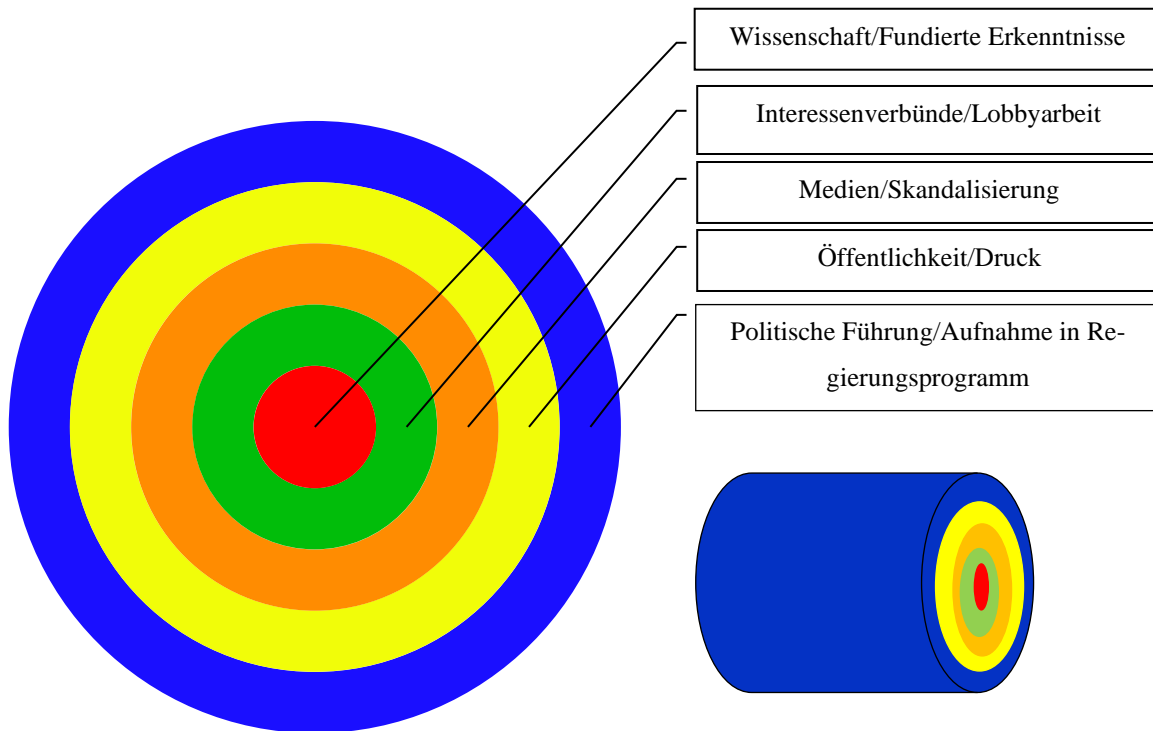


Abb. a und b: Schichtbau (4a) der/Querschnitt (4b) durch die Hierarchieebenen relevanter Förderfaktoren für die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit bzw. von Gesundheitsförderung im Setting Schule: „policy-making-Zylinder der schulischen Gesundheitsförderung“

In der Gesamtschau kann festgestellt werden, dass sich hemmende und fördernde Einflussfaktoren in manchen Bereichen deutlich abgrenzen lassen, sich jedoch häufig aufeinander beziehen bzw. sich als jeweilige Kehrseite voneinander ableiten lassen.

Tendenziell können Hindernisse als eher organisatorischer Natur (keine Ressourcen vorhanden, Nützlichkeit wird nicht gesehen, Stundentafeln sind bereits belegt, arbeitsintensives und wenig populäres Feld) bezeichnet und mehr auf der Arbeitsebene, Förderfaktoren als vor allem grundsätzlicher Natur bezeichnet und auf Entscheidungsebene (Leitungs-/Führungsebene) verortet werden. Stark vereinfacht bedeutet dies: Die Entscheidungsebene (hier: die Politik) „will“ das Fach realisieren, oder sie „will“ nicht - unabhängig von Inhalten oder Studienergebnissen/Begründungen. Die Konsequenzen (und hier beschriebenen Hindernisse) für die Arbeitsebene scheinen im Falle einer Entscheidung für das Fach dann von untergeordneter Bedeutung.

Als Dreh- und Angelpunkt für die (Nicht-)Realisierung eines solchen Vorhabens kann der (nicht) vorhandene nachhaltige Druck bzw. das (nicht) vorhandene nachhaltige Interesse von außen (aus der Bevölkerung) auf die Politik (als Entscheidungsebene) identifiziert werden. Das Vorhandensein einer breiten Rückendeckung durch die (wahlberechtigte) Öffentlichkeit wäre für von einem solchen Vorhaben überzeugte Politiker essenziell: Trotz der Langwierigkeit des Prozesses in diesem -von einem Respondenten/einer Respondentin so genannten- „*verminten Feld*“ (Nr.10, PolitikerIn 3b), würden diese ggf. eine Facheinführung vorantreiben, wenn die Wählergunst aufgrund der Popularität dieses Themas gegeben wäre und erhalten bliebe.

Als das Vorantreiben eines eigenständigen Schulfaches Gesundheit hemmend bzw. im Umkehrschluss fördernd wurde ebenfalls das (nicht) Vorliegen eines Konzeptes zu diesem Fach herausgestellt. Hinweise für ein solches Konzept konnten die Ergebnisse zu Forschungsfrage 5 bzw. 3 aus Forschungsblock II geben. Diese sollen in der folgenden Gesamtschau interpretiert und diskutiert werden.

Die Annahme, dass in der Gesamtschau der Ergebnisse das Schulfach Gesundheit inhaltlich ggf. als auf die Themenbereiche Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Krankheitsprävention begrenzt beschrieben werden wird, konnte nur teilweise bestätigt werden. Diese vier Themenkomplexe wurden allesamt genannt und stellen auch besonders relevante Teilbereiche von Gesundheit dar. Jedoch wurden sie um weitere gesundheitsrele-

vante Inhalte ergänzt. Aus den Ergebnissen der Inhaltsanalyse zu potenziellen Inhalten und Zielen ergibt sich bei „Gesundheit“ das Bild eines vielseitigen, auf alle Determinanten (körperlich, psychisch und sozial) von Gesundheit eingehenden Schulfaches. Auch wenn die Ergebnisse der Analyse tiefere Beschreibungen vermissen lassen (es werden z.B. keine konkreten Lernziele oder Kompetenzen formuliert), kann eine große Überschneidung mit den Beschreibungen eines solchen Faches in der Literatur (siehe Abschnitt 2.5) und ein Bewusstsein für die Vielschichtigkeit des Themas bei den Respondenten erkannt werden. Das Fach soll auf eine gesundheitliche Grundlagenbildung, das Schaffen von Verständnis und Bewusstsein für Zusammenhänge in der Gesundheit abzielen. Die Schüler sollen in die Lage versetzt werden, ihr Verhalten/ihre Einstellungen bzw. die Umweltbedingungen zu reflektieren und ggf. zu ändern und/oder zu beeinflussen (im Sinne von Empowerment und Advocacy). Das Schaffen von (Gesundheits-)kompetenz, insbesondere kritischer Gesundheitskompetenz, soll durch ein solches Fach erreicht werden.

Eine übersichtliche Zusammenstellung zu den Ergebnissen bezüglich potenzieller Inhalte und Ziele eines Schulfaches Gesundheit findet sich in den Tabellen 4, 5, 6 und 7.

Gestaltungselemente für ein Schulfach Gesundheit
Gesundheit als gesellschaftswissenschaftliches Fach
Inhaltliche Orientierung an den Empfehlungen der KMK (2012), der WHO und den Lehrplänen in Gesundheit anderer Länder

Tab.4: Weitere Informationen zur Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit

Nicht relevante Inhalte eines Schulfaches Gesundheit
Sport
Biologische Kernthemen (Genetik, Zelle, Evolution...),
Pflegerische Themen

Tab. 5: Nicht relevante Inhalte für ein Schulfach Gesundheit

Relevante Inhalte eines Schulfaches Gesundheit
Ernährung
Psychische Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Stress, - Entspannung, - Sucht, - Emotionsregulation, - Frustrationstoleranz, - Resilienz, - Selbstwirksamkeit, - Spiritualität
Life Skills, u.a. Kommunizieren, Probleme lösen
Bewegung
Entwicklung
Sexuelle Gesundheit
Gesundheitssystem
Gesundheitsberufe
Körperfunktionen
(Umgang mit) häufigen Erkrankungen
Prävention und Gesundheitsförderung
Nachhaltigkeit/Umwelt/Klima
Gesundheitliche Verbraucherbildung <ul style="list-style-type: none"> • Selbstverantwortung für die Gesundheit • Informationen finden, bewerten und damit umgehen (GeKo)
Soziale und politische Determinanten von Gesundheit
Politische/gesellschaftliche Einflussnahme (Empowerment)

Relevante Ziele eines Schulfaches Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Aneignung von gesundheitlichem Grundlagenwissen
<ul style="list-style-type: none"> • Schaffen von Grundverständnis und Bewusstsein bezüglich gesundheitlicher Zusammenhänge
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung prozessbezogener Kompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von (kritischer) Gesundheitskompetenz • Ausbildung von Fähigkeiten zu kritischer Reflexion mit daraus resultierenden begründeten Entscheidungen für den eigenen Lebensstil und für Verhaltensweisen
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von Lebenskompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Aneignung partizipativer und von Einmischungsstrategien im Bereich Gesundheit • Aneignung von Änderungs- und Beeinflussungskompetenzen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene

Tab. 7: Übersicht von Zielen eines potenziellen Schulfaches Gesundheit

Tab. 6: Übersicht über Inhalte eines potenziellen Schulfaches Gesundheit

Pädagogische, insbesondere jedoch fachdidaktische Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachlehrkraft im Bereich Gesundheit werden für eine Realisierung des Schulfaches „Gesundheit“ als hochbedeutsam und für seinen Erfolg zwingend erforderlich identifiziert. Ein Bedarf an eigens dafür qualifizierten Fachlehrkräften konnte herausgestellt werden. Ausgeprägte Fachkenntnisse und gesundheitsdidaktisches Spezialwissen sind nötig, um qualitativ hochwertigen Unterricht zu ermöglichen und avisierte Bildungsziele zu erreichen. Die Modellwirkung von Gesundheitslehrkräften wird zusammen mit ihrer positiv verstärkenden, vermittelnden Haltung als bedeutsam für den Unterricht benannt.

Die Ergebnisse zur Bedeutung einer spezifischen fachdidaktischen Ausbildung sind von besonderer Relevanz, da das Thema „Gesundheit“ aktuell kaum in der Ausbildung für Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen vertreten ist, jedoch als Querschnittsthema von „allen“ Lehrkräften im Unterricht thematisiert werden soll. Die Kultusministerien beschreiben die Kompetenz zur Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte der Lehrkräfte in der Regel als gut. Dies widerspricht den bereits formulierten Thesen und den Befunden zur Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung (Schaeffer et al., 2016) bzw. von Lehrkräften (Tannen et al., 2018). Die tatsächliche Qualität der aktuell stattfindenden unterrichtlichen Umsetzung von gesundheitsrelevanten Inhalten muss daher wiederholt in Frage gestellt werden. Ist-Stand-Erhebungen zum Untermauern dieser -nicht nur kultusministeriell- vorgebrachten These wurden nach Kenntnis der Verfasserin bisher jedoch weder im Saarland noch in anderen Bundesländern durchgeführt.

