

Evaluation von Anschub.de

Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule

Peter Paulus¹ & Günther Gediga²
)

(1) Hintergrund und Fragestellung

„Anschub.de“ ist ein Akronym für „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“ (u.a. Paulus, Gröschell & Bockhorst 2002; Paulus 2003; Paulus 2007a,b; Paulus 2008). Es ist ein Programm schulischer Gesundheitsförderung und Bildung, das in dreifacher Weise innovativ ist: Erstens stellt es mit der „guten gesunden Schule“ ein neues Konzept schulischer Gesundheitsförderung vor, das geeignet ist, dass herkömmliche der Gesundheitsfördernden Schule abzulösen. Zweitens ist Anschub.de eine nationale Allianz von Kooperationspartnern, die die schulische Gesundheitsförderung und Bildung unterstützen und drittens ist Anschub.de ein Verbund von regionalen Netzwerken auf Ebene der Bundesländer von Schulen mit Kooperationspartnern (Bockhorst 2005). Z. Zt. sind über 200 Schulen in neun regionalen Netzwerken in vier Bundesländern aktiv (Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen; weitere Informationen s. www.anschub.de).

Anschub.de steht in der Tradition der schulischen Gesundheitsförderung, die erstmals zum Ende der 1990er und zu Anfang 2000er Jahre auf der Grundlage der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfassen beschrieben worden ist (Barkholz & Paulus 1998; Denman, Moon, Parsons & Stears 2001; Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus 2001; Paulus 2008; World Health Organisation 1992; 1997a,b). Die folgende Abbildung (s. Abb. 1) gibt hierzu einen kurzen Abriss der Entwicklungsstufen und ihrer „Meilensteine“

Jahr	Meilensteine	Thema der schulischen Gesundheitsförderung	Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung
1986	Urgestein:	Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung	
1991	1. Meilenstein	Schule als Thema der Gesundheitsförderung	Soester Thesen zur schulischen Gesundheitsförderung
1993	2. Meilenstein	Schule als Setting der Gesundheitsförderung; Gesundheit als Thema der Schule	Modellversuch „Netzwerk Gesundheitsfördernde

¹ Leuphana Universität Lüneburg, wissenschaftliche Leitung von Anschub.de

² Universität Münster, externe Evaluation von Anschub.de

			Schulen“ (-1997)
1997	3. Meilenstein	„Networking“: Netzwerke von Schulen und außerschulischen Partnern	Modellversuch: „OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ (-2000) „Gesund leben lernen“ (2003-2006)
2002	4. Meilenstein	Konzentration auf bildungs- und erziehungsbedeutsame Anliegen der Schule	Modellversuch: „Anschub.de – Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung“ (-2010) „OPUS NRW – Netzwerk Bildung und Gesundheit“ (2003-)

Abb. 1: Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung

Die gute gesunde Schule

Eine gute gesunde Schule ist eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Bildungsqualität insgesamt verbessert und gleichzeitig auch die spezifischen Gesundheitsbildungsziele, die zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gehören, verwirklicht (Paulus 2003; Hundeloh, Schnabel & Yurdatap 2004; Forum Schule 2006; Paulus 2008; s. Abb. 2). Sie bringt damit die Themen Bildung und Gesundheit auf neuartige Weise zusammen, in dem sie konsequent Gesundheit in den Dienst des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule stellt (vgl. auch für erste konzeptionelle Überlegungen St. Leger & Nutbeam 2000)³

Gute gesunde Schule

«Eine gute gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur Bildung für nachhaltige Entwicklung.

Sie weist gute Qualitäten in ihren pädagogischen Wirkungen und ihrem Bildungs- und Erziehungserfolg, der Qualität von Schule und Unterricht sowie der Gesundheitsbildung und -erziehung von Schülerinnen und Schüler aus.

Sie sorgt für die stetige und nachhaltige Verbesserung dieser Bereiche durch die konsequen-

³Hundeloh & Hess (2001) formulieren diesen Ansatz für ihr Konzept der Sicherheitsförderung in Schulen, dass sie in enger Anlehnung an das der Gesundheitsförderung der WHO entwickelt haben: „ Für eine nachhaltige Sicherheitsförderung bedeutet dies, dass ihre Ziele, Inhalte und Methoden kompatibel sein müssen mit den Zielen, Inhalten und Methoden des schulischen Unterrichts und der schulischen Erziehung. Gelingt das, dann stellt Sicherheitsförderung keine zusätzliche Belastung für Lehrkräfte dar, sondern unterstützt sie in ihrem ureigensten Anliegen, eine „gute“ Schule zu schaffen und guten Unterricht zumachen (S. 6).

te Anwendung von Erkenntnissen der Gesundheits- und Bildungswissenschaften.»

Abb.2 : Definition der guten gesunden Schule (Kurzfassung); Brägger, Paulus & Posse 2005

Strategien der guten gesunden Schule

Die gute gesunde Schule ist mit zwei Strategien verbunden: (1) Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung und (2) Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit.

„Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ macht darauf aufmerksam, dass Schule einen definierten Erziehungs- und Bildungsauftrag im Bereich Gesundheit hat (Kultusministerkonferenz, 1992). Wichtige Themenfelder sind danach Ernährungserziehung, Hygiene/Zahngesundheitspflege, Sexualerziehung und AIDS-Prävention, Suchtprävention, Erste Hilfe Themen sowie Sport und Bewegungserziehung. Aus Sicht der guten gesunden Schule 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?

„Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“ spricht den Bereich von Schule an, in dem es um die Verbesserung der Bildungsarbeit der Schule insgesamt, d.h. einschließlich ihrer Bedingungen, durch Gesundheitsinterventionen geht. Die Bildungsarbeit umfasst hier die Prozessdimensionen „Lernen und Lehren“, „Führung und Management“, und „Schulklima und Schulkultur“

Erkenntnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung sind hier ebenso grundlegend (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, 2000), wie empirisch psychologische Befunde zu Lehr-Lernprozessen (Pekrun & Schiefele, 1996) und Ergebnisse vor allem der gesundheitspsychologischen wie –soziologischen Forschung (Hurrelmann, 2004; Schwarzer 2004; Renneberg & Hammelstein 2006), sowie das Wissen über evidenzbasierte Strategien schulischer Gesundheitsförderung, z.B. über Lernerfolge, die sich in der Folge von Gesundheitsinterventionen einstellen (Hascher 2004; Bailey 2006; Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante 2007, Murray, Low, Hollis, Cross & Davis 2007).

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, das betriebsmedizinische Dienste auch für Bildungsinstitutionen, wie z.B. Schulen vorsehen. Sie sind für die Gesundheit der an Schule Beschäftigten relevant, vor allem für die Gesundheit der Lehrkräfte und ihre arbeitsbedingten Gefährdungen und Ressourcen.

Die gesundheitswissenschaftlich fundierten Interventionen, die die gute gesunde Schule zielgerichtet durchführt, müssen selbst wiederum Kriterien schulischer Gesundheitsförderung genügen, über die heute in der „scientific community“ schon weitgehend Konsens besteht.

