



Gesundheitsförderung in Schulen

Andrea Kaupert & Maximilian Rieländer

Veröffentlicht in:

**„Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld“
herausgegeben von Maximilian Rieländer, Lutz Hertel und Andrea Kaupert,
im Deutschen Psychologen Verlag, Bonn 1995**

Gliederung

1. Ausgangslage
2. Das WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Schule“
3. Die Untersuchung „Gesundheit und Schule“
4. Bildungspolitische Folgerungen
5. Berufspolitische Folgerungen

1. Ausgangslage

Allgemein bessere Lebensbedingungen und die Fortschritte in der Medizin haben zu einem veränderten Krankheitsspektrum geführt. Während Infektionskrankheiten rückläufig sind, wächst der Anteil von chronischen Erkrankungen, psychosomatischen Krankheiten, psychischen Symptomatiken; die sogenannten Zivilisationserkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Rückenleiden etc.), die als Resultate ungesunder Lebensweisen gelten, nehmen zu. Bei Kindern und Jugendlichen steigt der Anteil chronischer Erkrankungen (wie z.B. Asthma, Neurodermitis) deutlich, auch psychische Störungen und psychosomatische Beeinträchtigungen nehmen bei ihnen zu, trotz eines technologisch hoch entwickelten medizinischen Gesundheitswesens (vgl. Hurrelmann 1992, S. 5).

Die bisherigen Programme und Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention haben nicht die gewünschten Erfolge gezeigt. Die Frage besteht weiter: Mit welchen Maßnahmen lassen sich für die gesamte Bevölkerung zukünftig gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten im Sinne der WHO (vgl. die Beiträge zur WHO hier im Buch) möglichst effektiv fördern?

Wichtige europäische und nationale politische Organisationen haben erkannt: Projekte zur Gesundheitsförderung in der Schule haben eine besondere Priorität in einer zukunftsorientierten und möglichst breit angelegten Strategie zur Gesundheitsförderung.

2. Das WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Schule“

Als das WHO-Regionalbüro für Europa vor der Frage stand, welche Maßnahmen in Osteuropa nach den politischen Umwälzungen effektiv zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beitragen können, entwarf es die Idee eines europäischen Projektes „Gesundheitsfördernde Schule“. Es hat dann zusammen mit der Europäischen Union und dem Europarat 1992 das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ gegründet. Inzwischen gehören dem europäischen Netzwerk etwa 30 Länder an, die nationale Schulnetzwerke aufgebaut haben.

Die Bundesrepublik Deutschland beteiligt sich mit einem Modellversuch der Bund-Länderkommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) an dem europäischen Netzwerk. Durch diesen Modellversuch finanziell unterstützt, ist 1993 das nationale „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“ durch einen Zusammenschluß von 26 Schulen aus 13 Bundesländern entstanden. Unterstützt wird das Netzwerk im Rahmen des Modellversuches aus den Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, der Kultusministerien der beteiligten Länder und der Europäischen Kommission. Die Kooperationspartner des Netzwerkes sind die Barmer Ersatzkasse und der Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand; diese Kooperationspartner wollen dafür sorgen, daß der bis 1997 geplante Modellversuch anschließend ein Dauerprojekt wird.

Die Ziele dieses Netzwerkes sind:

- Gestaltung der Schule als Erfahrungs- und Lebensraum mit praktischen Angeboten zu gesunder Lebensführung,
- Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses, das körperliche, seelische und soziale Gesundheitsfaktoren im Zusammenhang sieht,
- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen,
- Förderung eines positiven Lernklimas in den Klassen und eines guten Arbeitsklimas im Kollegium,
- Berücksichtigung des Alltags, indem sich die Schule den Problemsituationen der Lebenswelt von Schülerinnen und Schülern öffnet,
- Stärkung der Gemeinschaft in der Schule, Förderung der Elternmitarbeit, Einbindung von Personengruppen und Institutionen aus der Umgebung der Schule.

3. Die Untersuchung „Gesundheit und Schule“ des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft

Das (frühere) Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft beauftragte die Geschäftsführung der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Schulen zu entwickeln. Daraus entstand unter der Projektleitung von Frau Ursel Brößkamp, Magister Public Health (MPH), der wissenschaftliche Untersuchungsbericht „Gesundheit und Schule“ (1994) als der erste von politischer Seite initiierte Bericht zur schulischen Gesundheitsförderung. Er geht vom Gesundheitsverständnis der WHO und vom umfassenden Gesundheitsförderungskonzept der Ottawa-Charta aus. Er erläutert ausführlich die Bedingungs- und Strukturelemente von Gesundheit im Gesamtkontext von Schule – das ist die Schule mit ihren Schülern und Lehrern sowie die Umwelt der Schule mit den von der Schule betroffenen Familien, mit der Gemeinde und der Schulaufsicht – und leitet daraus Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in der Schule ab.