Die Inhalte und Kompetenzen des Faches sollen abwechslungsreich, nahbar und an den in der Theorie bereits als bedeutsam herausgestellten, altersspezifischen Entwicklungsaufgaben der Schülerinnen und Schüler orientiert vermittelt, trainiert und Betroffenheit und Bewusstsein erzeugt werden. Gruppenarbeiten und interaktive, spielerische Elemente sind für den Unterricht zu bevorzugen. Die Schüler selbst sollen als zentrale Akteure in den Unterricht einbezogen werden und diesen mitgestalten. Die Anleitung zu (kritischer) Reflexion und Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln sollen Kernelemente des Gesundheitsunterrichts darstellen. Ein Transfer von im Unterricht thematisierten Inhalten und erworbenen Kompetenzen u.a. in das Schulsetting oder sogar darüber hinaus soll stattfinden und Selbstwirksamkeitserfahrungen und Partizipation ermöglichen. Die im Vorfeld der Analyse formulierte Annahme, dass der Schwerpunkt eines Schulfaches Gesundheit auf

dem Erwerb von Kompetenzen anstelle einer theoretischen Überfrachtung liegen sollte, konnte bestätigt werden.

Die Zusammenarbeit mit externen Akteuren wird als bedeutsam, jedoch nicht ausreichend beschrieben. Die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sollen je nach Thema ggf. berücksichtigt und z.B. durch Elternschulungen einbezogen werden.

Die Settinggestaltung von Schulen im Sinne der guten, gesunden Schule wird unterschiedlich bewertet. Einerseits wird sie als Voraussetzung für das Fach Gesundheit beschrieben. Dadurch soll ein Kontinuitätstraining der Schülerinnen und Schüler wie auch unbewusste Lernvorgänge ermöglicht werden. Es wird jedoch ebenfalls formuliert, dass ein Fach „Gesundheit“ das Potenzial besitzen könnte, förderlich auf die Settinggestaltung von Schulen zu wirken, indem die im Fach erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten z.B. das Schulklima positiv beeinflussen. Das Schulfach könnte damit ggf. die weitere Verbreitung des Konzeptes der guten, gesunden Schule unterstützen, welche daher nicht als Voraussetzung des Faches, sondern auch als Konsequenz betrachtet werden kann. Dieser Effekt wurde in der Projektarbeit von Leyendecker im Rahmen seines Mastervorhabens (2019) beschrieben. Letztgenannter Gedanke sollte daher insbesondere weiterverfolgt werden, da ihm aufgrund des bestehenden Investitionsrückstaus (KfW, 2016) in Schulen eine besondere Bedeutung zukommen könnte.

Bezüglich der formalen Anforderungen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass für die Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“ verschiedene Bedingungen zu berücksichtigen sind. Das Ergebnis, dass das Schulfach Gesundheit von qualifizierten Lehrkräften unterrichtet werden sollte, bestätigt die initial formulierte Hypothese zu den Anforderungen an das Fach. Neben einem Bedarf entsprechender Lehrstühle an den Universitäten wie auch fachspezifischen Unterrichtsmaterialien bedarf es zudem der Einplanung des Faches in die für die einzelnen (allgemeinbildenden) Schulformen aktuellen Stundentafeln. Hier müssen ggf. Stundendeputate anderer Fächer nach unten hin verändert und/oder Priorisierungen vorgenommen werden. In den Interviews wird für Gesundheit zunächst ein Umfang von zwei Wochenstunden, ähnlich dem der Fächer Biologie oder Sozialkunde, vorgeschlagen. Dies bestätigt die in den Hypothesen beschriebene Vermutung, dass ein Fach „Gesundheit“ als Nebenfach mit einer Zuteilung eines geringen Wochenstundendeputats skizziert werden wird.

Die Bedeutung eines frühzeitigen Implementierens des Faches im Bildungsprozess wird thematisiert und entspricht den Empfehlungen aus der Literatur (Beelmann, 2006; Jerusalem, Klein & Mittag, 2003; Kaluza & Lohaus, 2006). Ein Einsetzen des Faches scheint demnach bereits in der Grundschule, spätestens ab der fünften Klasse (Beginn der weiterführenden Schulen) und mit der Möglichkeit, die allgemeine Hochschulreife in Gesundheit zu absolvieren, relevant und von Interesse zu sein. Für die konkrete Planung wird geraten, sich an internationalen Umsetzungen zu orientieren. Schätzungen zur Gesamtdauer eines potenziellen Einführungsprozesses variieren stark und liegen zwischen zwei und 25 Jahren. Hier wird nochmals der Bedarf einer konzeptionellen, auch im Hinblick auf die Zeitschiene konkreten Auseinandersetzung mit dieser Thematik deutlich.

Die Rolle der Kultusverwaltung und der KMK für die formale Gestaltung des Faches wird ebenfalls thematisiert. Ein stetiger Austausch und guter Kontakt mit den Verwaltungskräften im Kultusministerium, insbesondere bei Berücksichtigung fachlicher Traditionen eines Bundeslandes und Reformvorhaben, kann zur Vereinfachung und Beschleunigung von Vorbereitungsprozessen eines neuen Faches führen. Finanzielle Ressourcen müssen gut kalkuliert und gesichert vorhanden sein, um eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Umsetzung eines neuen Schulfaches zu gewährleisten.

Die KMK muss neue, abschlussrelevante Fächer anerkennen. Dies erschwert eine unabhängige Einführung neuer Fächer durch ein Bundesland, soll jedoch eine ähnliche Qualität der erreichten Abschlüsse gewährleisten. Es besteht die Möglichkeit, eigene Fächer als Sonderwege bei der KMK zu beantragen. Diese Sonderwege könnten für ein Schulfach Gesundheit ggf. von Interesse sein und sollten, näher beleuchtet werden.

Es werden verschiedene Vorstellungen zur Einführung eines Schulfaches Gesundheit beschrieben. Modelle für potenziell einer Einführung vorangehende Pilotversuche werden formuliert und könnten die Planung einer flächendeckenden Implementierung unterstützen. Die gesundheitsfördernde Settinggestaltung kann das Üben von im Gesundheits-Unterricht erworbenen Kompetenzen ermöglichen und wird in diesem Zusammenhang als für die formale Gestaltung interessant ebenfalls aufgeführt.

Es wird deutlich, dass Ideen und erste Hinweise zur Ausgestaltung und Umsetzung eines Schulfaches Gesundheit existieren. Sie stimmen in vielen Punkten mit den bereits in der Literatur identifizierten Aspekten aus 2.5 überein, schließen an diese an oder ergänzen sie.

U.a. wird auf die Bedeutung der Entwicklungsaufgaben bei der Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit hingewiesen. Die potenzielle Rolle eines Schulfaches Gesundheit zum Erreichen des Zieles „Gesundheit für alle“ bzw. einer gesundheitskompetenten Gesellschaft wird deutlich. Insbesondere die bereits im Jahr 2000 geäußerten Ideen zu einem Schulfach „Health Education“ von Nutbeam (2000) werden dadurch bestätigt.

Eine weitere Konkretisierung oder vertiefte konzeptionelle Auseinandersetzung kann mit diesen Ergebnissen nicht erfolgen. Sie liefern jedoch wichtige Ansatzpunkte für weitere Arbeiten z.B. an Konzepten.

Den Empirie-Teil sollen aus den Ergebnissen des zweiten Forschungsblocks abgeleitete Hypothesen abschließen. Diese können zukünftigen Projekten, die z.B. durch Konzipierung eines Schulfaches Gesundheit oder durch Umsetzungsvorhaben eine Weiterverfolgung des Themas anstreben, als Ausgangspunkt, Anreiz und Unterstützung dienen. Ebenfalls liefern sie ggf. relevante Hinweise für Praktiker oder Wissenschaft.

Zunächst sollen aus den Ergebnissen zu den (hemmenden und fördernden) Einflussfaktoren auf das Voranbringen eines allgemeinbildenden Schulfaches Gesundheit (Forschungsfragen 1 und 2 des zweiten Forschungsblocks; OK 1) Hypothesen abgeleitet werden. Diese sind im Sinne der Schulfach-Befürworter formuliert und können -als die beschriebenen Kehrseite- auch für die „Gegenseite“ umformuliert werden:

Die Bundesländer entscheiden jeweils über das Einführen neuer Fächer. Die politischen Akteure der Parteien, der Landesparlamente und-Regierungen sind die wichtigsten Einflussnehmer auf das Vorantreiben oder Einführen eines eigenen Schulfaches Gesundheit an (den bundeslandspezifischen) allgemeinbildenden Schulen. Sie sind an einem Schulfach Gesundheit in den allgemeinbildenden Schulformen bisher nicht interessiert.

- Um das Voranbringen dieses Schulfaches Gesundheit in einem Bundesland zu befördern, muss ein Interesse der Landesregierungen bzw. Parlamente, wie auch von sonstigen politischen Akteuren und Parteien zu diesem Thema geschaffen werden.
- Vorhaben zur Realisierung des Schulfaches Gesundheit scheitern, wenn der politische Wille zum Vorantreiben des Faches nicht besteht. Maßnahmen, die auf die politische Willensbildung abzielen, müssen daher in den Fokus der Akteure um das Fach rücken.

- Wenn der politische Wille zur Realisierung des Schulfaches „Gesundheit“ existiert, ein Beschluss gefasst wird und Mittel freigegeben werden, spielen organisatorische Hindernisse eine untergeordnete Rolle.
- Wenn zu einem Anliegen Druck auf die Politik ausgeübt wird, werden diese Anliegen eher beachtet, politisch gewollt und umgesetzt.

Es besteht trotz guter Begründungen und Studien (z.B. zur Gesundheitskompetenz und ihrer Bedeutung) kein Druck für die Politik, sich mit dem Schulfach Gesundheit auseinanderzusetzen oder sich gar positiv bezüglich des Schulfaches Gesundheit zu positionieren. Ohne diesen Druck wird die Umsetzung des Themas nicht weiter vorankommen. Druck kann durch die interessierte Öffentlichkeit auf die Politik ausgeübt werden.

- Wenn die Öffentlichkeit zu einem Thema massiv aktiviert ist, entsteht Druck auf die politischen Akteure.

Die Öffentlichkeit ist an einem Schulfach Gesundheit bisher nicht ausreichend nachhaltig interessiert. Das nicht vorhandene öffentliche Interesse bewirkt, dass das Schulfach Gesundheit als Innovation im Bildungsbereich nicht weiter von der Politik verfolgt wird. Bisher ist es den Forderern des Schulfaches Gesundheit nicht gelungen, die Öffentlichkeit für das Schulfach Gesundheit nachhaltig zu interessieren und zu mobilisieren. Die Interessenvertreter des Schulfaches beherrschen und nutzen weder die notwendige Sprache oder nötigen Kommunikationswege, um Politik und Öffentlichkeit zu erreichen.

- Wenn ein Schulfach Gesundheit weiter vorangetrieben werden soll, muss die Öffentlichkeit durch passgenaue Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit für dieses Anliegen sensibilisiert und nachhaltig aktiviert werden.

