Sachverständigenkommission
Dreizehnter
Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.)

Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht

Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen

Expertise von Peter Paulus

Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern

Vorwort

Der 13. Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema „Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die für die Kinder- und Jugendhilfe, für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet, die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, auf oft nur wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann,

Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Dr. Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

München, im Juni 2009
Prof. Dr. Heiner Keupp
Vorsitzender der Sachverständigenkommission
des 13. Kinder- und Jugendberichts

Inhalt

1 Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe
Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist
Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? 13
Petra Kolip
Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention 51
Bernd Röhrle
Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? 69
Manfred Hintermair
Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen 155

2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen
Tina Friederich
Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen 195
Renate Höfer, Luise Behringer
Interdisziplinäre Frühförderung: Angebot und Leistungen 257
Elisabeth Wacker, Rainer Wetzler, Stefanie Frings
Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen 311

3 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendberufshilfe
Andreas Hanses, Kirsten Sander
Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit 373
Knut Lambertin
Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit 419
Elke Opper, Petra Wagner
Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport 447

Peter Paulus
Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern 537
Florian Straus
Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe 621

4 **Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und in Risikolagen**
Albert Lenz
Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe 683
Michael Kölch
Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern 753
Stephan Sting
Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter 789

5 **Gesundheitsförderung und Prävention bei den Hilfen zur Erziehung und ihren Schnittstellen**
Ulrich Gerth, Klaus Menne
Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 829
Margret Dörr
Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese 925
Jörg M. Fegert, Tanja Besier
Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform 987

6 **Autorinnen und Autoren** 1111

Peter Paulus

Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern

1 Einleitung 539
2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits-, Bildungs- und politischen Kontext 540
3 Schule und Gesundheitsförderung: Konzepte, Strategien und Erfolge in unterschiedlichen Schularten und -formen 545
4 Konsequenzen: Schulische Gesundheitsförderung vom Kopf auf die Füße gestellt – ein neues Paradigma 581
5 Die gute Schule und die gute gesunde Schule 582
6 Schule und Kinder- und Jugendhilfe: Kooperationsansätze und Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung 588
7 Perspektiven sich gegenseitig stärkender Kooperationen von schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe 594
8 Fazit 601
9 Literaturverzeichnis 602
10 Anhang 608

1 Einleitung

Die Expertise beschreibt in der Einleitung kurz die Gesundheits-, Bildungs- und politischen Kontexte. Gesundheit wird als zentrale Ressource gelingender Lebensgestaltung gesehen, deren Förderung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden muss. Neben der Familie sind Schule und Kinder- und Jugendhilfe bedeutsame Institutionen, die hierzu mit gesetzlichen Aufträgen ausgestattet sind und in der Kooperation mit anderen Partnern wirksame Beiträge leisten können. Über die Kooperationen, ihre augenblickliche Ausgestaltung, ihre Wirksamkeit und über ihre notwendigen Weiterentwicklungen informiert die Expertise.
In dieser Absicht stellt sie zunächst die schulische Gesundheitsförderung so dar, dass aus ihren Entwicklungen und gegenwärtigen Realisierungen heraus die aktuellen Konzeptionen verständlich werden. Sie lassen Kooperationsanlässe und -notwendigkeiten schulischer Gesundheitsförderung mit der schulbezogenen Kinder- und Jugendhilfe deutlich werden. Die Darstellung geschieht vor dem Hintergrund einer Recherche national und international verfügbarer Forschungsergebnisse.

Hieran anschließend werden Kooperationsansätze und Praxisbeispiele für verschiedene Schularten und -formen vorgestellt. Sie zeigen die Vergleichbarkeit der Ansätze schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe, geben einen Einblick in Kooperationsformen und verweisen auf problematische Konstellationen. Abgesichert durch weiterführende Forschungsergebnisse werden eine Einschätzung gegenwärtiger Praxis vorgenommen und Entwicklungserfordernisse offengelegt.

Daran anknüpfend werden Perspektiven einer sich gegenseitig stärkenden Kooperation anhand mehrerer komplexer Kriterien behandelt, die sowohl die Individual-, Schul-, Regional- bzw. Kommunalentwicklung betreffen, als auch die politischen Rahmenbedingungen und die erforderliche empirische Absicherung berücksichtigen.

Im Fazit werden die offen zutage tretenden Kooperationsnotwendigkeiten herausgearbeitet, die die vorhandenen Entwicklungspotenziale wirksam werden lassen könnten. Die kooperative Ganztagsschule wird abschließend als ein nachhaltig wirksames Kooperationsmodell für die schulische Gesundheitsförderung und schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe beschrieben.

2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits-, Bildungs- und politischen Kontext

Gesundheit wird hier in Anlehnung und Erweiterung der klassischen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 als physisches, psychisches, soziales, ökologisches und spirituelles Wohlbefinden verstanden, das sich in der Auseinandersetzung des Individuums mit seiner kulturellen, sozialen und materiellen Mit- bzw. Umwelt einstellt. Momente der produktiven Anpassung an die Lebensbedingungen („Selbsterhaltung") und der Selbstverwirklichung („Selbstgestaltung") charakterisieren im günstigen Fall eine dynamisch sich entfaltende Balance der Gesundheit (WHO 1946; Hurrelmann 2000, Paulus 1994; Hurrelmann/Franzkowiak 2006).

Im Vergleich zu früheren Generationen sind Kinder und Jugendliche heute in Deutschland gesünder, leben unter den besten gesundheitlichen Bedingungen und haben eine deutlich höhere Lebenserwartung (RKI 2006). Und dennoch ist Gesundheit, Gesunderhaltung, Prävention und Gesundheitsförderung der nachwachsenden Generation ein wichtiges Thema (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2007).

Die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (2006) belegt an einer repräsentativen Stichprobe erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen in wichtigen Bereichen der kindlichen Entwicklung (z.B. Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit[1]).

- Übergewicht: 12,3%; ca. 4,6% davon stark übergewichtig/adipös
- Asthma: 2,6% der Kinder
- Neurodermitis: 8,4% der Kinder
- Heuschnupfen: 4,5% der Kinder
- Diabetes: Typ 1: 0,08%; Typ 2: 0,02%
- Psychische und Verhaltensstörungen: 21,8%.

Bei 12,2% der Kinder und Jugendlichen mit diesen zuletzt genannten Auffälligkeiten liegen Hinweise auf psychische Auffälligkeit vor und 9,6% von ihnen sind sehr wahrscheinlich psychisch auffällig. Bezogen auf einzelne Störungsformen ergibt sich folgendes Bild: *Depressionen:* 5,4%. Bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab 11 Jahren gleicht sich die Geschlechtsverteilung an. *Ängste: 10%*. Ängste sind bei älteren Kindern geringfügig häufiger, die Geschlechtsverteilung ist ausgewogen. ADHS: 2,2%.

Der Bereich der spirituellen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist immer noch kaum erforscht, vgl. Smith/McSherry 2003).

Hier sind jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger als Mädchen. *Störungen des Sozialverhaltens:* 7,6%. Hier sind (je nach Altersgruppe) 80 bis 90% aggressiv und 50% dissozial auffällig, bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen (Ravens-Sieberer u.a. 2006). Dabei handelt es sich oftmals um schwierige, chronische und kostenintensive Probleme, die auch mit einer deutlichen gesundheitlichen Beeinträchtigung einhergehen.

Die KiGGS-Studie stellt auch Ergebnisse zur motorischen Entwicklung der 4 bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen zur Verfügung. Danach können 35% der Kinder und Jugendlichen nicht zwei oder mehr Schritte rückwärts auf einem 3 cm breiten Balken balancieren. 86% der Kinder und Jugendlichen können nicht eine Minute einbeinig auf einer T-Schiene (3 cm breit) balancieren. 43% der Kinder und Jugendlichen erreichen nicht das Fußsohlenniveau beim Rumpfbeugen. Insgesamt hat die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den Jahren von 1976 bis 2006 nachgelassen. Ihre Leistungen im Standweitsprung (Kriterium ist der Quotient von Sprungweite: Körpergröße) hat sich z.B. um ca. 14% verschlechtert.

Im Jahr 2005 bekannten sich 17,2% der Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren (18,2% der Jungen und 16,1% der Mädchen) zum Tabakkonsum. Dabei bezeichneten sich 13,2% der Jungen als regelmäßige Raucher, bei den Mädchen waren es 12,0% (Laue/Vorndran 2008): Ihr erstes Glas Alkohol trinken Mädchen und Jungen im Durchschnitt mit 14 Jahren. 28% der 12- bis 15-Jährigen konsumieren mindestens einmal im Monat Alkohol. In der Altersgruppe der 16- bis 19-Jährigen hatten drei Viertel bereits ein- oder mehrmals einen Alkoholrausch. Junge Männer trinken mehr Alkohol als junge Frauen. Fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander („Binge Drinking") trinkt fast die Hälfte der 16- bis 19-jährigen Jugendlichen mindestens einmal im Monat. Dieses riskante Trinkverhalten ist bei jungen Frauen weniger ausgeprägt als bei jungen Männern. Dafür sind bei jungen Frauen alkoholische Mixgetränke (einschließlich Alkopops) besonders beliebt. Von den 16- bis 19-jährigen jungen Frauen und Männern gibt es kaum jemanden, der keine alkoholischen Getränke konsumiert. (BMFSFJ 2007, S. 50; BZgA 2004b). Junge Frauen neigen weniger als junge Männer dazu, illegale Drogen zu probieren und zu konsumieren. Mit Abstand wird Cannabis am meisten konsumiert. 10% der weiblichen und 17% der männlichen Jugendlichen haben mit dieser Droge Erfahrung (BMFSFJ 2007, S. 50; BZgA 2004a; vgl. Klocke, 2006). Bei den Jugendlichen rauchen, wenn sie rauchen, über 99% Zigaretten. Mehr als drei Viertel (77,3%) der regelmäßig Zigaretten rauchenden Jugendlichen gaben an, im Durchschnitt 5 bis 20 Zigaretten am Tag zu rauchen. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Zigarettenkonsum lag bei den Jungen

bei 14,9 Jahren, bei den Mädchen mit 14,7 Jahren etwas darunter (Laue/Vorndran 2008).

Solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie sie heute bei Kindern und Jugendlichen feststellbar sind, sind im Unterschied zu den früher häufig vorgefundenen Infektionskrankheiten, mit denen oft hohe Kindersterblichkeit einhergegangen ist, eher als psychosomatisch, soziosomatisch und ökosomatisch zu verstehen (Hurrelmann 2004). Sie haben mit Anpassungsproblemen zu tun, die Kinder und Jugendliche in der Auseinandersetzung mit den kulturellen, sozialen und umweltbezogenen An- und Herausforderungen als Überforderung erleben und erfahren. Es zeigt sich, dass Schülerinnen und Schüler mit diesen Veränderungen und mit den diesen Veränderungen innewohnenden Problematiken, Belastungen und Risiken nicht gleichermaßen "fertig werden". Während die große Mehrheit zu selbstbewussten, einsichtigen und urteilsfähigen Erwachsenen heranwachsen, die sich mit gesellschaftlichen Phänomenen auseinandersetzen, Verständnis und kritisches Selbstbewusstsein entwickeln, sich gesellschaftlich engagieren und sozial- sowie gesundheitsverantwortlich handeln, bereiten die veränderten Kindheiten und Jugendzeiten einem Teil der Schülerinnen und Schüler erhebliche Entwicklungsprobleme. Sie finden nicht genügend situative Ressourcen vor und sind in ihrer Persönlichkeit nicht genügend widerstandfähig ausgestattet. Sie fühlen sich nicht selten in diesem gesellschaftlichen und kulturellen Wandel, der sozial ungleich verteilte gesundheitliche Risiken bzw. Chancen in sich birgt (vgl. Mansel 1996; Zinnecker/Silbereisen 1996), allein gelassen und sind, da oft sozial und materiell benachteiligt, mit dem Problemdruck orientierungslos überfordert. Gesundheitliche Auffälligkeiten, insbesondere psychische Störungen sind, wie berichtet, neben anderen Problemen die Folge (vgl. Kolip u.a. 1995; Seifert 2002; Hurrelmann u.a. 2003, Prognos 1997, BZgA 1998; Palentien u.a. 1998; Freitag 1998).

„Ausreißerquoten", „Straßenkinder"[2], Unterbringungen in Heimen, Pflegefamilien u.a. Einrichtungen, Nutzungshäufigkeiten von Kinder-Not-Telefonen („Nummer gegen Kummer") und Zahlen von in Anspruch genommenen Beratungen in Erziehungs- bzw. Familienberatungsstellen[3] unterstützen und ergänzen die epidemiologische Befundlage und Interpretation.

[2] Nach Angaben von „terre des hommes" hat die Zahl der Straßenkinder in Deutschland im letzten Jahrzehnt zugenommen. Derzeit leben bis zu 7.000 Minderjährige auf der Straße – insbesondere in Großstädten wie Berlin und Hamburg.

[3] Nach Unterlagen des Statistischen Bundesamtes haben im Jahr 2004 insgesamt 305.000 junge Menschen unter 27 Jahren eine erzieherische Beratung wegen individueller oder familienbezogener Probleme beendet. Das waren 1% mehr als im Vorjahr und 41% mehr als 1994. Rund 58% (177.200) dieser jungen Menschen waren im schulpflichtigen Alter von 6 bis 14 Jahren. 21% aller Beratungen (63.400) wurden für 6- bis 8-jährige Grundschüler durchgeführt. 56% oder 172.000 aller beendeten Beratungen richteten sich an männliche Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Beziehungsprobleme standen im letzten Jahr bei 40% der Hilfesuchenden im

Diese und andere vorliegende Daten sozialwissenschaftlich orientierter Gesundheits-, Bildungs- und Sozialforschung weisen auch darauf hin, dass gesundheitliche Problemlagen eng gekoppelt sind mit gesellschaftlichen Mängellagen. Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen hängen eng mit der familialen Einkommenslage, dem Bildungsstand der Eltern, ihre Beschäftigungssituation sowie mit den Wohn- und Umweltbedingungen zusammen. So werden bei Kindern aus benachteiligten Wohngebieten folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig bei Schuleingangsuntersuchungen festgestellt (vgl. Kuhn u.a. 2003):

- unbehandelte Karies oder Zahnextraktionen wegen Karies
- Übergewicht und Adipositas
- motorische Entwicklungsstörungen
- sprachliche Auffälligkeiten und Sprachstörungen
- psychische Auffälligkeiten (vor allem Verhaltens-, Hyperaktivitäts- und emotionale Probleme)
- Passivrauchexposition
- Nichtteilnahme an Früherkennungsmaßnahmen

Wenngleich bei Jugendlichen etwas schwächer ausgeprägt als bei Kindern, zeigt sich, dass sozial benachteiligte Jugendliche eine schlechtere Gesundheit und ein gesundheitsriskanteres Verhalten aufweisen. Unterschiede in der Selbstwahrnehmung der eigenen Gesundheit, dem psychosozialen Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit treten insbesondere bei Mädchen auf. Mädchen aus Familien mit niedrigem Berufsstatus und geringem familiärem Wohlstand schätzen ihre Gesundheit zweimal häufiger weniger gut bzw. schlecht ein als Mädchen aus der am besten gestellten Vergleichsgruppe. Vergleichbare Unterschiede finden sich auch bei den körperlichen Aktivitäten, der Freizeitgestaltung, dem Ernährungsverhalten und dem Fernsehkonsum. So sitzen z.B. Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe zu 31,5% mehr als 4 Stunden täglich vor dem Fernseher, 17% sind es in der höchsten Wohlstandsgruppe.

Kinder, die in solchen Milieus aufwachsen, sind doppelt betroffen. Sie sind gesellschaftlich und gesundheitlich benachteiligt. Es ist auch offensichtlich, dass gleich mehrere dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen direkte Auswirkungen auf die schulischen Lern- und Behaltensleistungen sowie auf das Sozialverhalten haben und deshalb von hoher pädagogischer Relevanz sind.

Vordergrund. Weitere häufig genannte Ursachen waren Entwicklungsauffälligkeiten (26%), Schul- und Ausbildungsprobleme (25%) sowie Trennung oder Scheidung der Eltern (23%).
Fortsetzung Fußnote [3]: In 14.000 Fällen (5%) wurde um Beratung nachgefragt, weil es Anzeichen für sexuellen Missbrauch und/oder Misshandlung gab (Mehrfachnennungen waren möglich).

Diese Kinder sind dann auch noch im Bereich der Bildung benachteiligt: Geringere Schulabschlüsse, schlechtere Notendurchschnitte, höhere Quoten an Schulabbrechern und Schulabsentismus sind hier in der Folge zu verzeichnen.

Diese Beeinträchtigungen wirken sich aber nicht nur auf die aktuelle Gesundheits- und die damit einher gehende Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter aus, sondern mindern auch, in einer weiten Perspektive gesehen, sowohl die Gesundheitsaussichten im späteren Leben als auch mögliche spätere Bildungs-, Berufs- und auch wirtschaftliche Erfolge. So ist z.B. das Risiko einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsstörung bei niedrigem Bildungsabschluss um etwa das 1,2-fache erhöht. Im Hinblick auf subjektive Gesundheitseinschätzungen kommen Bildungsunterschiede in noch größerem Umfang zum Tragen: Frauen und Männer mit Abitur schätzen ihren Gesundheitszustand mehr als doppelt so häufig als sehr gut bzw. gut ein, als dies Frauen und Männer mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss tun, dies über alle Altersgruppen hinweg (vgl. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, BMAS 2005, S. 124ff).

Dies bedeutet aber umgekehrt: Eine gute gesunde Entwicklung bietet gute Voraussetzungen und ist ein stark korrelierender Faktor für gute Bildungsprozesse. In gleichem Maße gilt: Gute Bildung schafft Voraussetzungen und läuft parallel mit einem günstigen Gesundheitsverhalten und -bewusstsein (Paulus 2000; Paulus/Zurhorst 2001). Hiermit wird der zentrale Stellenwert von Gesundheit deutlich. „Gesundheit ist ein elementarer Bestandteil von Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit" hält dann auch die Jugendministerkonferenz auf ihrer Tagung vom 12. bis 13. Mai 2005 in einer Entschließung fest. Gleichlautend heißt es dazu im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung: *„Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sind wesentliche Voraussetzungen für die ökonomischen und sozialen Teilhabechancen des Einzelnen"* (2005, S. 253). Und nicht zuletzt hat sich die Bundesrepublik Deutschland durch den Beitritt (5.4.1992) zur UN-Konvention über dir Rechte des Kindes (Beschluss der UN-Vollversammlung vom 20.1.1989) dazu verpflichtet, Kindern und Jugendlichen zu ihrem Recht auf bestmögliche Gesundheit zu verhelfen (Artikel 24).

Diese multiperspektivische Bedeutung der Gesundheit, ihre Multikausalität und ihre Mehrdimensionalität machen überaus deutlich, dass das Thema der Gesundheit nicht allein einer Wissenschaftsdisziplin, einer Profession oder einem Politikbereich überantwortet werden kann, sondern dass es ein gesamtgesellschaftlich zu organisierendes Querschnittthema ist (vgl. auch Seifert 2007). Schulische Gesundheitsbildung, die Prävention und Gesundheitsförderung als Strategien in sich aufgenommen hat, wird deshalb auf politischer Ebene nicht allein auf bildungs- und gesundheitspolitische Impulse und Rahmensetzungen vertrauen können. Um nachhaltig wirksam werden zu

können, muss sie auch vor allem in der Kooperation mit Jugend-, Familien- und Sozialpolitik tragfähige Unterstützungsstrukturen aufbauen. *„Sowohl Gesundheits- und Sozialpolitik als auch das Gesundheitswesen und andere wohlfahrtsstaatliche Akteure stehen in der Verantwortung, gemeinsam neue Antworten auf die gesundheitlichen Probleme unserer Zeit, speziell der Kinder und Jugendlichen, zu finden"* (Seifert, 2007, S. 71). Nur so werden zentrale Anliegen von Bildung und Gesundheit in und mit der Schule für und mit der nachwachsenden Generation gemeinsam mit Lehrkräften und Eltern umgesetzt werden können. Unbenommen bleibt dabei, dass in bestimmten Lebensbereichen und -abschnitten Akteure herausgehobenere Verantwortlichkeiten übernehmen und in der Kooperation in Verbünden und Netzwerken gemeinsam in Fragen der Gesundheit, ihrer Erhaltung und Förderung sowie in der Prävention von Erkrankungen zusammenarbeiten können. Die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule unter Einbezug weiterer Partner für den Lebensabschnitt Kindes- und Jugendalter mit dem Fokus auf das Setting Schule wäre eine solche Variante.

3 Schule und Gesundheitsförderung: Konzepte, Strategien und Erfolge in unterschiedlichen Schularten und -formen

Schulen haben einen Auftrag zur Gesundheitsbildung/-erziehung. Die Bundesländer haben in ihren Schulgesetzen diesen Auftrag festgeschrieben. So sollen die Schülerinnen und Schüler z.B. in Niedersachsen fähig werden, *„… gesundheitsbewusst zu leben, …"* (§§ 2, Abs. 1, Nr. 3 NSchG), in Brandenburg zur Verantwortungsübernahme *„… für die eigene Gesundheit …"* befähigt werden (§ 4, Abs. 5, Nr. 13 BbgSchulG), in Berlin lernen die Schülerinnen und Schüler insbesondere *„… ihre körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch kontinuierliches Sporttreiben und eine gesunde Lebensführung positiv zu gestalten sowie Fairness, Toleranz, Teamgeist und Leistungsbereitschaft zu entwickeln"* und *„ihr zukünftiges privates, berufliches und öffentliches Leben in Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihrer Mitmenschen auszugestalten, Freude am Leben und am Lernen zu entwickeln sowie die Freizeit sinnvoll zu nutzen"* (§ 3, Abs. 3, Nr. 7 und 8), in Hamburg das *„… körperliche und seelische Wohlbefinden…"* wahren zu lernen (§ 2, Abs. 1, Nr. 3) oder in Bremen soll die Schule *„… insbesondere erziehen zum Bewusstsein, für Natur und Umwelt verantwortlich zu sein, und zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln."* (§ 5, Abs. 2, Nr. 4). Aber nicht jedes Bundesland stellt diesen Auftrag so ins Zentrum ihres Schulgesetzes. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt hierzu einen Überblick.