In der Untersuchung wurde eine schriftliche und mündliche Erhebung bei 43 Experten aus verschiedenen Fachrichtungen der Gesundheitswissenschaften (z.B. Diplom-Psychologen, Mediziner, Soziologen, etc.) und Praxisbereichen (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, schulische Modellversuche etc.)

mit drei Fragekomplexen durchgeführt: Erstens wurde nach Bedingungen gefragt, die die Gesundheit fördern, erhalten oder auch beeinträchtigen können, zweitens nach entsprechenden Bedingungen und wichtigen Zielen im Bereich des Schulwesens und drittens nach Klärungen zu einem multidimensionalen 'ganzheitlichen' Gesundheits- und Krankheitsverständnis. Bei der Auswertung der Antworten wurden dann nur die Aussagen berücksichtigt, die von einer überwiegenden Mehrheit der Experten akzeptiert wurde. Aufgrund dieser Untersuchungsmethodik bietet der Bericht einen repräsentativen Überblick zum aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsstand.

Nachfolgend werden zunächst zentrale allgemeine Bedingungen von Gesundheit sowie schulspezifische Bedingungen von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen dargestellt: individuelle, familiäre, soziale und institutionelle Bedingungen. Weiterhin werden die abgeleiteten Empfehlungen zur Realisierung eines Konzeptes der Gesundheitsförderung der Schulen erörtert.

3.1 Bedingungen für Gesundheit

Individuelle Bedingungen

Für eine einzelne Person haben vor allem ihre individuellen Einstellungen zu sich selbst und seiner Umwelt starke Einflüsse auf die Gesundheit. Insbesondere begünstigen folgende Aspekte persönlicher Einstellungen und persönlichen Erlebens ein gesundheitsförderndes Handeln:

- **Selbstsicherheit und Selbstvertrauen:** das Vertrauen, genügende Handlungsfähigkeiten zu besitzen, um „wichtige Ereignisse im Leben selbst beeinflussen und die Umwelt gestalten zu können“ („internale Kontrollüberzeugung“) (S. 8), um Probleme lösen zu können sowie um äußere und innere Belastungen, auch gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen zu können; dieses Vertrauen ist durch die Einstellung „Ich schaffe das schon“ gekennzeichnet und mit einer zukunftsbezogenen Zuversicht gepaart;
- **Selbstwertgefühl:** eine hohe Wertschätzung der eigenen Person mit der Akzeptanz eigener Stärken und Schwächen;
- **interpersonales Vertrauen und entsprechende soziale Kompetenzen** wie z.B. Selbstbehauptungs-, Liebes-, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit;
- **ein stabiles Selbstsystem** mit einer weitreichenden emotionalen Stabilität, mit der Fähigkeit, sich bewußt wohlfühlen zu können, sowie mit dem Streben nach Reifung und Entfaltung eigener Anlagen („Selbstaktualisierung“);
- **die Fähigkeit zu differenzierter Selbst- und Körperwahrnehmung** mit einem weitreichenden Körperbewußtsein, um „positive Körpergefühle als Beitrag zum Wohlbefinden zu erleben und körperliche Veränderungen wie Befindlichkeitsstörungen oder erste Krankheitssymptome wahrzunehmen“ (S. 13);
- **das Erleben einer harmonischen Lebensführung** mit „einem angemessenen Wechsel von Bewegung und Ruhe, von sozialer Aktivität und persönlichem Rückzug“ (S. 8);
- **die Anerkennung von Gesundheit als ein persönlicher Wert;**
- **eine Sinn-Orientierung:** „persönliche Ziele setzen und verfolgen“ sowie „sich einer Sache verpflichten und engagiert handeln können“ (S. 8). „Die Bereitschaft von Menschen zur Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit kann nur gelingen, wenn ein Mensch davon überzeugt ist, daß das Leben Sinn hat.“ (S. 8)

Die direkte Bedeutung dieser individuellen Merkmale für das Gesundheitsverhalten wird damit erstmalig wissenschaftlich erkannt. Die wissenschaftliche Erforschung der speziellen Wirkung der genannten Bedingungen auf die Gesundheit steht jedoch noch am Anfang.

Neben den Komponenten auf der Einstellungs- und Erlebensebene wird die Gesundheit eines Individuums natürlich entscheidend durch sein Gesundheitswissen und sein daraus abgeleitetes gezieltes Gesundheitshandeln bestimmt.

Gesundheitswissen „bedeutet die umfassende Kenntnis der natürlichen physiologischen und psychosomatischen Prozesse und Rhythmen“, auch in den Wechselwirkungen mit sozialen und ökologischen Einflüssen, sowie „der Möglichkeiten ihrer positiven Beeinflussung und potentiellen Gefährdung“ (S. 21). „Ein mehrdimensionales und dynamisches Gesundheitsverständnis erhöht bei einer grundsätzlich positiven Einstellung zur Gesundheit die Aufnahmebereitschaft für weitere gesundheitliche Informationen“ (S. 21).