Die Auswahl der auf das öffentliche Interesse abzielenden Informationsvermittlungsarten zusammen mit dem Kommunikationskanal sollten einen Fokus weiterer Bemühungen darstellen.

- Die breite Öffentlichkeit wird eher erreicht, wenn soziale Medien oder Influencer für die Kommunikation „genutzt“ würden.

Die nicht vorhandene Fehlerkultur im Bildungswesen behindert das politische Verfolgen von Innovationen. Änderungen im Bildungssystem sind langwierig und schwierig und nur mit der Rückendeckung der Wähler für Politiker ggf. von Interesse.

- Wenn ein Schulfach Gesundheit umgesetzt werden soll, bedarf es dazu eines breiten und nachhaltigen Konsens in der Bevölkerung (den Wählern), damit die Politik sich dieses lang andauernden, wenig populären Prozesses annimmt.

Es ist bisher nicht gelungen, die Forderer in einem starken Interessenverbund zu bündeln und eine Lobby zu formen. Ein starker Interessenverband kann mehr bewirken als viele kleine Einzelakteure. Die Forderer erreichen die Politik bisher nicht.

- Es findet kein regelmäßiger Austausch der Politik mit Interessenvertretern des Faches statt. Um die Politik für ein Anliegen zu begeistern, muss es regelmäßigen Austausch dazu geben.
- Wenn eine starke Interessenlobby für das Thema „Schulfach Gesundheit“ eintritt, hat das Anliegen mehr Erfolg.

Die Nützlichkeitsdebatte im Rahmen der Forderungen des Schulfaches Gesundheit wird bisher nur unzureichend und wenig fundiert für Deutschland bzw. die Bundesländer geführt. Finanz-/Ressourcenstärke ist relevant für die Umsetzung solcher Anliegen, wie der Einrichtung eines neuen Schulfaches. Das Saarland gehört nicht zu den reichen Bundesländern.

- Wenn eine Kalkulation zur Kosteneffizienz z.B. durch mathematische Modellierung auf die Vorteile eines Schulfaches Gesundheit für die Gesellschaft hinweist, ist die Politik offener für derlei Anliegen.
- In reicheren Bundesländern ist es eher möglich, kostenintensive Innovationen zu realisieren.

Es existieren starke Lehrerverbände, die einer Veränderung bestehender Strukturen durch Einführung eines neuen Schulfaches „Gesundheit“ entgegenstehen können. Die Einführung eines neuen Faches „Gesundheit“ könnte die Gesundheit der Lehrer im Sinne einer Gratifikationskrise belasten.

- Wenn die Unterstützung der Lehrkräfte und ihrer Interessenverbände vorhanden ist, können grundlegende Änderungsvorhaben im Bereich des Fächerkanons eher durchgesetzt werden.

Innerhalb der Gesundheitswissenschaften ist man sich bezüglich der Sinnhaftigkeit eines eigenen Faches Gesundheit nicht einig. Die Diskussion um das Schulfach „Gesundheit“ basiert vor allem auf Meinungen und Einstellungen statt Deutschland-spezifischen, fun-

dierten Ergebnissen. Das geringe Interesse der Forschung an dem Thema behindert eine Einigkeit der Wissenschaft zum „Schulfach Gesundheit“.

- Wenn das Thema für die Wissenschaft attraktiv wird, werden Studien dazu durchgeführt.
- Wenn Studienergebnisse zur Thematik vorliegen, kann ggf. eine ergebnisgestützte Einigkeit in der Wissenschaft herbeigeführt werden und ein Austausch faktenbasiert geführt werden.

Eigeninitiativ von einzelnen allgemeinbildenden Schulen installierte und kreierte Schulfächer mit dem Titel „Gesundheit“ fördern das öffentliche Interesse an diesem Thema, sind jedoch im Hinblick auf eine institutionelle Verankerung wirkungslos. Die im Rahmen dieser Initiativen erarbeiteten Fächer verschwinden wieder, wenn ihre menschlichen Treiber nicht mehr in den entsprechenden Schulen tätig sind.

- Wird das politische Interesse nicht massiv geweckt, können schulische Einzelinitiativen zu Schulfächern mit dem Titel „Gesundheit“ als nicht bedeutsam für das weitere Voranbringen des Faches bezeichnet werden.

Mitarbeiter des Kultusministeriums sind wirkungsvolle Partner beim Vorantreiben des Schulfaches Gesundheit. Bisher wird der Austausch mit den dortigen Akteuren von den Förderern des Schulfaches nicht oder nicht ausreichend gepflegt, um Interesse und Offenheit in den Ministerien zu generieren. Die Kultusverwaltung ist einer Forderung auf Einführung neuer Inhalte bzw. Fächer zugänglicher eingestellt, wenn dabei an fachliche Traditionen angeknüpft wird oder aktuelle Reformvorhaben berücksichtigt werden.

- Wenn schulrelevante Themen, auch zu neuen Fächern, von extern in den Kultusministerien vorangetrieben werden sollen, müssen gute Beziehungen in die Verwaltung gesucht und gepflegt werden.
- Wenn die Besetzung von Führungspositionen im Bildungs-/Schulsystem aufgrund der Parteizugehörigkeit fortgesetzt wird, werden wichtige Innovationen gehemmt.

Die KMK lehnt an sie herangetragene Fächerforderungen ungeprüft ab. Ähnlich wird in den Kultusministerien verfahren. Dies behindert nötige Anpassungen der schulischen Bildung an gesellschaftliche Veränderungen und neue Anforderungen. Initiativen einzelner Bundesländer zu neuen Schulfächern bedürfen der einstimmigen Annahme aller Mitglieder

der KMK. Sonderwege können bewilligt werden und erlauben den Bundesländern das Gehen eigener Schritte.

- Wenn in der KMK und den Kultusministerien weiterhin keine vertiefte Auseinandersetzung mit verschiedenen Fachforderungen stattfindet, werden Schülerinnen und Schüler in deutschen Schulen nicht adäquat auf neue Herausforderungen vorbereitet.
- Für Vorhaben zur Einführung neuer Fächer sollten die „Sonderwege“ der KMK genauer beleuchtet werden.

Bei den Forderern des Schulfaches Gesundheit ist eine unzureichend ausgeprägte Fähigkeit der Anwendung von Advocacy-Strategien, die u.a. für politische Einflussnahme von Relevanz ist, festzustellen. Diese müssen fokussiert und ausgebildet werden, um das Thema weiter voranzubringen. Die gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit „policy-making-Strategien“ ist ebenfalls nötig, um vertiefere Erkenntnisse über die politische/öffentliche Willensbildung für den Gesundheitsbereich zu generieren und passgenaue Strategien, gerade für das Bildungswesen, ableiten zu können.

- Wenn Gesundheitsförderung in Schulen, z.B. durch ein „Schulfach Gesundheit“, fest verankert werden sollen, müssen an den Universitäten Lehrstühle, die sich mit policy-making-Strategien oder der multiprofessionellen Vernetzung in der Gesundheitsförderung befassen, eingerichtet werden.
- Wenn Anliegen an die Politik herangetragen und gehört werden sollen, muss die politische Sprache verstanden und gesprochen werden.

Die nicht vorhandene Abbildung von Gesundheit in Bildung (und umgekehrt) bzw. (auch professionell) kaum existierende Verzahnung von Gesundheit und Bildung behindert die weitere Bearbeitung der Thematik. Der Wissenschaftsbereich „Gesundheitspädagogik“ für den allgemeinbildenden Schulbereich ist in Deutschland kaum präsent. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Themen der „Gesundheitsdidaktik“ für allgemeinbildende Schulen findet kaum statt. Im (allgemeinbildenden) Bildungssystem fehlt es an im Bereich Gesundheitspädagogik und- Didaktik adäquat ausgebildeten Fachpersonen, die Bewertungen zum Sachstand vornehmen könnten.

- Wenn ein allgemeinbildendes Schulfach „Gesundheit“ weiter vorangetrieben werden soll, bedarf es einer breiteren Installation dieser Wissenschaftsgebiete (Gesundheitspädagogik und Fachdidaktik Gesundheit für allgemeinbildende Schulformen) und entsprechender Praktiker.

Es bedarf der Prüfung, ob Gesundheit ein zu komplexes Thema darstellt, um es als eigenständiges Schulfach darstellen zu können.

- Wenn das Thema Gesundheit zu komplex ist, kann es kein eigenes Schulfach werden.

Es bedarf eines Konzeptes für ein allgemeinbildendes Schulfach Gesundheit.

- Wenn das „Schulfach Gesundheit“ weiterverfolgt werden soll, bedarf es eines Konzeptes.
- Wenn ein Konzept erstellt werden soll, muss dies im Rahmen einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe geschehen.
- Wenn ein Konzept vorliegt, können gezielte Kalkulationen zur Realisierung des Faches angestellt werden. (z.B. Kostenkalkulationen bezüglich Personalbedarfen, stundenmäßige Eingliederung in den Fächerkanon).

Eine allgemeine Vermittlung von Kompetenzen für „Gesundheit“ findet an deutschen Universitäten für Lehramtsstudierende nur selten statt. Eine universitäre Ausbildung im Bereich Gesundheit als allgemeinbildendes Schulfach gibt es in der BRD bisher nicht. Dies widerspricht dem in Deutschland bisher favorisierten Fachlehrerprinzip. Eine Überprüfung zum aktuellen Umfang und der Art der Vermittlung von Gesundheit als Querschnittsbereich durch die aktuell eingesetzten, fachfremden Lehrkräfte hat bisher nicht stattgefunden. Es wird der Anschein vermittelt, dass Gesundheit in Schulen ohne fachliche/fachdidaktische Qualifizierung vermittelt werden kann. Dies widerspricht den Befunden zur unzureichenden Gesundheitskompetenz in Deutschland und sollte dringend untersucht werden. Es besteht ein Widerspruch zwischen der aus dem allgemeinbildenden Schulbereich vertretenen Ansicht, dass gesundheitsrelevante Inhalte ausreichend in den dortigen Lehrplänen eingegliedert sind und die Vermittlung kompetent durchgeführt wird und der Begründung der Forderer nach einem eigenen Schulfach Gesundheit für dieses Anliegen.

- Eine Ist-Stand-Analyse als Startpunkt einer umfassenden Untersuchung (u.a. zu Art, Umfang und Effekten der Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte in den allgemeinbildenden Schulen), die wissenschaftlichen Standards genügt, sollte ermöglicht und vorangetrieben werden, um den aufgezeigten Widerspruch aufzulösen.

- Vorurteile zum Schulfach „Gesundheit“ sollten durch offenen Austausch aus dem Weg geräumt werden. Eine ergebnisoffene Herangehensweise aller Akteure ist bedeutsam, um die beste Lösung zum Generieren der u.a. unter UK 2.1 genannten Ziele (eines Schulfaches Gesundheit) zu ermöglichen. Dabei sollten auch alternative Möglichkeiten geprüft werden.