Schulqualität findet ihren Ausdruck im Konzept der guten Schule. Welche Qualitäten sich damit verbinden, ist den Ergebnissen der zumeist anglo-amerikanischen „Effective-School“-Forschung zu entnehmen (Scheerens 2000; Macbeath & Mortimore 2001; Seydel 2005; Prenzel & Allolio-Nacke 2006; Rolff 2007;)⁴. Auch wenn es letztlich keinen endgültigen Konsens darüber geben kann, was eine „gute Schule“ ausmacht, gibt es doch eine weitgehende Übereinkunft in grundlegenden Qualitätsbereichen. Verschiedene vorliegende Qualitätsraster ähneln sich deshalb auch in ihren Qualitätsdimensionen der schulischen Arbeit und in den dazugehörigen Kriterien bzw. Indikatoren⁵. Wie solch ein Qualitätsraster aussehen kann, zeigt die folgende Übersicht, die dem Projekt „SEIS“ („Selbstevaluation in Schulen“) der Bertelsmann-Stiftung entnommen ist (vgl. hierzu z.B. „IQES“ („Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Schulen“; Brägger & Posse 2007). Es liegt auch dem Programm Anschub.de zu Grunde (s. Abb. 3).

Qualitätsdimensionen und Kriterien der guten Schule				
Bildungs- und Erziehungsauftrag	Lernen und Lehren	Führung und Management	Schulklima und Schulkultur	Zufriedenheit
Fach- und Sachkompetenz	Lern- und Lehrstrategien	Leitbild und Entwicklungsvorstellungen	Schulklima	Erfüllung der Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler (Schülerwahrnehmung)
Sozialkompetenz	Ausgewogener Unterricht	Entscheidungsfindung	Beziehungen innerhalb der Schule	Erfüllung der Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler (Elternwahrnehmung)
Lern- und Methodenkompetenz	Bewertungen von Schülerleistungen	Kommunikation	Beziehungen der Schule nach außen	Zufriedenheit der Lehrerinnen und Lehrer
Selbstkompetenz und Fähigkeit zum kreativen Denken		Operatives Management	Förderung positiven Verhaltens	
Praktische Kompetenz		Motivation und Unterstützung	Unterstützungssystem für Schülerinnen und Schüler	
Erfüllung der Anforderungen aufnehmender Schulen		Planung, Implementation und Evaluation		
Erfüllung der Anforderungen der Berufswelt		Personalentwicklung		

Abb. 3.: Qualitätsdimensionen und Kriterien der guten Schule (SEIS - Konzept; Stern, Ebel, Vaccaro & Vorndarn 2006)

⁵ Paulus & Michaelsen (2008) haben im Zuge der Entwicklung eines Referenzrahmens schulischer Gesundheitsförderung eine Synopsis aller Qualitätsrahmenkonzepte für Schulen der Kultusministerien und obersten Senatsbehörden der Länder erstellt

Die gute gesunde Schule setzt hier an und bietet Schulen Unterstützung und Handlungshilfen, wie sie mit Gesundheitsinterventionen im Unterricht („Gesundes Lehren und Lernen“), im Management („Gesunde Führung“) und im Bereich des Schulklimas und der Schulkultur („Gesunde Schulkultur“) bessere Bildungs- und Erziehungserfolge insgesamt erreichen und damit u.a. auch die Auswirkungen der sozialen Bildungsbenachteiligungen mindern kann. Denn eine nach Gesundheitsgesichtspunkten gestaltete Schule in ihren baulichen, aber auch in ihren Organisations- und Kommunikationsstrukturen und –abläufen hat einen bedeutsamen Effekt auf die Bildungs- und Erziehungserfolge der Schule. Wie vorliegende Befunde zeigen, haben Kinder, die gerne in die Schule gehen und sich dort wohlfühlen günstigere Voraussetzungen im Hinblick auf Schulleistungen und –erfolge. Positives Wohlbefinden in der Schule fördert die Leistungsmotivation und wirkt sich vermindern auf störendes Verhalten aus (Eder 1995, Hascher 2004), während negative Emotionen wie Angst und Hilflosigkeit sich ungünstig auf Lernen und Leistung auswirken (Rustemeyer 2004).

Vor diesem Hintergrund bedeutet Anshub.de :

- ...von den Bildungs- und Erziehungsaufträgen auszugehen („Gute Schule“)
- ...zu fragen, wo Schulen Probleme haben, ihre eigenen Aufträge zu erfüllen („Bildungsberichterstattung“)
- ...ihnen Angebote für gezielte Gesundheitsinterventionen zu machen, mit denen ihre Probleme angegangen werden können („Gesundheitsbeiträge“)

Anshub.de - eine Allianz von Partnern: Anshub.de eine starke Initiative für die Schulen zu förderst auf nationaler Ebene. Die Partner haben sich zusammengefunden, um die Situation der schulischen Gesundheit und Bildung gemeinsam zu analysieren, Potentiale zu erkennen und Synergien zu nutzen.

Mit dieser Zielrichtung, Schule bei der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags durch Gesundheitsinterventionen gezielt zu unterstützen, ist die Allianz initiiert durch die Bertelsmann-Stiftung angetreten („www.anshub.de“). Sie wird aus mittlerweile über 50 Vertretern nationaler Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen gebildet, die auf dem Feld schulischer Bildung und Gesundheitsförderung tätig sind. Sie haben in einem Positionspapier⁶ ihr Grundverständnis von Anshub.de niedergelegt.

Die Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung erweist sich als wirksame Unterstützung auf bildungs- und gesundheitspolitischer Ebene für die Anliegen der schulischen Gesundheitsförderung, die der guten gesunden Schule gelten. Zugleich sichert sie durch personale und materielle Ressourcen die Entwicklung guter gesunder Schulen in kommunalen Schulverbänden ab. Ziel der nationalen Allianz ist es darüber hinaus, sich während der Laufzeit der Initiative in eine eigenständige Rechtsform zu wandeln. Sie bildet die Grundlage für eine nachhaltige Fortschreibung der Initiative.

⁶ Das Positionspapier kann eingesehen werden unter „www.anshub.de“

Die gute gesunde Schule zeigt aber auch, wie mit Interventionen im Bereich der Gesundheitsbildung und –erziehung nachhaltige Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens – und erlebens bei den Schülerinnen und Schülern erreicht werden kann. Eine erfolgreiche Gesundheitsbildung und –erziehung z.B. in den wichtigen Themenfeldern „Ernährung“, „Bewegung“, „Stress/Psychische Gesundheit“ stärkt die Kompetenz der Schülerinnen und Schüler eigenverantwortlich im Sinn der eigene Gesunderhaltung und die ihrer Mitmenschen zu handeln. Damit trägt sie auch zu den allgemeinen Erziehungszielen der Schule bei. Diese lassen sich mit Begriffen wie Entwicklung der Individuellen Regulationsfähigkeit, der Humanressourcen und der gesellschaftlichen Teilhabe und Chancengleichheit beschreiben.

Indem die gute gesunde Schule Bildungs- und Erziehungsprozesse fördert, leistet sie indirekt auch wieder einen Beitrag zur Gesundheit. Wie internationale Studien zeigen, ist Bildung von den sozialen Determinanten der Gesundheit eine der wichtigsten, denn Bildung wirkt auf Gesundheitsverhalten und auf die Einstellungen zur Gesundheit (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006, S. 187f). So zeigt sich, dass

- mit der Schulbildung die Lebenserwartung steigt und
- viele Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina Pectoris, Asthma, Arthritis, chronischer Rückenschmerz) bei Menschen mit Volks- oder Hauptschulabschluss häufiger auftreten als bei solchen mit Abitur.