Tabelle 1: Ziele der Gesundheitserziehung, -bildung, -förderung in den Bundesländern

Land	Paragraph	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Baden-Württemberg			
Bayern	Art. 1, Abs. 1	Bildungs- und Erziehungsauftrag	Vermittlung von Wissen und Können; Bildung von Geist und Körper, Herz und Charakter
Berlin	§ 3, Abs. 2	Bildungs- und Erziehungsziele	7. Freude an Bewegung und am gemeinsamen Sporttreiben
	§ 3, Abs. 3	Bildungs- und Erziehungsziele	7. körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch kontinuierliches Sporttreiben, gesunde Lebensführung 8. Verantwortung für eigene Gesundheit und die der Mitmenschen
	§ 4, Abs. 5	Grundsätze für die Verwirklichung	Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit, der geistigen Freiheit und der Entfaltungsmöglichkeiten der Schülerinnen und Schüler
Brandenburg	§ 4, Abs. 3	Ziele und Grundsätze der Erziehung und Bildung	Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit
	§ 4, Abs. 5	Ziele und Grundsätze der Erziehung und Bildung	13. Verantwortung der Schülerinnen und Schüler für eigene Gesundheit
Bremen	§ 5, Abs. 2	Bildungs- und Erziehungsziele	4. Erziehung zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln
Hamburg	§ 2, Abs. 1	Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule	Befähigung und Stärkung der Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler, das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden ebenso wie das der Mitmenschen wahren zu können
	§ 2, Abs. 2	Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule	Ausrichten von Unterricht und Erziehung auf Entfaltung geistiger, körperlicher und sozialer Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler

Fortsetzung Tabelle 1: Ziele der Gesundheitserziehung …

Land	Paragraph	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Hessen	§ 3, Abs. 6	Grundsätze für die Verwirklichung	Förderung der Schülerinnen und Schüler unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangslage in der körperlichen, sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung
	§ 3, Abs. 9	Grundsätze für die Verwirklichung	Schutz der seelischen & körperlichen Unversehrtheit der Schülerinnen und Schüler; Verbot des Rauchens im Schulgebäude
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	§ 2, Abs. 1	Bildungsauftrag der Schule	Befähigung der Schülerinnen und Schüler, gesundheitsbewusst zu leben
Nordrhein-Westfalen	§ 2, Abs. 5	Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule	7. Entwickeln von Freude an Bewegung und Sport, gesunde Ernährung und gesundes Leben
Rheinland-Pfalz	§ 1, Abs. 3	Auftrag der Schule	Sexualerziehung als Auftrag der Schule
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	§ 1, Abs. 2	Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule	Befähigung der Schüler u. a. zur Bewahrung von Gesundheit
	§ 10, Abs. 1	Bildungsstandards, Rahmenrichtlinien, Lehrpläne und Stundentafeln	Rahmenrichtlinien sollen einer gesunden körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung der Schülerinnen und Schüler dienen
Schleswig-Holstein	§4, Abs. 2	Bildungs- und Erziehungsziele	Entwicklung der geistigen, seelischen und körperlichen Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler als Aufgabe der Schule
	§4, Abs. 7	Bildungs- und Erziehungsziele	Sexualerziehung als Erziehungsauftrag der Schule
	§4, Abs. 8	Bildungs- und Erziehungsziele	Befähigung der Schülerinnen und Schüler zu einer Lebensführung ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln; Rauch- und Alkoholverbot
Thüringen			

Deutlich wird in dieser Übersicht: Schule kann nicht nur etwas zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler beitragen, sondern sie hat auch dazu einen gesetzlich definierten Auftrag. Der wird in allen Bundesländern in den weiteren gesetzlichen Bestimmungen näher ausgeführt. Insbesondere die Schulgesundheitspflege wird in den Ländern in den meisten Schulgesetzen eigens verankert: So heißt es im Baden-Württembergischen Schulgesetz in § 91 zur Schulgesundheitspflege: *„Die Schüler sind verpflichtet, sich im Rahmen der Schulgesundheitspflege durch das Gesundheitsamt überwachen und untersuchen zu lassen. Die Pflicht zur Untersuchung besteht auch für die zur Schule angemeldeten Kinder."*

Bayern regelt in § 80 zur Schulgesundheit: *„(1) Die Schulgesundheitspflege wird vom öffentlichen Gesundheitsdienst in Zusammenarbeit mit der Schule und den Erziehungsberechtigten wahrgenommen. Sie hat das Ziel, gesundheitlichen Störungen vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege für deren Behebung aufzuzeigen. (2) Die Schülerinnen und Schüler sind verpflichtet, sich den Untersuchungen im Rahmen der Schulgesundheitspflege und sonstigen Untersuchungen, die in gesetzlichen Vorschriften vorgesehen sind, zu unterziehen. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. (3) Der öffentliche Gesundheitsdienst ist für die Verwahrung der anlässlich der Schulgesundheitspflege angefallenen Daten von Schülerinnen und Schülern und deren Erziehungsberechtigten verantwortlich. Er gibt der Schulleitung die notwendigen Hinweise, soweit aus dem Untersuchungsergebnis Folgerungen für die Unterrichtsgestaltung zu ziehen sind. (4) Die Durchführungsvorschriften für die Schulgesundheitspflege werden gemeinsam von den beteiligten Staatsministerien erlassen".*

Die folgende Tabelle 2 gibt zu dem Aspekt der Schulgesundheitspflege einen knapp gefassten Überblick.

Tabelle 2: Übersicht über die Schulgesundheitspflege (SGP) in den Schulgesetzen der Länder

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Baden-Württemberg	§ 91	Schulgesundheitspflege	Pflicht der Schülerinnen und Schüler zur SGP
Bayern	Art. 80	Schulgesundheit	Ziele der SGP; Verpflichtung der Schülerinnen und Schüler
Berlin	§ 52	Schulgesundheitspflege, Untersuchungen	Umfang der SGP (Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz, Maßnahmen der schul- und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen, sonstige Gesundheitsförderung in der Schule)
Brandenburg	§ 45	Schulgesundheitspflege, Pflichtuntersuchungen	Umfang der SGP (Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz & Maßnahmen der schul- und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen); Pflicht der Schülerinnen und Schüler
Bremen	§ 12	Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	Zusammenarbeit mit Institutionen, die allgemein für die Angebote und Hilfe in gesundheitlichen, sozialen und berufsbezogenen Fragen zuständig sind
Hamburg	§ 34	Schulärztliche, schulzahnärztliche, schulpsychologische und sonderpädagogische Untersuchungen	u.a. Aufgaben der schul- und schulzahnärztlichen Betreuung (Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen, Erkennen bereits vorliegender Erkrankungen und Behinderungen, Hilfestellung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen)
Hessen	§ 149	Schulgesundheitspflege	Umfang der SGP (schul- und schulzahnärztllicher Dienst); Aufgaben der SGP (Förderung der gesundheitlichen Entwicklung der Schülerinnen und Schüler durch Vorsorge, Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen und Einleitung von Maßnahmen zur Behebung gesundheitlicher Störungen)

Fortsetzung Tabelle 2: Übersicht über die Schulgesundheitspflege …

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Mecklenburg-Vorpommern	§ 58, Abs. 3	Verpflichtungen zu besonderen Untersuchungen	Aufgaben der SGP (Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen, Erkennen bereits vorliegender Erkrankungen und Behinderungen, Hilfestellung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen)
Niedersachsen	§ 56, Abs. 1	Untersuchungen und Gutachten	zur Feststellung der Schulfähigkeit evtl. Anwendung anerkannter Testverfahren, Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Einholen von Gutachten von Sachverständigen
	§ 57	Teilnahme an den Maßnahmen der Schulgesundheitspflege	Pflicht der Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an Maßnahmen der SGP
Nordrhein-Westfalen	§ 54	Schulgesundheit	Ziele der SGP (Vorbeugung und frühzeitiges Erkennen von Krankheiten der Schüler, Aufzeigen von Wegen zur Heilung von Krankheiten); Aufgaben der SGP; Pflicht der Schüler; Ausschluss eines Schülers bei Gefahr für Gesundheit anderer; Verbot von Alkohol und Rauchen
Rheinland-Pfalz	§ 64, Abs. 3	Teilnahme am Unterricht, Untersuchungen	Pflicht der Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an diversen Untersuchungen
Saarland	§ 20	Schulgesundheitspflege	Pflicht der Schulaufsichtsbeamten, Lehreinnen und Lehrer sowie Schülerinnen und Schüler zu Untersuchungen; Pflicht der Schule zur Mitwirkung an Gesundheitserziehung und zur Förderung der körperlichen Entwicklung der Schülerinnen und Schüler; Verbot des Rauchens im Schulgebäude/-gelände

Fortsetzung Tabelle 2: Übersicht über die Schulgesundheitspflege …

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Sachsen	§ 26a	Schulgesundheitspflege	u.a. Ziele der SGP (frühzeitiges Erkennen von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen; Beratung der Schülerinnen und Schüler und Eltern hinsichtlich notwendiger medizinischer und therapeutischer, der Schule hinsichtlich schulischer Fördermaßnahmen; Inhalte der SGP; Pflicht der Schüler
Sachsen-Anhalt	§ 38	Schulgesundheitspflege, Sucht- und Drogenberatung	Pflicht der Schulbehörde, Maßnahmen der SGP vorzuhalten; Pflicht der Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an Maßnahmen der amtsärztlichen Schulgesundheitspflege einschließlich der Sucht- und Drogenberatung
Schleswig-Holstein	§ 27, Abs. 1	Untersuchungen	Pflicht der Schülerinnen und Schüler zu Untersuchungen, wenn zur Vorbereitung schulischer Maßnahmen und Entscheidungen erforderlich
Thüringen	§ 55	Schulgesundheitspflege	Umfang (Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz, Maßnahmen des schul- und schulzahnärztlichen Dienstes); Pflicht der Schüler

Weiterhin sehen die Schulgesetze vor, dass die Schulen in der Erfüllung ihrer Aufgaben, zu der auch die Gesundheitsbildung, -erziehung und -förderung zählt, mit anderen Institutionen kooperieren. Im Bremischen Schulgesetz heißt es dazu in § 12: *„Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Zur Erfüllung ihres Auftrages arbeitet die Schule zusammen mit Institutionen, die allgemein für die Angebote und Hilfe in gesundheitlichen, sozialen und berufsbezogenen Fragen zuständig sind (…)".*

Gesundheiterziehung und -bildung, z. T. auch Gesundheitsförderung genannt, werden zumeist unter sog. Aufgabengebieten (z.B. Berlin, Hamburg. Hessen) oder „übergreifenden Themenkomplexen" (z.B. Brandenburg) subsummiert, die fächerübergreifend, z.T. auch jahrgangs- und schulformübergreifend unterrichtet werden sollen. Im hamburgischen Schulgesetz heißt es dazu z.B. in § 5, Abs. 3 *„Besondere Bildungs- und Erziehungsaufgaben der Schule werden in Aufgabengebieten erfasst. Hierzu zählen insbesondere Umwelterziehung, Gesundheitsförderung, Sexualerziehung, Sozial- und Rechtserziehung, interkulturelle Erziehung, Berufsorientierung, Verkehrserziehung und Medienerziehung. Diese Aufgabengebiete werden fächerüber-*

greifend unterrichtet. Sie können unter Berücksichtigung der fachbezogenen Lernziele und Unterrichtsmethoden auch jahrgangs- und schulformübergreifend unterrichtet werden" (vgl. auch Tab. 3).

Tabelle 3: Übersicht über Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung in den Schulgesetzen der Länder

Land	**§**	**Name des Paragraphen**	**Kurze Beschreibung des Inhalts**
Baden-Württemberg			
Bayern	Art. 48	Familien- und Sexualerziehung	u. a. Familien- und Sexualerziehung als Aufgabe der Schule: altersgemäße Erziehung zu verantwortlichem geschlechtlichen Verhalten
Berlin	§ 12	Unterrichtsfächer, Lernbereiche und Aufgabengebiete, Lernfelder, Ethik	fächerübergreifendes Unterrichten von u. a. Gesundheitsförderung, Erziehung zu Bewegung und Sport, Suchtprävention und Sexualerziehung; schul. Sexualerziehung als Ergänzung der Sexualerziehung durch die Eltern; Ziel der Sexualerziehung: u. a. Vermittlung von Wissen über biologische und gesellschaftliche Zusammenhänge sowie die Vielfalt der Lebensweisen und unterschiedlichen kulturellen Werte und Normen zu vermitteln
Brandenburg	§ 12, Abs. 2 & 3	Lernbereiche und übergreifende Themenkomplexe	Gesundheit und jugendliche Lebenswelt sowie Geschlechterbeziehungen und Lebensformen als übergreifende Themenkomplexe; schul. Sexualerziehung als Ergänzung der Sexualerziehung durch die Eltern; Ziel der Sexualerziehung: Vertraut machen mit biologischen, ethischen, religiösen, kulturellen und sozialen Tatsachen und Bezügen der Geschlechtlichkeit des Menschen
Bremen	§ 11	Sexualerziehung	Abstimmung mit Erziehungsberechtigten; fächerübergreifend
Hamburg	§ 5, Abs. 3	Fächer, Lernbereiche und Aufgabengebiete	Gesundheitsförderung, Sexualerziehung u. a. als fächerübergreifende Aufgabengebiete

Fortsetzung Tabelle 3: Übersicht über Gesundheitserziehung …

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Hamburg	§ 6	Sexualerziehung	Aufgabe: Fördern einer positiven Einstellung der Schüler; Bewusstsein für eine persönliche Intimsphäre und für Gleichberechtigung, Partnerschaftlichkeit und Gewaltfreiheit in persönlichen Beziehungen entwickeln und fördern
Hessen	§ 6, Abs. 3	Unterrichtsfächer, Lernbereiche und Aufgabengebiete	u. a. Sexualerziehung und Gesundheitserziehung als besondere Bildungs- und Erziehungsaufgaben der Schulen
	§ 7	Sexualerziehung	Ziel: altersgemäßes Vertraut machen mit den biologischen, ethischen, religiösen, kulturellen und sozialen Tatsachen und Bezügen der Geschlechtlichkeit des Menschen; Bewusstsein für eine persönliche Intimsphäre und für ein gewaltfreies, respektvolles Verhalten in gegenwärtigen und zukünftigen persönlichen und partnerschaftlichen Beziehungen entwickeln und fördern
Mecklenburg-Vorpommern	§ 5, Abs. 4	Gegenstandsbereiche des Unterrichts	Gesundheitserziehung, Sexualerziehung u. a. als Aufgabengebiete
	§ 6	Sexualerziehung	Ziel: altersgemäßes Vertraut machen mit den biologischen, ethischen, religiösen, kulturellen und sozialen Tatsachen und Bezügen der Geschlechtlichkeit des Menschen; Bewusstsein für eine persönliche Intimsphäre und für ein gewaltfreies, respektvolles Verhalten in gegenwärtigen und zukünftigen persönlichen und partnerschaftlichen Beziehungen entwickeln und fördern

Fortsetzung Tabelle 3: Übersicht über Gesundheitserziehung …

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Niedersachsen	§ 96, Abs. 4	Mitwirkung der Erziehungsberechtigten in der Schule	Unterrichten der Erziehungsberechtigten insbesondere über Ziel, Inhalt und Gestaltung der Sexualerziehung; fächerübergreifend; altersgemäßes Vertraut machen mit Fragen der Sexualität, Verständnis für Partnerschaft, insbesondere in Ehe und Familie, entwickeln und Verantwortungsbewusstsein stärken
Nordrhein-Westfalen	§ 33	Sexualerziehung	fächerübergreifend; Ergänzung der Sexualerziehung durch die Eltern; Ziel: alters- und entwicklungsgemäßes Vertraut machen der Schüler mit biologischen, ethischen, sozialen und kulturellen Fragen der Sexualität und Hilfe, ihr Leben bewusst und in freier Entscheidung sowie in Verantwortung sich und anderen gegenüber zu gestalten
Rheinland-Pfalz	§ 1, Abs. 3	Auftrag der Schule	Sexualerziehung als Auftrag der Schule; Erziehung zu verantwortungsbewusstem geschlechtlichem Verhalten; fächerübergreifend; Ziel: Vertraut machen der Schüler ihrem Alter und ihrem Reifegrad entsprechend in gebotener Zurückhaltung mit den Fragen der Sexualität sowie Befähigung zu menschlicher, sozialer und gleichberechtigter Partnerschaft
Saarland	§ 15a	Sexualerziehung	Sexualerziehung als Unterrichts- und Erziehungsauftrag der Schule; Ziel: altersgemäßes Vertraut machen mit Fragen der Sexualität; fächerübergreifend
	§ 20	Schulgesundheitspflege	Pflicht der Schule an Gesundheitserziehung mitzuwirken und die körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern

Fortsetzung Tabelle 3: Übersicht über Gesundheitserziehung …

Land	§	Name des Paragraphen	Kurze Beschreibung des Inhalts
Sachsen	§ 36	Familien- und Sexualerziehung	Familien- und Sexualerziehung als Aufgabe der Schule; fächerübergreifend; Ziel: altersgemäßes Vertraut machen mit biologischen, ethischen, kulturellen und sozialen Tatsachen und Bezügen der Geschlechtlichkeit des Menschen und Vorbereitung auf das Leben in Partnerschaft und Familie
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein	§ 4, Abs. 7	Bildungs- und Erziehungsziele	Ergänzung der Sexualerziehung durch die Eltern in altersgemäßer Weise durch fächerübergreifenden Sexualkundeunterricht als Erziehungsauftrag der Schule
Thüringen	§ 47	Gesundheits- und Sexualerziehung	Gesundheitserziehung : Entwicklung eines umfassenden Konzepts zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise; ein Schwerpunkt: Prävention des Konsums von illegalen Drogen sowie von Tabak und Alkohol Sexualerziehung: Ziel: v. a. altersgemäßes Vertraut machen mit den biologischen, ethischen, religiösen, kulturellen und sozialen Tatsachen und Bezügen der Geschlechtlichkeit des Menschen

Niehues u.a. (2006), die in ähnlicher Weise, wie hier vorgetragen, die Schulgesetze der Länder im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext verglichen haben, sehen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auf den ersten Plätzen einer von ihnen aufgestellten Rangreihe mit den Kriterien „Bildungs- und Erziehungsziel", „Organisationsentwicklung"; „Individuelle und soziale Gesundheit", „Sicherheit und Unfallschutz". In Unterkriterien werden einzelne Präventionsthemen erfasst, wie z.B. „Ernährung", „Bewegung", „Alkohol", Gewalt", „Verkehr".

Das Berliner Schulgesetz bewerten sie wie folgt:

„Das Berliner Schulgesetz (Januar 2004) nimmt den Gedanken der Prävention und Gesundheitsförderung sehr deutlich und zielgerichtet auf. Bei der Betrachtung der Kategorie 1 (Bildungsziel) zeigt sich, dass diesem Gesetz

ein umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde liegt. Das Berliner Schulgesetz hält einen gesundheitsbewussten Lebensstil für ein wesentliches Bildungs- und Erziehungsziel und sieht für die Gesundheitserziehung sogar einen eigenen Lernbereich „Gesundheitsförderung" vor. Weiterhin formuliert das Schulgesetz indirekt, dass das Ziel gesunde Schule im Setting-Ansatz verwirklicht werden soll, da alle Schulbereiche wie z. .B. Unterrichtorganisation, Schulwege und Schulveranstaltungen altersgemäß gestaltet werden sollen. Es gibt Lernbereiche zu den Themenfeldern Gesundheitsförderung, Bewegung, Suchtprävention, Menschenrechts- und Friedenserziehung, Sexualerziehung und Verkehrserziehung. Den Themenbereich „Gesunde Ernährung" ordnet das Schulgesetz der Schulgesundheitspflege zu. Das Berliner Schulgesetz bietet mit den gesetzlichen Vorgaben in der Organisationsentwicklung und den Lernfeldern einen weiten Raum für die Umsetzung gesundheitsbezogener Themen im Setting Schule" (ebd., S. 106)

Die bislang einzige Positionsbestimmung der Kultusminister aller 16 Bundesländer, der sog. „Bericht der Kultusministerkonferenz zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule" vom November 1992, bildet den Ausgangspunkt für den hier skizzierten Sachstand. Dort wird feststellt, *„Gesundheitserziehung gilt den Ländern als wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule"* (ebd., S. 7). Als Ziel zukünftiger Entwicklung der Gesundheitserziehung in der Schule wird die „Gesunde Schule" ins Auge gefasst, die eine Zusammenfassung gesundheitserzieherischer und gesundheitsfördernder Ansätze in einem Gesamtkonzept darstellen soll. Auch die Schrift *„Gesundheit und Schule. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung"* (Brößkamp 1994), die im Auftrag des BMBW erstellt wurde, hat richtungsweisende Bedeutung. In ihr wird u.a. ein Gesamtkonzept der Gesundheitsfördernden Schule entfaltet. Es basiert im Wesentlichen auf Ergebnissen von Befragungen und mehreren Hearings mit 43 „Gesundheits"-Expertinnen und -Experten aus Wissenschaft und Praxis.
Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung ist in Deutschland demnach kein Schulfach, sondern wird als integraler Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrags verstanden, der von der ganzen Schule zu leisten ist, wobei einzelne Schulfächer (z.B. Sachkunde , Sport und Biologie) eine Leitfunktion übernehmen.

Wie sich die schulische Gesundheitsförderung im Rahmen dieser Vorgaben in den letzten 15 Jahren konzeptionell entwickelt hat und welche politischen Weichenstellungen es gegeben hat, lässt sich als eine Abfolge von Entwicklungsschritten beschreiben. In acht Trends lassen sich die Veränderungen für Deutschland zusammenfassen (Paulus 2003):

1. *Vom Leitbegriff der „Gesundheitserziehung" zu dem der „Gesundheitsförderung" und „Gesundheitsbildung":* Von Gesundheitserziehung im Sinne der traditionellen Gesundheitserziehung redet heute ernstlich keiner

mehr. Die moderne Gesundheitserziehung kommt ohne den Begriff der „Gesundheitsförderung“ nicht mehr aus. Im Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ hat sie ihren aktuellen Niederschlag gefunden. Im Anschluss an die aktuelle Bildungsdiskussion hat der Begriff der Gesundheitsbildung wieder Konjunktur und signalisiert, dass Bildung in Schule mit Gesundheit zusammengedacht werden muss. Gesundheitsbildung ist Teil des Bildungsauftrags der Schule. Gesundheitsförderung ist neben der Prävention eine der Strategien der Gesundheitsbildung.

2. *Vom biomedizinischen Organismuskonzept zum Konzept des Menschen als Person und zur ganzheitlich verstandenen Gesundheit*: Indem der Mensch als handelnde, sich seiner selbst bewussten Person ins Zentrum rückt, tritt das „Maschinenmodell“ des menschlichen Körpers in der Medizin, an das sich auch die klassische Gesundheitserziehung anlehnte, in den Hintergrund. Dadurch wird auch das Konzept der Gesundheit komplexer. Es wird zunehmend als ein mehrdimensionales Gebilde verstanden mit physischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Aspekten, das selbst vielfältig durch physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Faktoren determiniert ist.
3. *Von den Schülerinnen und Schülern zur Schulgemeinschaft und Schulentwicklung:* Waren die traditionelle Gesundheitserziehung und die „Life-Skills“-Ansätze noch auf die Schülerinnen und Schüler ausgerichtet, hat die Gesundheitsfördernde Schule alle an der Schule beteiligten Personen(gruppen) im Blick. Damit wird signalisiert: Gesundheit in der Schule geht alle an! Vor allem die gesundheitliche Situation der Lehrkräfte ist in den letzten Jahren zunehmend thematisiert worden. Damit rückt aber auch die Organisation Schule als gesundheitsbeeinflussender Faktor ins Blickfeld. Gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule durch Organisations-, Personal-, Unterrichts- und Ausstattungsentwicklung wird zu einem immer wichtigeren Thema (Hascher 2004; Hurrelmann/Settertobulte 2008).
4. *Vom Setting Schule zum offenen partizipativen Netzwerk von Schulen und Kooperationspartnern*: Gesundheitsförderung als Settingansatz bleibt nicht mehr nur auf die einzelne Schule beschränkt. Vermehrt werden die Ressourcen erkennbar, die sich aus der partizipativen Vernetzung der Schulen untereinander und mit außerschulischen Kooperationspartnern ergeben. Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule auf allen Ebenen wird maßgeblich durch einen solchen Erfahrungsaustausch und die Möglichkeit gemeinsamer Entwicklungen begünstigt.
5. *Von der Risikoorientierung zu einem salutogenetisch ausgerichteten Konzept*: Während bei der traditionellen Gesundheitserziehung die Risiken dominieren, orientieren sich die schulische Gesundheitsförderung und mit

ihr auch die neueren „Life-Skills"-Ansätze an den Chancen. Sie richten den Blick auf die Gesundheitsressourcen, auf die Kraftquellen der Gesundheit oder, wie Antonovsky (1997) sie nennt, auf die salutogenen (im Unterschied zu den pathogenen) Faktoren. Die herkömmliche Pädagogik des erhobenen Zeigefingers und die Abschreckungsdidaktik haben sich als wenig attraktiv für die Schülerinnen und Schüler erwiesen und sie waren zudem auch wenig erfolgreich. Sie sind im Übrigen auch pädagogisch fragwürdig, weil sie den Heranwachsenden ein einseitig negatives Bild der Wirklichkeit bieten: Eine Welt voll von Risiken. Sie lassen weitgehend außer Acht, dass die Welt ebenso voller „Hoffnungspotenziale" ist, die die Lebensfreude und den Lebensoptimismus der nachwachsenden Generation stimulieren können.