Das Eingehen auf einzelne Fachforderungen kann Begehrlichkeiten bezüglich weiterer neuer Fächer wecken. Schulen müssen viele Anforderungen bewältigen und können nicht „Prügelknaben“ für jedes gesellschaftliche Problem sein. Die Einführung eines Schulfaches Gesundheit wird v.a. als Lösung eines gesellschaftlichen Problems betrachtet. Dies widerspricht der Ottawa-Charta (1986), nach der Gesundheit und ihre Förderung (losgelöst von Defiziten) von Akteuren des Bildungssystem umgesetzt werden sollte.

- Wenn Gesundheit ein eigenes Fach wird, wird den Ideen des NAP Gesundheitskompetenz entsprochen und der schulischen Gesundheitsförderung ein neuer Stellenwert zugewiesen.

Aus den Ergebnissen zur Ausgestaltung eines Schulfaches Gesundheit (Forschungsfrage drei aus Block II) lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

Schätzungen zur Dauer einer Umsetzung des Schulfaches Gesundheit haben eine große Spannweite (2-15 Jahre) und verweisen auf die bisher noch nicht konkrete Auseinandersetzung mit der Thematik. Für die Einführung eines neuen Schulfaches „Gesundheit“ müssten Stundenkontingente geschaffen werden. Dafür müssten ggf. andere Fächer geprüft werden und Stunden abgeben. Fachkonferenzen für Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen wären nötig, existieren bisher jedoch nicht, da dieses Schulfach bisher nicht in Planung ist.

- Es bedarf der wissenschaftlichen Befassung mit der Umsetzung (Art und Form) und Ausgestaltung (Ziele, Inhalte, Methodik) eines Schulfaches Gesundheit. Dies ist bisher noch nicht (ausreichend) geschehen.
- Es bedarf internationaler, wie auch bundeslandspezifischer Recherchen, um Konzepte und Einführungsmöglichkeiten für ein solches Schulfach Gesundheit zu entwickeln.
- Wenn ein Schulfach Gesundheit an den allgemeinbildenden Schulen eingeführt werden soll, braucht es Fachkonferenzen, um Bundesland-individuell die besten Voraussetzungen für ein Schulfach Gesundheit zu generieren.

- Wenn das Schulfach Gesundheit weiterverfolgt werden soll, muss eine konkrete Planung zur Umsetzung z.B. mit Angaben zu Zeitschiene und Kosten, ähnlich einer Projektskizze, erstellt werden.
- Für die Umsetzung eines neuen Schulfaches Gesundheit müssen andere Fächer Stunden abgeben, wenn eine Ausweitung der Wochenstundenzahlen ausbleiben soll.
- Wenn ein Schulfach Gesundheit eingeführt wird, sollte es spätestens in der Unterstufe einsetzen und über mehrere Jahre unterrichtet werden.
- Ein Schulfach Gesundheit sollte mindestens zweistündig unterrichtet werden.
- Das Schulfach Gesundheit sollte in der Oberstufe fortgeführt und als Abiturwahl gewählt werden können.
- Ein Schulfach Gesundheit sollte inhaltlich alle Dimensionen von Gesundheit abdecken und neben der Vermittlung von Wissen und dem Erkennen von Zusammenhängen auf die Aneignung von Kompetenzen und kritische Reflexion abzielen.
- Ein Schulfach Gesundheit sollte nicht zu einem „gesunden“ Lebensstil belehren oder therapeutisch ausgerichtet sein.

Die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Inhalten bedarf eigens qualifizierten Fachpersonals. Aktuell werden Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen in der Regel nicht auf die unterrichtliche Vermittlung von Inhalten aus dem Gesundheitsbereich vorbereitet. Dieses ist in den allgemeinbildenden Schulen aktuell nicht vorhanden. Die Qualität der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Inhalten kann aktuell als beliebig bezeichnet werden. Sie hängt v.a. vom Interesse der einzelnen Lehrkraft ab. Dies führt bezüglich der Ausbildung nötiger Kompetenzen bei den Schülern zu großen Unterschieden. Dabei wird die fachfremde Unterrichtung von Gesundheit abgelehnt.

- Wenn Gesundheit kein eigenes Schulfach wird, bleibt unterrichtliche Gesundheitsförderung „beliebig“.
- Wenn Gesundheit als obligatorisches Schulfach in den allgemeinbildenden Schulformen eingeführt werden soll, müssen eigene Fachlehrkräfte ausgebildet werden, um hochwertigen Unterricht zu gewährleisten.
- Wenn das Fach Gesundheit unterrichtet werden soll, braucht es dafür Lehrkräfte mit breitem Fachwissen und vertieften fachspezifischen, didaktischen Fähigkeiten.

Die Implementierung neuer Fächer wie dem Schulfach Gesundheit ist -mindestens in Form von Pilotversuchen- prinzipiell jedem Bundesland möglich. Unterschiedliche Einfüh-

rungsmodelle sind denkbar. Die Hauptverantwortung und Arbeitslast liegen auf Seiten des jeweiligen Kultusministeriums, das die nötigen Prozesse eines solchen Vorhabens kennen sollte.

- Wenn ein Schulfach landesweit neu eingeführt werden soll, ist es sinnvoll, dies in Form von -ebenfalls kostengünstigeren- Übergangsmodellen zu tun. Es ergäben sich dadurch größere Zeiträume für die Etablierung des Faches mit Generierung von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal.
- Gute Kontakte ins Kultusministerium auf vertrauensvoller Basis können Einführungsprozesse beschleunigen und sind zu pflegen.

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine Studiengänge oder Weiterbildungsangebote, um entsprechendes Personal für ein Schulfach Gesundheit auszubilden oder vorhandenes Personal besser für die aktuellen Aufgaben zu qualifizieren. Ebenfalls existiert bisher keine eigene Fachdidaktik „Gesundheit“ für allgemeinbildende -insbesondere weiterführende allgemeinbildende- Schulformen.

- Wenn Gesundheit allgemeinbildendes Schulfach werden soll, müssen an den Universitäten entsprechende Lehrstühle (Fachkunde, Fachdidaktik) eingerichtet werden.
- Sollte eine Implementierung von „Gesundheit“ in den Grundschulen anvisiert werden, muss die universitäre Ausbildung der Lehrkräfte im Primarbereich um einen entsprechenden Studiengang erweitert oder das Fachgebiet „Sachkunde“ fachlich ergänzt werden.

Die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Ausgestaltung des Settings Schule im Rahmen des Faches Gesundheit wird als wichtig bezeichnet. Aufgrund eines hohen Investitionsrückstaus im Bildungsbereich (KfW, 2016) scheint die Settinggestaltung von Schulen als Voraussetzung zur Einführung des Schulfaches „Gesundheit“ weder passend noch realistisch. Die im Schulfach Gesundheit erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen können als positive Einflussnehmer von großer Bedeutung für die Settinggestaltung sein.

- Wird ein Schulfach Gesundheit an den allgemeinbildenden Schulen eingeführt, wird es über den Unterricht hinaus ins Setting wirken. Dadurch wird ggf. die weitere Verbreitung des Konzeptes der guten, gesunden Schule bewirkt. Dieser Zusammenhang sollte untersucht werden.

Didaktische Fähigkeiten, die auch über den Unterricht -durch ggf. (systemische) Wirkung in das Setting oder die Kommune hinein bzw. auf die Eltern ausgerichtet- hinausgehen, stellen neben Sachkenntnissen im Fach Gesundheit die Kernkompetenz der unterrichtenden Lehrkräfte dar. Eine Befassung mit dieser Fachdisziplin bzw. die Existenz eines entsprechenden Lehrstuhls scheint eine Grundlage der weiteren Emanzipierung des Schulfaches Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen darzustellen.

- Forschung zur Gesundheitsdidaktik für den Unterricht an allgemeinbildenden Schulen fehlt und wird dringend benötigt, um hochwertige Vermittlungsstrategien für den Unterricht zu generieren.

Transparenz und Partizipation als Strategien der Gesundheit sollten von allen an der Konzipierung des Faches beteiligten Akteuren von Anfang an praktiziert werden. Dies betrifft hochschulische und schulische Akteure gleichermaßen und bedeutet für die potenzielle Konzipierung dieses neuen Bereiches ggf. einen Paradigmenwechsel.

- Wenn ein Schulfach Gesundheit konzipiert wird, sollten partizipative Strategien (z.B. Einbezug von Schülerinnen und Schülern, Eltern, unterschiedlichen Akteuren aus Gesundheit und Pädagogik) und transparentes Vorgehen praktiziert werden.

Erfolg und Akzeptanz neuer Fächer sind mit den dafür bereitgehaltenen finanziellen Ressourcen assoziiert. Die Finanzierung für Umsetzungsvorhaben neuer Schulfächer muss langfristig gesichert sein und aufrechterhalten werden.

- Wenn ein neues Schulfach flächendeckend eingeführt und erfolgreich sein soll, müssen entsprechende (finanzielle) Ressourcen dafür langfristig eingeplant werden.

5 Reflexion, Fazit und Ausblick

Im Rahmen dieses Mastervorhabens wurde eine Bestandaufnahme der „Gesundheitsschulfächer“ in den nichtgymnasialen Schulformen der Sekundarstufe 1 in Deutschland durchgeführt und eine Bewertung vorgenommen. Ebenfalls wurden die Einflussfaktoren auf eine Realisierung und Anforderungen an ein Schulfach Gesundheit untersucht.

Das in dieser Arbeit verfolgte Anliegen kommt den aktuellen Bestrebungen in Deutschland, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, entgegen.

So wird im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018) und im Factsheet der „Schools for Health Europe“ (2020) auf die Rolle des Bildungssystems für die Stärkung der Gesundheitskompetenz verwiesen. Im zum NAP gehörenden ersten Strategiepapier wird sogar ein eigenes Schulfach Gesundheit als Maßnahme benannt (Strategiepapier, 2018). Die Relevanz dieses Vorschlags wird durch positive Evaluationen von in anderen Ländern eingeführten Gesundheitsfächern betont (Aira et al. 2014; Gabhainn et al., 2010). Auch in Deutschland lassen erfolgreich evaluierte Programme zur unterrichtlichen Förderung von Gesundheit in Schulen wie Klasse 2000 oder Mind Matters den Erfolg eines Schulfaches Gesundheit annehmen.

Die Bedeutung eines gesundheitlichen Grundlagenwissens und Verständnisses für Zusammenhänge, in Kombination mit entsprechend ausgebildeten Kompetenzen wird im Rahmen der COVID-19-Pandemie jedoch auch im Rahmen der Bemühungen um die Klimakrise mit ihren u.a. großen gesundheitlichen Auswirkungen überdeutlich.

Bisher wird hierzulande die Strategie verfolgt, gesundheitsrelevante Inhalte in die Lehrpläne der traditionellen Schulfächer zu integrieren. Ein Schulfach Gesundheit in den allgemeinbildenden Schulen wird abgelehnt. Pilotversuche zur Untersuchung der Effekte eines eigenen Schulfaches im Vergleich zum bisher gewählten Weg haben bis heute in keinem Bundesland stattgefunden und sind auch nicht in Planung.

Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz (Schaeffer, 2016) lassen jedoch vermuten, dass die aktuelle Umsetzung der Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte über den derzeitigen Fächerkanon in allgemeinbildenden Schulen nicht ausreicht oder nicht qualitativ hochwertig stattfindet. Dies erklärt die immer wieder auftkommenden Forderungen nach einem ei-

genen Schulfach „Gesundheit“. Der Wunsch junger Menschen nach einem Schulfach Gesundheit unterstreicht die Bedeutung dieses Anliegens (Stada, 2017; Die Gesundarbeiter, 2016).