Sicher tragen die sozioökonomischen Unterschiede, die mit höherer Bildung einhergehen und die sich auf die Gesundheit auswirken, wie z.B. höheres Einkommen, bessere Arbeitsbedingungen, weniger belastende Berufe, geringere Arbeitslosigkeit zu diesen Ergebnissen bei. Deutlich wird aber auch in den Untersuchungsergebnissen, dass Bildung einen eigenständigen Einfluss auf Gesundheitsverhalten und –einstellungen hat. Männer mit Abitur sind z.B. viel seltener starke Raucher und sind doppelt so häufig sportlich aktiv wie Männer mit Hauptschulabschluss. Ein wichtiger vermittelnder Faktor ist hier die Lesekompetenz, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat. Sie unterstützt die Aufnahme relevanter Gesundheitsinformationen, ihre Bewertung und Umsetzung in angepasste Handlungsvollzüge.

Die Bildungsbenachteiligung geht einher mit einem fast gleichen Muster einer Gesundheitsbenachteiligung. Es ist zwar richtig, dass Kinder und Jugendliche heute zumeist gesund, sind, zugleich sind aber auch –wie nachfolgend nachdrücklich belegt wird- eine immer größer werdende Anzahl von ihnen durch gesundheitliche Auffälligkeiten belastet (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer 2003; Robert Koch Institut 2004). So sind es Schülerinnen und Schüler aus sozial niedrigeren Schichten, solche mit Migrationshintergrund und solche, die niedrig qualifizierende Schulformen besuchen, die gesundheitlich fast durchgängig höher belastet sind. Oftmals liegt bei ihnen auch eine Kumulation dieser Bedingungen vor.

Wie auch andere Studien belegen, werden der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen maßgeblich von den Lebens- und Umweltbedingungen mitbestimmt. Schule hat daher für die Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention auch einen sehr hohen Stellenwert. Ihr Beitrag zur Sozialisation zukünftiger Generationen ist zentral, denn in der Schule werden Kinder und Jugendliche in einer Entwicklungsphase erreicht, in der wichtige Verhaltens- und Lebensweisen ausgebildet werden. Die in der Kindheit und Jugend entwickelten Verhaltensweisen sind für den Umgang mit Risi-

ken und Konflikten, wie etwa mit Alkohol, Drogen, Gewalt, in der Regel ein Leben lang bestimmend. Die Schule kann sehr stark diese Entwicklung beeinflussen. Wie verschiedene Untersuchungen zeigen, findet im Verlauf der Schullaufbahn eine Annäherung der ungleich verteilten Gesundheitschancen statt und das Gesundheitsbewusstsein wird wesentlich und richtungsweisend beeinflusst. (Paulus & Zurhorst 2001).

Anschub.de – Arbeit in regionalen Schullandschaften: Die Umsetzung von Anshub.de geschieht in regionalen bzw. lokalen „Schullandschaften“, d.h. in einer Kooperation von Schulen vor Ort in der Kooperation des Bildungs- und Gesundheitssektors (GOs und NGOs) und anderer Partner als Unterstützungssystem. Maßgeblich beteiligt sind Gesetzliche Krankenkassenversicherungen und Unfallversicherungsträger. Die regionalen Arbeitskreise der kooperierenden Partner entwickeln gemeinsam mit den beteiligten Schulen kommunale Schullandschaften, die wirksam die Ausgestaltung der guten gesunden Schule unterstützen.

Auf der Schulebene erfüllen die Schulen durch die Initiative der guten gesunden Schule wirksamer und nachhaltiger ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, die Gesundheitsqualität der Schule verbessert sich spürbar. Auf der Ebene der Personen erleben Lehrkräfte -sowie Schülerinnen und Schüler Schule als nachhaltig wirksamen Unterstützungskontext für schulische Lehr- und Lernprozesse, für die Gestaltung einer förderlichen Schulkultur und für die Entwicklung der Schule zu einer

Die Schulnetze sind an eine regionale bzw. kommunale Steuerungsgruppe angeschlossen, die von einer/em Koordinator/in geleitet wird. Mitglieder dieser Steuerungsgruppen sind Vertreter/innen der Programmträgerinstitutionen vor Ort und der Schulen. Auf Bundesebene wird das Programm von einer Nationalen Steuerungsgruppe geführt. Mitglieder sind die Trägerorganisationen, das Programmmanagement und die wissenschaftliche Leitung. Halbjährlich werden die Prozesse auf den Ebenen der Koordination und in den beteiligten Schulen extern formativ evaluiert. Die inhaltliche Planung der Schulentwicklung läuft über das „SEIS - Verfahren. Das zugehörige Fragebogenverfahren, welches zur jährlichen Selbstevaluation von den Schulen eingesetzt wird hilft ihnen dabei, ihre Schulentwicklung zielgerichtet, systematisch und nachhaltig zu gestalten. Das Instrument umfasst einen Kriterien- und Fragenkatalog, Instrumente zur Datenerhebung und ein vergleichendes Berichtswesen. Es hat als prozessbezogene Evaluation eine besondere Bedeutung, denn mit diesem Verfahren lassen sich Sichtweisen verschiedener schulischer Akteure (Schüler, Eltern, Lehrer, Mitarbeiter) auf zentrale schulische Prozesse (wie Unterricht, Schulklima, Qualifikation, Kommunikation und Information, Führung und Management, Leistungsbewertungen u.a.) erfassen. Die Bereitschaft der Partner, sich an Anshub.de in einer Allianz zu beteiligen, wird in einer ökonomischen Evaluation abgefragt. Es wird untersucht, um wie viel es für einen Partner günstiger ist, sich an der Allianz der Partner von Anshub.de zu beteiligen, als wenn er selbst und allein Projekte in Schulen durchführen würde.

Die Ausweitung von Anshub.de in andere Bundesländer und in neue Regionen in den bisherigen Ländern ist geplant. Ebenso ist eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen Staaten in Europa geplant. Mit dem Bundesamt für Gesundheit der Schweiz besteht schon ein Kooperationsvertrag.

(2) Studiendesign und Methoden

Design

Um Vorgehen und Effekte in den Schulen festzustellen, wurde ein Prä-Post-Test-Design genutzt. Vergleichbare Kontrollschulen außerhalb des Programms Anschub.de konnten nicht gewonnen werden. Wichtig sind die Kontrollschulen vor allem dafür, um prüfen zu können, ob sich positive Veränderungen nicht auch ohne Intervention einstellen. Dies ist hier allerdings nicht der Fall: Wie weiter unten zu berichten sein wird, zeigen die Ergebnisse, dass die Veränderungen einen gewissen Sensibilisierungseffekt überwinden müssen, der dafür sorgt, dass bei „Nicht-Veränderung“ in einen Bereich eher mit verschlechterten Posttestwerten zu rechnen wäre.

Die Daten wurden in einem Prä-Post-Test-Design mit Hilfe des SEIS-Instruments erhoben, wobei unterstützend Daten aus der Prozessevaluation genutzt wurden (Tab. 1).

Prozessdaten	SEIS-Erhebungen
Ab 2004 bis 2005	
	Bis Ende 2005 („Prä-Test“)
Ab 2006 bis 2007	Bis Ende 2006 („Post-Test 1“)
	Bis Ende 2007 („Post-Test 2“)

Tab. 1: Untersuchungsdesign

Der SEIS-Standardfragebogen wurde durch 40 Fragen aus dem Bereich „gute gesunde Schule“ ergänzt. Das SEIS-Instrument ermöglicht die Sicht von Lehrkräften, Schüler/innen und Eltern vergleichend darzustellen. Die Schulen wurden für die Evaluation anonymisiert, d.h. die Prä-Post-Werte aus den Schulen konnten zugeordnet werden, aber die einzelnen Schulen konnten nicht identifiziert werden. Lediglich Schularten und Regionen waren pro Schule noch erkennbar und konnten für die Analyse genutzt werden.