6. *Vom individuellen Gesundheitsverhalten zu sozio-kulturell geprägten gesunden Lebensweisen:* Die schulische Gesundheitsförderung versteht sich heute als ein soziales und sozialpolitisches Projekt. Die soziokulturellen Lebensweisen der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und z. T. auch die des nicht-unterrichtenden Personals stehen bei ihr deutlicher im Mittelpunkt, als es bei der traditionellen Gesundheitserziehung der Fall war. Sie hat die gemeinsamen gesellschaftlichen Wurzeln der Gesundheit und ihrer Gefährdungen im Blick. Die schulische Gesundheitsförderung ist damit auf dem Weg, zu einem solidarisierenden, die Menschen in der Schule verbindenden Ansatz zu werden. Er hilft, die nahe liegende, oftmals praktizierte Strategie individueller Schuldzuweisung der Gesundheitserziehung („blaming the victim") zu vermeiden.
7. *Vom individuellen Gesundheitsverhalten zu settingbezogenen gesunden Lebensweisen:* Die Umwelt und die Lebensbedingungen der Menschen rücken in der schulischen Gesundheitsförderung stärker ins Blickfeld. Die Schule ist neben der Kommune („Healthy City"), dem Betrieb („Workplace Health Promotion") und dem Krankenhaus („Healthy Hospital") ein solches Setting, in dem die moderne Gesundheitsbildung und -erziehung z. T. allerdings erst modellhaft verwirklicht wird. Die („Health Promoting Families"; Schnabel 2004) oder das Zuhause der Schülerinnen und Schüler („Healthy Homes") sind als wichtige weitere Settings noch kaum entwickelt und deshalb als Partner der schulischen Gesundheitsförderung noch nicht systematisch und systemisch mit einbezogen worden. Mit dieser Setting-Orientierung erfolgt eine Abkehr von einer eher auf das individuelle Verhalten der Schülerinnen und Schüler fixierten Gesundheitserziehung, die dazu neigt, soziale Ursachen gesundheitlicher Probleme auszublenden bzw. zu psychologisieren und zu medikalisieren.

8. *Von einem normierend-disziplinierenden zu einem explizit demokratisch-emanzipatorischen Konzept, zu Partizipation und Empowerment:* Die schulische Gesundheitsförderung vertritt das Credo der Gesundheitsförderung, das die Unterstützung der Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit und damit die Stärkung der Gesundheit zum Inhalt hat. Sie nimmt Abschied von den traditionellen paternalistischen Vermittlungskonzepten. Aktive Mitgestaltung und Verantwortungsübernahme sowie Stärkung der Selbstverfügungskräfte stehen als Strategien im Mittelpunkt. Mit diesen Auffassungen steht sie modernen pädagogischen Konzeptionen der Gesundheitsbildung sehr nahe (Haug 1990; Homfeldt 1994; Wulfhorst 2002).

Die internationalen Erfahrungen mit diesem Setting-Ansatz haben zu Systematisierungen geführt, so dass heute Handlungsfelder und Prinzipien dieses Ansatzes einheitlich beschrieben werden können (Weare 2000; St. Leger 2000). Sie sind in mehreren Konzeptionen vor allem international ausgearbeitet worden. Eine Übersicht bietet die nachfolgende Tabelle 4.

Die verschiedenen Konzeptionen lassen sich in ein generisches Modell des Setting-Ansatzes schulischer Gesundheitsförderung überführen. Die folgende Abbildung gibt es wieder (vgl. Abb. 1).

Tabelle 4: Übersicht über Konzeptionen schulischer Gesundheitsförderung im Settingansatz der Gesundheitsfördernden Schule

Konzeptionen Gesundheitsfördernder Schulen	**Länder**
Health Promoting School Network	AUS
Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen / Radialprofile	CH
INDI 9 - Self evaluation tool for the Czech HPS model	CZ
Felder schulischer Gesundheitsförderung (K. Hurrelmann / E. Nordlohne)	D
Stern der Gesundheitsfördernden Schule (P. Paulus)	D
Schule & Gesundheit	D, Hessen
Audit gesunde Schule	D, Sachsen-Anhalt
European Health Promotion Indicator Development (EUHPID) (Teil des European Community Health Indicator – Projects; ECHI)	EU
European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) /Schools for health in Europe (SHE)	WHO, EU, CE

Fortsetzung Tabelle 4: Übersicht über Konzeptionen …

Konzeptionen Gesundheitsfördernder Schulen	**Länder**
New Health Promotion „Health Promotion Framework“	NL
SchoolBeat	NL
Health Promoting School Model	PL
Eco-Holistic Model of Health / Radial Profile	UK
School Health Status (vormals: School Health Standard)	UK
Comprehensive School Health Program	USA
Coordinated School Health Program	USA
Focus on Resources for Effective School Health (FRESH)	USA, UN etc.
School Health Index	USA
IQES Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Schulen (einschl. Gesundheitsitems)	CH, D, Nord-rhein-West-falen, Hessen
SEIS-08 Selbstevaluation in Schulen (einschl. Gesundheitsitems)	D, mehrere Bundesländer; Bertelsmann–Stiftung

Abbildung 1: Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule

<table>
<tr><td colspan="5">Salutogenese
(E)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Partizipation/
Empowerme
nt/
Advokatorisc
hes
Eintreten
(D)</td><td>Lehren,
Lernen
Curriculum
(1)</td><td></td><td>Schulkultur
Schulische
Umwelt
(2)</td><td rowspan="3">Innere/
Äußere
Ver-
netzung
(C)</td></tr>
<tr><td></td><td>Gesund-
heits-
fördernde
Schule</td><td></td></tr>
<tr><td>Dienste
Kooperations-
partner
(3)</td><td></td><td>Schulisches
Gesundheits-
management
(4)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und ihrer beeinflussenden Faktoren
(B)
Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung
(A)</td></tr>
</table>

Die Handlungsfelder lassen sich wie folgt charakterisieren:

(1) *Lehren, Lernen und Curriculum:* Hier geht es sowohl um Gesundheit als Thema des Lehrens und Lernens als auch um eine gesundheitsförderliche Didaktik und Methodik des Lehrens und Lernens (z. B. ganzheitliches Lernen, mit allen Sinnen; Bewegung und Lernen; Rhythmisierung des Unterrichts; signifikantes Lernen).

(2) *Schulkultur und schulische Umwelt:* Hier ist Gesundheit als Prinzip der Schulkultur sowie als Prinzip baulicher Maßnahmen der Schulgestaltung angesprochen (z. B. psychosoziales Klima; Schulhof als Lebens- und Freizeitraum; Ruhe- und Rückzugsräume; Klassenraum als Bewegungsraum; Licht und Farben als Gestaltungselemente zur Förderung des Wohlbefindens).

(3) *Dienste und Kooperationspartner:* Hier ist der Einbezug außerschulischer Partner und psychosozialer bzw. medizinischer Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung gemeint (z. B. schulpsychologische Dienste, Gesundheitsämter, Pädiater, Kinder- und Jugendhilfe, Krankenkassen).

(4) *Schulisches Gesundheitsmanagement:* Hier ist die Entwicklung sowie Anwendung von Prinzipien und Strategien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung Thema. Das Schulgesundheits-Management-System ist ein in die Schule integriertes und systematisch betriebenes Management, das verschiedene Qualitätsindikatoren enthält. Es beinhaltet Elemente der (a) Führungs-, (b) Struktur-, (c) Prozess-und (d) Ergebnisqualität (Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2000), die in der Perspektive „Schule als Betrieb" aufeinander bezogen werden. Wichtige Bereiche sind hier zum Beispiel Führungsstile, Schulkultur und -klima, Arbeitsverhalten, Arbeitszufriedenheit und organisationales Lernen. Sie werden in den Konzepten der Schulentwicklung zur „guten Schule" dimensional bzw. in Struktur- und Prozesskomponenten systematisch beschrieben.

Die im äußeren Kreis aufgeführten Prinzipien werden nachfolgend auch kurz skizziert:

(A) *Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung:* Schulische Gesundheitsförderung soll als Impuls für die Entwicklung der Schule verstanden werden. Sie soll Teil der Schulentwicklung sein und nicht als Initiierung einzelner „Events" verstanden werden, die immer mal wieder stattfinden, oftmals aber ohne nachhaltige Wirkung in der Schule sind.

(B) *Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und der sie beeinflussenden Faktoren:* Gesundheit wird in der Gesundheitsfördernden Schule umfassend – in Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO von 1946 – als physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle

Balance des Wohlbefindens verstanden. Diese Balance ist wiederum beeinflusst von Faktoren aus der der physisch, psychisch, sozial, ökologisch und spirituell geprägten Um- und Mitwelt. Das Gesundsein ist demnach vielfältig determiniert. Nicht nur das Verhalten nimmt Einfluss, sondern auch die genetische Ausstattung, die gesellschaftlich-kulturellen Gegebenheiten (z. B. das Bildungssystem mit der Schule) und nicht zuletzt auch das Gesundheitssystem. Und: Diese Bedingungen hängen wiederum miteinander zusammen und beeinflussen sich gegenseitig. Durch die Betonung der subjektiven Seite von Gesundheit, durch die Betonung des Gesundseins kommt die Subjekthaftigkeit des Menschen ins Spiel. Wohlbefinden ist etwas, worüber nur die bzw. der Betroffene selbst entscheiden kann. Sie bzw. ihn bei Veränderungsmaßnahmen mit einzubeziehen, als erlebende Person ins Zentrum zu stellen, ist eines der wichtigsten Anliegen der Gesundheitsförderung.

(C) *Partizipation, Empowerment und advokatorisches Eintreten:* Welche gesundheitlichen Probleme in einer solchen Schule aufgegriffen und zum Gegenstand der Bearbeitung gemacht werden, darüber entscheidet die Schule selbst. Dabei sind im idealen Fall alle Personengruppen der Schule (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern, nicht-unterrichtendes Personal) mit ihren gesundheitsbezogenen Wünschen und Erwartungen eingebunden. Für die Schülerinnen und Schüler kann der Schule die Aufgabe zufallen, im wohlverstandenen Gesundheitsinteresse zum Erhalt zukünftiger Handlungsoptionen der Schülerinnen und Schüler Maßnahmen einzuleiten (z. B. Eingaben zur Einrichtung verkehrssicherer Schulwege).

(D) *Innere und äußere Vernetzung:* Der Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Partnerschaften ist wichtig, um Synergieeffekte generieren zu können. Damit lassen sich sowohl die verschiedenen Maßnahmen in der Schule als auch diejenigen, die die Schule mit externen Partnern durchführt, in einem übergreifenden Konzept integrieren.

(E) *Salutogenese:* Die Ausrichtung auf die Salutogenese nach Antonovsky (1997) ist ein weiteres zentrales Merkmal der Gesundheitsfördernden Schule: Menschen in der Schule zu stärken, sie dabei zu unterstützen, dass sie Zutrauen zu sich selbst entwickeln und erhalten können (Gefühl der Machbarkeit), dass ihr Handeln ihnen (wieder) sinn- und wertvoll erscheint (Gefühl der Sinnhaftigkeit), dass ihr Leben und das, was sich darum herum abspielt, (wieder) begreifbar wird (Gefühl der Verstehbarkeit) sind leitende Prinzipien (Bengel u. a. 2001).

Neben diesen weitreichenden konzeptionellen Entwicklungen hat es auch Veränderungen auf politisch-administrativer Seite gegeben. Sie haben dazu geführt, dass Bildungs- und Gesundheitsministerien in ihren Verantwortungsbereichen für die schulische Gesundheitsbildung und -erziehung kooperieren.

Young (2005) hat die Entwicklung in Europa in folgenden Schritten beschrieben:

Mitte/Ende der 1980er Jahre: Initialexperimentelle Phase

- Innovatoren hauptsächlich aus dem Gesundheitssektor haben das Thema der schulischen Gesundheitsförderung mit Kollegen/innen aus dem Bildungsbereich angesprochen.
- Der Bildungssektor sah zunächst Gesundheit eher im Rahmen biomedizinischer Konzepte als im Rahmen sozialer Gesundheitsmodelle. Daraus erwuchs ein Defizit in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungssektor.
- Gesundheit muss erst in der Schule verankert werden. Sonst gibt es keine Etablierung in der Schule. Das ist nicht leicht. Große Überzeugungarbeit ist notwendig.
- Frühe sporadische und eher kurzzeitige Kooperationen entstanden aufgrund politischer Initiativen, die sich auf bestimmte Themen wie z.B. HIV/AIDS oder Drogenmissbrauch konzentrierten.

Anfang/Ende der 1990er Jahre: Strategische Entwicklungsphase

- Der Bildungssektor beginnt, den Gewinn der Gesundheitsfördernden Schule für die sozialen und Bildungsbedarfe in Schule und Kommune zu erkennen. Die vorgesetzten Behörden beginnen Kapazitäten durch Trainingsmaßnahmen und Personalentwicklung aufzubauen.
- Graduell entwickelt sich ein strategischer Ansatz durch partnerschaftliches Handeln auf nationaler und/oder auf regionaler Ebene der Schulverwaltungen.
- Modelle werden entwickelt, die die Verknüpfungen von Bildung und Gesundheit in Bezug zur Schulgesundheit herstellen (St. Leger/Nutbeam, 2000).

Anfang/Mitte 2000er Jahre dieses Jahrhunderts: Etablierungsphase

- Politische Aussagen bezüglich bestimmter schulischer Gesundheitsinterventionen werden vermehrt im Kontext der Gesundheitsfördernden Schule platziert, z. B. Aussagen hinsichtlich des Curriculums, Nahrungsmittelversorgung in Schulen.

- Der Bildungs- und Erziehungssektor übernimmt eine größere Verantwortung für die Gesundheitsförderung in Schulen und integriert Gesundheitsförderung in die Bildungs- und Erziehungsarbeit der Schulen.
- Auf der Ebene der Einzelschule ist die Gesundheitsförderung institutionalisiert, was bedeutet, dass sie integraler Bestandteil des Wertekanons der Schule geworden ist und Bestandteil der alltäglichen pädagogischen Arbeit.

Diese Einschätzung der politischen Entwicklungen in der Kooperation der beiden Politikbereiche in Bezug auf die schulische Gesundheitsförderung erscheint aus deutscher Sicht etwas zu optimistisch. Sie mag für kleinere Länder z.B. für Schottland („Curriculum for Excellence") oder Irland („Social, Personal and Health Education Programme") zutreffend sein, aber noch nicht in dem Ausmaß in Deutschland. Es gibt eine ganze Bandbreite schulischer Aktivitäten, die sich folgendermaßen systematisieren lässt (Paulus/Witteriede 2008; vgl. Tab. 5). Sie reicht von einfach strukturierten Maßnahmen der Gesundheitserziehung von Lehrkräften im Unterricht bis hin zu komplexen schulbezogenen Maßnahmen, die den Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule" oder neuerdings, dem der „guten gesunden Schule" verpflichtet sind.

Tabelle 5: Systematik der Realisierungsformen schulischer Gesundheitsarbeit (Paulus/Witteriede 2008)

	Gesundheitserziehung in der Schule	**Gesundheitsförderung/ GE-Projekte in der Schule**	**Gesundheitsfördernde Schule**	**Gute gesunde Schule**
Engagement-Wer-Ebene	Alle deutschen Schulen	Schulen mit ergänzendem (vielfach temporärem) Fokus auf spezielle Gesundheitsthemen	Schulen mit ganzheitlichem Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogener Schulprofilbildung	Schulen (in Programmen) mit integriertem Bildungs-/ Gesundheitsverständnis und Schulprogrammbildung
Engagement-Was-Ebene	Gesundheitserziehung (GE) gemäß Lernplanvorgaben auf Klassenebene	Form I plus Gesundheitsförderung (GF) auf Projektarbeits-/ Gruppenarbeitsebene	Form II plus Gesundheitsförderung auf Schulebene, z.T. plus Gesundheitsmanagement (GM)	Bildungsförderung plus Form III auf Schulebene, z. T. plus Gesundheitsmanagement (GM)

Fortsetzung Tabelle 5: Systematik der Realisierungsformen …

	Gesundheits-erziehung in der Schule	**Gesundheits-förderung/ GE-Projekte in der Schule**	**Gesundheits-fördernde Schule**	**Gute gesunde Schule**
Ziel-Wer-Ebene	SchülerInnen	SchülerInnen und/oder Lehr-kräfte und/oder Eltern	Schulgemein-schaft inkl. El-tern (z.T. plus Gemeinde)	Schulgemein-schaft inkl. El-tern (z.T. plus Gemeinde)
Ziel-Was-Ebene	Vermittlung basal physio-logischer Inhalte/Erziehu ng zur Ver-meidung gesundheits-schädlichen Verhaltens	Form I plus themenspezi-fische Kompe-tenzbildung sowie z.T. unspezifische Befähigung zur Lebensbe-wältigung	Form II plus Gesundheits-qualitätssteige-rung bei allen an Schule Be-teiligten, z.T. sekundär mit Bildungser-folgssteigerung	Schulqualitäts-steigerung bzw. Bildungs- und Gesundheits-qualitätssteiger ung (SQ-BQ-GQ) bei allen an Schule Beteiligten
Ansatz/ Strate-gie-ebene	Risikofaktoren-prävention/För derung von Protektiv-faktoren über alle Klassen einer Schule gemäß Jahr-gangsstufe (universelle Prävention)	Form I plus Maßnahmen auf Gruppen-ebene (selektive oder indizierte Prä-vention), z.T. salutogenetisc h fundiert und/oder in außer-schulischer Kooperation	Form II plus salutogene-tisch basiertem GF-Setting-Ansatz und/ oder plus Schulumfeld-kooperationsbil dung, z. T. plus schulischer Netzwerk-bildung	Unterstützung von Schule bei der Bildungs-auftragerfüllung durch gezielte integrierte Gesundheits-interventionen (u.a. i. S. v. Form III), z.T. plus Experten-allianzbildung
Gesund heitskon zept-ebene	Einfach-lineares Gesundheits-konzept	Fundiertes sektor-orientiertes Gesundheits-konzept	Komplex-holistisches Gesundheits-konzept	Komplex-holis-tisches Gesundheits-/ Bildungskon-zept

Fortsetzung Tabelle 5: Systematik der Realisierungsformen …

	Gesundheits-erziehung in der Schule	**Gesundheits-förderung/ GE-Projekte in der Schule**	**Gesundheits-fördernde Schule**	**Gute gesunde Schule**
Basis-konsens ebene	Gesundheits-begriff-/ Interventions-zieldefinitionen sind zumeist nicht explizit ausgehandelt, unterliegen insbesondere dem Verständ-nis des jeweils Unter-richtenden	Gesundheits-begriff-/ Interventions-zieldefinitionen sind zumeist projektbezogen thematisiert und z.T. per Projektarbeits-gruppenkonsen s explizit ver-einbart	Gesundheits-begriff-/ Interventions-zieldefinitionen sind explizit ausgehandelt und per Be-schlussfassung mehrheitlich-einheitlich verabschiedet und schriftlich fixiert worden	Gesundheits-begriff-/ Interventions-zieldefinitionen sind explizit ausgehandelt und per Be-schlussfassung mehrheitlich-einheitlich verabschiedet und schriftlich fixiert worden
Gesund heits arbeits-ebene	Konventionell-umsetzend	Modern-erschließend	Systemisch-erweiternd	Progressiv-integrierend

Die vorliegenden Forschungsergebnisse zur schulischen Gesundheitsförderung zeigen aber sehr deutlich, dass der ganzheitliche Setting-Ansatz der sog. Gesundheitsfördernden Schule der vielversprechendste ist im Hinblick auf mögliche Erfolge, obwohl noch keines der bislang untersuchten Programme alle die vorgenannten Komponenten in ihrer Umsetzung integriert hat (vgl. International Union for Health Promotion and Education 1999; Lister-Sharp u. a. 1999; Evans u. a. 2005; Stewart-Brown 2006; St. Leger u. a. 2007; Dür 2007).

So sind Programme effektiver, die komplexer, multifaktoriell sind und die Aktivitäten in mehr als einer der Komponenten der Gesundheitsfördernden Schule initiieren sowie ganzheitliche Ansätze zur Förderung psychischer Gesundheit unter Einbezug von Themen wie Konfliktlösung, Gewalt und Aggressionsreduktion und solche Programme, die gesundes Essen und körperliche Bewegung beinhalten, die effektivsten sind (vgl. Weare/Markham 2005). Programme, die Prävention von Drogenmissbrauch oder „Safer Sex" oder Mundhygiene zum Ziel hatten, waren am wenigsten erfolgreich. Die effektiven Programme zum gesunden Essen und zur körperlichen Bewegung beinhalten umfangreichere und intensivere Interventionen und wurden von besser geschulten Lehrkräften durchgeführt als andere. Effektive Programme zum gesunden Essen waren darüber hinaus solche, die in der Schule Mensaessen

zur Verfügung stellten und die dabei zugleich auch Eltern mit eingebunden haben. Insgesamt scheint es so zu sein, dass Programme, die die Elternmitwirkung ermöglichen und die Umweltgegebenheiten mit in den Veränderungsprozess einbezogen haben, eher zu den erfolgreichen zählen. Die Analysen haben auch gezeigt, dass Verbesserungen im Gesundheitswissen leichter zu erreichen sind als Änderungen in Einstellungen und im Verhalten. Aus diesen Metaanalysen und anderen Erfahrungswerten aus der Praxis der schulischen Gesundheitsförderung lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, wie Programme gestaltet sein müssen, damit sie möglichst erfolgreich in und gemeinsam mit Schulen adaptiert und umgesetzt werden können. Für den Bereich der Förderung der mentalen Gesundheit ergibt sich etwa die folgende „Check-Liste" für Programmdurchführungen:

- Theoretisch gut begründet
- Individuen- und settingzentriert
- Interventionsfelder übergreifend
- Mehr-Komponenten-Interventionen
- Partizipations- und empowermentorientiert
- Ressourcen-, fertigkeits-, aber auch defizitorientiert
- Kulturell angepasst
- Strukturiert (manualisiert, Curricula)
- Variable Didaktik
- Trainierte AnleiterInnen und Unterstützungsstrukturen
- Längere Interventionsdauer (mindestens 9 Monate; kurze ist nur bei Risikogruppen erfolgreich)
- Multimodal gemessen
- In Versorgung implementiert

Diese Auflistung von Merkmalen erfolgreicher Maßnahmen verweist auf den ganzheitlichen Ansatz schulischer Gesundheitsförderung. Er ist das Maß der Dinge.

Kürzlich publizierte Forschungsergebnisse zur Dissemination und Implementation settingbasierter Ansätze schulischer Gesundheitsförderung in Deutschland (Paulus/Witteriede 2008) zeigen aber, dass es nur etwa 14% aller öffentlichen deutschen Schulen sind, die angeben, mit diesem Ansatz zu arbeiten. Sie dokumentieren dies durch ihre Mitgliedschaft in entsprechenden Pilotprogrammen, indem sie es durch ihre Schulprogramme und Leitbildformulierungen belegen etc. Sie verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Schulformen (vgl. Tab. 6):

Tabelle 6: Verteilung der Schulformen und Anzahl der jeweils beteiligten Schulen

Beteiligte Schulformen[4]	Häufigkeit	Einrichtungen in %	Anzahl beteiligter Schulen
Grundschule (inkl. 1 Gemeinschaftsgrundschule)	51	67,1	3.833
Hauptschule	35	46,1	227
Gymnasium (Oberschule)	34	44,7	364
Realschule	30	39,5	228
Sonderschule/Förderschule	24	31,6	224
Integrierte Gesamtschule/Kooperative Gesamtschule	24	31,6	167
BBS/Berufskolleg	16	21,1	120
Hochschule	0	0	0
Gesamt	214	281,7	5.163

Zunächst ist die Grundschule als diejenige Schulform zu sehen, die mit 67% der Einrichtungen am häufigsten Gegenstand von ganzheitlicher schulischer Gesundheitsarbeit in Deutschland ist. Zu diesem Ergebnis trägt bei, dass sich eine Reihe umfangreicher Projekte und Programme, z.B. „Gesund macht Schule“ mit 240 Schulen (Ärztekammer Nordrhein und AOK Rheinland) und „Klasse2000“ mit 2110 Schulen (Verein Programm Klasse2000, 2005) ausschließlich auf diese Schulform konzentrieren.

Ihre Kernarbeitsbereiche zu Beginn ihres Engagements im ganzheitlichen Ansatz schulischer Gesundheitsförderung waren die folgenden (vgl. Tab. 7).

[4] Hier konnten Daten von N= 76 Einrichtungen (i.e. Einzelschulen, Schulverbünde, schulartenübergreifende Großprojekte) mit insgesamt 5.163 Schulen analysiert werden. Deshalb kommen Mehrfachnennungen hier häufig vor und die Prozentzahlen addieren sich nicht mehr auf 100%.