Die sich aus dieser Diskrepanz ergebende Frage, warum weitere Schritte in Richtung eines eigenen Schulfaches Gesundheit, z.B. durch wissenschaftlich begleitete Pilotversuche, bisher in keinem Bundesland vollzogen wurden bzw. welche Einflussfaktoren auf ein solches Anliegen einwirken, war der Ausgangspunkt der hier vorliegenden Analyse.

Das Forschungsanliegen reflektierend kann festgestellt werden, dass wichtige, die Forschungsfragen beantwortende Hinweise generiert werden konnten.

Da insbesondere Forschungsblock II auf 16 bzw. 18 Experteninterviews beruht, kann hier nicht von einer finalen, jedoch aufgrund der Intensität und Umfangs der Interviews, von einer relevanten Beantwortung der zugehörigen Forschungsfragen gesprochen werden. Einige der den Methodik-Teil einführenden Annahmen konnten im Ergebnisteil bestätigt, weitere ergänzt oder als von untergeordneter Bedeutung eingestuft werden.

Die durch die Coronapandemie verursachten zeitlichen Engpässe der Autorin führten dazu, dass die Auswertung der Interviews auf drei zentrale Aspekte, verteilt auf zwei Oberkategorien, reduziert werden musste. Für eine feinere Auswertung wären größere Zeitfenster nötig gewesen, die den Umfang der Arbeit deutlich überschritten hätten. Darauf aufbauende Untersuchungen könnten weitere und ergänzende Hinweise zum Thema „Schulfach Gesundheit“ liefern.

Die Durchführung des Forschungsvorhabens resümierend, muss insbesondere zur Ausführung der Interviews kritisiert werden, dass im Vorfeld kein Abgleich der individuellen Definition von „Gesundheit“ mit den Respondenten stattgefunden hat. Aus den Ausführungen der Respondenten konnten deutlich unterschiedliche Auffassungen des Begriffsinhaltes „Gesundheit“ abgeleitet werden (z.B. körperorientierte oder ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit). Entsprechend variierten die Schwerpunkte bei den Angaben zu Inhalten oder Umsetzungen eines potenziellen Schulfaches Gesundheit: Je nach RespondentIn wurde das Fach eher als Maßnahme zur Lösung einer gesellschaftlichen Problemstellung (z.B. Krankheitsprävention) oder als ein in Schule umfassend zu vermittelndes Grundlagenfach beschrieben. Analog differierten die Aussagen zu Zielen (z.B. kritische Gesundheitskom-

petenz vs. gesündere Lebensführung) und inhaltlichen Schwerpunkten (z.B. Krankheitsprävention vs. Gesundheitsförderung) des Faches.

Sollte eine weitere Ausgestaltung des Faches bzw. eine konzeptionelle Arbeit an der Thematik mit Beteiligung unterschiedlicher Professionen verfolgt werden, wird geraten, initial den Begriffsinhalt „Gesundheit“ mit den Beteiligten zu diskutieren und festzulegen.

Weil es bisher keine professionelle Abbildung des Schulfaches bzw. des Bereichs „Gesundheit in allgemeinbildenden Schulen“ gibt, wird vorgeschlagen, zunächst eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Konzeptes für ein Schulfach Gesundheit im allgemeinbildenden Schulbereich zu beauftragen – auch wenn durch die Multiprofessionalität zunächst einige Hürden (z.B. im Hinblick auf Begrifflichkeiten oder Arbeitsweisen) zu überwinden sind.

Der in dieser Masterarbeit verfolgte Ansatz, Respondenten mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund für die Bearbeitung der Thematik auszuwählen, ermöglichte die Berücksichtigung und den Einbezug unterschiedlicher Perspektiven. Dies kann als Vorteil bezeichnet werden, weil sich daraus wichtige Hinweise ergaben. Es erschließt sich daraus allerdings ebenfalls der Bedarf einer neuen Fachrichtung, die diese Unterschiede aufnimmt, bündelt und eint.

Daraus lässt sich der bereits konstatierte Bedarf an spezifischen Lehrstühlen an den Universitäten ableiten, die nicht aus den tradierten Schulfächern gespeist werden, sondern einen multiprofessionellen Ansatz verfolgen – dies insbesondere im Hinblick auf die Konzipierung einer Fachdidaktik „Gesundheit“ für allgemeinbildende Schulen. Eine u.a. aus den Gesundheitswissenschaften, der Medizin, der Psychologie, der Soziologie und der Pädagogik hinaus konzipierte und betriebene „Gesundheit für allgemeinbildende Schulen“ und „Gesundheits(fach)didaktik für allgemeinbildende Schulen“ wäre von hoher Bedeutung.

Dadurch könnte der Bereich „Gesundheit(sförderung)“ in den allgemeinbildenden Schulen von Willkür befreit und von höherer Relevanz werden. Zudem würde die (schulische) Förderung von Gesundheitskompetenz und gesundheitlicher Chancengleichheit, wie auch das Verfolgen eines „Mehrers“ an guten gesunden Schulen eine neue Basis erhalten – dies auch unabhängig von einem Schulfach Gesundheit.

Das „Schulfach Gesundheit“ als allgemeinbildendes Fach kann als bisher (zu) wenig beachtetes Thema in Deutschland bezeichnet werden, zu dem noch viele offene Fragen existieren. Angeregt werden sollen daher insbesondere

- die Evaluation des offiziell verfolgten Ansatzes, gesundheitsrelevante Inhalte in die bestehenden Fächer zu integrieren,
- eine systematische Erhebung und Evaluation der an einzelnen Schulen bereits eigeninitiativ entwickelten Schulfächer „Gesundheit“,
- die Weiterverfolgung der Professionalisierung von Lehrkräften und schulischen Führungskräften im Bereich Gesundheit – allgemein, jedoch auch fachspezifisch und fachdidaktisch,
- die konzeptionelle Arbeit an einem Schulfach Gesundheit bzw. die Entwicklung eines (Rahmen-)Curriculums „Gesundheit“ für allgemeinbildende Schulen in Deutschland und
- die Bündelung einzelner Interessengruppen und Ressourcen in einer gemeinsamen, starken Interessenvertretung, die in der Lage ist, die Politik und/oder die Öffentlichkeit zu erreichen.

Im Rahmen der Bestrebungen, die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung zu stärken, könnte das Schulfach Gesundheit in Zukunft vermehrt in den Fokus unterschiedlicher Akteure rücken. Ansätze auf universitärer/hochschulischer Ebene zeichnen sich bereits ab, sind jedoch noch zu subtil, um an dieser Stelle genannt zu werden. Sollten diese Beobachtungen jedoch bestätigt werden und die Realisierung eines Schulfaches Gesundheit, z.B. durch konzeptionelle Arbeit oder Studienvorhaben, vorangetrieben werden, könnte diese Masterarbeit mit potenziell interessanten Hinweisen positiv mit dazu beitragen.

6 Literaturverzeichnis

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs (1999). American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*, 281(6), 552–557. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/279777823_Health_Literacy_Report_of_the_Council_on_Scientific_Affairs [27.10.2017].
- Ärztblatt (2018). *Sozioökonomischer Status hat Einfluss auf Kindergesundheit*. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99115/Soziooekonomischer-Status-hat-Einfluss-auf-Kindergesundheit> [25.10.2020].
- Ärztblatt (2019). Reinhardt für Gesundheitsförderung als Schulfach. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104282/Reinhardt-fuer-Gesundheitsfoerderung-als-Schulfach> [31.10.2020].
- Aira, T., Välimaa, R., Paakkari, R., Villberg, J., & Kannas, L. (2014). Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject. *Global Health Promotion*, 21(3), 2–18.
- Altgeld, T., Kickbusch, I. (2012). Gesundheitsförderung. In F.W. Schwartz, U.Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks, R. Busse, N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3. Auflage, S. 187-195). München: Elsevier.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. *Basiswissen Gesundheitsförderung - Prävention und Gesundheitsförderung - Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/B_Basiswissen_GF/B2_Setting-Ansatz.html [27.10.2017].
- Bangert-Drowns, R. (1988). the effects of a school-based substance abuse education- a meta analysis. *journal of drug education*, 18, 243–265.
- Basch, C. (2011). Healthier students are better learners: a missing link in school reforms to close the achievement gap. *the journal of school health*, 81(10), 593–598.
- Bauer, U. /Pinheiro, P. (2015). Projekt Health Literacy in Childhood and Adolescence. 2015-2021. Verfügbar unter <https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/HLCA.html> [31.10.2020].
- Becker, B., Fromm, M., Hergert, S., Wermelskirchen, S. & Wermke, C. (2017). Sanierungsfall Schule. *Handelsblatt*, Nr. 149. ,44–51.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* , 35 (2), 151-162.
- Bennett, I., Chen; J., Soroui, J., White, S. (2009). The contribution of health-literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviours in older adults. *Annals of family medicine*, 7(3). Verfügbar unter <http://www.annfammed.org/content/7/3/204.full.pdf+html> [25.10.2017].
- Berens, E., Hurrelmann, K., Schaeffer, D. & Vogt, D. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Verfügbar unter http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf [15.5.2017].
- Bock-Famulla, K. & Stobbe, B. (2014). Wirksame Bildungsinvestitionen: Kita Zoom – ein innovativer Ansatz für zukünftige Finanzierungskonzepte. *Frühe Bildung*, 3(4), 243–246. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000180> [20.10.2017].
- Bundesregierung (2020). *2Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit*“. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf [31.10.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung BpB (2014). *Geschichte der allgemeinen Schulpflicht*. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/kultur/zukunft-bildung/185878/geschichte-der-allgemeinen-schulpflicht> [28.10.2020].
- Bundeszentrale für Politische Bildung BpB (2015). *Bildungsaufgabe und Schulfach*. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/kultur/politische-bildung/193595/bildungsaufgabe-und-schulfach?p=all> [28.10.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung BpB. *Arbeit*. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/17088/arbeit> [09.10.2020].