Die für die Effektmessung zu bildenden Variablen ergeben sich aus den gemittelten Zustimmungsraten zu einzelnen aus dem SEIS-Instrumente abgeleiteten Skalen. Die Zustimmungsraten wurden jeweils über die Fragen einer Skala und der Stichprobe in der Schule gemittelt. Die Veränderung der mittleren Zustimmungsraten bildet letztlich das Instrument zu Beurteilung der Veränderung. Da eine genaue Verortung der Interventionen (wegen der Anonymität der Schulen) nicht stattfinden kann, werden die Veränderungen auf hohem Aggregationsniveau bzgl. der Skalenbildung ermittelt und nur in Einzelfällen auf kleinere Skalen oder gar Einzelfragen herunter gebrochen.

Wegen der Komplexität der Intervention sollten sich die Schulen in den Qualitätsbereichen mit konkretem Ziel wie „Bildung- und Erziehungsauftrag“, „Lernen und Lehren“, „Schulklima und Schulkultur“ sowie „Gesundheit“ verbessern, aber mit relativen kleinen Effekten, da hier über viele Fragen zu Details aus den Bereichen aggregiert wurde und in der Regel in den jeweiligen Schulen nur Verbesserungen in einigen dieser Qualitätsbereiche angegangen wur-

den. Da für alle Schulen der Bereich „Führung und Management“ relevant ist, da mit dem Qualitätszyklus aus Anschub.de (Nilshon & Schminder, 2005) gearbeitet werden sollte, dürften Effekte in diesem Bereich höher ausfallen. Im Bereich „Zufriedenheit“ sollten die Effekte am größten sein, da hier die einzelnen Maßnahmen keine Rolle spielen und die wahrgenommenen Veränderungen in der Schule unabhängig von den gewählten Maßnahmen zu einer merklichen Verbesserung in diesem führen sollten.

Dennoch: Prinzipiell sind sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen der Situation an den Schulen denkbar. Aus diesem Grund werden alle Tests zweiseitig durchgeführt, was die Power der eingesetzten statistischen Testverfahren ein wenig reduziert.

Neben den Veränderungswerten, die signifikante Unterschiede deskriptiv beschreiben, werden auch noch relative Veränderungswerte als weitere Beschreibungsebene dargestellt. Tatsächlich sind es gerade Schulen mit hohem Bedarf – und damit verbunden relativ niedrigen Ausgangswerten – die Interventionen in einem bestimmten Bereich in ihrer Schule durchführen. Aus diesem Grund sollten sich über die zu erwartenden allgemeinen Effekte hinaus auch noch massive relative Veränderungen beobachten lassen.

Stichprobe

An der Untersuchung nahmen im Jahr 2005 47 Schulen teil, die sich aus unterschiedlichsten Gründen (Schulzusammenlegung, Wechsel der Schulleitung, krankheitsbedingte Aufgabe) zum zweiten Zeitpunkt in 2007 auf 43 Schulen reduzierten. Eine dritte Welle der Befragung fand im Jahr 2007 an 20 Schulen statt. Bedingt durch einen ca. 1,5-jährigen Befragungszyklus ist der dritte Zyklus erst in 2008 beendet. Die Schulen entstammen Regionen aus Bayern, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern.

	Jahr		
	2005	2006	2007
Schulen	47	43	20
Schüler/innen	3701	3068	1125
Lehrkräfte	1185	1173	347
Mitarbeiter	182	100	69
Eltern	3856	2259	796

Tab. 2: Beteiligte an der Untersuchung

Die Tabelle 2 zeigt die Beteiligungen an der SEIS-Befragung zu den drei Zeitpunkten. Wie zu sehen, ist die Teilnahme in der Stichprobe der Eltern über die Messzeitpunkte hinweg stark gesunken. Die Quote der Mitarbeiter ist zum zweiten Zeitpunkt ebenfalls deutlich gesunken. Da diese Stichprobe für Vergleichszwecke dadurch zu klein geworden ist, werden die Ergebnisse aus den Daten der Mitarbeiter im Folgenden nicht mehr dargestellt,

Prozessdaten

Während der Laufzeit des Programms Anschub.de erfolgte eine Prozessevaluation, in der auch Daten aus dem Bereich der Schulen erhoben wurden. Hierfür wurden im Rahmen des jährlichen Berichts der regionalen Projektkoordinatoren die in jeder Schule aktuell durchgeführten Maßnahmen festgestellt und von der Schule genau beschrieben. Ein kleiner Teil dieser Daten fließt in das Design (vgl. Tab 1) der hier vorgestellten Untersuchung mit ein. Für die Analysen in dieser Untersuchung ist die Zuordnung der einzelnen Maßnahmen zu den Qualitätsdimensionen des SEIS-Verfahrens von Belang. Die Zuordnung wurde innerhalb der Schulen in Abstimmung mit der jeweiligen Schulprojektgruppe durchgeführt.

SEIS - Daten

Die Analyse auf den Mittelwerten der SEIS-Dimensionen basiert auf einem sehr heterogenen Kriterium. Veränderungen auf diesen Dimensionen indizieren einen generellen Trend der Wirkung von Anschub.de auf die einzelnen Dimensionen der Schulqualität. Wirkungen, die sich nur in Teilbereichen der einzelnen Dimensionen auswirken, sollten so über die Vielzahl der einzelnen Indikatoren zu einem Gesamtwert konvergieren. "Gesundheit" ist hier leider als "technisches add-on" operationalisiert worden, was die Verschränkung der SEIS-Dimensionen mit dem Aspekt der Gesundheit nicht erlaubt.

Zu erwarten wäre, dass die Wahrnehmung der Veränderungen sich zunächst in den Bereichen "Gesundheit" (als innovativer Anker des Projekts) und dann weiter im Bereich "Lernen und Lehren" (als tägliches Kerngeschäft, mit dem die meisten Beteiligten am häufigsten zu tun haben) fokussiert. Die anderen Bereiche, die mit den SEIS-Dimensionen abgebildet werden, sind nicht immer und nicht immer direkt erfahrbar, so dass in diesen Bereichen eine geringere Wirkungswahrnehmung zu erwarten wäre.

Auf der Ebene der SEIS-Kriterien basieren die abgeleiteten Skalen auf erheblich homogeneren Itemsätzen als es bei den Dimensionen der Fall ist. Hier sollten spezifische Maßnahmen, die an einer Reihe von Schulen erfolgreich eingesetzt wurden, entsprechend differentielle Wirkungen zeigen. Beispiel: Es wurden an einer Reihe von Schulen Pausenhöfe umstrukturiert. Die Wirkung sollte sich differentiell auf das Kriterium "Gesundheit→Umwelt" auswirken. Da nicht alle Schulen eine Umstrukturierung durchgeführt haben, sind auf der Kriteriumsebene oft große Unterschiede und große Varianzen zu erwarten. Dies kann dazu führen, dass selbst massive Unterschiede nur zu mäßigen Effekten und - bei sehr großer Varianz und nur wenigen durchgeführten Maßnahmen - auch zu insignifikanten Ergebnissen führen. Die Benennung der Kriterien für den Kernbereich des SEIS wurde aus dem SEIS-Instrument übernommen. Die Kriterien für die Auswahl und Konstruktion der zusätzlichen Gesundheitsitems orientierte sich an wichtigen Prozess- und Outputkomponenten der schulischen Gesundheitsbildung und -erziehung (Kultusministerkonferenz 1992):

- Gesundheitswissen der Schüler/innen
- Wirkung der Gesundheitsintervention auf das Verhalten der Schüler/innen
- Interesse für Gesundheitsthemen und die eigene Gesundheit
- Entwicklung des Selbstwerts
 - Fragen, die die Qualität in den folgenden Einzelbereichen näher spezifizieren:
 - Ernährung

- Bewegung
- Umwelt
- Lärm
- Sicherheit und Unfälle
- Bewertung des Unterstützungssystems für Gesundheit

Der SEIS-Fragebogen wurde sowohl an Lehrkräften, als auch Schüler/innen und Eltern verteilt, wobei nicht alle Fragen und Kriterien allen Stichproben zur Beantwortung vorgelegt wurden.