Tabelle 7: Kernarbeitsbereiche der Schulen zu Beginn ihres Engagements (Paulus/Witteriede 2008, S. 40)

Kernarbeitsbereiche/-themen zu Beginn (N = 85; M = 0)	**Häufigkeit**	**Antworten in %**	**Einrichtungen %**
Themenspezifische Interventionen/Kompetenzförderung	53	39,8	62,4
Schul- und Unterrichtsorganisation	18	13,5	21,2
Kooperationsförderung/Vernetzung/Schulöffnung	11	8,3	12,9
Entwicklung von Projekt-/ Programmstrukturen/-instrumenten	11	8,3	12,9
Schulraumgestaltung	8	6,0	9,4
Schüler- und/oder Lehrergesundheit	8	6,0	9,4
Ausgleich von Benachteiligungen	6	4,5	7,1
Personalqualifizierung	4	3,0	4,7
Situations-/Bedarfsanalyse	4	3,0	4,7
Schulklimabeeinflussung	2	1,5	2,4
Keine (verwertbare) Angabe	8	6,0	9,4
Gesamt	133	100,0	156,5

Diese Arbeitsbereiche lassen sich übergeordneten Leitzielen und Kernanliegen der jeweiligen Schulen zuordnen.
Danach ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 8 und 9)

Tabelle 8: Leitziele/Kernanliegen der Schulen

Leitziele/Kernanliegen der Einrichtungen (N = 85; M = 0)	**Häufigkeit**	**Antworten in %**	**Einrichtungen in %**
Förderung der Gesundheit aller am Schulalltag beteiligten Personen	24	10,4	28,2
Belastungs-/Risikominderung/Prävention	21	9,1	24,7
Steigerung von Bildungs-/Erziehungs- und/oder Lehr-Lern-/Schulqualität	20	8,7	23,5
Spezifische Verhaltensbeeinflussung/Kompetenzentwicklung	17	7,4	20,0

Fortsetzung Tabelle 8: Leitziele/Kernanliegen der Schulen

Leitziele/Kernanliegen der Einrichtungen (N = 85; M = 0)	Häufigkeit	Antworten in %	Einrichtungen in %
Allgemeine Entwicklung/Stärkung personaler Ressourcen/Kompetenzen	17	7,2	20,0
Initiierung/Unterstützung der gesundheitsbezogenen Entwicklung von Bildungs-/Erziehungseinrichtungen	16	6,8	18,8
Entwicklung/Erprobung/Evaluation einer Strategie/Maßnahme	15	6,5	17,6
Förderung/Bewahrung der Gesundheit von Lehrkräften	12	5,2	14,1
Ermöglichung eines umfassenden Wohlbefindens	12	5,2	14,1
„Gesundheitsfördernde Schule“	12	5,2	14,1
Schaffung eines förderlichen Schul klimas/-raumes	11	4,8	12,9
Gute (und) gesunde Schule	11	4,8	12,9
Förderung der Gesundheit sozial Benachteiligter	8	3,5	9,4
Gesundheitsbezogene Netzwerkarbeit mit/für Bildungs-/Erziehungsstätten	8	3,5	9,4
„Gesunde Schule“	7	3,0	8,2
Verankerung von Gesundheit im Schulalltag	6	2,5	7,1
Qualifizierung von Lehrkräften/ Kompetenzentwicklung bei Lehrkräften	6	2,6	7,1
Steigerung von Lern/Leistungsmotivation	4	1,7	4,7
Anregung/Aufbau außerschulischer - Kooperationen	4	1,7	4,7
Gesundheitsbezogene Zertifizierung von Bildungs- und/oder Erziehungsstätten	3	1,3	3,5
„Bewegte Schule“	2	0,9	2,4
Gesamt	23,6	100,0	277,6

Systematisiert durch eine Clusteranalyse konnten drei Typen von Schulen identifiziert werden, die in unterschiedlicher Weise den ganzheitlichen Ansatz schulischer Gesundheitsarbeit (GASG) umsetzen. (vgl. Tab. 9)

Tabelle 9: Typen schulischer Gesundheitsförderung im Settingansatz

Cluster	Typ	Primäre Kennzeichen
2 (N=23)	Komplex-organisierte GASG	Durchgebildete und strukturell organisierte Besetzung relevanter Felder schulischer Gesundheitsarbeit in breiter ganzheitlicher Ausführung
1a (N=24)	Verhältnis-orientierte GASG	Entwickelte Besetzung relevanter Felder schulischer Gesundheitsarbeit in ganzheitlicher Ausführung bei Verhältnisgewichtung
1b (N=15)	Thematisch-entwickelte GASG	(Einzel-)themen-/fortbildungszentrierte Besetzung einiger Felder schulischer Gesundheitsarbeit mit Ganzheitlichkeitsbestreben

Diese Typen scheinen aber zum großen Teil doch noch eher programmatische Erklärungen zu sein als Realitäten, die die schulische Arbeit getreu abbilden. Zufällige Stichproben zeigten, dass offenbar nur sehr wenige dieser Schulen auch tatsächlich den ganzheitlichen Schulansatz im schulischen Alltag praktizieren.

Es ist immer noch der Einschätzung von Marsen-Storz (2004) zuzustimmen, wenn sie schreibt: „Noch überwiegen Unterrichtsprogramme in den klassischen Bereichen zur Reduzierung gesundheitlicher Risiken (zum Beispiel Ernährungsaufklärung, Tabak- und Alkoholprävention), häufig auch in Form von Gruppenarbeit und Projekttagen/-wochen. Zielgruppe sind vor allem Jugendliche selbst, aber auch zum Teil Lehrer/innen. Insgesamt haben Projekte zur Bewegungsförderung und Verbesserung des Schulklimas zugenommen.“ (S. 345;vgl. z. B. Zimmer 2004; Kottmann 2004). Diese Einschätzung wird bestätigt, wenn andere Analyseergebnisse der schulischen Gesundheitsförderung herangezogen werden.

So haben kürzlich Dees und Wenzig (2006) die Ergebnisse ihrer umfangreichen Recherche zu bestehenden Programmen und Angeboten in der Volksschule vorgelegt[5]. Die folgenden Abbildungen geben dazu den Überblick.

Bei den dokumentierten Schulprojekten überwiegen entsprechend die „klassischen" Themen Bewegung und Ernährung (vgl. Tab. 9 und 10[6]).

Etwa die Hälfte der 93 Projekte aus der GIVE-Datenbank und sogar gut zwei Drittel der 102 OPUS-Schulprojekte beziehen sich jeweils auf diese Themen. Auch in der Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten deckt gut die Hälfte der Projekte u. a. diese Handlungsfelder ab (ebd. S. 16f). Die Bereiche Kommunikation/Konfliktbewältigung und Haltung kommen noch relativ häufig vor, weniger dagegen Sexualerziehung, Erste Hilfe und Umweltthemen. Vorherrschend sind die Themen Gewaltprävention, Bewältigungsressourcen (z.B. zur Konfliktbewältigung) und Stressbewältigung in der Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Für die Literatur-Datenbanken WISO III, FIS Bildung und DZI SoLit gilt auch, dass Ernährung und Bewegung die vordersten Plätze einnehmen.

[5] Berücksichtigt wurden die folgenden Datenbanken: Projekt-Datenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten;* Projekt- und Schuldatenbank des Netzwerks Bildung und Gesundheit *OPUS NRW* (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit);- Datenbank der österreichischen Servicestelle für Gesundheitsbildung *GIVE* (Gesundheit, Information, Vernetzung, Entwicklung); Literatur-Datenbank *WISO III* (Sozialwissenschaftliches Literaturinformationssystem (SOLIS) und Forschungsinformationssystem Sozialwissenschaften (FORIS); Literatur-Datenbank *FIS Bildung* (Fachinformationssystem Bildung); Literatur-Datenbank *DZI SoLit* (Literatur für Sozialarbeit und Sozialpädagogik)

[6] Mehrfachnennungen waren möglich, da Schulen oft umfassendere Projekte mit mehreren thematischen Schwerpunkten durchführen; s. auch Fußnote 4

Tabelle 10: Programme und Themen schulischer Gesundheitsförderung

Themen	Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten[7]		OPUS NRW		GIVE	
	N	In %	N	In %	N	In %
Aggression/Gewalt	161	57	20	20	13	14
Bewegung/Sport	154	54	73	72	45	48
Ernährung	145	51	67	66	44	47
Erste Hilfe			6	6	4	4
Gesundheitsförderung allgemein					23	25
Haltung			5	5	26	28
Kommunikation, Konfliktbewältigung, Bewältigungsressourcen	191	67	25	25	26	28
Psychosoziale Gesundheit			1	1	18	19
Schularealgestaltung			31	31	14	15
Selbstachtung/Selbstwert			12	12	16	17
Sexualverhalten	59	21	11	11	2	2
Stressbewältigung	142	50	9	9	17	18
Suchtprävention, Rauchen, Alkoholkonsum	53	19	12	12	10	11
Umwelt			4	4	4	4
Unfallprävention	53	19			6	7
Vorsorgemedizin, Prävention			22	22	5	5
Zahngesundheit			12	12	8	9

Da Mehr-Themen-Projekte vorhanden sind, und diese bei jedem Thema verbucht wurden, übersteigt die Summe in der Tabelle die Gesamtzahl der Treffer insgesamt

[7] Bei dieser Datenbank musste zur Bestimmung der Häufigkeit einzelner Themen auf die Gesamtliste der 285 Treffer aus dem Umfeld Schule und der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zurückgegriffen werden. Darunter befinden sich allerdings auch viele nichtrelevante Treffer. Die dargestellten Zahlen sind somit nur mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 11: Themen und Programme schulischer Gesundheitsförderung

Themen	WISO III	FIS Bildung	DZI SoLit
Aggression/Gewalt	1	1	
Bewegung/Sport	4	12	1
Ernährung	8	2	
Gesundheitsförderung allgemein	1	3	
Haltung		2	
Psychosoziale Gesundheit	1		
Selbstachtung/Selbstwert	2	3	
Sexualverhalten	1		
Stressbewältigung	2	3	
Suchtprävention, Rauchen, Alkoholkonsum	3	2	1
Umwelt	1		
Unfallprävention	2		
Zahngesundheit			1

Da Mehr-Themen-Projekte vorhanden sind, und diese bei jedem Thema verbucht wurden, übersteigt die Summe in der Tabelle die Gesamtzahl der Treffer insgesamt.

Die Dokumentationen der Gesetzlichen Krankenkassen sind eine weitere Informationsquelle. Sie erfassen seit 2001 jährlich alle Leistungen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in einer kassenübergreifenden Dokumentation. Danach haben sie seit 2001 Zug um Zug ihre Aktivitäten nach dem Settingansatz steigern können, was aber hier zumeist bedeutet, im Setting Schule[8].

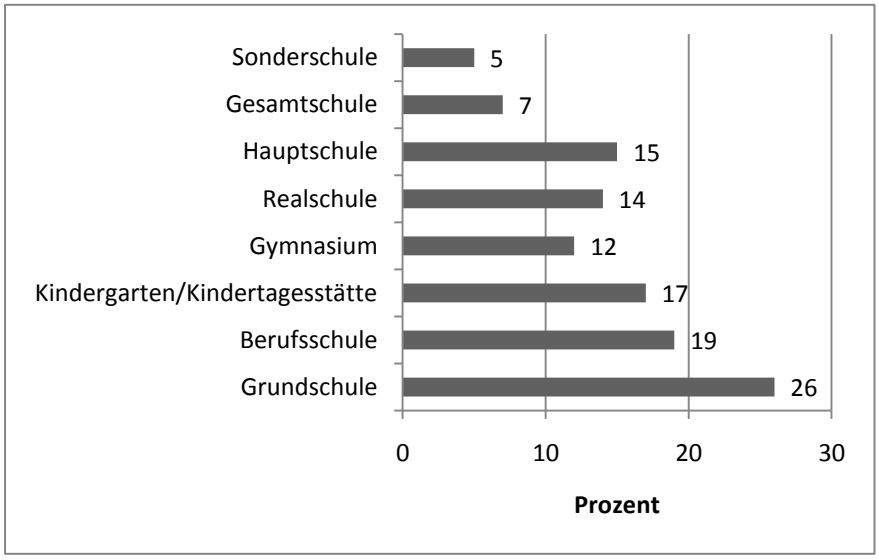
2006 entfielen 85% aller gemeldeten nicht betrieblichen Settingaktivitäten auf Kindergärten/-tagesstätten, Schulen und Berufsschulen (davon 71% der Maßnahmen auf Schulen und Berufsschulen). Es wird geschätzt, dass insgesamt in Grundschulen 867.000 Personen, in weiterführenden Schulen 711.000 Personen und in Berufsschulen 156.000 Personen durch diese eingeführten Maßnahmen erreicht werden konnten.[9]

[8] In der Dokumentation (Arbeitsgemeinschaft, 2007) wird z. B. für 2005 die Zahl der am „Netzwerk Bildung und Gesundheit in NRW – OPUS-NRW" beteiligten Schulen mit 6000 beziffert. Es sind allerdings lediglich ca. 600 Schulen beteiligt. Auch der jährliche Nichtraucher-Wettbewerb *„Be smart, don't start"*, an dem bundesweit 2004/2005 über 12000 Klassen teilgenommen haben, kann kaum als Settingansatz angesehen werden.

[9] In den Schätzungen wird zwischen „direkt erreichten" und „darüber hinausgehend erreichten Personen" unterschieden. Direkt wurden in Grundschulen 373 Tsd. Personen, in weiterführenden Schulen 711 Tsd. Personen und in Berufsschulen 95 Tsd. Personen erreicht.

Die Schwerpunkte der Aktivitäten lagen im Grundschulbereich, im Bereich der Berufsschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten. Bei den weiterführenden Schulen wurden die Aktivitäten meist in mehreren Schularten gleichzeitig durchgeführt (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Bildungssettings (überwiegend Schulen) durch Gesetzliche Krankenkassen 2006 (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 27

Die Ergebnisse des Jahres 2006 weisen auf eine große Vielfalt von Aktivitäten, Projekten und Programmen mit unterschiedlicher Qualität hin. Die Vielgestaltigkeit spiegelt sich auch in der Komplexität der gemeldeten Ansätze – von einfach strukturierten verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Schüler-/Lehrergesundheit bis hin zu umfassenden settingbezogenen Gesundheitsmanagementansätzen – oder in der Vernetzung mit externen Akteuren wider. Im Einzelnen wurden für das Jahr 2006 die folgenden Aktivitäten der schulischen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen dokumentiert (Spitzenverbände der Krankenkassen 2008)[10]. Die folgende Zusammenstellung von Meierjürgen (2008) gibt dazu einen Einblick:

In Grundschulen wurden Eltern (70%, gesamt: 37%) und Lehrer (83%, gesamt 56%) als Zielgruppe angesprochen. Vergleichsweise häufig wurden

[10] Leider werden die Ergebnisse für die verschiedenen Schulformen in der Leistungsdokumentation nur in Ausschnitten wiedergegeben.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (77%, gesamt 66%) gebildet und Gesundheitszirkel (45%, gesamt 29%) durchgeführt. Es wurden häufig Maßnahmen zur Bewegung (74%), Stressreduktion/Entspannung (45%) und dem gesundheitsgerechten Umgang miteinander (43%) durchgeführt. Die strukturellen Maßnahmen bezogen sich insbesondere auf Veränderung der Umgebungsbedingungen (67%) sowie der Veränderung der Organisation im Setting (66%).

In weiterführenden Schulen waren die Aktivitäten häufiger als in der Gesamtheit auf spezifische Zielgruppen (84 %, gesamt 78 %) ausgerichtet. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bestanden häufig in Sonderschulen (88 %) und Gesamtschulen (84 %). In 39 % der gemeldeten Fälle wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Stressreduktion/Entspannung (46 %) und der gesundheitsgerechte Umgang miteinander (39 %) standen im Mittelpunkt der Aktivitäten. Darüber hinaus betrafen Maßnahmen häufig die Organisation im Setting (61 %), die Veränderung von Informations- und Kommunikationsstrukturen (51 %) sowie soziale Angebote und Einrichtungen (29 %). In über 80 % der Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt.

In Berufsschulen wurden insbesondere mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen (46 %) angesprochen. Es wurden relativ wenig Gesundheitszirkel (6 %) und häufig rein verhaltenspräventive Maßnahmen (62 %) durchgeführt. Im Mittelpunkt standen Maßnahmen zur Bewegung (83 %). Bei den strukturellen Maßnahmen sind insbesondere Aktivitäten zur Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen (67 %) zu nennen. Maßnahmen, die die Organisation im Setting (33 %) sowie die Informations- und Kommunikationsstrukturen (34 %) in den Blick nahmen, wurden dagegen eher unterproportional häufig durchgeführt“ (ebd.).

Ergänzend zu diesen Informationen erbrachte eine repräsentative telefonische Umfrage unter N=2.013 Lehrkräften zur „Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an bundesdeutschen Schulen“ (BZgA 2004c) die folgenden Ergebnisse, die wiederum den Eindruck verstärken, dass die schulische Gesundheitsförderung nicht dem Stand entspricht, der durch die internationale Forschung markiert wird.

Sie ergab z.B., dass die Lehrkräfte mit durchschnittlich nur zwei Nennungen folgende Themen mit „Gesundheitsförderung“ und „Gesunde Schule“ assoziieren (ebd. S. 12; vgl. Tab. 12).

Tabelle: 12: Assoziationen von Lehrkräften zu den Themen „Gesundheitsförderung“ und „Gesunde Schule“ (Angaben in %; BZgA 2004c)

Ernährungs (-angebot)	74
Angebot von Sport und Spielmöglichkeiten	47
Anleitung zur Körperhygiene	18
Aufklärung über Suchtgefahren	16
Baumaßnahmen/Möblierung	14
Sexualaufklärung/Infektionsschutz	10
Abstimmung von Lern-, Ruhe- und Bewegungsblöcken	9
Stressabbau/Entspannung	4
Förderung von Sozialverhalten	3
Lärmprävention	1
Anderes	22
Weiß nicht	3

„Gesunde Schule“ als Thema oder „Gesundheitsfördernde Schule“ als umfassender integrierender Ansatz kommt nicht vor. Offensichtlich sind solche Ansätze nicht unmittelbar präsent. Dies mag mit daran liegen, dass Lehrkräfte offensichtlich die schulischen Voraussetzungen zur Gesundheit nicht kritisch sehen. Sie sehen überwiegend Bewegungsmöglichkeiten für die Schülerinnen und Schüler als gegeben an (91 %), sehen zu 70 % durch das Schulgebäude ein gesunde Lernumgebung als gegeben an, sehen ihre Schule so ausgestattet, dass Sport betrieben werden kann (68 %), sehen ebenso genügend Spielmöglichkeiten (67 %) und sind auch überzeugt, dass die Pausen dem Lernrhythmus angemessen gestaltet sind (64 %). Einzig im Angebot, dass Kinder sich gesund ernähren können, sehen die befragten Lehrkräfte mit nur noch 48% Zustimmung einen deutlichen Verbesserungsbedarf. Eine ganzheitliche Perspektive kommt auch nur darin zum Ausdruck, dass Lehrkräfte berichten, dass an der Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins im Kollegium gearbeitet wird. Insgesamt 23 % geben an (Grundschulen: 31 %), dass sehr daran gearbeitet wird, 40 % berichten, dass das Kollegium sich in diese Richtung bewege. Etwas über die Hälfte (55 %) dieser 63 % gibt an, dass zu diesem Thema in ihrer Schule in Schulkonferenzen gesprochen worden ist, nur 20 % berichten von Gesprächszirkeln in Schulen, die zum Zwecke der Förderung des Gesundheitsbewusstseins eingerichtet worden sind. Eine Minderheit von 44 % der 63 % sagen, dass sie sich aktiv an solchen Gesundheitsanliegen beteiligen.

Vielfach ist es eher so, dass in den Schulen immer noch auf Ebene der Klasse Initiativen (Unterrichtseinheiten, eigeninitiierte Projekt, Programme) unterschiedlichster Qualität mit Zielrichtung Schülerinnen und Schüler durch-

geführt werden. Die folgende Tabelle 13 gibt hierzu einen Überblick über Aktivitäten der Schulen. Die befragten Lehrkräfte nennen im Durchschnitt 6.6 Maßnahmen ihrer Schule in den letzten 12 Monaten.

Tabelle 13: Schülerprobleme und schulische Maßnahmen
(Telefonisch-repräsentative Befragung N= 2.013 Lehrkräften, Februar bis März 2004; BZgA 2004c, S. 22)

Aktivitäten der Schule	Prozentualer Anteil (Mehrfachnennungen möglich)
Förderung des Sozialverhaltens	84
Sexualaufklärung/Infektionsschutz	83
Aufklärung über Suchtgefahren	81
Sport-/Spielmöglichkeiten	78
Konzentrationsübungen	61
Ernährung	59
Stressabbau	56
Anleitung zur Körperhygiene	51
Lärmprävention	35
Abstimmung von Lern- und Bewegungsblöcken	32
Bauliche Veränderungen	31
Nichts davon	2

Hemmnisse in der Umsetzung sehen die Lehrkräfte in dem geringen Interesse der Eltern und dass der Lehrplan zu wenig Spielraum für dieses Thema lässt (55 %). Wichtig ist ebenfalls, dass Lehrkräfte ein Hemmnis darin sehen, dass zu wenige Unterrichtsmaterialien vorliegen (44 %) und 30 % sie für unzulänglich halten. Mangelndes Interesse der Schülerinnen und Schüler (43 %) werden als ein weiteres Hemmnis angegeben.

Der ganzheitliche Ansatz schulsicher Gesundheitsförderung, der gegenüber den hier vorgestellten doch eher ernüchternden Ergebnissen als Standard vorgestellt worden ist, hat selbst aber auch Entwicklungsdefizite. Auf zwei eindeutige und augenfällige Schwächen dieses Ansatzes soll hier aufmerksam gemacht werden, weil sie Anlass geben müssen und tatsächlich auch Anlass gegeben haben, nicht mehr nur darüber nachzudenken, wie der Ansatz verbessert werden kann, sondern auch vor allem darüber, ob sich nicht neue Perspektiven anbieten, die langfristig einen größeren Erfolg schulischer Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz versprechen, ohne allerdings die Errungenschaften der bisherigen Entwicklungen aufgeben zu müssen:

- *Geringe Verbreitung der Gesundheitsfördernden Schulen:* Zwar haben bis auf Bayern alle Bundesländer an den beiden BLK-Modellversuchen zum Setting-Ansatz schulsicher Gesundheitsförderung teilgenommen („Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen" (1993-1997); Barkholz/Paulus 1998) und „OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen" (1997-2000); Barkholz u. a. 2001), mit den erwähnten 14% haben aber erst wenige das Setting-Konzept systematisch aufgegriffen und dies auch nur programmatisch. Auch wenn man davon ausgeht, dass die Umsetzung des Konzeptes in seiner Ganzheit einen sehr hohen Anspruch beinhaltet und viele Schulen mit der Planung und Umsetzung überfordert sind, ist es dennoch bemerkenswert, dass viele Schulen dieses Konzept auch ansatzweise noch nicht aufgegriffen und es zu einer „Dimension" ihres Selbstverständnisses von Schule gemacht haben. Festzuhalten bleibt deshalb, dass das Konzept bislang nicht die gewünschte Wirkung erzielen konnte. Es ist bisher nicht gelungen, was programmatisch in der Resolution von Thessaloniki (1997), die auf der ersten Konferenz des „European Network of Health Promoting Schools" verabschiedet wurde, gefordert wird: Jedes Kind in Europa soll ein Anrecht darauf haben, eine Gesundheitsfördernde Schule zu besuchen (WHO 1997; Paulus 2002). Angesichts der anfangs erwähnten Gesundheitsproblematik, von denen Schulen betroffen sind, auf die hier aber nur verwiesen werden kann, ist der erreichte Entwicklungsstand ein viel zu geringes Ergebnis.
- *Bedeutungslosigkeit in der aktuellen Diskussion um die "Neuvermessung des pädagogischen Sinns" der Schule (Flitner 1996):* Es ist auch zur Kenntnis zu nehmen, dass die aktuelle schulpädagogische und bildungspolitische Diskussion um die Erneuerung der Schule (z.B. von Hentig 1993; Voß 1996), die Fragen nach der Verwirklichung einer leistungsfähigeren, moderneren, innovativeren oder guten Schule aufwirft und hierzu konkrete Konzeptionen entwickelt und modellhaft umsetzt, weitestgehend ohne Rückgriff auf Erkenntnisse der schulischen Gesundheitsförderung geführt wird (z.B. Fullan, 1999; Rolff u.a. 1999; Schratz u.a. 2000; Holtappels/Höhmann 2005).