Literaturverzeichnis

- Bundeszentrale für politische Bildung BpB (2018). *Der sozioökonomische Status der Schülerinnen und Schüler*. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/bildung/277991/der-soziooekonomische-status-der-schuelerinnen-und-schueler> [25.10.2020].
- Brägger, G., Paulus, P. & Posse, N. (2005): *Die gute gesunde Schule. Definition, Prinzipien, Handlungsfelder, Merkmale, Strategien und andere Konzepte*. Verfügbar unter https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_20065_20066_2.pdf [05.10.2020].
- Bruvold, W. & Rundall, T. (1988). A meta-analysis and theoretical review of school based tobacco and alcohol intervention programs. *psychology and health*, 2, 53–78.
- Byrne, D. (2003). *Health equals Wealth*. Beitrag zum 6. European Health Forum. Bad Gastein. Verfügbar unter https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_03_443 [16.10.2020].
- BZgA (2017). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien/> [27.10.2017].
- BZgA (2015). *Prävention und Krankheitsprävention*. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> [27.10.2017].
- BZgA. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Strategien, Handlungsansätze und Methoden*. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansaeetze-und-methoden/> [20.10.2017].
- BZgA (2018). *Wohlbefinden/Well-Being*. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/> [05.10.2020].
- BZgA (2020). *Leitbegriffe Salutogenese*. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/> [28.10.2020].
- Carlsson, M. & Simovska, V. (2012). *Exploring learning outcomes of school-based health promotion—a multiple case study*. *Health Education Research*, 27(3), 437–447.
- Cassens, M. (2014). Einführung in die Gesundheitspädagogik. Band 14. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.
- Dadaczynski, K. (2015). *Welchen Einfluss hat die Schulleitung auf das Gesundheitsmanagement?. Ergebnisse einer Onlinestudie in NRW*. Verfügbar unter http://m.unfallkassenrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_59.pdf [14.07.2015].
- DAK-Gesundheit (2014). *Evaluationsbericht „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln 2007-2013“*. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/evaluationsbericht-gemeinsam-gesunde-schule-entwickeln-1405112.pdf> [28.08.2017].
- Die Gesundarbeiter (2016). *Homepage: Schulfach Gesundheit. Ergebnisse einer Studie „Zukunft Gesundheit 2016“ mit der Schwenninger Krankenkasse*. Verfügbar unter <https://www.stiftung-gesundarbeiter.de/ueberuns-schulfach-gesundheit/> [24.10.2020].
- European Commission (2020). *The Megatrends Hub*. Verfügbar unter https://ec.europa.eu/knowledge4policy/foresight/tool/megatrends-hub_en#explore [31.10.2020].
- Fachanforderungen (2019). *Verbraucherbildung- Sekundarstufe I* Hrsg.: Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Schleswig-Holstein. Kiel. verfügbar unter <https://lehrplan.lernnetz.de/index.php?wahl=241> [14.08.2020]
- Faltermaier, T. (2010). Gesundheitsbildung im Setting Schule: Salutogenetische Strategien. In P. Paulus (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (249-271), Weinheim, München: Juventa.
- Folz, J. (2017). *Untersuchung der Eignung eines eigenständigen Schulfaches Gesundheit an allen Schulformen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland* (Unveröffentlichte Hausarbeit). Leuphana Universität Lüneburg.
- Folz-Antoniadis, J. (2018). *„Stellenwert von Gesundheit“, „Gesundheitszustand“ und „Gesundheitskompetenz“ bei Lehr- und schulischen Führungskräften als Einflussfaktoren für die Realisierung der guten gesunde Schule: Bedeutung, Ist-Analyse und kritische Reflexion*. (Unveröffentlichte Hausarbeit). Leuphana Universität Lüneburg.

- Franze, M. & Paulus, P. (2009). MindMatters – a programme for the promotion of mental health in primary and secondary schools. Results of an evaluation of the German language adaptation. *Health Education*, 109(4), 369-379
- Fullan, M. G. (2001). *The new meaning of educational change* (3. Auflage.). New York: Teachers College and Routledge Falmer.
- Gabhainn, S., OHiggins, S., Barry, M. (2010). The implementation of social, personal and health education in Irish schools. *Health Education*, 110(6), 452–470. Verfügbar unter <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/09654281011087260> [22.10.2017].
- Hartung, S., Kluwe, S, Sahrai, D. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In T. Schott, C. Hornberg (Hrsg.). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 599-617). Wiesbaden: Springer. Verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92790-9_33.pdf [20.10.2017].
- Hascher, T. & Winkler-Ebner, C. (2010). Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In: Paulus, P. (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit* (31-56). Weinheim und München: Juventa.
- Hasselhorn, H.M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index - ein Leitfaden. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Sonderschrift – S 87*. Verfügbar unter <https://www.wainetzwirk.de/uploads/PDF/Der%20Work%20Ability%20Index%20-%20ein%20Leitfaden.pdf> [05.10.2020].
- Hazell, T. (2005). *Mind Matters: Evaluation of the Professional development and school-level implementation. Final Report*. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Trevor_Hazell/publication/238734689_Evaluation_of_the_Professional_Development_Program_and_School-level_Implementation/links/00b4952d36bf10f574000000/Evaluation-of-the-Professional-Development-Program-and-School-level-Implementation.pdf [27.10.2017].
- Henner, G. (1998). Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik. 2500 Jahre Gesundheitsförderung in Texten und Bildern. *Ein wissenschaftliches Lesebuch* (Band 20). Würzburg: Ergon.
- Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E., Berth, H. (2010). Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 72, 897-903.
- Huber, S. G. (1999). Was macht Schule wirksam?. *Schulmanagement*, 30, 10-17.
- Hundeloh, H. (2018). *Gesundheitsmanagement an Schulen – Überlegungen zur Notwendigkeit und Ausgestaltung*. Vortrag in Otzenhausen (Saarland) am 13.09.2018.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.). (2014). *Prävention und Gesundheitsförderung: Lehrbuch* (4. Auflage). Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Leppin, A., Freitag, M. (1994). Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40(6), 871–890.
- Hurrelmann, K., Bauer, U., Schaeffer, D. (2018). *Strategiepapier #1- Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem fördern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*, 2018. Verfügbar unter <file:///C:/Users/jmfol/AppData/Local/Temp/NAP%20Strategiepapier%20Nr%201%20fin-1.pdf> [28.11.2018].
- Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert der WHO (1997). Verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf [22.10.2017].
- Jerusalem, M., Mittag, W. (1994). Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. *Zeitschrift für Pädagogik*, 40(6), 851–870.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J., Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Journal of Public Health*, 11 (3), 57.
- Jourdan D., Samdal O, Diagne & Carvalho GS. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion&Education*, 15(3), 36–38. Verfügbar unter <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1025382308095657> [28.8.2017].
- Kaluza, G., Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 119–134.
- KfW (2016). *Investitionsrückstau bei Schulgebäuden*. Verfügbar unter <https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Fokus-Volkswirtschaft/Fokus-Nr.-143-September-2016-Investitionsr%C3%BCckstau-bei-Schulgeb%C3%A4uden.pdf> [28.10.2020].
- KIGGS, Manz, K., Schlack, R., Poethko-Muller, C., Mensink, G., Finger, J. & Lampert, T. (2014). Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-

Literaturverzeichnis

- Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (7), 840–848.
- Kim, S., Cho, H., & Baek, S. (2016). Effects of healthy life practice education on reported health behaviors among fourth-grade elementary school students in South Korea. *The Journal of School Nursing*, 32(6), 397–406.
- Klasse2000 (2017). *Homepage*. Verfügbar unter <http://www.klasse2000.de/>
- Klasse 2000 (2017). *Evaluation*. Verfügbar unter <http://www.klasse2000.de/das-programm/evaluation-klasse2000-wirkt.html> [20.10.2017].
- Klasse 2000 (2015). *Abschlussbericht Evaluation durch die Universität Bielefeld*. Verfügbar unter http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Kurz-Zus.fass-2_Seiten.pdf [20.10.2017].
- KMK SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ der Kultusminister (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*. Verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf [27.10.2017].
- KMK. *Aufgaben der KMK*. Verfügbar unter <https://www.kmk.org/kmk/aufgaben.html> [16.10.2020].
- KMK. *Bildungswege und Abschlüsse*. Verfügbar unter <https://www.kmk.org/de/themen/allgemeinbildende-schulen/bildungswege-und-abschluesse.html> [12.10.2020].
- Koch-Institut, R. (2014). *KiGGS Welle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse*. Verfügbar unter https://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS1_Zusammenfassung_20140623.pdf [22.10.2017].
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Lehrplan Gesundheit Saarland (2012). *Berufliches Oberstufengymnasium mit der Fachrichtung Gesundheit und Soziales*. Hauptphase, E-Kurs. Verfügbar unter [https://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/Gesundheit_\(Hauptphase__E-Kurs\)__2012.pdf](https://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/Gesundheit_(Hauptphase__E-Kurs)__2012.pdf) [10.10.2017].
- Leppin, A., Hurrelmann, K. & Freitag, M. (1994). Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer. *Zeitschrift für Pädagogik*, 6, 871–890.
- Leyendecker, M. (2019). *Gesundheitsförderung an Schulen. Aktuelle Befunde und konkrete Umsetzung anhand des Konzepts der „guten gesunden Schule“* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Leuphana Universität Lüneburg.
- Lee, A. (2009). Health- promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health-literacy. *Appl Health Econ Health Policy*, 7(1), 11–7.
- Marks, R., Nic Gabhainn, S., O'Higgins, S., & Barry, M. (2010). The implementation of social, personal and health education in Irish schools. *Health Education*, 110(6), 452–470.
- Mayer, A. B., Smith, B. J., & McDermott, R. J. (2011). ERIC - Health Education: Always Approved but Still Not Always on Schools' Radar, *American Journal of Health Education*. *American Journal of Health Education*, 42(6), 349–359.
- McQueen, D. V., & Jones, C. M. (2007). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York NY: Springer. Verfügbar unter <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/672/Contents%20and%20Front%20Matter.pdf> [18.10.2017].
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M. & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Folgen_unzureichender_Bildung_fuer_die_Gesundheit.pdf [27.10.2017].
- MindMatters (2017). *Homepage*. Verfügbar unter <http://www.mindmatters-schule.de/> [25.10.2017].
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2016). *Gymnasium- Wirtschaft/Berufs- und Studienorientierung (WBS)*. Verfügbar unter <http://www.bildungsplaene-bw.de/Lde/LS/BP2016BW/ALLG/GYM/WBS> [23.10.2019].
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2017). Verfügbar unter <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> [27.10.2017].
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 15 (3), 259–267.

- OECD Health Statistics. (2015). *Ländernotiz*. Verfügbar unter <http://www.oecd.org/berlin/presse/Health-Statistics-Deutschland-Laendernotiz.pdf> [30.4.2017]
- Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P. & Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Ormslow, M., Kokko, S., Villberg, J., & Kannas, L. (2016). The desired learning outcomes of school-based nutrition/physical activity health education: A health literacy constructed Delphi survey of Finnish experts. *Health Education*, 116(4), 372-394.
- Ottawa-Charta der WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [22.10.2017].
- Paulus, P. (2005). From the Health Promoting School to The Good and Healthy School: New Developments in Germany. In S. Clift, J. Bruun (Hrsg.), *The health promoting school International Advances in Theory, Evaluation and Practice* (55-74). Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111117/E90358.pdf [27.10.2017].
- Paulus, P. (Hrsg.). (2010). *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim, München: Juventa.
- Paulus, P. (2010). *Psychische Gesundheit. Für eine gute gesunde Schule*. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG). Materialien zur Gesundheitsförderung. LZG-Schriftenreihe Nr. 280 / Artikel-Nr.: KJM 210. Verfügbar unter https://www.lzg-rlp.de/files/LZG-Shop/Gesundheit%20von%20Kindern%20und%20Jugendlichen_Download/2014-02_GLL_psychische_gesundheit_bro.pdf [31.10.2020].
- Paulus, P., Schumacher, L., Sieland, B., Burrows, E., Rupprecht, S., Schwarzenberg, K. (2014). *Evaluationsbericht DAK-Gesundheit „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“*. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/evaluationsbericht-gemeinsam-gesunde-schule-entwickeln-1405112.pdf> [28.08.2017].
- Qshequilla, M. (2014). *Relationship between high school students health behaviours and perceptions of their 9th grade health education course: Dissertation*. Verfügbar unter https://ir.ua.edu/bitstream/handle/123456789/2174/file_1.pdf?sequence=1 [02.10.2017].
- Robert Koch Institut (2014). *Neue Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit aus KiGGS*. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2014/07_2014.html [22.10.2017].
- Robert Koch Institut RKI. (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf#PAGE=383> [22.10.2017].
- Robert Koch-Institut (RKI). (2011). *KiGGS Welle 1: Projektbeschreibung*. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_welle1.pdf?__blob=publicationFile [21.10.2017]
- Schaeffer, D., Vogt, D., Behrens, E. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Verfügbar unter http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf [27.10.2017].
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart 2018.
- Scheuch, K., Haufe E., Seibt, R. (2015). Lehrergesundheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(20), 347–356.
- Schnabel, P. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. vollständig überarbeitete Auflage, S.321-332). Bern: Huber.
- Schools for Health in Europe (2020). Factsheet: Health literacy in schools. Verfügbar unter <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/factsheet-2020-english.pdf> [31.10.2020].
- Schulordnungsgesetz Saarland (2006). Verfügbar unter https://www.saarland.de/dokumente/thema_justiz/223-2.pdf [28.10.2017].
- Siebert, D. (2005). *Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/B_Basiswissen_GF/B2_Setting-Ansatz.html [27.10.2017].
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, S., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. Verfügbar unter <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> [27.10.2017].