Es ist weiter anzumerken, dass die beurteilenden Lehrkräfte zu den beiden Erhebungszeitpunkten zum großen Teil eine stabile Gruppe bilden, während die Prä- und Postwerte von Schüler/innen und Eltern auf größtenteils unterschiedlichen Stichproben basieren, da zu den jeweiligen Unterzeitpunkten immer die gleichen Klassenstufen befragt wurden.

(3) Ergebnisse

Status und Veränderung der Maßnahmen in den Modellschulen

Insgesamt wurden in den Jahren 2005, 2006 und 2007 N= 654 Maßnahmen von den Schulen genannt. Im Jahr 2005 lagen Beschreibungen von N= 254 Maßnahmen vor und im Jahr 2007 wurden N= 212 Maßnahmen dokumentiert. Die restlichen N= 188 Maßnahmen wurden für das Jahr 2006 erhoben. Die Abbildung 1 zeigt den Vergleich der Maßnahmenprofile von 2005 und 2007.

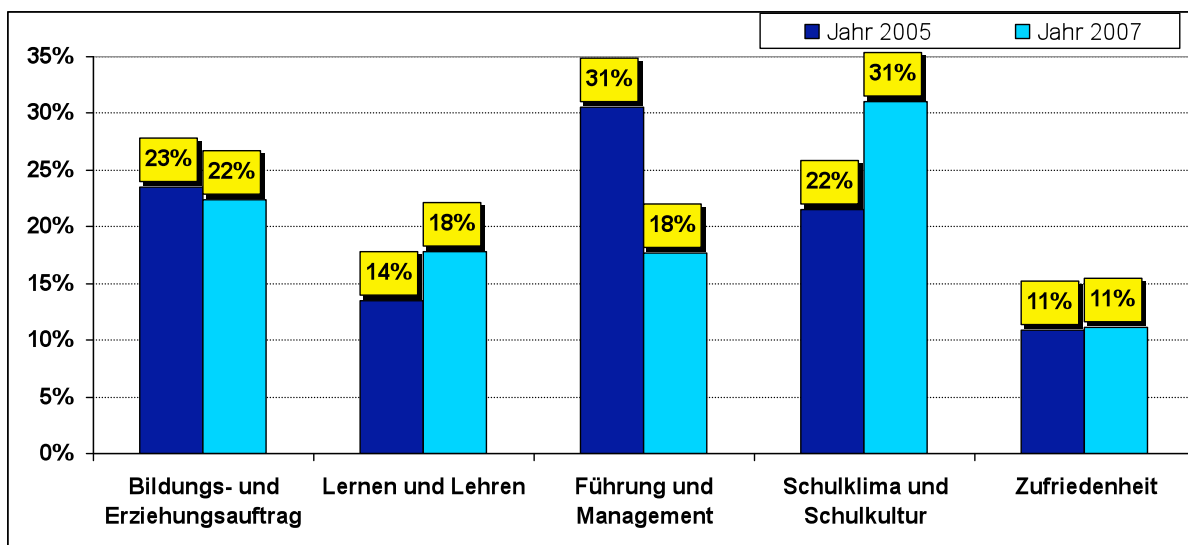


Abb. 1: Verteilung der Maßnahmen an den Schulen im Rahmen von anschub.de in den zugeordneten SEIS-Dimensionen. Vergleich zwischen 2005 und 2007.

Die Abbildung 1 zeigt, dass 2005 relativ viele Maßnahmen im Qualitätsbereich „Führung und Management“ verortet wurden. Insbesondere der Aufbau von Strukturen im Bereich Gesundheitsmanagement der Schule ist hier zu nennen. Für 2007 werden die meisten Maßnahmen dem Bereich „Schulklima und Schulkultur“ zugeordnet.

Veränderungen in den SEIS-Dimensionen

Analysiert werden die Veränderungen der Zustimmungsprozente zu den einzelnen SEIS - Items in den Stichproben „Schüler/innen“, „Eltern“ und „Lehrkräften“. Die Zustimmungsprozente bzw. der Veränderungen werden aggregiert, um Schwankungen durch punktuell wirksame Maßnahmen an Schulen auszugleichen.

Abbildung 2 und 3 zeigen im Überblick die – mit einer Ausnahme – durchweg positiven Differenzen zwischen 2005 und 2006 bzw. zwischen 2005 und 2007 auf den SEIS-Dimensionen für die Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“.

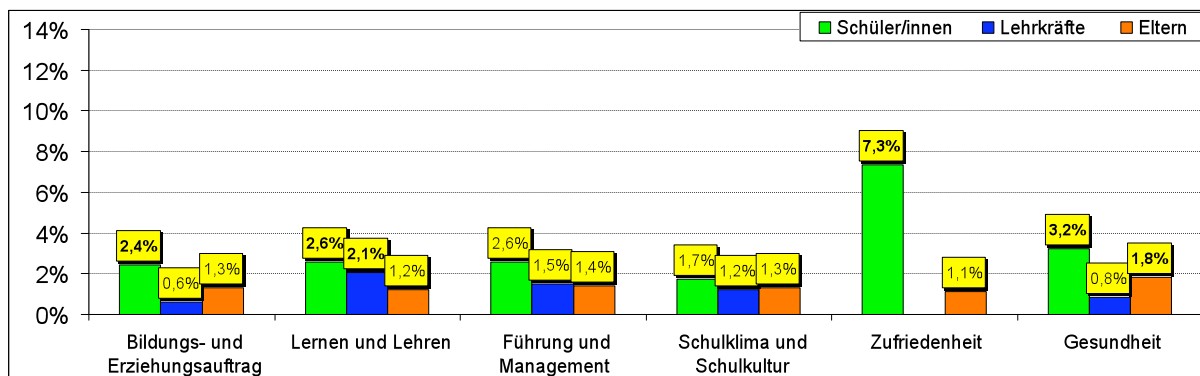


Abb. 2: Veränderung zwischen 2005 und 2006 auf der Ebene der SEIS-Dimensionen in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

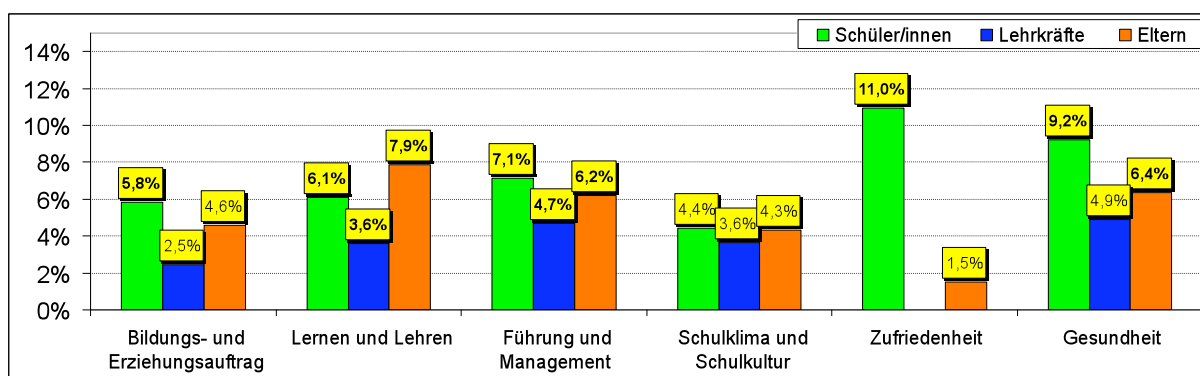


Abb. 3: Veränderung zwischen 2005 und 2007 auf der Ebene der SEIS-Dimensionen in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

Insgesamt zeigt sich somit auf den SEIS-Dimensionen eine leicht positive Veränderung von 2005 bis 2006 und eine anhaltende und stärkere positive Veränderung zum Jahr 2007.

Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt zusätzlich die d-Werte der Veränderung auf der Basis der Vergleiche der Schulmittelwerte zu den jeweiligen Zeitpunkten. Statistisch bedeutsame Veränderungen sind hervorgehoben dargestellt.

Schüler/innen	2006 gegen 2005		2007 gegen 2005	
	Differenz	d	Differenz	d
Bildungs- und Erziehungsauftrag	2,44%	0,54	5,84%	1,04
Lernen und Lehren	2,56%	0,43	6,08%	0,81
Führung und Management	2,56%	0,28	7,14%	0,74
Schulklima und Schulkultur	1,72%	0,28	4,43%	0,57
Zufriedenheit	7,35%	0,49	10,96%	0,72
Gesundheit	3,24%	0,61	9,24%	1,40
Lehrkräfte	Differenz	d	Differenz	d
Bildungs- und Erziehungsauftrag	0,60%	0,16	2,45%	0,47
Lernen und Lehren	2,08%	0,62	3,60%	0,86
Führung und Management	1,51%	0,22	4,70%	0,62
Schulklima und Schulkultur	1,20%	0,27	3,62%	0,57
Zufriedenheit	-0,14%	-0,02	-1,29%	-0,11
Gesundheit	0,82%	0,17	4,89%	0,70
Eltern	Differenz	d	Differenz	d
Bildungs- und Erziehungsauftrag	1,31%	0,28	4,59%	0,79
Lernen und Lehren	1,23%	0,19	7,88%	0,99
Führung und Management	1,41%	0,24	6,18%	0,86
Schulklima und Schulkultur	1,30%	0,24	4,30%	0,63
Zufriedenheit	1,14%	0,19	1,52%	0,21
Gesundheit	1,81%	0,41	6,37%	1,16

Tab. 3: Detaillierte Darstellung der Veränderung zwischen 2005 und 2006 / 2007 auf der Ebene der SEIS – Dimensionen in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

Zum Ende des Jahres 2006 sind bei den Schüler/innen die Unterschiede auf vier Dimensionen statistisch bedeutsam, während es bei Lehrkräften und Eltern nur auf jeweils einer Dimension statistisch absicherbare Veränderungen gibt: Bei den Lehrkräften ist dies auf der Dimension „Lernen und Lehren“ der Fall, während die Eltern auf der Dimension „Gesundheit“ statistisch signifikante Unterschiede berichten. Die Ergebnisse verbessern sich erheblich, wenn man die Differenzen zwischen 2005 und 2007 betrachtet: Bei den Schüler/innen verdoppeln sich die Effekt in etwa, während bei Eltern und Lehrkräften in vielen Dimensionen eine verzögerte Wirkung konstatiert werden kann. Übereinstimmend sind in allen drei Stichproben Veränderungen auf den Dimensionen „Lernen und Lehren“, „Führung und Management“ sowie „Gesundheit“ zu verzeichnen. Auffällig ist, dass es keine signifikanten Unterschiede im Bereich „Schulklima und Schulkultur“ festgestellt werden konnten.

Die Inspektion der Veränderungen auf der Ebene der Einzelschulen zeigt, dass es sowohl massive positive als auch massiv negative Bewertungen gibt. Werden die Ergebnisse der Schulen verglichen, so zeigt sich, dass 3 Schulen (Schüler/innen, Lehrkräfte) bzw. 5 Schulen (Eltern) grundsätzlich negative Veränderungswerte aufweisen. Eine Kontrolle der Daten zeigte zudem, dass die Werte der drei Schulen nicht zu den Top-Schulen auf der Basis der Ausgangswerte gehören.

Die diskriminante Validität der Differenzen ist unterschiedlich in den drei Stichproben: Während die durchschnittliche Korrelation der Differenzen in der Stichprobe der Eltern mit 0,76 sehr hoch ausfällt und somit ein eindimensionales Bewertungsverhalten indiziert, zeigen die Ergebnisse bei Schüler/innen (durchschn. $r = 0,64$) und Lehrkräfte (durchschn. $r = 0,41$) differenziertere Veränderungswerte. Allerdings sind auch hier Korrelationen von über 0,80 zu beobachten: Bei Schüler/innen und Lehrkräften korrelieren die Veränderungswerte von „Führung und Management“ sowie „Schulklima und Schulkultur“ in dieser Höhe. Bei den Schüler/innen hängt auch noch die Veränderung der Beurteilung der „Gesundheit“ mit diesen beiden Dimensionen zusammen.

Veränderungen in den SEIS-Kriterien

Die folgende Tabelle (s. Tab. 4) zeigt die Veränderungen in den Kriterien der Dimensionen „Bildungs- und Erziehungsauftrag“ und „Lernen und Lehren“.

Dimension: Bildungs- und Erziehungsauftrag	2006 gegen 2005			2007 gegen 2005		
	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Fach- und Sachkompetenz			0,3745			0,5809
Sozialkompetenz	0,4543			0,5645		0,5098
Lern- und Methodenkompetenz	0,3324			0,6185		
Selbstkompetenz und Fähigk. zu kreativem Denken	0,6742	0,5134		0,7511	0,5179	0,7552
Praktische Kompetenz	0,9149	0,6041		1,4028	1,3384	
Dimension: Lernen und Lehren	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Lern- und Lehrstrategien (Methoden)	0,3232	0,4516		0,6386	0,2184	0,4589
Ausgewogener Unterricht	0,4588	0,3897		0,7022	1,2154	
Bewertung von Schülerleistungen	0,5689	0,6679	0,3131	0,6810	0,6652	1,3535

Tab. 4: Effektstärken der signifikanten Veränderungen in Kriterien in den Bereichen „Bildungs- und Erziehungsauftrag“ sowie „Lernen und Lehren“ in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

Besonders massive Effekte zeigen sich in den Kriterien „Selbstkompetenz und Fähigkeit zu kreativem Denken“ und „Praktische Kompetenz“ sowie im Kriterium „Bewertung von Schülerleistungen“. Diese Veränderungen werden sowohl im Schülerurteil als auch im Urteil der Lehrkräfte mit großen Effektstärken reflektiert. Aber auch der Zuwachs in den Kriterien „Lehr- und Lernstrategien“ sowie „ausgewogener Unterricht“ ist substantiell und wird von Schüler/innen und Lehrkräften, wenngleich mit geringere Effektstärke, als positive Veränderung berichtet.