Diese bedauerliche Entwicklung ist nicht auf oberflächliche Phänomene zurückzuführen, wie z.B. mangelndes Marketing oder ungenügend ausgebaute Unterstützungsstrukturen. Die Gründe liegen tiefer. Sie haben hauptsächlich damit zu tun, dass der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule originär kein Ansatz ist, der aus der Schule selbst, d.h. aus ihren Entwicklungsnotwendigkeiten heraus, entwickelt worden ist, sondern von außen, von außerschulischen bzw. -pädagogischen Interessen geleitet, an die Schule herangetragen worden ist und wird. Wesentlicher Motor sind gesundheitspolitische Anliegen, denen es im Kern um eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung geht.

So sind denn auch die treibenden und unterstützenden Kräfte auf europäischer Ebene die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die bis Ende 2006 das Technische Sekretariat des „European Network of Health Promoting Schools" in Kopenhagen bei der WHO-EURO unterhielt (ab 2007 ist das Netzwerk umbenannt worden in „Schools for Health in Europe" (SHE) und wird vom Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (NIGZ) in Woerden koordiniert; www.schoolsforhealth.eu) und die Europäische Kommission, die über die Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit das internationale Netzwerk über Projektzuschüsse fördert. Zentrale Ziele sind hier vorrangig immer noch Gesundheitsziele, die sich an epidemiologischen Erkenntnissen über den Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen orientieren bzw. an den Ergebnissen und Herausforderungen der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung (z.B. International Union for Health Promotion and Education; IUHPE 1999). Schule wird in dieser Perspektive nach wie vor eher als eine Institution gesehen, in der die wichtige Zielgruppe der nachwachsenden Generation schicht- und milieuübergreifend mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht werden kann. Soziale Randgruppen, die in der Regel auch mit höheren gesundheitlichen Risiken belastet sind, können auf diese Weise ohne kontraproduktive Stigmatisierung erreicht werden (Paulus 2002; vgl. Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 15. Juni 2006). Eine solche Sichtweise verkürzt aber das Selbstverständnis und den Erziehungs- und Bildungsauftrag von Schule insgesamt, aber auch den, den sie im Bereich der Gesundheitserziehung und -bildung hat. Nicht immer wird klar gesehen, dass Schule eine Institution des Bildungs- und nicht des Gesundheitswesens ist, was bedeutet, dass die Gesundheitsziele immer reflektiert werden müssen vor dem Hintergrund des Erziehungs- und Bildungsauftrags der Schule.

Ein zweiter Grund für den mangelnden Erfolg des Setting-Ansatzes der Gesundheitsfördernden Schule mag darin zu suchen sein, dass der Fokus derjenigen, die sich mit der schulischen Gesundheitsförderung beschäftigt haben, zu sehr auf dieses Thema gerichtet war. Er hat den Blick auf die Situation der Schule selbst verstellt. Dass Schule in der Zeit, in der sich die schulische Gesundheitsförderung entwickelt hat, selbst unter einem enormen Veränderungsdruck der Schulmodernisierung geriet und andere Fragen Schule bewegten, auf die sie Antworten –vielleicht auch von der schulischen Gesundheitsförderung gesucht hat, ist so nicht wahrgenommen worden. Waren es zu Beginn der 1990er Jahre noch Fragen der Schulautonomie und der Dezentralisierung und der damit verbundenen Deregulierung, standen Mitte der 1990er Jahre Fragen, wie durch Schulprogrammentwicklung und -arbeit einschließlich der Evaluation die Einzelschule diese Entwicklung steuern konnte, im Vordergrund. Heute nach TIMSS und PISA stehen Fragen der Leistungsfähigkeit der Schulsysteme im Zentrum. Effizienz und Ökonomie des Systems

sind aktuelle Fragen. Es geht um die Steuerung der einzelnen Schule im Kontext der Systemsteuerung durch Bildungsstandards und Systemmonitoring (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006). Zu diesen Fragen hat sich die schulische Gesundheitsförderung kaum positioniert (vgl. Young 2002). Konsequenterweise hat sie deshalb auch kaum Berücksichtigung in der schulpolitischen und schulpädagogischen Diskussion erfahren.

4 Konsequenzen: Schulische Gesundheitsförderung vom Kopf auf die Füße gestellt – ein neues Paradigma

Angesichts der nur unzureichenden Entwicklungen in der Umsetzung der Konzeption der Gesundheitsfördernden Schule ist es notwendig, einen neuen Ansatz zu denken. Er wird hier ausschnittweise vorgestellt. In ihm wird das Problem der schulischen Gesundheitsförderung von einer der bisher üblichen entgegengesetzten Perspektive aus betrachtet und von dort her Handlungsstrategien entwickelt. Die Frage, die hier gestellt wird, ist nicht mehr, wie Schule Gesundheit fördern kann bzw. wie Schule gesünder werden kann, sondern umgekehrt, wie Gesundheit zur Steigerung der schulischen Erziehungs- und Bildungsqualität beitragen kann, damit Schule besser als bisher ihren schulischen Erziehungs- und Bildungsauftrag, der selbstverständlich auch Gesundheitserziehung und -bildung mit einschließt, erfüllen kann. In andere Worte gefasst und zugespitzt: Stand in der bisherigen Sichtweise Schule im Dienste der Gesundheit, geht es jetzt darum, Gesundheit in den Dienst der Schule zu stellen. Kann Gesundheit für die Schule eine Ressource sein, ein „Motor", der ihr hilft, wirksamer und nachhaltiger gute Schule zu „machen"? Können Schulen, die sich als pädagogische Institutionen weiterentwickeln sollen, ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag durch Gesundheit stärken? Dies sind jetzt die entscheidenden Fragen, die das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung für Schulen auf andere Weise sehr aktuell erscheinen lassen. Denn in dieser schulpädagogisch motivierten Perspektive ist Gesundheit jetzt kein Zusatzthema mehr, das von der Schule und vor allem von den Lehrkräften auch noch geschultert werden soll. Es verspricht vielmehr eine Stärkung für die Bewältigung des schulischen Kerngeschäfts. Wenn die schulische Gesundheitsförderung dieses Versprechen einlösen kann, wird sie sich in der Schule behaupten können, denn dann trägt sie substanziell zum genuinen Anliegen von Schule bei. Dann wird Gesundheit tatsächlich zu einem relevanten Thema einer jeden Schule. Gute schulische Erziehungs- und Bildungsarbeit zu leisten geht dann nicht mehr ohne das Instrumentarium schulbezogener Gesundheitsinterventionen bzw. der Gesundheitsförderung.

Wie weiter unten zu berichten sein wird, ist die schulische Gesundheitsförderung in ihren modernen Ansätzen schon auf diesem hier skizzierten Weg. In der Übersicht (vgl. Tab. 4) zählen auch schon die Konzepte IQES, SEIS-08 (mit Gesundheitsitems) und „Schule & Gesundheit" explizit dazu. Die vielfältigen Erfahrungen, die die Entwicklung und Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsfördernden Schule bisher erbracht haben, lassen sich in dieser Perspektive neu lesen und gewinnbringend verwerten. Sie bieten einen Fundus, auf dem aufgebaut werden kann.

5 Die gute Schule und die gute gesunde Schule

Das, was eine gute Schule ausmacht, kann hier nur kurz mit Verweis auf andere Darstellungen (z.B. Fend 1986; 2002; Aurin 1991; Meyer/Winkel 1991; Brockmeyer/Edelstein 1997; Schratz/Steiner-Löffler 1999; Stern 1999) beschrieben werden. Eine gute Schule zeichnet sich danach aus durch:

- Positive Leistungserwartungen und intellektuelle Herausforderungen bezüglich Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften
- transparentes, „stimmiges" und berechenbares Regelsystem
- positives Schulklima mit Engagement für Schülerinnen und Schüler
- Mitsprache und Verantwortungsübernahme durch Schülerinnen und Schüler
- Zusammenarbeit und pädagogischer Konsens im Lehrkörper
- wenig Fluktuation von Lehrerinnen und Lehrern sowie Schülerinnen und Schülern
- zielbewusste, kommunikations- und konsensorientierte Schulleitung
- reichhaltiges Schulleben
- schulinterne Lehrerfortbildung
- Einbeziehung der Eltern
- Unterstützung durch die Schulbehörde

Fasst man diese und andere Ergebnisse der internationalen Forschung zusammen, ergeben sich teilweise überlappende, aber dennoch gut voneinander abgrenzbare Qualitätsdimensionen einer guten Schule, die durch Kriterien und Indikatoren dann noch näher bestimmt werden können. Die folgende Tabelle 14 enthält eine Übersicht der Qualitätsdimensionen, die einer Systematik der Rahmenkonzepte für Bildungsqualität der Schulen der Bundesländer entnommen ist (Paulus/Michaelsen 2008).

Indem sich Gesundheit als wichtiger Motor der schulischen Entwicklung versteht und Schule wirksam in ihrer pädagogischen Arbeit unterstützt, wird sie in diesen Qualitätsdimensionen der guten Schule wirksam. Das Konzept, das diesen neuen Zugang zur schulischen Gesundheitsförderung repräsentiert, ist das der guten gesunden Schule (Paulus 2003, 2004, 2005, 2007a, b; Hundeloh u.a. 2004; Brägger/Posse 2007; Brägger u.a. 2008).

Tabelle 14: Bildungsqualität der Schule in Deutschland – Eine Systematik der Bundesländer

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

Die gute, gesunde Schule ist eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule. Sie bilden auch die Evaluationskriterien ab, die Berücksichtigung finden. Hier findet eine deutliche Ausrichtung auf Bildungsziele statt. Gesundheitsziele sind intermediäre Ziele (vgl. Paulus 2003, 2007a).

Die gute gesunde Schule geht von einem anspruchsvollen Konzept von Schulgesundheit und Bildung aus. Die wichtigsten Elemente sind im Folgenden aufgelistet:

1. *Mehrdimensionaler Gesundheitsbegriff:* Gesundheit ist ein mehrdimensionales physisches, psychisches, soziales und ökologisches, sich wechselseitig beeinflussendes Geschehen.
2. *Gesundheit als Wohlbefinden:* Das subjektive Befinden sowie das Gesundsein der Beteiligten stehen im Zentrum. Hierdurch bieten sich Anknüpfungspunkte für partizipative Strategien. Objektive Aspekte von Gesundheit, z.B. Ergebnisse aus schulärztlichen Untersuchungen, werden aber auch in der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen berücksichtigt.

3. *Gesundheit als aktive Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Anforderungen:* Gesundheit entwickelt sich in der Interaktion der beteiligten Personen mit ihren sozio-kulturellen, gesellschaftlichen, ökonomischen und physisch-technischen Umwelten. So gehören z.B. zur physischen Umwelt die natürlichen und materiell-räumlichen Bedingungen in der Schule, etwa das Schulhaus im umfassenden Sinne, mit dem Standort, den Grün- und Freiflächen und den Gebäuden mit ihren architektonischen und bautechnischen Gegebenheiten und ihren Potenzialen für ein gesundes Schulleben. Zur sozial-kulturellen Umwelt gehören die am Schulleben vorübergehend oder dauerhaft beteiligten Personen(-gruppen) und die Normen und Werte, die das Zusammenleben und -arbeiten in der Schule regulieren.
4. *Orientierung an den Dimensionen der Schulentwicklung:* Gesundheit bezieht sich auf die Dimensionen der guten Schule. Länderspezifische bzw. länderübergreifende Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen. Schulische Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen Schulentwicklungsprozesse und helfen Schulen dabei, ihre Erziehungs- und Bildungsarbeit wirksam zu qualifizieren.
5. *Ressourcenorientierung:* Schulmaßnahmen werden aus salutogenetischer Perspektive vorgenommen. Dabei geht es vor allem sowohl um die Stärkung personaler Ressourcen der Schülerinnen, Schüler und des Lehrpersonals bzw. der Eltern als auch um die Stärkung protektiver Faktoren der Schulorganisation und der schulischen Umwelt.
6. *Führungs- und Managementaufgabe:* Die Gestaltung und Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen sind eine Führungs- und Managementaufgabe im Sinne der Schulentwicklung, dem die Schulleitung mit angehört. Sie ist nicht nur als begrenzte Zuständigkeit einzelner Personen oder Fächer zu verstehen.
7. *Evidenzbasierung:* Maßnahmen zur Schulgesundheit und Bildung orientieren sich an wichtigen gesundheitlichen und pädagogischen Problemlagen und erbringen Nachweise ihrer Wirksamkeit durch Evaluationsuntersuchungen.
8. *Partizipation:* Maßnahmen bauen auf die aktive Mitwirkung der Betroffenen, die dadurch zu Beteiligten an einem Prozess der Veränderung von Schule werden.
9. *Empowerment:* In Verbindung mit den Partizipationsmöglichkeiten sind Empowermentprozesse zentral bedeutsam. Ohne Aktivierung der Betroffenen, ohne die Mobilisierung ihrer eigenen Kräfte ist keine nachhaltige Veränderung zu erwarten.
10. *Gendermainstreaming:* Auf allen Ebenen, in allen Bereichen und in allen Kontexten der Gestaltung, Entscheidung und Umsetzung werden die

Gleichstellung der Geschlechter und die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bzw. Männern und Frauen berücksichtigt.

11. *Individuelle Besonderheiten:* Gesundheitsmaßnahmen berücksichtigen unterschiedliche Entwicklungsvoraussetzungen und Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern, von Lehrkräften und anderem Schulpersonal.
12. *Nutzung gesellschaftlicher Vielfalt*: Maßnahmen zur Stärkung der Schulgesundheit und Bildung anerkennen und nutzen die multikulturelle und multiethnische Zusammensetzung und die unterschiedlichen physischen und psychosozialen Voraussetzungen der Schüler/innen- und Elternschaft sowie des Schulpersonals. Sie anerkennen und wertschätzen die Vielfalt und bringen den Grundsatz der Toleranz und der Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere bei Zuwandererfamilien und ihren Kindern – zur Geltung.
13. *Nachhaltigkeit:* Gesundheitsinterventionen sind auf Nachhaltigkeit hin angelegt. Es wird geprüft, in wieweit durch ihre Berücksichtigung die Effizienz der Maßnahmen verbessert, die Konsistenz mit anderen Maßnahmen erhöht, die Dauerhaftigkeit eher gesichert und die Funktionstüchtigkeit des schulbezogenen Ökosystems gestärkt wird.
14. *Kooperation:* Maßnahmen setzen auf Kooperation und Vernetzung innerhalb der Schule, mit anderen Schulen und mit außerschulischen Partnern. Sie erhoffen sich aus diesem Zusammenwirken nachhaltige Synergieeffekte für ihre Maßnahmen.
15. *Soziale Ungleichheit:* Mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen soll ein Beitrag zur Verminderung sozialer Ungleichheit und Ungerechtigkeit- den wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit – geleistet werden. Damit soll zugleich auch die Bildungs – und Erziehungsqualität von Schule gesteigert werden.

Zwei strategische Ansatzpunkte zur Umsetzung dieses anspruchsvollen Konzeptes bieten sich an. Sie können umschrieben werden mit „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ und mit „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“. Im Folgenden werden sie kurz erläutert.

Mit „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ ist umfassend die schulische Gesundheitserziehung und -bildung angesprochen, wie sie in Deutschland grundlegend in dem schon erwähnten immer noch gültigen „Bericht der Kultusministerkonferenz zur Situation der Gesundheitserziehung in Schulen in Deutschland“ vom November 1992 festgeschrieben worden ist.

- „Gesundheitserziehung gilt in den Ländern als wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule“ (S. 7)

- „Schulische Gesundheitserziehung will Schülerinnen und Schüler befähigen,
  - gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und so Verantwortung für sich und ihre Umwelt mit zu übernehmen
  - dazu beitragen, dass sich Schülerinnen und Schüler eigener Verhaltensweisen und Werte sowie der Verhaltensweisen und Werte anderer bewusst werden,
  - Schülerinnen und Schülern Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, die die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise unterstützen
  - das Selbstwertgefühl von Schülerinnen und Schülern entwickeln helfen und fördern.“ (S. 8)

Bildung wird hier als sozialwissenschaftlich fundierter Begriff verstanden. Es geht um den Prozess des Aufbaus und der Vertiefung von Kompetenzen in der (1) kulturellen, (2) materiell-dinglichen, (3) sozialen und (4) subjektiven Bildungsdimension. Tabelle 15 deutet die Bezüge der Gesundheitsbildung und -erziehung zu diesen Dimensionen an, ohne sie hier vertiefen zu können.

Tabelle 15: Bildungsdimensionen und Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsbildung und -erziehung

Kulturelle Weltbezüge	**Kulturelle Kompetenzen** Begriff und Verständnis von Gesundheit
Materiell-dingliche Weltbezüge	**Instrumentelle Kompetenzen** Umgang mit Gesundheit; Einfluss auf Gesundheit
Soziale Weltbezüge	**Soziale Kompetenzen** Gesundheit/-sein mit Anderen
Subjektive Weltbezüge	**Personale Kompetenzen** Sich selbst gesund erhalten und entwickeln

Gesundheitsbezogene Kompetenzen sind vielfältiger Natur. Sie beinhalten Sach-, Selbst-, Methoden- und Sozialkompetenzen. Sie beinhalten Aspekte wie Wissen, kognitive Fähigkeiten, Motivation und Kommunikation. Wissen ist dabei die Basis jeder Gesundheitskompetenz. Kompetenzen entwickeln sich auch nicht "im Allgemeinen", sondern nur durch systematischen Aufbau, intelligente Vernetzung und variierende situative Einbettung von Wissen („Gesundheitsbewusstsein“). Schülerinnen und Schüler haben fachliche Kompetenzen ausgebildet, wenn sie

- zur Bewältigung einer Situation vorhandene Fähigkeiten nutzen,

- dabei auf vorhandenes Wissen zurückgreifen und sich benötigtes Wissen beschaffen,
- die zentralen Zusammenhänge eines Lerngebietes verstanden haben,
- angemessene Lösungswege wählen,
- bei ihren Handlungen auf verfügbare Fertigkeiten zurückgreifen,
- ihre bisher gesammelten Erfahrungen in ihre Handlungen mit einbeziehen.

Die Orientierung an Kompetenzen hat zur Folge, dass

- der Blick auf die Lernergebnisse von Schülerinnen und Schülern gelenkt,
- das Lernen auf die Bewältigung von Anforderungen und nicht nur auf den Aufbau von zunächst ungenutztem Wissen ausgerichtet und
- das Lernen als kumulativer Prozess organisiert wird.

Schülerinnen und Schüler werden dadurch befähigt, informierte Entscheidungen für eigenes gesundheitsrelevantes Handeln und dessen Folgen zu treffen. Dies schließt mit ein, dass sie befähigt werden, sich selbst aktiv an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer Lebenswelten allein oder gemeinsam mit anderen zu beteiligen. Durch die Ausbildung dieser Kompetenzen wird es den Schülerinnen und Schülern möglich, sie in eine umfassendere Gestaltungskompetenz zu integrieren. Sie stellt die Bereitschaft und Fähigkeit des Einzelnen dar, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sowohl sachangemessen als auch individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.

Gesundheitsbildung setzt zeit- und problemnah an den Anliegen und Entwicklungserfordernissen der Kinder und Jugendlichen in ihrer Lebenswelt (die von Schule, Elternhaus und Umfeld bestimmt ist) an. Sie greift sie verhaltensbezogen und handlungsorientiert auf und vermittelt ein positiv gestimmtes Bild des Gesundseins. Gesundheit wird systemisch in ihren Facetten und Determinanten (Risiken und Ressourcen) eingeführt. In der Umsetzung wird die Kooperation mit den Eltern und Erziehungsberechtigten gesucht.

Weil der Lehr-Lernprozess als interaktives Geschehen verstanden wird, in dem sich die Schülerinnen und Schüler aktiv in verschiedenen lebensnahen Situationen gesundheitsbezogene Kompetenzen aneignen sollen, wird dem fächerübergreifenden Unterricht bzw. dem interdisziplinären Arbeiten in Projekten neben dem Fachunterricht ein besonderer Stellenwert zugewiesen.

Hier ist zu fragen, wie diese Themen aufbereitet sein müssen, damit die Qualität erreicht werden kann, die das Spektrum der Qualitätsdimensionen der guten Schule aufspannt: Gibt es hierzu schon hinreichend gutes Material für die Schulen? Für welche Bereiche, für welche Schulformen und -stufen bestehen noch Entwicklungsbedarfe? Mit welchen Kooperationspartnern können diese Ziele erreicht werden?

Mit „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“ ist der Bereich von Schule angesprochen, in dem es um die Verbesserung der Bildungsarbeit der Schule durch Gesundheitsinterventionen geht. Damit ist auch die unterrichtliche Ebene angesprochen, nur diesmal bezieht sie sich nicht nur auf die Gesundheitserziehung. Im Wesentlichen geht es hier um die Schule als Arbeits- und Lernplatz, bzw. um die Schule als Betrieb. Es geht um die Lernerfolge, die sich in der Folge von Gesundheitsinterventionen einstellen (Hascher 2004; Bailey 2006; Sigfusdottir u.a. 2007, Murray u.a. 2006) oder es geht um die Etablierung von Schulgesundheits-Management-Systemen. Eine wichtige Rolle spielen bei der Umsetzung die Präventionsaufträge der Gesetzlichen Krankenversicherungen (§ 20, Sozialgesetzbuch V) und der Gemeindeunfallversicherungsverbände (§ 14, Sozialgesetzbuch VII). Von großer Bedeutung ist auch das Arbeitsschutzgesetz vom 21. August 1996[11], das betriebsmedizinische Dienste auch für Bildungsinstitutionen wie z.B. Schulen vorsieht. Sie sind für die Gesundheit der an Schule Beschäftigten relevant, vor allem für die Gesundheit der Lehrkräfte und ihre arbeitsbedingten Gefährdungen und Ressourcen.

6 Schule und Kinder- und Jugendhilfe: Kooperationsansätze und Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung

Die schulische Gesundheitsförderung, die dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung in ihrer Programmatik folgt und sich in seinen modernen Ausformungen als Förderung der guten gesunden Schule versteht, weist große Parallelen zur Kinder- und Jugendhilfe allgemein und zur schulbezogenen im Besonderen auf (Seifert 2002; Witteriede 2003; Homfeldt 2004; Homfeldt/Sting 2006, S. 13ff). Junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und mit dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen und mitzuwirken, positive Lebensbedingungen für sie und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen, damit sie sich in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten entwickeln können, sind Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1, Abs. 1; Abs. 3, Nr. 4; § 2, Abs. 2. SGB VIII) Solche Aufgabenbeschreibungen signalisieren eine deutliche Übereinstimmung mit denen der schulischen Gesundheitsförderung. Ebenso sieht es mit den fachlichen

[11] Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesudheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit

Standards aus: Ressourcenorientierung in salutogenetischer Perspektive, Empowerment und Partizipation sowie Lebensweltorientierung und Integration sind in der schulischen Gesundheitsförderung wie in der schulbezogenen Jugendhilfe seit den 90er Jahren in der Folge der Umsetzung der Ottawa-Charta im Schulbereich und in der der Jugendhilfe nicht zuletzt in Folge des Achten Jugendberichts (Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990) programmatisch verankert. Jugendhilfe wie auch die schulische Gesundheitsförderung sehen in der anfangs geschilderten gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen, die eng verwoben ist mit den gesellschaftlich-kulturellen Wandlungsprozessen und in der sozialen Diversifikation, die gesundheitliche und Bildungschancen und damit Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe ungleich verteilt, ihre gemeinsamen Anknüpfungspunkte (vgl. Seifert 2007). „Gesundheitliche Bildung" im Kinder- und Jugendhilfegesetz als thematischer Schwerpunkt außerschulischer Jugendbildung stellt allerdings den einzigen expliziten Bezugspunkt dar (§ 11, Abs. 3, Nr. 1 SGB VIII).

Durch die gemeinsame Zielgruppe, den gemeinsamen Ausgangspunkt und die gemeinsame Zielorientierung ist ein großes Synergiepotential gegeben, das zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sowohl der schulischen Gesundheitsförderung als auch der schul- und gesundheitsbezogenen Jugendhilfe genutzt werden kann (§ 13, Abs. 1 und 4 SGB VIII; vgl. auch Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen 2004). Dieses Potenzial ist aber längst noch nicht entwickelt und deshalb auch kaum ausgeschöpft (Witteriede 2003).