- Spahn-Skrotzki, G. (2010). *Bildung zur Verantwortung gegenüber dem Leben*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München. *Ernährung und Soziales. LehrplanPLUS*. gültig ab Schuljahr 2019/20. Verfügbar unter https://www.lehrplanplus.bayern.de/schulart/mittelschule/fach/es/inhalt/fachlehrplaene?w_schulart=mittelschule&wt_1=schulart&w_fach=es&wt_2=fach&w_jgs=7&wt_3=jgs [26.10.2020].
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München. *Bildungs- und Erziehungsauftrag der Mittelschule*. Verfügbar unter <https://www.lehrplanplus.bayern.de/bildungs-und-erziehungsauftrag/mittelschule/7/es> [26.10.2020].
- Statistisches Bundesamt (2016). *Schulen auf einen Blick*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Publikationen/Downloads-Schulen/broschuere-schulen-blick-0110018169004.pdf?__blob=publicationFile [25.10.2020].
- Stewart-Brown S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf [27.10.2017].
- Stiftung Gesundheitswissen (2019). *Pausenlos gesund*. Verfügbar unter https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/schulprojekt_pausenlosgesund [28.03.2019]
- Strategiepapier 1 zum Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018). *Gesundheitskompetenz im Bildungs- und Erziehungssystem stärken*. Verfügbar unter <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/02/nap-gesundheitskompetenz-deutschland-strategiepapier-nr-1.pdf> [31.10.2020].
- Tannen, A., Adam, Y., Ebert, J. & Ewers, M. (2018). *Abschlussberichte der Evaluation. Evaluationsbericht der Charité. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen– SPLASHTeil2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse*. Verfügbar unter <https://schulgesundheitsfachkraft.de/abschlussberichte-dokumente/> [26.10.2020].
- WDR (2019). *Statements zum Thema „Zukunft Bildung“*. Verfügbar unter https://presse.wdr.de/plounge/wdr/programm/2019/11/201901109_hirschhausen.html [31.10.2020].
- WHO (1997). *Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhunderts*. Verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf [22.10.2017].
- WHO (1997). *Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on comprehensive school health Education and promotion*. Geneva.
- WHO (2002) *Investment for Health: A discussion paper of the role of economic and social determinants of health*. Verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107453/E77971.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [16.10.2020].
- WHO Europe (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf [27.10.2017].
- WHO (2008). *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand. Verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf [16.10.2020].
- WHO Regional Office for Europe (Hrsg.). (2008). *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practices*. Copenhagen, Oakville, CT: Danish University of Education Press. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111117/E90358.pdf [18.10.2017].
- WHO (2009). 7th Global Conference on Health Promotion. *Track 2: health literacy and health behavior*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> [27.10.2017].
- WHO Europe. (2013). *Health Literacy- the solid facts*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf [27.10.2017].
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung*. Weinheim und München: Juventa.
- Zeit Doctor Sprechstunde (2018). *Gesundheitsbildung: Eine Aufgabe der Schulen?*. Verfügbar unter https://www.zeit.de/video/2018-09/5838064322001/zeit-doctor-sprechstunde-gesundheitsbildung-eine-aufgabe-der-schulen?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F [31.10.2020].

7 Weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Haus der Arbeitsfähigkeit	14
Abb. 2:	Vorgehen bei der Recherche nach "Gesundheits-Schulfächern"	49
Abb. 3	Interdependenz der Einflussnehmer und -Faktoren zur Förderung eines allgemeinbildenden Schulfaches Gesundheit.....	99
Abb. 4a/b	Schichtbau (4a) der/Querschnitt (4b) des „policy-making-Zylinder der schulischen Gesundheitsförderung“.....	124

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter; gekürzte Version.....	40
Tab. 2	Übersicht über die Respondenten mit Angabe des professionellen Kontextes und der Berücksichtigung ihrer Rückmeldungen in der Auswertung.....	54
Tab. 3	Übersicht über die recherchierten Schulformen und „Gesundheitsfächer“ mit Angabe von Aus-/Einschluss in die Analyse.....	65
Tab.4	Weitere Informationen zur Gestaltung eines Schulfaches Gesundheit.....	126
Tab. 5	Nicht relevante Inhalte für ein Schulfach Gesundheit.....	126
Tab. 6	Übersicht über Inhalte eines potenziellen Schulfaches Gesundheit.....	127
Tab. 7	Übersicht von Zielen eines potenziellen Schulfaches Gesundheit.....	127

Abkürzungsverzeichnis

BRD	Bundesrepublik Deutschland
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
etc.	et cetera
GeKo	Gesundheitskompetenz
ggf.	gegebenenfalls
HE	Health Education
HL	Health Literacy
KMK	Kultusministerkonferenz
NAP	Nationaler Aktionsplan
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
o.g.	oben genannt(e)/(en)
OK	Oberkategorie
PuG	Prävention und Gesundheitsförderung

Weitere Verzeichnisse

RKI	Robert Koch Institut
sog.	sogenannte
SPHE	social, personal and health education
SuS	Schülerinnen und Schüler
u.a.	unter anderem
UK	Unterkategorie
Vgl.	vergleiche
Vs	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

8 Anhang

Anhang A: Kernleitfaden für die Interviews

Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen

Leitfaden

IST-Stand, Umsetzungsbedingungen, curriculare Aspekte

Schwerpunkt Saarland

Interview-Nr.:

Aufn-Gerät: schwarz od.

grau Aufn.-Nr.: _____

Datum/Zeit:

Ort:

Name Respondent:

Alter/Geb.-Datum:

Beruf/Funktion:

In Organisation seit:

Aufnahme ok:

Wie möchten Sie zitiert werden?: _____

Ggf. Einleitung einfügen

A) Generelle Einordnung des Themas und Stellenwert

1. Wird das Thema „eigenes Schulfach Gesundheit in allgemeinbildenden Schulformen“ (im Saarland) in Ihrem professionellen Kontext/in der Diskussion aufgegriffen?
 - ➔ Wie? Können Sie das genauer erläutern? Wie kam es dazu? Warum nicht?
 - ➔ Ggf.: Seit wann und wie beschäftigt Sie das Thema „Schulfach Gesundheit“?

 2. Wie stehen Sie/Ihre Institution/Ihr Ministerium zu dieser Forderung? ➔ Warum?
 - ➔ falls Befürwortung: Was wird von Seiten Ihrer Institution/Ihrerseits getan, um der Forderung nach dem Schulfach Ges. näher zu kommen?

 3. Wird es das Thema ihres Wissens nach von anderen Akteuren diskutiert? Wie? Warum? Gibt es (andere) Institutionen/Akteure/Parteien, die konkret ja/nein zu so einem Fach sagen?
 - ➔ Ihre Bewertung der Aussagen der anderen Institutionen/Akteure/Parteien?

 4. Wie wird reagiert, wenn das Schulfach wieder öffentlich gefordert wird? Gibt es da Reaktionen Ihrer Institution/Partei? Warum?
 - ➔ Ist das dann von hohem Stellenwert im Tagesgeschäft? Was geht vor und warum?
 - ➔ Wird an dem Thema bei Ihnen in irgendeiner Form gearbeitet? Von wem? Wie? Wie ist der Stand? Andere Institutionen/Akteure/Parteien?
-

B) Ist-Stand

1. Ist Ihnen bekannt, ob es dieses Schulfach in Deutschland/dem Saarland bereits gibt? Wie ordnen Sie das ein?
 - ➔ Ist Ihnen bekannt, dass es dieses Fach im Saarland bereits an den berufl. Schulen (nur, aber immerhin), hier auch mit der Möglichkeit des normalen Abiturs und von entspr. Ausgeb. LKs unterrichtet, gibt?

2. Aktuell werden -auch im Saarland- gesundheitlich relevante Inhalte in die Lehrpläne aller Fächer integriert. Dadurch soll Gesundheitsbildung/GeKo erreicht werden. Gesundheit als Thema sei zu umfassend für ein eigenes Fach und deswegen in die ganze Schule zu tragen- durch die Eingliederung in alle Fächer sei ein eigenes Fach nicht nötig. Einige Experten wiederum sagen, dass dies so nicht ausreicht, da u.a. die Kompetenz der Lehrkräfte nicht reiche, um die Inhalte des großen Bereichs Gesundheit (der oft nur auf Bewegung und Ernährung reduziert wird) umfassend und didaktisch korrekt zu vermitteln. Lehrkräfte seien bereits überlastet und dieses Vorgehen hinderlich.

Wird diese Vorgehensweise von Ihrer Institution/Ihrer Partei/von Ihnen kommentiert? Wie bewerten Sie diesen Ansatz bzw. auch diese Hinweise?

3. Eine Gemeinschaftsschule im Saarland ist den umgekehrten Weg gegangen und hat alle gesundheitsrelevanten Inhalte aus den unterschiedlichen Fächern in einen Lehrplan gepackt und hat das Fach „Gesundheit“ eingeführt. Die Vorgehensweise der Schule mit dem eigenen Fach wird als Modellschule im Saarland zum Thema „gesunde Schule Saar“ bezeichnet. Dabei wird auch das Fach gelobt und das Ganze von der saarländischen Staatssekretärin zum Vorreiter der „gesunden Schule Saar“ erklärt.

Wie ordnen Sie das in die Diskussion um die Einführung eines SF für alle Schulen (im Saarland) ein?

C) Ideen zur Ausgestaltung eines Schulfaches Gesundheit

Angenommen, das Fach würde im Saarland beschlossen und soll eingeführt werden (an allgemeinbildenden Schulen)...

1. Was sollten, im Falle einer Einführung, Inhalte eines solchen Schulfaches sein?
 2. Was wäre -z.B. pädagogisch/didaktisch oder organisatorisch- dabei wichtig/zu beachten? Ideen Ihrerseits (z.B. auch zum Stundenumfang)?
-

D) Analyse Umsetzungsbedingungen

Angenommen, Sie würden im Saarland regieren und Sie würden dieses Fach umsetzen wollen.