Die unten stehende Tabelle (s. Tab. 5) zeigt die Veränderungen in den Kriterien der Dimensionen „Führung und Management“ und „Schulklima und Schulkultur“, wobei zwei Kriterien zum Schulklima wegen der Nähe zum Bereich „Gesundheit“ im nächsten Teilkapitel berichtet werden.

Dimension: Führung und Management	2006 gegen 2005			2007 gegen 2005		
	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Leitbild und Entwicklungsvorstellungen	0,2917	0,3685	0,3100			0,8361
Entscheidungsfindung						0,6727
Kommunikation durch die Schulleitung	0,3002			0,4996		0,5733
Kommunikation (Wirkung)			0,4356	0,5687		0,8581
Operatives Management						
Motivation und Unterstützung						
Planung, Implementierung und Evaluation	0,3346	0,4634			0,5800	
Dimension: Schulklima und Schulkultur	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Schulklima						0,7481
Beziehungen innerhalb der Schule						
Beziehungen der Schule nach außen		0,3011				1,4456

Tab. 5: Effektstärken der signifikanten Veränderungen in Kriterien in den Bereichen „Führung und Management“ sowie „Schulklima und Schulkultur“ in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

Die Arbeit am „Leitbild und Entwicklungsvorstellungen“ werden von allen Beteiligten zum ersten Vergleichszeitpunkt wahrgenommen. Die – unbestreitbar vorhandenen – Aktivitäten im Bereich „Planung, Implementierung und Evaluation“ werden von den Lehrkräften wahrgenommen und als positiv verändert berichtet. Den Eltern fällt die positive Entwicklung der Kommunikation mit der Schule auf. Die Kriterien im Bereich „Schulklima und Schulkultur“ zeigen wenig Dynamik: Immerhin fällt auf, dass der Indikator „Beziehungen der Schule nach außen“ zum dritten Messzeitpunkt bei den Eltern sehr stark präsent ist.

Veränderungen im Bereich Gesundheit

In der folgenden Tabelle (s. Tab. 6) sind die Unterschiede auf den Kriterien im Bereich „Gesundheit“ dargestellt. Es werden hier zusätzlich die Kriterien „Förderung positiven Verhaltens“ und „Unterstützungssystem für Schüler/innen“ aus der Dimension „Schulklima und Schulkultur“ dargestellt.

Dimension: Schulklima und Schulkultur	2006 gegen 2005			2007 gegen 2005		
	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Förderung positiven Verhaltens			0,4689	0,5703	0,5518	0,5582
Unterstützungssystem für Schüler/innen	0,4465					
Dimension: Gesundheit	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern	Schüler/innen	Lehrkräfte	Eltern
Gesundheitswissen	0,6679			0,8078		0,6010
Wirkung auf Schülerverhalten	0,4549			1,1407		0,6099
Interesse Schüler	0,7050			0,7384		0,6863
Selbstwert der Schüler/innen	0,7050		0,3021	0,5271		
Ernährung	0,2847		0,3120			1,0766
Bewegung		0,2927		1,0199	0,5869	
Umwelt	0,2636	0,5156		0,7898	0,9559	
Lärm						
Sicherheit und Unfälle	0,2782					
Unterstützungssystem Gesundheit	0,4068			1,2084		

Tab. 6: Effektstärken der signifikanten Veränderungen in Kriterien im Bereich „Gesundheit“ in den Stichproben „Schüler/innen“, „Lehrkräfte“ und „Eltern“

In der Stichprobe der Schüler/innen gibt es eine Vielzahl von signifikanten Ergebnissen im Bereich Gesundheit, die sich im Verlaufe der Messzeitpunkt noch erheblich vergrößern. In 2007 zeigen sich konsistent verbesserte Werte im Bereich „Förderung des positiven Verhaltens“. Des Weiteren sind jedoch lediglich differentielle Effekte zu berichten: Verbesserungen im Unterstützungssystem im Gesundheitsbereich sind im Schülerurteil substantiell. Die Umgestaltung der Umwelt (vor allem Schulhofumgestaltung) und die Bewegungsförderung werden von den Lehrkräften als positiv verändert erlebt. Für die Schüler/innen ist die Bewegungsförderung erst im Jahr 2007 ein Thema. Im Bereich „Ernährung“ gibt es einen massiven Effekt bei den Eltern, während dieser Aspekt in den beiden anderen Untersuchungsstichproben keine große Relevanz zu haben scheint. Die Aspekte „Lärm“ und „Sicherheit“ zeigen keinerlei Veränderungen.

(4) Diskussion

Das Programm der guten gesunden Schule bietet den teilnehmenden Schulen einen Zugang zur Verbesserung der Qualität ihrer Schule durch Gesundheitsinterventionen. Das Konzept und der im Programm Anschub.de gewählte Ansatz zur Umsetzung der guten gesunden Schule hat Wirkung gezeigt. Die Vielzahl der durchgeführten Maßnahmen zeigt an, dass die Schulen mit dem Programm arbeiten und es in ihren Schulalltag integrieren können. Deutlich wird, dass die Schülerinnen und Schüler am schnellsten auf die Einführung in ihren Schulen reagierten und positive Veränderungen auf nahezu allen Qualitätsdimensionen ihrer Schule wahrgenommen haben. Diese Effekte haben sich gegenüber einem Vergleich der Messzeitpunkte im 3-Jahresabstand noch verstärkt. Dies ist ein sehr wichtiges Ergebnis, denn die Schülerinnen und Schüler bilden letztlich die Zielgruppe in der Schule für die die gute gesunde Schule gedacht ist. In der Wahrnehmung der Lehrkräfte wird Anschub.de spürbar im Unterricht. Anschub.de wirkt damit initial dort, wo gute gesunde Schule auch sichtbar werden soll, in der Lehr-Lern-Situation. Beide, Lehrkräfte und Schüler erfahren hier eine positive Veränderung. Dies kann wichtig werden für weitere Veränderungsprozesse, die sich hier gegenseitig verstärken und stabilisieren können. Erst im größeren Wirkungszeitraum bis zum Jahr 2007 werden für Lehrkräfte auch andere Wirkungen von Anschub.de spürbar. Dies kann damit zusammenhängen, dass Veränderungen im Bereich von „Führung und Management“ im Vergleich zum „Lernen und Lehren“ erst einen zeitlichen Vorlauf brauchen, bis sie auch im alltäglichen Arbeitszusammenhängen wahrgenommen werden. Für die Eltern gilt ähnliches. Auch sie konstatieren erst nach längerer Programmzeit der ganze Umfang der Wirkung von Anschub.de, weil sie oft nur punktuell in die Veränderungsprozesse eingebunden worden sind und ihre Wahrnehmung von Schule ja auch nur vermittelt erfolgt