Die Jugendministerkonferenz bezieht in ihrem Beschluss vom Mai 2005 zum Thema „Kinder und Gesundheit" zu diesem Sachverhalt dezidiert Stellung und definiert Ziele:

„Eine lebenslagenbewusste, auf Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta steht in weitgehender Kongruenz mit einer auf Kindeswohlschutz und -förderung ausgerichteten Kinder- und Jugendhilfe. Die bezogen auf Kinder und Jugendliche definierten Gesundheitsziele (vgl. „Gesundheitsziele.de") zeigen einen hohen Grad an Übereinstimmung mit den Schutz- und Förderzielen der Kinder- und Jugendhilfe und lassen sich operativ in ihrem direkten Bezug auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien auch nur unter maßgeblicher Mitarbeit der Kinder- und Jugendhilfe realisieren. Für die Kinder- und Jugendhilfe selbst gilt, dass sie aufgrund der aufgezeigten Zusammenhänge und Notwendigkeiten in ihrem gesamten Handlungsspektrum die Berücksichtigung der Gesundheitsperspektive verstärken und transparenter ausweisen und entsprechend intensiver und konsequenter zur Gesundheitsförderung beitragen muss. In diesem Rahmen zielt Gesundheitsförderung auf individuelles Gesundheitsverhalten sowie strukturell auf die Verbesserung der von Lebenswelten ab-

hängigen Gesundheitsverhältnisse (vergl. § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII), wobei prekäre Lebenslagen wie Armut, Migration, Trennung und Scheidung u.s.w. besonders zu berücksichtigende Situationen sind. Dies anzuerkennen bedeutet nicht, die Verantwortung für die Gesundheitsförderung zu verlagern, sondern die Betonung der Gesundheitsaspekte zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der eigenen Arbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu nutzen."

In ihrer Sitzung vom Mai 2006 nehmen die Jugendminister den Bericht „Kinder und Gesundheit", den die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam erarbeitet haben, zustimmend zur Kenntnis und schreiben mit Bezug auf die Beteiligung der Schulen: „… Schulen sind, dem Konzept „gesundheitsfördernde Schule" entsprechend, noch intensiver für die Gesundheitsförderung zu nutzen". Die Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sitzung vom 29. bis 30. Juni 2006 begrüßt diesen Beschluss der Jugendministerkonferenz und unterstützt die darin formulierten Anliegen.

Die hier eingeforderten Kooperationen von Schule und Kinder- und Jugendhilfe regeln die Schulgesetze der Länder, bzw. gemeinsame Runderlasse, Richtlinien, Ausführungsgesetze des SGB VIII und weitere Rahmenvorgaben. Eine kurz gefasste Übersicht mit Projekten und konkreten Beispielen, Zuständigkeiten und soweit vorhanden mit Hinweisen auf Qualitätsstandards der Kooperation befindet sich im Anhang (vgl. Pluto u.a. 2007; Krüger 2008; Krüger/Zimmermann 2008; Speck 2007). An dieser Stelle ist beispielhaft ein Auszug aus dem Bayerischen Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen wiedergegeben. Dort heißt es zur Kooperation:

„Art. 31 Zusammenarbeit mit Jugendämtern und Einrichtungen der Erziehung, Bildung und Betreuung: (1) Die Schulen arbeiten in Erfüllung ihrer Aufgaben mit den Jugendämtern und den Trägern der freien Jugendhilfe sowie anderen Trägern und Einrichtungen der außerschulischen Erziehung und Bildung zusammen. Sie sollen das zuständige Jugendamt unterrichten, wenn Tatsachen bekannt werden, die darauf schließen lassen, dass das Wohl einer Schülerin oder eines Schülers ernsthaft gefährdet oder beeinträchtigt ist und deshalb Maßnahmen der Jugendhilfe notwendig sind."

Einen Überblick über Kooperationsformen und -projekte zu erhalten, in denen Schulen gemeinsam mit Partnern der Kinder- und Jugendhilfe aktiv sind, ist vergleichsweise schwierig, da die Partner nicht immer identifizierbar ausgewiesen sind. Einen Einblick gibt aber der oben schon erwähnte Präventionsbericht 2007, verfasst vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung im Berichtsjahr 2006. In Tabelle 16 sind die interessierenden zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (o.J.) führt eine Datenbank "Schule und Gesundheit in Niedersachsen". Sie soll Schulen bzw. Lehrkräften und Interessierten helfen, Kontakte zu knüpfen, Anregungen, Ideen und Hilfestellungen für neue Vorhaben zum Thema „Schule und Gesundheit“ zu finden. N=2.073 niedersächsische Schulen, die bereit sind, ihre Erfahrungen weiter zu geben, sind z.Zt. aufgelistet. N= 400 geben an, dass sie Projekte in Kooperation mit dem Jugendamt durchführen (Mehrfachnennungen möglich). Das sind 19,3% der Schulen. Mit N= 955 sind Grundschulen in der Datenbank vertreten.

Das DJI (o.J.) listet in seiner Datenbank „Schule & Partner – schulische Kooperationspraxis auf einen Klick“ insgesamt 11 Projekte unter dem Schlagwort „Gesundheitsförderung“ auf. Bei N= 5 konnten Kooperationspartner aus dem Sektor der Jugendhilfe identifiziert werden. In dieser Datenbank werden die Erfahrungen der Kooperation von Schulen mit außerschulischen Akteuren in Form einschlägiger Praxisbeispiele erfasst. Die Datenbankpräsentation basiert auf einer (bundesweiten) Erhebung an Ganztagsschulen (Befragungen der Schulleitungen) im Bereich Primarstufe/Sekundarstufe I. In der ersten Phase des Datenbankprojektes (2004-2006) wurden rund 1.000 Schulen schriftlich und davon 200 Schulleitungen vertiefend befragt. Bis Ende 2009 soll die Datenbank durch weitere Recherchen und Erhebungen einen Bestand von insgesamt 330 Kooperationsbeispielen umfassen.

Im Ganztagsschulbetrieb bieten sich der Kooperation völlig neue Möglichkeiten der Entwicklung (Arnoldt u.a. 2007). Erste Ergebnisse von 371 Schulen der ersten Befragungswelle (2005) der „Studie zur Entwicklung von Ganztagsschulen“ (StEG) zeigen, dass sich hier Projekte zwischen Schule und Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung etablieren konnten. Danach arbeiten rund zwei Drittel der Schulen bei der Gestaltung des Ganztagsangebots mit Kooperationspartnern zusammen. Aus den Angaben der Schulleitungen wird ersichtlich, dass vor allem Sportvereine und verschiedene Träger der Jugendhilfe eine besondere Stellung als Kooperationspartner einnehmen. Sie führen jeweils an etwa 70 % der Schulen Angebote durch. 75 % der Grundschulen kooperieren mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe (hierbei am stärksten: 32 % Wohlfahrtsverbände, 29 % Kindergärten). Von allen befragten Kooperationspartnern können 22,4 % der Kinder- und Jugendhilfe zugerechnet werden. Ein Drittel von ihnen befindet sich in öffentlicher und rund zwei Drittel in freier Trägerschaft. Die Kinder- und Jugendhilfe hebt sich in vielen Bereichen hervor: Sie führt signifikant häufiger als andere Partner die Hausaufgabenbetreuung durch sowie Angebote im Bereich des sozialen Lernens und des Handwerks bzw. der Hauswirtschaft, Beaufsichtigung von Freizeitaktivitäten.

Tabelle 16: Kooperationsformen und -projekte von Schulen mit Partnern u.a. der Jugendhilfe

	Inhalte	Kooperation
Grundschule	„Nennenswert oft waren die Aktivitäten auf die Bewegung ausgerichtet (74 %, gesamt 63 %). Auch sprachen die Maßnahmen vergleichsweise häufig die „Stressreduktion / Entspannung“ (45 %, gesamt 38 %) und den „gesundheitsgerechten Umgang miteinander“ (43 %, gesamt 32 %) an.“ (S. 39)	„In 89 % der Fälle waren hier Kooperationspartner in die Projekte mit eingebunden (gesamt 71 %).“ (S. 39)
Weiterführende Schulen (Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien)	„Inhaltlich waren die Maßnahmen in weiterführenden Schulen nennenswert häufig auf die Stressreduktion/Entspannung (46 %, gesamt 38 %) sowie „gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ (39 %, gesamt 32 %) ausgerichtet. In Sonderschulen hatten die Aktivitäten zusätzlich auffallend häufig auf den Suchtmittelkonsum zum Thema (47 %, gesamt 25 %).“ (S. 40)	„Vergleichsweise häufig genannte Kooperationspartner in weiterführenden Schulen waren Vereine und Verbände (50 %, gesamt 39 %). In Sonderschulen waren zudem auffallend häufig wissenschaftliche Einrichtungen als Kooperationspartner in die Projekte mit eingebunden (38 %, gesamt 17 %).“ (S. 40)
Berufsschulen	„Sie [die Interventionen; P.P.] bezogen sich deutlich häufiger als in der Gesamtheit auf die Bewegung (83 %, gesamt 63 %) und seltener auf die Ernährung (39 %, gesamt 56 %).“ (S. 41)	„An Projekten waren hier vergleichsweise wenig Kooperationspartner beteiligt (58 %, gesamt 71 %). Dabei wurden überproportional häufig die Unfallversicherung als Kooperationspartner benannt (22 %, gesamt 9 %).“ (S. 41)

Diese Übersicht bestätigt, dass die Kooperation nicht nur quantitativ, sondern auch konzeptionell kaum entwickelt ist. Wenn auch nicht im Einzelfall die Projekte inspiziert werden konnten, so ist doch auch hier deutlich geworden, dass die Kooperation von schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe nicht bzw. nur vereinzelt das professionelle Niveau erreicht, dass der Umsetzung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsfördernden Schule bzw. der guten gesunden Schule entspricht (Witteriede 2003). Dies hat mehrere, ineinander verwobene Gründe:

Zum einen leiden die Kooperationen zwischen schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe und schulischer Gesundheitsförderung unter generellen Problemen der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Schule, die Otto (vgl. auch Schlemmer 2003, Olk 2005; Prüß 2003) wie folgt umschreibt:

„Fehlende amtliche Regelungen der Dienst- und Sachaufsicht, fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen Schule und Jugendhilfe; unterschiedliche Rollenvorstellungen von LehrerInnen und SchulsozialpädagogInnen, mangelnde Kooperationsbereitschaft, „Gremienkultur", Konflikte wegen Kompetenzüberschneidungen, Statusdifferenzen, unterschiedliche Handlungslogiken, mangelnde Ausstattung, vielfache Schwierigkeiten in der Elternarbeit" (ebd. , S. 377).

Zum anderen trägt mit dazu bei, dass in einer sich ganzheitlich und lebensweltorientiert verstehenden Kinder- und Jugendhilfe, die ganz selbstverständlich mit gesundheitlichen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen zu tun hat, Gesundheitsförderung als fachliche Perspektive und als explizite Praxis des Handelns eher eine Randexistenz führt (vgl. Neubauer/Wilser 2005; Sozialministerium Baden-Württemberg 2004; S. 135ff). In der Praxis ist – wie zu Beginn ausgeführt – zwar mit einem überproportionalen Bedarf an gesundheitsbezogenen Interventionen zu rechnen. Sie werden aber weder individuell, strukturell noch konzeptionell ausreichend thematisiert und in ein Handlungskonzept der Gesundheitsförderung explizit integriert. Sie verbleiben vielmehr auf einer Ebene individueller Problemlagen und der damit oft einhergehenden Prävention gesundheitsschädigenden Verhaltens (Suchtprävention, Sexual- bzw. AIDS-Prävention, bewegungs- und ernährungsbezogenen Prävention) und entfalten Gesundheit nicht im Sinne der Gesundheitsförderung in einem salutogen geprägten Lebensweisen- bzw. Lebensweltenansatz. Auch wenn „Life-Skills-Programme" durchgeführt werden, verbleiben sie zumeist in einer Problem- und Defizitperspektive, in der es eher um Prävention von Gefährdungen geht, als um die Ermöglichung von Lebenschancen (vgl. Seifert 2007).

Auf strukturell-institutioneller Ebene wirkt sicher auch einschränkend, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung fachlich den Gesundheitsämtern zugeordnet sind. Da vielfach noch ein enges, eher medizinisch definiertes körperbezogenes Gesundheitsverständnis vorherrscht, wirkt die dadurch mögliche Medikalisierung der Problemlagen der Heranwachsenden für die Kinder- und Jugendhilfe eher kooperationshemmend. Verstärkt wird diese Segmentierung noch dadurch, dass damit eine Delegation des Gesundheitsthemas erleichtert wird und die Kinder- und Jugendhilfe sich von der Bürde entlastet sieht, zu viele Querschnittthemen zur Bearbeitung überlassen zu bekommen.

Hemmend mögen sich auch noch andere Faktoren auswirken, deren empirischer Nachweis aber noch zu erbringen wäre, wie Seifert (2007, S. 74f) betont, die diese Gründe anführt. So kann sich negativ auswirken und Ab-

lehnung hervorrufen, wenn Gesundheitsförderung dahingehend missverstanden wird, dass mit ihr Mittelschichtnormen für gesundheitsbewusstes Erleben und Verhalten transportiert werden soll. Dies mag de facto der Fall sein, ist aber vom Grundverständnis der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta nicht intendiert. Eine explizite Integration des Konzeptes der Gesundheitsförderung in das SGB VIII und in die Ausbildungsgänge der sozialen Arbeit wäre ein wichtiger Schritt zum transdisziplinären Verständnis und zur Anbahnung effektiver Kooperationen. Im Weiteren mag sich ungünstig auswirken, dass gesellschaftliche Erfolgserwartungen an die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (in der Folge von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigung, die große mediales Beachtung finden) und der zunehmende fachliche Qualitätsanspruch sowie der Kostendruck zu einer Fokussierung auf risikobezogene Prävention führen, die erfolgversprechender zu sein scheint, als der eher unspezifische ressourcenentwickelnde „weiche" Ansatz der Gesundheitsförderung. Damit mag dann auch einhergehen, dass sich *„die Bedeutung vom `Wohl des Kindes´ durch solche, institutionelles Handeln erzwingende Vorkommnisse auf den Kontext von Gefährdungssituationen verengen"* (Seifert 2007, S. 75).

7 Perspektiven sich gegenseitig stärkender Kooperationen von schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe

Im Rückblick auf das bisher Erreichte muss zu Kenntnis genommen werden, dass der ganzheitlich konzipierte Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung sich weder in der schulischen Gesundheitsförderung noch in der schul- und gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe als Leitfigur der Interventionen hat durchsetzen können. In der schulischen Gesundheitsförderung ist daraus in den letzten Jahren die Konsequenz gezogen worden, sich stärker an den Kernaufgaben des Settings Schule zu orientieren und schulische Gesundheitsförderung als einen Dienstleister zu verstehen, der mit Gesundheit im Sinne eines Inputs oder einer Ressource Schule dabei helfen will, ihre Kernaufgaben (zu denen auch die Gesundheitsbildung/-erziehung gehört) besser zu erfüllen. Hierzu sind in mehreren Bundesländern Pilotprogramme angelaufen. In Berlin und Bayern sind es schon etablierte Landesprogramme, die die „gute gesunde Schule" einführen.
(z.B. www.anschub.de; www.schulundgesundheithessen.de; www.opus-nrw.de)

Die gute gesunde Schule ist in der Umsetzung ihres settingorientierten Programms so breit angelegt, dass sie auf die Mitwirkung von Kooperationspartnern angewiesen ist. Sie ist in Verbindung mit andern Bildungssettings, die mit der gleichen Konzeption arbeiten (z.B. gute gesunde Kindertagesstätten: „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita"; www.anschub.de) ein wichtiger sozialer Anker in der Kommune, bildet und bindet humanes und soziales Kapital. In dem dargelegten Verständnis von Bildung und Gesundheit, das der guten gesunden Schule zugrunde liegt, ist die schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe vom Grundsatz her ein genuiner Partner in einem lokalen oder regionalen Netzwerk der Bildung und Gesundheit (vgl. unten.). Denn die *„schulbezogene Jugendhilfe als gesundheitsförderliche Jugendhilfe"* (Homfeldt 2004, S. 381) verknüpft Schule mit der außerschulischen Lebenswelt, der Kommune, der Freizeitwelt, der Familie und den Peergroups. Die angesprochenen Kommunikationsbarrieren können eher überwunden werden, wenn auch die schul- und gesundheitsbezogene Kinder- und Jugendhilfe stärker deutlich machen kann, in welcher Weise sie mit ihren Anliegen die gute gesunde Schule in deren Kernanliegen der Verwirklichung einer guten Schule unterstützen kann. Die gute gesunde Schule könnte im Gegenzug zeigen, dass sie mit ihren Maßnahmen der schulischen Gesundheitsinterventionen mit dazu beiträgt, dass die schul- und gesundheitsbezogene Kinder- und Jugendhilfe gestärkt wird, ihren Beitrag zu Gesundheit und (sozialer) Bildung und Erziehung im schulischen Kontext zu leisten (Homfeldt/Sting 2006, S. 117ff). Hierzu ist aber ein Perspektivenwechsel nötig, den – wie eben erwähnt – die schulische Gesundheitsförderung zumindest in einigen Pilotprogrammen au ch schon vollzogen hat. Ähnlich wie dort, wird es auch hier darauf ankommen, Gesundheitsförderung nicht als eine zusätzliche Aufgabe zu begreifen, die das ohnehin schon angefüllte Aufgabenpensum zusätzlich (fachfremd) belastet, sondern Gesundheit und ihre Förderung als Ressource, als einen *Input- bzw. Throughputfaktor* zu verstehen, der die eigentliche Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe befördern kann. Dadurch rückt dann das Thema auch aus seiner Randständigkeit heraus, wird explizit thematisiert und als Wirkfaktor wahrgenommen und in ganzheitliche Handlungsstrategien integrierbar. In diesem Verständnis ist dann die schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe ein wichtiger Kooperationspartner der Schulen, die gute gesunde Schule sein wollen.

Damit diese Kooperation eine starke Partnerschaft werden kann, braucht es noch einen weiteren Schritt. Schule und schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe müssen mit anderen lokalen bzw. regionalen Partnern gemeinsam eine Vision des „guten und gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen" entwickeln. Sie müssen eine kommunale oder regionale Bildungs- und Gesundheitslandschaft mit einer leitenden Vision entwickeln, in der im Kontext Schule die gute gesunde Schule mit der schul- und gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe in der Verfolgung gemeinsamer Bildungs-

und Entwicklungsziele unter einem Dach zusammenarbeiten. Schule muss sich hier in ihrem Verständnis erweitern zu einem Zentrum des guten gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen und eines lebensweltgestaltenden Lern-, Lebens- und Erfahrungsraumes (OECD 2001).

Die Ganztagsschule bietet solch ein pädagogisches Gestaltungsfeld (vgl. Holtappels 2005), das aber, wie die Analysen gezeigt haben, im Sinne der guten gesunden Schule noch gar nicht entfaltet worden ist (vgl. oben). Ohne hier ihre verschiedenen Realisierungsformen bewerten zu können, lässt sich aber leicht nachvollziehen, dass sie z.B. in gesundheitsförderlicher Sicht ihre *„homogenisierende Wirkung"* (Paulus 2000) zur Verringerung gesundheitlicher Beeinträchtigung bei den Kindern und Jugendlichen besser zur Geltung bringen kann, als dies die herkömmliche Halbtagsschulen zu leisten in der Lage sind. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht lässt sich auch leicht erkennen, dass die Veränderung der Qualität des Lernens und der pädagogisch gestalteten Lernzeit in der Ganztagsschule gesundheitliche Auswirkungen hat. Die …

- *„Intensivierung von Förderung, Optimierung von Lernchancen und Entwicklung von Talenten und Stärken bei allen Schülerinnen und Schüler und Lernhilfen vor allem bei Lernschwächeren;*
- *Entwicklung der Lernkultur des Unterrichts zugunsten variabler Lehr-Lern-Formen und einer Differenzierung von Lernarrangements;*
- *Erweiterte Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten im Schulleben über projektartige Lernarrangements und Neigungsangebote in Arbeitsgemeinschaften und Kursen zur Entdeckung von Lernpotenzialen und Begabungen und Berücksichtigung von Schülerinteressen;*
- *Freizeitbereich mit offen-selbstbestimmten Formen von Erholung, Spiel und Bewegung und gebundenen Neigungsangeboten als Anregung zum selbstständigen Gebrauch von freier Zeit und Mediennutzung;*
- *Entwicklung von Gemeinschaftserleben mit Gelegenheiten und Erfahrungen für soziales und inter-kulturelles Lernen zugunsten einer stärkeren Identifikation mit der Schule, des Erwerbs sozialer Kompetenzen und verbesserter Sozialbeziehungen und*
- *Praxis von Partizipation und Demokratielernen im Schulleben als Feld für Schüler- und Elternmitwirkung, Übernahme sozialer Verantwortung, Entwicklung von moralisch-kognitiver Urteilsfähigkeit und demokratischer Gestaltungskompetenz."* (Holtappels 2005, S. 15)

…stärken die „Resilienz" der Schülerinnen und Schüler und fördern ihr „Kohärenzgefühl". Dies „Gefühl" mit den Komponenten der erlebten „Verstehbarkeit", „Machbarkeit" und „Sinnhaftigkeit" in der Wahrnehmung der Schule, des Schullebens und des Unterrichts ist eines der wesentlichen salutogenen Faktoren für den Erhalt und die Entwicklung der psychischen

Gesundheit (Paulus 2006). Wird das Thema Gesundheit in der Weise in Schule integriert, dann steht die Gesundheitsintervention direkt in Bezug zu den Anliegen der Schule, eine gute Schule sein zu wollen und darüber hinaus mit dem Ziel, gemeinsam mit anderen Partnern, Kindern und Jugendlichen ein gutes gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. In der Abbildung 3 ist als ein sicher noch ergänzungsbedürftiges Beispiel für die Gestaltung des Unterrichts nach salutogenen Gesichtspunkten ausgelistet.

Abbildung 3: Handlungsmöglichkeiten im Unterricht zur Stärkung des Kohärenzgefühls. Anregungen einer Lehrerfortbildung

1. **Das Gefühl der Verstehbarkeit kann durch die folgenden Arrangements gestärkt werden:**
▪ Regeln und Rituale mit den Schülerinnen gemeinsam entwickeln und überprüfen ▪ Transparenz in der Planung des Unterrichts sicherstellen ▪ Unterrichtsmethoden wechseln und sicherstellen, dass die Schülerinnen und Schüler sich daran anpassen können ▪ Alle Sinne ansprechen ▪ Den Unterricht lebensweltbezogen und an den Entwicklungserfordernissen der Schülerinnen und Schüler orientieren ▪ Denken und Handeln in Zusammenhängen fördern
2. Das Gefühl der Machbarkeit kann durch die folgenden Arrangements gestärkt werden:
▪ Individuelle Lernwege fördern ▪ Vielfältige Möglichkeiten zur Erfahrungsbildung anbieten ▪ Balance zwischen Stille – Handlung – Entspannung herstellen ▪ Schülerinnen und Schülern beim Lernen lernen unterstützen ▪ Fehler akzeptieren, sie als „Schätze“ betrachten ▪ Schülerinnen und Schüler ermutigen, optimistisch zu sein
3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit kann durch die folgenden Arrangements gestärkt werden:
▪ „Signifikantes Lernen“ (Rogers) anregen ▪ Die Stärken mehr als die Schwächen der Schülerinnen und Schüler beachten ▪ Selbstbestimmte Partizipation ermöglichen ▪ Selbstbestimmte Handlungen ermöglichen ▪ Gruppenprozesse fördern ▪ Schülerinnen und Schüler als Personen mit Selbstwert und Würde betrachten

Die Nähe zu den eben aufgezeigten Charakteristika der Ganztagsschule ist dabei offensichtlich, ebenso wie die Kooperationsmöglichkeiten mit Partnern der Kinder- und Jugendhilfe und anderen, wie z.B. den Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen.