1. **Wie hat man sich das ganz konkret vorzustellen? Was müsste (auch von polit./Ihrer Seite) getan werden, damit so ein Fach Einzug in alle Schulformen des Saarlandes halten könnte (vom grünen Tisch in die Klassenräume)?** → Was sind Bedingungen, Stellschrauben, die auf dem Weg zu beachten wären?
 - Wie würde was, wann, durch wen ablaufen?
 - Welche konkreten Schritte wären, im Falle des Beschlusses zur Einführung des Faches, abzuhandeln?
 - Wie lange würde so ein Prozess dauern? Wieviel würde das kosten?
-

E) Einflussfaktoren

Die Forderung kommt immer wieder auf.

1. **Welche Faktoren -auch in der aktuellen Diskussion- beeinflussen das Voranbringen des Themas positiv, welche negativ? Wovon ist es aktuell abhängig, ob es**
 - **weiter vorangeht/befördert wird oder**
 - **stagniert?**

Anders als in anderen europäischen Ländern (z.B. Finnland) wird das Fach bisher trotz immer wieder aufkommenden Forderungen als eigenes, festes Fach im Fächerkanon der allg.-bild. Schulen abgelehnt – auch im Saarland.

2. **Wieso ist die Umsetzung eines SF Ges. von Beginn an bisher nicht gelungen (trotz immer wieder aufkommender Forderungen)? Was sind konkrete/echte Hindernisse?**
Was sind Ihrer Expertise nach Faktoren und Bedingungen, die einer Realisierung dieses Faches widersprechen bzw. es nicht möglich machen? Oder: Warum gibt es das Fach noch nicht?
 - Ihre Einordnung?
 - Ggf.: Was müsste „passieren“, damit es politisch gewollt ist?
-

F) Zukunft des Themas/ Resümee

1. Denken Sie, das Thema Schulfach G. wird (im Saarland) -auch für Sie/Ihre Institution- weiterhin/neu Thema sein? Wird das Thema im Saarland/der BRD in Zukunft eine Rolle spielen?
→ Wie bzw. wenn nicht, warum nicht und was anstatt?
2. Welche Fragen sollten dazu noch gestellt bzw. beantwortet werden, damit die Diskussion mehr Struktur erhält? „Fehlt noch was“ zur weiteren Beleuchtung des Themas?
3. Mit wem müsste ich zu dem Thema ihrer Ansicht nach ggf. noch sprechen?
4. Sonst noch etwas, was ich nicht gefragt habe, was aber noch sehr wichtig wäre für das Thema?

DANKE!

Aufnahme stoppen

Anhang B: Fragenübersicht für schriftliche Rückmeldung von Institution Y

Interviewfragen für Institution Y zur Masterarbeit

von Frau Julia Folz-Antoniadis

1. Seit wann und wie beschäftigen Sie sich mit dem Thema „Schulfach Gesundheit“? (Welche Rolle spielt das Thema in Ihrem professionellen Kontext?)
2. Wie ist der Ist-Stand zum Schulfach Gesundheit im Saarland? Wie ordnen Sie das ein? Wie sind die Bedingungen?
3. Was war die Motivation des Landes damals, dieses Fach im Saarland als gymnasiales Fach (an den beruflichen Schulen) anzubieten?
4. Wo in der BRD gibt es von ministerieller Seite ebenfalls offiziell eingeführte Fächer „Gesundheit“? Wie sind diese gestaltet?
5. Gibt es -und falls ja, wie- zum Thema „Gesundheit als eigenes Schulfach“ einen Austausch mit anderen Bundesländern?
6. Wer beschließt, ob es solch ein Fach geben kann, oder nicht?

Anders als in anderen europ. Ländern (Finnland, GB, ...) wird das Fach bisher trotz immer wieder aufkommenden Forderungen als eigenes, festes Fach im Fächerkanon der allg.-bild. Schulen abgelehnt – auch im Saarland. Angenommen, das Fach würde im Saarland beschlossen und soll eingeführt werden (an allg.-bild Schulen) ...

7. Was sind Bedingungen, die zunächst erfüllt werden müssten, damit eine solche Realisierung gelingt? Welche Faktoren und Prozesse sind zu berücksichtigen?
8. Beschreiben Sie bitte die konkreten Schritte, die nach dem Beschluss der o.g. Einführung erfolgen würden (Wie wird -ganz praktisch- ein neues Fach etabliert? Der Weg „vom Beschluss bis zur ersten Unterrichtsstunde“ → Was müsste von wem wie wann getan werden etc.).
9. Wie lange würde dieser Prozess dauern?
10. Was würde der Prozess das Saarland kosten?

11. Was sollten, im Falle einer Einführung, Inhalte des Schulfaches sein?
Was wäre dabei zu beachten?
12. Welche Faktoren -auch in der aktuellen Diskussion- beeinflussen das Voranbringen des Themas positiv, welche negativ? Wovon ist es aktuell abhängig?

Die Umsetzung der Gesundheitskompetenzbildung und -Förderung (KMK 2012) erfolgt aktuell u.a. durch Eingliederung der Inhalte in alle Lehrpläne.

13. Wie sehen Sie diese Vorgehensweise? Vollständigkeit der Inhalte gegeben? Vorteile/Nachteile?

Die Schule X geht gerade den umgekehrten Weg und entnimmt all diese gesundheitsrelevanten Inhalte der einzelnen Fachlehrpläne. Sie hat daraus ein eigenes Fach „Gesundheit [REDACTED]“ erstellt und als Wahlpflichtfach eingeführt. Die Vorgehensweise der Schule mit dem eigenen Fach wird als Modellschule [REDACTED] zum Thema „gesunde Schule Saar“ bezeichnet. Dabei wird auch das Fach gelobt und das Ganze zum Vorreiter der „gesunden Schule Saar“ erklärt (Zitat eines/r Ministerialmitarbeitenden aus einer Tageszeitung).

14. Kennen Sie die Umsetzung? Wie bewerten Sie diese und warum?
15. Wie ordnen Sie das in die Diskussion um die Einführung eines Schulfaches für alle Schulen (im Saarland) ein (Signal)?
16. Gab es im Rahmen der o.g. Einführung ggf. eine Zusammenarbeit mit Ihnen?
17. Wie bewerten Sie den dort erstellten Lehrplan und die Kompetenzen, der diese Inhalte unterrichtenden Lehrkräfte?

Bisher wird die Neueinführung eines eigenen Faches „Gesundheit“ an allen Schulformen (im Saarland) abgelehnt...

18. Wieso ist die Umsetzung eines SF Ges. von Beginn an bisher nicht gelungen? (trotz dieser o.g. Forderungen) Was sind konkrete, echte Hindernisse?
19. Was sind Bedingungen, die einer Realisierung dieses Faches widersprechen bzw. es nicht möglich machen (Warum gibt es das Fach noch nicht?) Ihre Einordnung?
20. Gibt es andere Themen, über deren Einführung als eigenes Fach an allg.-bild. Schulen im Saarland diskutiert wird? Wenn ja: Welche sind das und warum?
21. Wird das Thema „Einführung Schulfach G.“ innerhalb Ihres Wirk-/Tätigkeitsbereichs generell diskutiert? --> Fall ja: Was wird dabei wie diskutiert?
22. Wird das Thema Ihrer Expertise nach in der politischen Diskussion aufgegriffen? Ggf. wie?
23. Was müsste „passieren“, damit das Fach an allg.-bild. Schulen „von Anfang an“ politisch gewollt ist?
24. Formulieren Sie bitte Ihr Resümee bezüglich des aktuellen Standes zum Thema Schulfach G. und seiner Umsetzung (Saarland und auch im Vgl. bundesweit).
25. Denken Sie, das Thema Schulfach G. wird im Saarland und/oder der BRD in Zukunft eine Rolle spielen? Wie bzw. wenn nicht, warum nicht und was anstatt? (Saarland als Vorreiter oder eher am Schluss...?)
26. Wo sehen Sie Bedarf, im Hinblick auf dieses Thema etwas zu tun oder auch nicht? Lücken (auch in der Forschung) die aktuell gefüllt werden müssten?
27. Würden Sie eine Studie zum des SF Gesundheit im Saarland unterstützen? (Evaluation)
28. Wäre ein Schulversuch denkbar?
29. Welche Fragen sollten dazu noch gestellt bzw. beantwortet werden, damit die Diskussion mehr Struktur erhält?
30. Sonst noch etwas, was ich nicht gefragt habe, was aber noch sehr wichtig wäre für das Thema?

VIELEN DANK!

Anhang C: E-Mail-Anfrage an Nr. 13 und 18

Sehr geehrte Herr/Frau X,

ich absolviere privat ein Master of Public Health-Studium und in dieser Sache arbeite ich gerade an meiner Masterarbeit.

Durch diese Arbeit befasse ich mich grob mit dem Thema Gesundheits(kompetenz)förderung in der Schule und habe u.a. einige Experteninterviews geführt, die sich mit dem Thema "Schulfach Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen" beschäftigten (das Fach gibt es an den allgemeinbildenden Schulen nicht, nur an den beruflichen - hier kann man im Saarland mit Gesundheit am Oberstufengymnasium das normale Abitur machen). Ein solches Fach wird immer wieder diskutiert (u.a. auch im ersten Strategiepapier zum nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz in der BRD erwähnt) und es fehlt an Struktur innerhalb der Diskussion, weswegen ich hier genauer nachforschen möchte.

Unter anderem fragte ich meine Interviewpartner,

- a) welche **Inhalte** ein potenziell neues Schulfach Gesundheit haben sollte, sollte es Pflichtfach an den Grund- und Sekundarschulen I werden (Klassen 1-4 und dann 5-10 der Gemeinschaftsschulen bzw. Gymnasien) und
- b) **wie** dieses Fach ggf. **vermittelt** werden sollte.

Die Didaktik und die Inhalte müssten zu den Entwicklungsstufen der Schüler passen, denn neben Wissen, sollen ja auch Fähigkeiten bis hin zu critical health literacy entstehen.

Kurz: Was sollten also Kinder und Jugendliche nach Absolvieren eines mittleren Bildungsabschlusses im Bereich Gesundheit (verstanden als körperlich/psych./sozial) wissen/können und wie könnte das unterrichtlich in einem eigenen Fach erreicht werden?

Ich habe zu diesen beiden Fragen viele Antworten erhalten. Ihre Ideen und Impulse dazu würden mich sehr interessieren, weswegen ich Ihnen nun diese Email schreibe.

Ich würde mich über Ihre -auch gerne ganz kurze- Rückmeldung freuen, die ich ggf. mit in die Masterarbeit aufnehmen darf und sende Ihnen freundliche Grüße,

Julia Folz-Antoniadis

Erklärung gemäß § 13 Abs. 6 der RPO

„Hiermit versichere ich, dass

- *die Arbeit - bei einer Gruppenarbeit den entsprechend gekennzeichneten Teil der Arbeit -selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden,*
- *alle Stellen der Arbeit, die wortwörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen und als solche kenntlich gemacht wurden und*
- *die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.“*

Datum und Unterschrift

In großer Dankbarkeit meiner Familie und dem Leben gewidmet.