Die Differenziertheit der z.T. massiven Veränderungen, wie sie von Schülerinnen, Schülern, Lehrkräften und von Eltern im 3-Jahresvergleich wahrgenommen wird, spiegelt ihre differenzierte Sichtweise von Schule wieder. Hier sind dann auch spezifische Effekte feststellbar, die in einer allgemeineren Betrachtung auf Ebene der Dimensionen noch nicht erkennbar sind. Hierin wird das Besondere des Ansatzes von Anschub.de deutlich: Das Programm geht von den Bedürfnissen und Bedarfen der Schule aus und überlässt es ihnen, welche Themen sie aufgreifen und wie sie vorgehen wollen. Sie bietet nur Unterstützung bzw. Beratung an. Hier werden Prinzipien der Gesundheitsförderung (Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment) wirksam umgesetzt. Da die Schulen aber im SEIS - Verfahren über alle Quali-

tätsdimensionen der guten gesunden Schule sich vergewissern, sind auf der Aggregierungsebene der Zielgruppen zunächst nur geringe bis mäßige allgemeine Effekte nachzuweisen. Dass nicht alle Schulen im gleichen Maße bzw. in gleicher Richtung sich verändern, zeigt die Analyse der Einzelschulen. Schulen mit geringen Ausgangswerten in den Qualitätsdimensionen brauchen offensichtlich eine besondere Form der Unterstützung. Sie können sonst die Gesundheitsinterventionen nicht Ziel führend ein- und umsetzen und fallen gegenüber den anderen Schulen mehr als zurück. Die Veränderung in den Schwerpunkten der Gesundheitsinterventionen in den Schulen hin zum „Schulklima und Schulkultur“ verdeutlicht die Dynamik der Entwicklung der guten gesunden Schulen. Sie haben erkannt, was die Evaluation jetzt auch rückgemeldet hat, dass in diesem Qualitätsbereich auf der Perspektive der drei Zielgruppen sich keine bedeutsamen Veränderungen ergeben haben. Deutlich wird hier auch: Nicht nur eine Interventionsform in einem Sektor der Schule wird die gewünschte Veränderung bringen, wichtig ist die Gesamtschau der Schulentwicklung. Sie kann den Blick nach der ersten Phase der „Investition“ in den Aufbau und die Stabilisierung von „Führung und Management“ der Schule lenken auf die Kommunikations- und Beziehungskultur der Schule als nächstem Schritt. Auf der Grundlage der SEIS - Daten bieten sich immer wieder neue Ansatzpunkte an, gute gesunde Schule zu entwickeln und damit die Zukunft der Schule zu gestalten.

Veränderungen, die sich im System Schule vollziehen und das System in seinen vielfältigen Qualitäten verbessern wollen, brauchen allerdings Zeit und die notwendigen Ressourcen, um nachhaltige Schulentwicklung zu ermöglichen. Drei Jahre, so scheint es, brauchen Schulen, um das Programm in seiner ganzen Breite in ihren Schulen umzusetzen, so dass es von allen, von Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern als positive Bereicherung in wichtigen Bereichen der Bildungsqualität ihrer Schule wahrgenommen werden kann.

(6) Literatur

- Bailey, R. (2006). Physical education and sport in schools: A review of benefits and outcomes. *Journal of School Health*, 76: 397-401
- Barkholz U., Gabriel, R., Jahn, H. & Paulus P. (2001). *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*. Norderstedt: Libri, 2001.
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1998). *Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Bertelsmann Stiftung & Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) (2000) *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Bockhorst, R. (2005). *Schulen in Bewegung. Gesundheit als Motor für Schulentwicklung*. *Forum Bildungsqualität*, Heft 2, 24-25
- Brägger, G., Paulus, P. & Posse, N. (2005). *Definition der guten gesunden Schule*. www.anschub.de
- Brägger, G. & Posse, N. (2007). *Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES)*. Bd. 1 + 2, Bern: hep Verlag
- Denman, S.; Moon, A.; Parsons, C. & Stears, D. (2001). *The Health Promoting School. Policy, research and practice*. London: Routledge
- Forum Schule (2006): *Die Perspektive wechseln. Die gute gesunde Schule*. (Themenheft), Heft 16
- Hascher, T. (Hrsg.) (2004). *Schule positive erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Ben: Huber
- Hundeloh, H. & Hess, B. (2001). *Sicherheitsförderung – ein Baustein der Gesundheitsförderung in der Schule*. GUV-SI 8028. München: Bundesverband der Unfallkassen
- Hundeloh, H.; Schnabel, G. & Yurdatap, N. (Red.) (2004). *Kongress Gute und gesunde Schule. Dokumentation*. Münster: Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe
- Hurrelmann, K. (2004). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim. Juventa
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa
- 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: Bertelsmann
- Kultusministerkonferenz (1992). *Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bericht der Kultusministerkonferenz vom 5. - 6. November 1992*. Bonn: Kultusministerkonferenz
- Macbeath, J. & Mortimore, P. (Eds.) (2001). *Improving school effectiveness (2nd Ed.)*. Buckingham: Open University Press.

- Murray, B., Low, B.J., Hollis, Ch., Cross, A.W. & Davis, S.M. (2007). Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. *Journal of School Health*, 77: 589-600
- 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. (2007a). *Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen*. Gütersloh/Wuppertal: Bertelsmann/Barmer Ersatzkasse
- Paulus, P. (2007b). Schulische Gesundheitsförderung – auf dem Weg zur guten gesunden Schule. In Röhrle, B. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung. Band III. Kinder und Jugendliche* (S. 323-345). Tübingen: dgvt-Verlag
- Paulus, P. (2008). Aktuelle Konzepte schulischer Gesundheitsförderung . Eine neue Perspektive durch Anschub.de – ein Programm für die „gute gesunde Schule“ . *Moderne Ernährung heute*, Heft 2, 1-8
- Paulus, P.; Gröschell, M. & Bockhorst, R. (2002). Anschub.de – Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung. *Prävention*, 25(3), 75-77
- Paulus, P. & Michaelsen-Gärtner, B. (2008). Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Gesundheitsqualität im Rahmen der Schulqualität. Handreichung mit Indikatorenlisten und Toolbox. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit
- Paulus, P. & Zurhorst, G. (2001). Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Schule und soziale Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen*, 63 Sonderheft, S52-S55
- Pekrun, R., & Schiefele, U. (1996). Emotions- und motivationspsychologische Bedingungen der Lernleistung. In Weinert, F.E. (Hrsg.). *Psychologie des Lernens und der Instruktion. Enzyklopädie der Psychologie, Serie Pädagogische Psychologie, Bd. 2* (S. 153-180). Göttingen: Hogrefe
- Prenzel, M. & Allolio-Nacke, L. (Hrsg.) (2006). *Untersuchungen von Bildungsqualität von Schule*. Münster: Waxmann
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: RKI
- Rolff, H.G. (2007). *Studien zu einer Theorie der Schulentwicklung*. Weinheim: Beltz
- Rustemeyer, R. (2007). *Einführung in die Unterrichtspsychologie* (2. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Scheerens, J. (2000). Improving school effectiveness. In: UNESCO (Ed.): *Fundamentals of educational planning*. Paris: UNESCO
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Seydel, O. (2005). Was ist eine gute Schule? Zur Diskussion über Evaluationskriterien und Evaluationsverfahren. *Die Deutsche Schule*, 97, 285-293.

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

St. Leger, L. & Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health* 70, 45–50

Stern, C. Ebel, Ch., Vaccaro, E. & Vorndran, O. (Hrsg.) (2006). *Bessere Qualität in allen Schulen Praxisleitfaden zur Einführung des Selbstevaluationsinstruments SEIS in Schulen*. Gütersloh: Bertelsmann-Verlag

World Health Organization (1992). *Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. In Paulus, P. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 17-22). Köln: GwG-Verlag

Weltgesundheitsorganisation (1997a). *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen*. Kopenhagen: WHO

World Health Organization (Ed.) (1997b). *The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Conference report*. WHO: Copenhagen

Kontakt:

Prof. Dr. Peter Paulus
Institut für Psychologie & Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Leuphana Universität Lüneburg
Scharnhorststr. 1
21335 Lüneburg
Tel. + Fax. 04131-677-1702
E-Mail: paulus@uni.leuphana.de