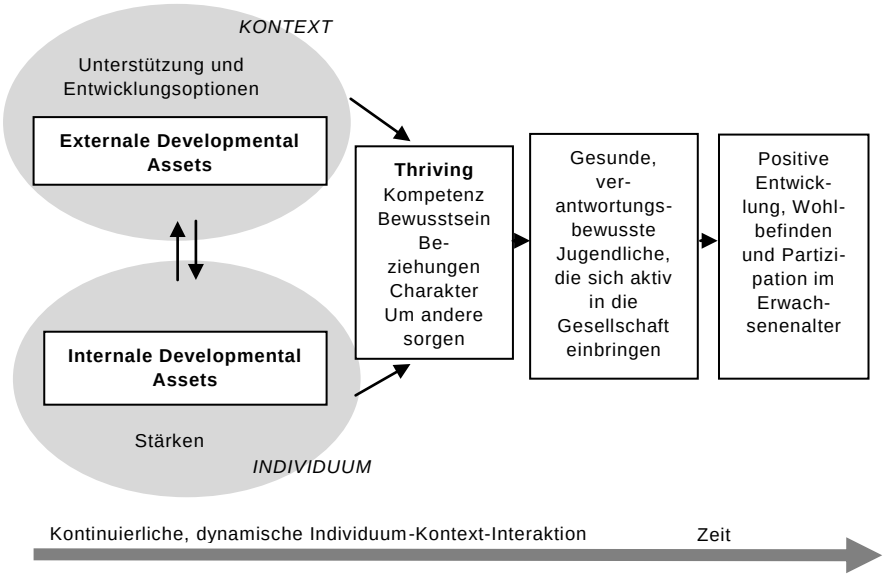
Gelingt dies, dann ist die Chance groß, dass Gesundheit (hier die psychische Gesundheit) in die Alltagskultur der Schule als mitgestaltendes Prinzip übernommen und integriert wird. Verbleibt das Thema „Gesundheit" aber am Rande, wird es als eine zusätzlich zu bewältigende Aufgabe gesehen, und die Gefahr ist groß, dass nach Projektfinanzierungsende oder in Zeiten zunehmender Ressourcenverknappung, Arbeitsverdichtung und anderen politischen Zielsetzungen nicht nur in der schul- und gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe, sondern auch in der Schule selbst andere Anliegen an Priorität (wieder) gewinnen und Gesundheit an Bedeutung (wieder) verliert.

Die hier vorgetragenen Ideen haben deutliche Bezüge zu den konzeptionellen Überlegungen, die Gegenstand des 10. Kinder- und Jugendberichts waren (BMFSFJ 1998). Bislang ist mehr von den Institutionen die Rede gewesen, ihrer Kooperation und den Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Synergiegewinnung. Abschließend soll hier deshalb darauf eingegangen werden, dass in den Konzeptionen und Neuerungen der schulischen Gesundheitsförderung auch mitgedacht werden muss, dass sich die Rollen der Kinder und Jugendlichen resp. Schülerinnen und Schüler verschoben haben. Es geht wesentlich um ihr Empowerment und ihre Partizipationsmöglichkeiten und letztlich um ihr Wohlergehen. Hierzu braucht es eine entwicklungswissenschaftliche Modellvorstellung, die davon ausgeht, dass die Institutionen und Organisationen des Aufwachsens sich in erster Linie in den Dienst der heranwachsenden Kinder und Jugendlichen stellen müssen (z.B. die Schule hat nachzuweisen, dass sie kindfähig ist) statt dass die Vorstellung vorherrscht, Kinder und Jugendliche hätten wesentlich eine Anpassungsleistung zu erbringen (z.B. dass das Kind nachweisen muss, dass es schulfähig ist). Ein Modell, das diesen Zweck erfüllt, ist das der „positiven Jugendentwicklung" („Positive Youth Development"). Dieses Modell ist vor allem vom Search Institute (Benson 2002a, b; 2003a, b; 2004) und von Richard Lerner u.a. (2002, 2003, 2005, 2007) entwickelt und propagiert worden. Es geht davon aus, dass eine belebende, positive Entwicklung („Thriving") durch das Zusammenwirken von subjektiven/personalen und sozialen/materiellen „Ausstattungen" („Developmental Assets") der Heranwachsenden ermöglicht wird.[12] Externale

[12] In seiner Expertise „Engagierte Jugend - lebendige Gesellschaft" zum Carl Bertelsmann Preis der Bertelsmann-Stiftung definiert Richard Lerner Positive Jugendentwicklung anhand von fünf Elementen, den sogenannten „5 Cs": Competence = Kompetenz, Confidence = Vertrauen, Connection = Bindung, Character = Charakter, Caring = Fürsorge und Mitgefühl. Sie ergibt sich aus der Integration von Person und Kontext und führt zu einem sechsten „C" wie Contribution = Beitrag. Darunter versteht man das Handeln eines jungen Menschen zu seinem eigenen Wohl (z.B. durch Erhaltung der eigenen Gesundheit und der Fähigkeit, aktiv Einfluss auf die eigene

Assets umfassen Entwicklungsressourcen der Umwelten (z.B. Schule, Vereine), in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen (z.B. positive Erfahrungsmöglichkeiten in Beziehungen und Optionen für Partizipation und Initiative). Internale Assets umfassen Kompetenzen, Fähigkeiten und Selbstwahrnehmungen, die Kinder und Jugendliche vor dem Hintergrund vielfältiger Erfahrungen entwickeln. Ergebnis ist ein selbstverantwortliches gesundheitlich geprägtes Verhalten, das wiederum eine positive Entwicklung anstößt und Wohlbefinden im Erwachsenenalter begünstigt (vgl. Abb. 4).

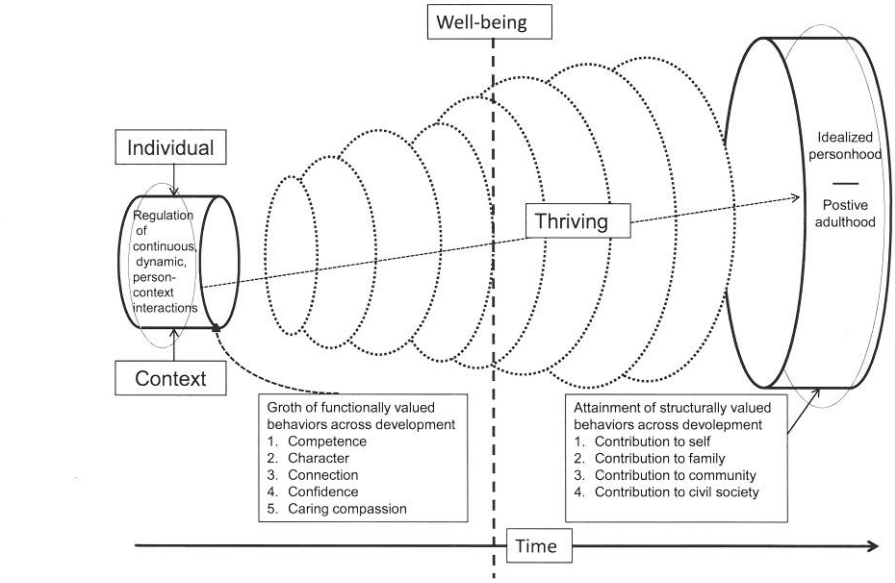
Abbildung 4: Entwicklungsprozess im Modell positiver Jugendentwicklung (Weichol/Silbereisen 2007, S. 110)



Die Orientierung an deren individuellen Bedürfnissen und Leistungspotenzialen in den jeweils altersspezifischen Ausprägungen in den jeweiligen sozio-ökonomischen und ökologischen Kontext vor Ort hat Vorrang. Denn die Kommune bzw. Region stellt für die jungen Menschen nur den Ort dar, an dem schulisches (formales, non-formales aber auch informelles), soziales und emotionales Lernen und Bilden stattfindet. Institutionen, die als Sozialisationsinstanzen wirksam sind, werden um die Person herum gruppiert gedacht (vgl. Abb. 5).

Entwicklung zu nehmen) und zum Wohl seiner Familie, seines sozialen Umfelds und der Institutionen der Zivilgesellschaft (Lerner u.a. 2007).

Abbildung 5: Der Entwicklungsprozess entlang der Zeitachse und der Entwicklungsaufgaben im Kontext von Schule, Kinder- und Jugendhilfe und anderer Partner (Lerner u.a. 2002)



Von den Institutionen und Organisationen, die zum guten gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen beitragen, sind hier die Schule und die (schul- und gesundheitsbezogene) Kinder- und Jugendhilfe an erster Stelle erwähnt worden. Die Familie (Schnabel 2004) ist hier nicht behandelt worden und auch andere mögliche Partner in der Kommune oder Region sind nur am Rande erwähnt worden, wie z.B. die Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen mit ihren Beiträgen (vgl. Büsching, u.a. 2005). Im Aufbau einer Bildungs- und Gesundheitslandschaft, die die Form einer regionalen oder kommunalen Gesundheitskonferenz annehmen kann, spielen natürlich noch andere Partner

eine Rolle. Hier kommt, wie es in der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (RKI 2004) heißt, nicht nur einer institutionen- und organisationenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen „niedergelassenen Kinderärzten und Frühförderzentren und verschiedenen ambulant tätigen Therapeuten eine besondere Bedeutung zu, sondern allen Akteuren, die mit Kindern und Jugendlichen in einer Region/in einem Stadtteil zu tun haben: Erzieher/innen in Kindertagesstätten, Lehrer/innen, Schulärzte/innen, Schulpsychologen/innen, Schulsozialarbeiter/innen, Mitarbeiter/innen der allgemeinen Sozialdienstes in Familienberatungsstellen und Kliniken. Die Vorstellungen der Beschäftigten in den verschiedenen Institutionen darüber, welches Kind wann welche Hilfen benötigt, gehen oftmals weit auseinander. Darüber hinaus kann nicht vorausgesetzt werden, dass die verschiedenen Akteure – auch innerhalb eines Stadtteils – über die Arbeitsweise und die Angebote der anderen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche informiert sind (Ferber u.a. 1998, Schubert 1997, 1998; Gesundheitsamt Köln 2000). In der Regel fehlen vor Ort institutionalisierte Austauschmöglichkeiten über die Situation der Kinder und Jugendlichen sowie eine Koordination der Aktivitäten – eine Aufgabe, die die Kommunen übernehmen könnten (vgl. Ferber 2000; erste Ansätze siehe Gesundheitsamt Köln 2000; vgl. Brandenburg u.a. 1998 zur Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen; ebd. S. 157).

8 Fazit

Kooperationen zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Schule im Feld der Gesundheitsförderung sind notwendig angesichts der gesundheitlichen Problemlage der Kinder und Jugendlichen resp. der Schülerinnen und Schüler. Die schulische Gesundheitsförderung hat mit den neuen Konzeptionen, die unter dem Begriff „gute gesunde Schule“ firmieren, einen Stand erreicht, der konzeptionell „Gesundheit“ und „Bildung“ eng miteinander verzahnt und Gesundheit als Ressource für Bildung, zu der auch Gesundheitsbildung und -erziehung gehören, begreift. Die schul- und gesundheitsbezogene Jugendhilfe hat diese Wendung noch nicht vollzogen. Will sie in und mit Schule als Kooperationspartner agieren und Zukunft von Schule mitgestalten, muss sie diesen Schritt gehen. Zugleich muss sie, wie die schulische Gesundheitsförderung auch, in der Praxis den ganzheitlichen Settingansatz als Standard durchsetzen. Dies kann mit dem Konzept der guten gesunden Schule gelingen. Die Kooperation wird wesentlich erleichtert, wenn beide Partner auf kommunaler oder regionaler Ebene in „Bildungs- und Gesundheitslandschaften“ gemeinsam mit anderen Partnern tätig werden mit dem Ziel der

nachwachsenden Generation, also den Kindern und Jugendlichen, den Schülerinnen und Schülern ein gutes gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

9 Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Arnoldt, B./Quellenberg, H./Züchner, I. (2007): Ganztagsschulen verändern die Bildungslandschaft. In: DJI Bulletin, 78, S. 9-14

Aurin, K. (1991²): Gute Schulen: Worauf beruht ihre Wirksamkeit? Bad Heilbrunn

Bailey, R. (2006): Physical education and sport in schools: A review of benefits and outcomes. In: Journal of School Health, 76, S. 397-401

Barkholz U./Gabriel, R./Jahn, H./Paulus P. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit: Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Norderstedt

Barkholz, U./Paulus, P. (1998): Gesundheitsfördernde Schulen: Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Hamburg

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2001²): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese: Diskussionsstand und Stellenwert. Köln

Benson, P.L. (2002a): Adolescent development in social and community context: A program of research. New directions for youth development. Pathways to positive development among diverse youth, (S. 123-147). San Francisco: Jossey-Bass

Benson, P.L. (2002b): Foreword. In D. Ayre/G. Clough/T. Norris (Eds.), Trendbender: Building healthy and vital communities (S. VI-IX). Chicago, IL: Health Research and Educational Trust

Benson, P.L. (2003a): Developmental Assets and asset-building community: Conceptual and empirical foundations. In: Lerner, R.M./Benson, P.L. (Eds.). Developmental assets and asset-building communities: Implications for research, policy, and practice (S. 19-43). New York: Springer

Benson, P.L. (2003b): Toward asset-building communities: How does change occur? In Lerner, R.M./Benson, P.L. (Eds.), Developmental assets and asset-building communities: Implications for research, policy, and practice. New York: Springer

Benson, P.L./Mannes, M./Pittman, K.,/Ferber, T. (2004²). Youth development, developmental assets, and public policy. In Lerner, R.M./Steinberg, L. (Eds.), Handbook of adolescent psychology (2nd ed.) (S.781-814). New York: John Wiley

Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) (2000): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement: Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.) (2007): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland: Berlin

Brägger, G./Posse, N. (2007): Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES). Bd. 1 + 2, Bern: hep Verlag

Brägger, G./Posse, N./Israel, G. (2008): Bildung und Gesundheit: Argumente für eine gute und gesunde Schule. Bern: hep Verlag

Brockmeyer, R./Edelstein, W. (Hrsg.) (1997): Selbstwirksame Schulen: Wege pädagogischer Innovation. Oberhausen

Brößkamp, U. (1994). Gesundheit und Schule: Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. In: Bildung – Wissenschaft – Aktuell 6/94 (Ganzes Heft)

Büsching, U./Paulus, P./Schirm, H. (Hrsg.) (2005): Arzt und Schule: Handbuch für die Zusammenarbeit von Arzt und Schule. Lübeck

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland: Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007): Mädchen und Jungen in Deutschland. Lebenssituationen – Unterschiede – Gemeinsamkeiten. Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004a): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband: Illegale Drogen. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband: Alkohol. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004c): Lehrkräfte, Schule und Gesundheit. Befragung von Lehrerinnen und Lehrern zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an bundesdeutschen Schulen. Endbericht. Manuskript. Köln

Dees, W./Wenzig, C. (2006): Recherche bestehender Programme und Angebote zur Gesundheitsförderung in der Volksschule. Bericht im Auftrag des Instituts für Soziologie, Abteilung für Empirische Sozialforschung der Johannes-Kepler-Universität Linz für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK). Gesundheitswissenschaften. Dokumente Nr. 12. Linz: Johannes-Kepler-Universität Verfügbar über: http://www.ooegkk.at/mediaDB/115782.PDF

Deutsches Jugendinstitut (o.J.): Datenbank „Schule & Partner – schulische Kooperationspraxis auf einen Klick“ Verfügbar über: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=578

Dür, W. (2007): Gesundheitsförderung in der Schule: Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Huber

European Network of Health Promoting Schools (Ed.) (1997). Conference resolution – First Conference of the European Network of Health Promoting Schools.“The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy”, Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997.

Evans, D. L./Foa, E.B./Gur, R.E./Hendin, H./O'Brien, C.P./Seligman, M.E.P./Walsh, B.T. (Eds.) (2005): Treating and preventing adolescent mental health disorders. What we know and what we don't know: A research agenda for improving the mental health of our youth. Oxford: Oxford University Press

Fend, H. (1986). „Gute Schulen – schlechte Schulen“: Die einzelne Schule als pädagogische Handlungseinheit. In: Die Deutsche Schule, 78, S. 275-293

Fend, H. (20022): Qualität im Bildungswesen: Schulforschung zu Systembedingungen, Schulprofilen und Lehrerleistung. Weinheim

Flitner, A. (1996): Schule. In: Krüger, H.-H./Helsper, W. (Hrsg.), Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft (S. 167-176). Berlin

Freitag., M. (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrergesundheit. Weinheim

Fullan, M. (1999): Die Schule als lernendes Unternehmen: Konzepte für eine neue Kultur in der Pädagogik. Stuttgart

Hascher, T. (Hrsg.) (2004): Schule positiv erleben: Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern. Bern: Huber

Haug, C. (1990): Gesundheitsbildung im Wandel: Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der "Health Promotion"-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn

Hentig, H. v. (1993²): Die Schule neu denken: Eine Übung in praktischer Vernunft. München

Holtappels, H.G. (2005): Ganztagsschulen in Deutschland: Situationen, Analyse und Forschungsergebnisse. In: Die Ganztagsschule, 1, S. 5-31

Holtappels, H.G./Höhmann, K. (Hrsg.) (2005): Schulentwicklung und Schulwirksamkeit. Weinheim

Homfeldt, H.-G. (1994²): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Hohengehren

Homfeldt, H.-G. (2004): Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit. In: Hartnuß, B./Maykus, S. (Hrsg.), Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule (S. 371-388). Frankfurt

Homfeldt, H.-G./Sting, S. (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung. München

Hundeloh, H./Schnabel, G./Yurdatap, N. (2004): Kongress Gute und gesunde Schule. Dokumentation. Münster

Hurrelmann, K./Franzkowiak, P. (2006): Gesundheit. In: Bundezentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe de Gesundheitsförderung (S. 52-55). Schabenheim

Hurrelmann, K./Settertobulte, W. (2008): Gesundheitliche Ressourcen und Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen. In Brägger, G./Posse, N./Israel, G. (Hrsg.), Bildung und Gesundheit: Argumente für eine gute und gesunde Schule (S. 55-95). Bern: hep Verlag

Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim

Hurrelmann, K. (2004): Gesundheit – Krankheit – Lebenswelt: Psycho-, sozio- und ökosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern. In: Frühe Kindheit, 7, S. 8-13

Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitssurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim

International Union for Health Promotion and Education (Ed.) (1999): The evidence of health promotion effectiveness. Part two. Evidence book. Brussels: ECSC

Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (2004): Neue Gesundheitsrisiken bei Kindern als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe. Das Beispiel Übergewicht. Abschlusserklärung der 14. Arbeitstagung der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen. In: Forum Jugendhilfe, 2, S. 6-13

Jugendministerkonferenz (2005): Kinder und Gesundheit Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Beschluss der Jugendministerkonferenz vom Mai 2005. München

Klocke, A. (2006): Gesundheitszustand und -verhalten von Kindern und Jugendlichen im internationalen Vergleich. In: Gerber, A./Lauterbach, K.W. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Pädiatrie (S. 56-63). Stuttgart

Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, P. (1995) (Hrsg.): Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Interventionsbereiche. Weinheim

Konsortium Bildungsberichterstattung (2006): Bildung in Deutschland. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld

Kottmann, L. (2004): Bewegungsfreudige Schule: Schulentwicklung bewegt gestalten. In: LUK NRW u. a. (Hrsg.), Kongress Gute und gesunde Schule: Dokumentation. Düsseldorf, S. 193-202.

Krüger, R./Zimmermann, G. (2008): Strukturen, Leistungen und andere Aufgaben der Jugendhilfe. In A. Henschel/R. Krüger/C. Schmitt/W. Stange (Hrsg.), Jugendhilfe und Schule. Handbuch für eine gelingende Kooperation (S. 125-151). Wiesbaden

Krüger, R. (2008): Entwicklung und Rahmenbedingungen der Schulsozialarbeit. In A. Henschel/R. Krüger/C. Schmitt/W. Stange (Hrsg.), Jugendhilfe und Schule. Handbuch für eine gelingende Kooperation (S. 152-164). Wiesbaden

Kuhn, J.; Elsässer, G. & Böhm, A. (2003). Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles lernen kann. Dr. Mabuse, 145, 18-19

Kultusministerium Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2006): Schulsozialarbeit/Zusammenarbeit Schule und Jugendhilfe. Verfügbar über: http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Bildung_und_Wissenschaft/Schule/Schulsozialarbeit/synopse_schulsozialarbeit.pdf

Kultusministerkonferenz (1992): Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bericht der Kultusministerkonferenz vom 5. bis 6. November 1992. Bonn

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (o.J.): Datenbank "Schule und Gesundheit in Niedersachsen".(http://www.gesundheitnds.de/datenbanken/datenbankschuleundgesundheitinniedersachsen.htm)

Laue, E./Vorndran, I. (2008). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (www.destatis.de)

Lerner, R.M./Anderson, A.M./Balsano, A.B./Dowling, E.M./Bobek, D.L. (2003): Applied developmental science of Positive Human Development. In: Lerner, R.M./Easterbrooks, M.A./Mistry, J. (Eds.), Handbook of psychology. (Vol. 6): Developmental psychology (S. 535-553). Hoboken: John Wiley

Lerner, R.M./Almerigi, J.B./Theokas, Ch./Lerner, J.V. (2005): Positive youth development. A view of issues. In: Journal of Early Adolescence, 25, S. 10-16

Lerner, R.M./Amy, E.A./Bobek, D.L. (2007): Engagierte Jugend – lebendige Gesellschaft. Expertise zum Carl-Bertelsmann-Preis 2007. Gütersloh

Lerner, R.M./Brentano, C./Dowling C.M./Anderson, P.M. (2002): Positive youth development: Thriving as a basis of personhood in civil society. In: New Directions for Youth development, 95, S. 11-33

Lister-Sharp, D./Chapman, S./Stewart-Brown S./Sowden, A. (1999): Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. In: Health Technology Assessment; 3, S. 1-207

Mansel, J. (Hrsg.) (1996): Glückliche Kindheit – Schwierige Zeit? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens. Opladen

Marsen-Storz, G. (2004): Stellenwert von Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen. In: R. Geene/A. Halkow (Hrsg.), Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung (S. 342-345). Frankfurt

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Köln

Meierjürgen, R. (2008): „Die gute gesunde Schule" aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen: Aufgaben und Handlungsfelder. In: Paulus, P. (Hrsg.), Schule – Gesundheit – Bildung, Bestandsaufnahmen und Perspektiven schulischer Gesundheitsinterventionen. Weinheim

Meyer, E./Winkel, R. (Hrsg.) (1991): Unser Ziel: Humane Schule. Entwicklung. Praxis. Perspektiven. Hohengehren

Murray, B./Low, B.J./Hollis, C./Cross, A.W./Davis, S.M. (2006): Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. In: Journal of School Health, 77, S. 589-600

Niehues, C./Höldke, B./Gericke, C.A. (2006): Vergleich der Schulgesetze der Länder der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext. In: Das Gesundheitswesen, 68, S. 94-100

Neubauer, G./Wilser, A. (2005): Macht Jugendhilfe gesund? Zum Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsförderung. In: Sozial extra, 12, S. 29-32

OECD (Ed.) (2001). Schooling for tomorrow: What schools for the future? Paris: OECD

Olk, T. (2005): Kooperation zwischen Jugendhilfe und Schule. In: Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht. Band 4. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Schule. München. S. 9-100

Otto, U. (2006): Die „Standards for School Social Work Services" der NASW im Licht der deutschen Diskussion über schulbezogen e Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 4, S. 360-382

Palentien, C./Settertobulte, W./Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Kindern als Grundlage der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 3 (S. 79-86) Köln

Paulus, P. (2000): Gesundheitsfördernde Schulen als Gegenpotential zum Leben? In: Altgeld, T.,/Hofrichter, P. (Hrsg.). Reiches Land – kranke Kinder? (S. 235- 259). Frankfurt

Paulus, P. (2002). Die gesundheitsfördernde Schule in Europa: Eine Investition in Bildung, Gesundheit und Demokratie. In: Hilligus, A.H./Rinkens, H.-D./Friedrich, C. (Hrsg.), Europa in Schule und Lehrerausbildung. Entwicklungen – Beispiele – Perspektiven (S. 163-185). Münster

Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung: Vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule". In K. Aregger/U. Lattmann (Hrsg.), Gesundheitsfördernde Schule: Eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven (S. 93-114). Luzern: Sauerländer

Paulus, P. (2004): Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen. Engagement. In: Zeitschrift für Erziehung und Schule, 2, S. 137-143

Paulus, P. (2005): „Schulische Gesundheitsförderung: Auf dem Weg zur guten gesunden Schule". In Gogoll, A./Menze-Sonnek, A. (Hrsg.), Qualität im Schulsport (S. 160-167). Hamburg

Paulus, P. (2006): Psychische Gesundheit. Rückgrat für die Seele. In: Fritz, A./Klupsch-Sahlmann, R./Ricken, G. (Hrsg.), Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues Lernen, neuer Unterricht (S. 138-148). Weinheim

Paulus, P. (2007a): Die gute gesunde Schule: Mit Gesundhit gute Schule machen. Gütersloh/Wuppertal

Paulus, P. (2007b): Schulische Gesundheitsförderung: Auf dem Weg zur guten gesunden Schule. In: Röhrle, B. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung (Band 3): Kinder und Jugendliche (S. 323-345). Tübingen

Paulus, P./Michaelsen-Gärtner, B. (2008): Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität. Handreichung mit Indikatorenlisten und Toolbox. Bonn

Paulus, P./Witteriede, H. (2008): Bilanzierung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Konzept einer gesunden Schule. Dortmund/Berlin

Paulus, P./Zurhorst, G. (2001): Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Schule und soziale Ungleichheit. In: Das Gesundheitswesen, 63 (Sonderheft), S. S52-S55

Pluto, L./Gragert, N./van Santen, E./Seckinger, M. (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel: Eine empirische Strukturanalyse. München

Prognos (1997): Situation der Gesundheitsberatung im Jugendalter. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Köln

Prüß, F. (2003): Schule als Sozial- und Lernort. Zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule, Friedrich Ebert Stiftung Landesbüro Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2006): Modell psychische Gesundheit (Bella-Studie). In: Robert Koch Institut (Hrsg.). Tagungsbericht. Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin

Rolff, H.-G./Buhren, C.-G./Lindau-Bank, D./Müller, S. (1999): Manual Schulentwicklung. Handlungskonzept zur pädagogischen Schulentwicklungsberatung (SchuB). Weinheim

Schlemmer, E. (2003): Modelle und Zielvorstellungen der Schulsozialarbeit in Deutschland: Vergleichende Dokumentenanalyse zu aktuellen Projekten. Projektbericht. Heidelberg

Schnabel, P.E. (2004): Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim

Schratz, M./Steiner-Löffler, U. (1999²): Die lernende Schule: Arbeitsbuch pädagogische Schulentwicklung. Weinheim

Schratz, M./Iby, M./Radnitzky, E. (2000): Qualitätsentwicklung. Verfahren, Methoden, Instrumente. Weinheim

Seifert, B. (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkung sozialer Benachteiligung. In: Sachverständigenkommission Elfter Kind- und Jugend-

bericht (Hrsg.). Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 4 (S. 87-173). München

Seifert, B. (2007): Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe: Es gibt noch viel zu tun. In: Forum Jugendhilfe, 2, S. 70-79

Sigfusdottir, I.D./Kristjansson, A.L./Allegrante, J.P. (2007): Health behaviour and academic achievement in islandic school children. In: Health Education Research 2007, 22, S. 70-80

Smith, J./McSherry, W. (2003): Spirituality and child development: A concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing, 45, S. 307-315

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2004): Landesjugendbericht Baden-Württemberg für die 13. Legislaturperiode. Stuttgart

Speck, K. (2007): Schulsozialarbeit: Eine Einführung. München

Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bergisch Gladbach

St. Leger, L. (2000): Developing indicators to enhance school health. In: Health Education Research, 15, S. 719-728

St. Leger, L./Kolbe, L./Lee, A./McCall, D./Young, I. (2007): School health promotion: achievements, challenges and principles. In: McQueen, D.V./Jones, C.M. (Eds.), Global perspectives on health promotion effectiveness (S. 107-124). New York: Springer

St. Leger. L./Nutbeam, D. (2000): A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. In: Journal of School Health, 70, S. 45-50

Stern, C. (1999) (Hrsg.): Schule neu gestalten: „Netzwerk Innovativer Schulen in Deutschland". Gütersloh

Stewart-Brown, S. (2006): What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report, (www.euro.who.int/document/e88185.pdf)

Verein Programm Klasse2000 (2005): Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Bericht über das Schuljahr 2004/2005. Nürnberg: Verein Programm Klasse2000 e.V. (http://www.klasse2000.de/download/Jahresbericht-2004-05.pdf)

Voß, R. (Hrsg.) (1996): Die Schule neu erfinden. Systemisch-konstruktivistische Annäherungen an Schule und Pädagogik. Neuwied

Weare K. (2000): Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London: Routledge

Weare, K./Markham, W. (2005): What do we know about promoting mental health through schools? In: Promotion & Education, 12, S. 118-122

Weichold, K./Silbereisen, R.K. (2007): Positive Jugendentwicklung. In: Röhrle, B. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung (Band 3): Kinder und Jugendliche (S. 103-125). Tübingen

Weltgesundheitsorganisation (1997): Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Kopenhagen

Witteriede, H. (2003): Schul-Soziale Arbeit und Gesundheitsfördernde Schule. Gesunde und erfolgreiche Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler. Hohengehren

World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. (http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html)

World Health Organization (Ed.) (1997): The Health Promoting School: An investment in education, health and democracy. Conference report. Copenhagen

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik: Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim

Young I. (2002): Conference report: Education and health in partnership. A European conference on linking education with the promotion of health in schools, Egmond aan Zee, the Netherlands, 25-27 September 2002. Copenhagen

Young, I. (2005): School health promotion: A historical perspective. In: Promotion & Education, 25, S. 112-117

Zimmer, R. (2004): Bewegung: Ein grundlegendes Element der Erziehung und Bildung. In: Hundeloh, H./Schnabel, G./ Yurdarap, N. (Hrsg.): Gute und gesunde Schule (S. 243-248). Münster

Zinnecker, J./Silbereisen, R.K. (Hrsg.) (1996): Kindheit in Deutschland: Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern. Weinheim

10 Anhang

Schulsozialarbeit/Zusammenarbeit Schule und Jugendhilfe
Übersicht über die Regelungen der Länder
(Kultusministerium Sachsen-Anhalt 2006)

Bundesland	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Baden-Württemberg	SchG (11.10.2005) Verfassung des Landes Baden-Württemberg: Artikel 12 (11.11.1953) Gemeinsame RL des MS und MK f. d. Förderung der Jugendsozialarbeit an Schulen und des Projektes Jugendberufshelfer (22.07.03) Rahmenrichtlinien Schulsozialarbeit in Baden-Württemberg (Juli 2004)	ESF-Landesprogramm Regionalgruppe Schulsozialarbeit Sozialministerium BW: Jugendsozialarbeit an Hauptschulen und im BVJ in B.-W. Abschlussbericht (2004) Schulsozialarbeit an der Friedrich-Kammerer-Schule (Ehningen)
Bayern	Bay EUG (26.07.05) RL zur Förderung der JSA an Schulen (04.07.03) RL über die Koordination der Zusammenarbeit und über regelmäßige gemeinsame Besprechungen zwischen Jugendämtern und Schulen (26.07.2005)	Zwischenbericht Bayerischer Jugendring: Jugendarbeit macht Schule (Juli 2005) Salvatorstraße 2 80333 München Briefanschrift: 80327 München Tel: 089/2186-0 (Vermittlung) Fax: 089/2186-2800 Herr Horst-Werner Hartwig (Abteilung 2: Referat II.7): 089/2186-2098 Frau Hannelore Börner (Abteilung 2: Referat 11.8): 089/2186-2077

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Baden-Württemberg	Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg Schlossplatz 4 70173 Stuttgart Tel.: 0711/279-0 Fax: 0711 279-2550 Herr Lambert: 0711/279-2878 Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg Schellingstraße 15 70174 Stuttgart Tel.: 0711/123-0 Fax: 0711/123-3999 Frau Zetzmann: 0711/1230-3617	„Konzeptionelles Eckpunktepapier“ (SM und KM Baden-Württemberg 2000) Landesjugendring: Jugendarbeit trifft Schule. Arbeitshilfe zur Kooperation (2004)
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus Hauptgebäude: Salvatorstraße 2 80333 München Briefanschrift: 80327 München Tel: 089/2186-0 (Vermittlung) Fax: 089/2186-2800 Herr Horst-Werner Hartwig (Abteilung 2: Referat II.7): 089/2186-2098 Frau Hannelore Börner (Abteilung 2: Referat 11.8): 089/2186-2077 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen Winzerstraße 9 80797 München Tel.: 089/12610	„Richtlinien zur Förderung der Jugendsozialarbeit an Schulen“ 2003

Bundesland	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Berlin	Schulgesetz für das Land Berlin (26.01.2004) Gesetz zur Ausführung des KJHG (AG KJHG) (23.06.05) Ausführungsvorschriften für Honorare im Geschäftsbereich der Kinder-und Jugendhilfe (17.10.01) Ausführungsvorschriften über Zuständigkeiten der Jugendämter auf dem Gebiet der KJH (20.11.01) Beschluss Nr. 3/2006 der Vertragskommission Jugend am 04.05.06: Allgemeine Leistungsbeschreibung: Jugendberufshilfe als Teil der Jugendsozialarbeit Rahmenvereinbarung über die Leistungserbringung und Finanzierung der ergänzenden Betreuungsangebote an Grundschulen und Schulen mit sonderpädagogischem Förderbedarf mit offenem Ganztagsangebot durch freie Träger der Jugendhilfe (SchulRV) (08.12.2004) Schul-und Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2006 über die gegenseitige Information und Zusammenarbeit von Jugendämtern und Schulen (16.12.05)	www.jugendnetz-berlin.de (Berliner Landesprogramm) Jugendförderung Berlin Neukölln Nachbarschafts-und Selbsthilfe Zentrum (NUSZ) in der Ufa Fabrik e.V. (Schulbezogene JSA)
Brandenburg	BbgSchulG (24.05.2005) Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Schulgesetzes (30.05.06) Rdschr. Nr. 26/1994: Empfehlungen zum Projekt „Sozialarbeit an Schulen“ Rdschr. Nr. 22/1998: Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Sozialarbeit an Schulen in BB AG KJHG (24.05.04) Koalitionsvertrag 2004-2009 (Punkt 3.1.3 Kinder-und Jugend; SSA) Kleine Anfrage 967/17.01.2006 Kleine Anfrage 968/17.01.2006 Kleine Anfrage 766/13.09.2005	Modellversuch des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport: “Integrierte Projekte von JH und Schule zur Vermeidung von Schulabbrüchen bei schulverweigernden Jugendlichen Oberschule Ludwigsfelde (18.000 € Fördermittel) www.kobranet.de“

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Berlin	**Der Regierende Bürgermeister von Berlin** -Senatskanzlei- Berliner Rathaus 10178 Berlin (Dienstsitz) 11055 Berlin (Postanschrift) III C: Wissenschaft, Kultur, Bildung, Jugend, Sport Gesundheit, Soziales, Verbraucherschutz, Frauen, Bürgerberatung Herr Tscheffer: 030/90262338 **Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport** Beuthstraße 6-8 10117 Berlin-Mitte Herr Hans-Jürgen Pokall (Abteilungsleiter der Abteilung I: Schulaufsicht, Qualitätsentwicklung, Lehrerbildung: 030/90265721) Herr Dr. Peter Hübner (Schulaufsicht): 030/90266515	
Brandenburg	**Ministerium für Bildung, Jugend und Sport** Steinstraße 104 bis 106 14480 Potsdam Tel.: 0331/8660 Fax: 0331/8663595 Frau Gellrich: 0331/8663935 **Landesjugendamt Brandenburg** Hans-Wittwer-Straße 6 16321 Bernau Frau Frenz: 03338/701842; Doreen.Frenz@lja.brandenburg.de	„Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Sozialarbeit an Schulen im Land Brandenburg“ 1998

Bundesland	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Bremen	Es gibt in Bremen keine gesonderte Schulsozialarbeit. Diese ist vielmehr eingebunden in übergreifende Projekte. BremSchulG (28.06.05) Richtlinien für die Anerkennung von Trägern der freien Jugendhilfe nach § 75 SGB VIII (KJHG) (05.09.94) Drittes Gesetz zur Ausführung des SGB VIII (22.12.98) Viertes Gesetz zur Ausführung des SGB VIII (19.12.00) Koalitionsvertrag 2003-2007 (gemeinsame Angebote Kinder-und Jugendhilfe und Schule)	Bremer Projekt „Schups“ (Schulvermeidungsprävention)
Hamburg	In Hamburg ergibt sich die Schulsozialarbeit aus der Betreuung für SchülerInnen, die aus eigener Kraft ihre Probleme nicht mehr bewältigen können. Sie werden durch REBUS (Regionale Beratungs-und Unterstützungsstellen) unterstützt, die ein Angebot im Sinne der SSA entwickeln. HmbSG (17.05.06) Richtlinie für den Umgang mit Schulpflichtverletzung (2005) Richtlinie zur Förderung der freien Jugendhilfe im Bereich der Bezirksverwaltung (13.12.05)	REBUS Kurt-Tucholsky-Gymnasium
Hessen	Es gibt in Hessen keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für Schulsozialarbeit. Das Land Hessen hat mit jedem einzelnen Träger Vereinbarungen getroffen, hier sind dann auch die Modalitäten geregelt. Dies bedeutet, dass Projekte der Schulsozialarbeit kaum unterstützt werden. Hessisches Schulgesetz (14.07.2005) Gesetz zur Stärkung des Ehrenamtes in der Jugendarbeit (2005)	Hessischer Jugendring Initiative für Kinder-, Jugend- und Gemeinwesenarbeit e.V. Arbeitsgemeinschaft für Jugendliche: Handlungsempfehlungen zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule (Februar 2006)

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Bremen	**Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend u. Soziales** Contrescarpe 72 28195 Bremen Tel.: 0421/36-0 Frau Barbara Hellbach: 0421/361-6727; Barabra.Hellbach@soziales.bremen.de Frau Ubben: 0421/3616476	
Hamburg	**Behörde für Bildung und Sport** Hamburger Straße 31 22083 Hamburg Tel.: 040/42863-0 Fax: 040/42863-3496 Frau Gabi Spiecker: 040/42863-2488; gabi.spiecker@bsg.hambu rg.de	
Hessen	**Hessisches Kultusministerium** Luisenplatz 10 65185 Wiesbaden Tel.: 0611/368-0 Fax: 0611/368-2096 Frau Scheropolo (Abteilung Schule): 0611/368-2201 Frau Röse (Referat Gesamtschulen): 0611/368-2307	

Bundesland	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Mecklenburg-Vorpommern	SchulG M-V (13.02.06) Empfehlungen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Bereich der SSA zwischen Jugendhilfe und Schule in M -V (2004) Empfehlungen zur Schulsozialarbeit (Februar 2000) Kinder-und Jugendförderungsgesetz (KJfG M-V) (19.12.05) Richtlinien für die Gewährung von Personalkostenzuschüssen f. Fachkräfte der Jugend-und SSA in MV (27.08.99) (25.02.03)	Schulen mit SSA in MV (Übersicht www.schwerin.de) Chamäleon e.V. Stralsund
Niedersachsen	NSchG (15.12.05) Mittelfristige Finanzplanung 20052009 (Jugendsozialarbeit) Datenreport: Kinder, Jugendliche und ihre Familien in Niedersachsen (Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2003) Schulsozialarbeit in NS: Qualitätsstandards und Bsp. (Arbeitsgruppe d. Landesgemeinschaft SSA in NS, 2005)	Hauptschule „Am Bielefeld“
Nordrhein-Westfalen	SchulG NRW (27.06.06) Vereinbarung über die Zusammenarbeit zw. Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration und dem Ministerium für Schule und Weiterbildung in gemeinsamen Angelegenheiten von Jugendhilfe und Schule (2006) 3. AG-KJHG-KJFÖG (12.12.04) Ministerium für Schule und Weiterbildung: „Ganztagsschulen in der Primarstufe und in der Sekundarstufe I/Neue erweiterte Ganztagshaupt-und Ganztagsförderschulen“ (Rd.Erl. 23.10.03 u. 25.01.06) Landschaftsverband Westfalen-Lippe: „Schulsozialarbeit als Drehscheibe zw. Jugendhilfe und Schule“ (01.03.05)	Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Bad Münstereifel e.V. Ruhrwerkstatt Kultur-Arbeit im Revier e.V. Konzept LVR (Landschafsverband Rheinland)

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Mecklenburg-Vorpommern	**Ministerium für Arbeit, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern** Schloßstraße 6-8 19053 Schwerin Tel.: 0385/588-0 Frau Mraz: 0385/588-3949 Herr Wergin: 0385/5883940	„Empfehlungen zur Schulsozialarbeit“ 2000/überarbeitete Fassung 2004
Niedersachsen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Heinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: 0511/120-0, Fax: 0511/120-4298, Niedersächsisches Kultusministerium, Schiffgraben, 12 30159 Hannover, Tel.: 0511/120-0, Fax: 0511/120-7450	Prof. Dr. Erich Hollenstein: „Qualitätsnetze in der Schulsozialarbeit: Konzept und Entwicklungspraxis an integrierten Gesamtschulen in NS (Münster 2004)
Nordrhein-Westfalen	**Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen,** Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211/8618-50 Fax: 0211/86185-4444	

Bundes-land	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Rheinland-Pfalz	PrivSchG (16.12.05) SchulG (16.12.05) AG KJHG (01.01.00) Landesgesetz zur Stärkung des Ehrenamtes in der Jugendarbeit (05.10.01) Ministerium für Bildung, Fauen und Jugend: Trägeranschriften der Schul-sozialarbeit in Rheinland Pfalz (2003) Presseerklärung der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz : 38.250 € für Schulsozialarbeit in Annweiler (22.02.06) VV-JuFöG (Jugendarbeit und Jugend-sozialarbeit) (19.04.02) Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend: Standards der SSA an Hauptschulen in Rheinland Pfalz (2005	Hauptschule Barbarossa in Kaiserslautern Jugend. rlp.de
***Sa*arland**	Es gibt im Saarland nicht die „herkömmliche“ Schulsozialarbeit. Hier gibt es das Landesprojekt „Schoolworker“, das aber vergleichbar ist mit SSA. Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport: Sachstands-bericht zum Modellprojekt „Schoolwoorker“ (Juli 2006) Regierungserklärung (03.11.04) - Ausbau Nachmittag Peter Balnis: „Kooperation von Jugendhilfe und Schule im Saarland (2004)	Landesarbeitsgemeinschaft SSA im Saarland (LAGS) Projekt „Schoolworker“ Gesamtschule Neunkirchen
Sachsen	SchulG (16.07.04) Förderrichtlinie Investitionsprogramm „Zukunft, Bildung und Betreuung“ (02.09.03) Sächsisches Landesjugendamt für Familie und Soziales: Fach-empfehlung zur Schulsozialarbeit im Freistaat Sachsen (2003) Frdrl. Ausbau Ganztagsangebote (14.07.05) Frderl. „Schuljugend-arbeit als Bestandteil von Ganz-tagsangeboten“ (15.07.05)	Landesarbeitsgemeinschaft SSA Sachsen e.V. Verbund sozialpäd. Projekte Johann-Wolfgang-Goethe Gymnasium

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Rheinland-Pfalz	**Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend** Hauptgebäude Wallstraße 3 55122 Mainz Tel.: 06131/16-0 Fax: 06131/162878 Herr Koch: 06131/16-2992	„Standards der Schulsozialarbeit an Hauptschulen in Rheinland-Pfalz“ o. J.
Saarland	**Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport** Franz-Josef-Röder-Straße 21 66119 Saarbrücken Tel.: 0681/501-00 Fax.: 0681/501-2234 Rolf Fickeis (Abteilung F 4: Kinder-und Jugendpolitik): 0681/501-3118; r.fickeis@innen. saarland.de	Katholische Hochschule für Soziale Arbeit Saarbrücken: Schulsozialarbeit – Konzepte, Handlungsstrategien, Qualitätsentwicklung
Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales Albertstraße 10 01097 Dresden Telefon: 0351/564-0 Telefax: 0351/564-5850 Sächsisches Staatsministerium für Kultus, Carolaplatz 1, 01097 Dresden, Postanschrift: Postfach 100 910, 01079 Dresden, Tel.: (0351) 564-0	„Fachempfehlung zur Schulsozialarbeit“ Sächsische Arbeitsstelle für Schule und Jugendhilfe e.V. in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Schuljugendarbeit: Qualitätsbereiche und kriterien zur Beschreibung und Beurteilung der „Schuljugendarbeit als Bestandteil von Ganztagsangeboten“

Bundesland	Gesetze/Regelungen/ Ansätze des Landes, der Behörden und Ministerien	Projekte, Zielgruppen, konkrete Beispiele
Sachsen-Anhalt	SchulG LSA (01.07.05) Kultusministerium, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Kinder- und Jugendring Sachsen-Anhalt e. V.: „Vereinbarung und Empfehlung zur Kooperation zw. Schule und Kinder-und Jugendhilfe“ (14.02.06) Landesförderung in Sachsen-Anhalt (Mai 2002) Koalitionsvertrag Sachsen-Anhalt vom 18.04.2006: (Bildung: Schulsozialarbeit) Landesverwaltungsamt: Rdschr. 03/2006 Jugendsozialarbeit (Kooperation Jugendhilfe und Schule) Für die EU-Förderperiode 2007 bis 2013 ist in Kooperation von MK und MS ein ESF-Programm „Projekte zur Vermeidung von Schulverweigerung und zur Senkung des vorzeitigen Schulabbruchs“ geplant. In diesem Vorhaben soll ein qualifiziertes Programm zur Schulsozialarbeit den Schwerpunkt bilden.	Jugendwerk Rolandmühle (Burg)
Schleswig-Holstein	Es gibt in Schleswig-Holstein keine explizite Förderung für Schulsozialarbeit. SchulG (15.02.05) Richtlinie zur Förderung der Jugendsozialarbeit (12.12.02) Allg. RL für die Projektförderung in der Jugendhilfe (12.12.02) Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe (Beschluss 13./14.05. und 03./04.06.2004)	Arbeitskreis Phoenix Deutscher Kinderschutzbund und Landesverband SH
Thüringen	ThürSchulG (10.03.05) Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit: Richtlinie Örtliche Jugendförderung (2005) Kultusministerium: Schuljugendarbeit an Thüringer Schulen (2003) Landesjugendhilfeausschuss: Fachliche Empfehlung – Schulsozialarbeit (1.12. 03) Regierungspressekonferenz (25.01.05): Konzept „Bildung und Betreuung von 2 bis 16“ (SSA) Kleine Anfrage 811 (24.4.06)	ESF-Projekte Projekt „Sozialarbeit an Berufsbildenden Schulen in Thüringen“

Bundesland	Zuständige Ministerien, Behörden und Ansprechpartner	Qualitätsstandards
Sachsen-Anhalt	**Kultusministerium Sachsen-Anhalt** Turmschanzenstraße 32 39114 Magdeburg Tel.: 0391/567-01 Fax: 0391/567-3695 **Ministerium für Gesundheit und Soziales** des Landes Sachsen-Anhalt Turmschanzenstraße 25 39114 Magdeburg Tel.: 0391/567-01 Fax: 0391/567-4621 Herr Werner Theisen (Referat 41: Familie): 0391/567-4010 Frau Ilona Oesterhaus (Referat 43: Jugend): 0391/567-4013	Kooperationsvereinbarung zwischen MK, MS und KJR Sachsen-Anhalt (2006); eine dazugehörige Richtlinie wird gerade erarbeitet Landesprogramm „Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe – SSA in Sachsen-Anhalt." hier: Arbeit von Qualitätszirkeln SSA und Erarbeitung von Qualitätskriterien für die SSA in Sachsen-Anhalt (2000)
Schleswig-Holstein	**Ministerium für Soziales Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren ,** Abteilung 3 (Referate 30 bis 33) Kinder, Jugend und Familie / Landesjugendamt Theodor-Heuss-Ring 49, 24113 Kiel Telefon: 0431/988-0 Fax: 0431/988-5344; Kinder, Jugend und Familie 988-2618 Herr Karsten Egge (Referat 32): 0431/9887470 Frau Dörte Peters: 0431/988-2453	
Thüringen	**Thüringer Kultusministerium** Werner-Seelenbinder-Straße 7 99096 Erfurt Telefon: 03 61/37-900 Telefax: 03 61/37-94690 Abteilung 2: Grundsatzangelegenheiten für Bildung und Schule Frau Zinser: 0361/3794561 Herr Hirt: 0361/37-94500 Frau Markert (Referentin): 0361/37-94504	„Fachliche Empfehlungen für die Schulsozialarbeit" 2003