Als gesundheitsbezogene Verhaltensweisen werden aufgezählt: Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Entspannungs- und Streßbewältigungsmethoden, aktiver und problemzentrierter Umgang mit streßreichen Konfliktsituationen, Hygieneverhalten, sicherheitsbewußtes Verhalten am Lern- und Arbeitsplatz und im Verkehr, Abwesenheit von Mißbrauch und Sucht in bezug auf gesundheitsschädigende Substanzen (Rauchen, Alkohol u.a.), Umgang mit Unsicherheiten und Belastungen in allen Lebensbereichen, Nutzung präventiver Angebote (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsberatungen), Selbsthilfe und Selbstbehandlung geringfügiger Erkrankungen, Mobilisierung sozialer Unterstützung im Familien- und Freundeskreis und im professionellen System und schließlich auch unterstützendes und helfendes Verhalten gegenüber anderen Menschen.

Beim Individuum führt Gesundheitswissen nicht automatisch zu gezieltem Gesundheitshandeln, sondern nur unter folgenden Bedingungen: Das Individuum muß „die Absicht entwickelt haben, in bestimmter Weise gesundheitsförderlich zu handeln“ (S. 26), d.h. es muß sich bewußt auf der Ebene des Willens und des Vorsatzes für ein Ziel im Bereich des Gesundheitshandelns entschieden haben; weiterhin muß es „sich kompetent genug fühlen, das beabsichtigte Verhalten in seinen konkreten Lebenssituationen, in seinem Alltag durchzuführen“ (S. 26). Vorsatz und Wille zu einem konkreten Gesundheitshandeln werden verstärkt und erleichtert, wenn dieses zu direkten wahrnehmbaren positiven Wirkungen führt und wenn die Wirkungen in der subjektiven Interpretation den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben werden.

Familiäre Bedingungen

„Der familiären Situation kommt eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit und gesundheitsbewußtem Lebensstil von Kindern zu.“ (S. 43)

Im familiären Kontext gibt es gesundheitsfördernde wie gesundheitsmindernde Einflüsse.

Gesundheitsfördernde Einflüsse sind:

- gute Eltern-Kind-Beziehungen: d.h. das Vorhandensein von sicheren Bezugspersonen, ein positives Eltern-Kind-Verhältnis, verlässliche Beziehungen zu beiden Elternteilen,
- konstante Betreuung,
- Zufriedenheit der Mutter,
- gemeinsame und klare Werte bzw. Normen, Lebensperspektiven und Strukturen,
- geordnete Familienstruktur,
- guter sozioökonomischer Status der Familie.

Gesundheitsmindernde Einflüsse sind:

- übermäßiger Medienkonsum (Fernsehen u.a.), der aus folgenden Bedingungen stammen kann: ein wenig anregendes Familienmilieu, mechanische und autoritäre Erziehungsmuster, mangelnde elterliche Zuwendung zu situations- und entwicklungsbedingten Bedürfnissen der Kinder, beruflich bedingte elterliche Zeitnot und anderweitig verursachte Betreuungsprobleme,

- veränderte Familienstruktur: Scheidung und Trennung der Eltern, Eintreten von Stiefvater/Stiefmutter in den Haushalt, soziale Benachteiligung von Al-leinerziehenden und Familien mit vielen Kindern, Abwesenheit des Vaters,
- angespannte Arbeitsmarktsituation für Eltern und Jugendliche,
- mangelnde Fähigkeit der Eltern, ein qualifiziertes Gesundheitswissen an ihre Kinder zu vermitteln.

Das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen wird entscheidend durch das Gesundheitsverhalten der Eltern aufgrund des Modellcharakters beeinflusst, und zwar sowohl in gesundheitsförderlicher wie auch in gesundheitsmindernder Richtung.

Soziale Bedingungen

Das Individuum erlebt Gesundheit immer im sozialen Kontext, und der soziale Kontext beeinflusst die Gesundheit eines Individuums in entscheidendem Ausmaß. Maßgebliche soziale Bedingungen für die individuelle Gesundheit sind: das soziale Klima, die soziale Integration und die soziale Unterstützung.

Ein gesundheitsförderliches soziales Klima (vgl. S. 17 f.)

- „befriedigt elementare menschliche Bedürfnisse nach Sozialkontakten, nach Selbstreflexion, nach persönlicher Unabhängigkeit und nach Umsorgung und Pflege“,
- „gewährleistet soziale Anerkennung und Zuwendung“,
- „bietet zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen mit hoher Qualität der Beziehungsinhalte, wie sie Vertrauenspersonen anbieten“,
- „fördert Selbstkompetenz und Autonomie dadurch, daß Menschen Raum für eigene Entscheidungen und Selbsttätigkeit gegeben wird“,
- „bietet Erfahrungsräume für Initiative, Kreativität und Selbstverantwortung, für Gruppenerlebnisse und solidarische Konfliktlösungen“,
- „ermöglicht, Gefühle ansprechen und leben zu können“,
- gibt Menschen Chancen zur Umorientierung und Neuentscheidung.

„Soziale Integration“ ist „die Einbettung eines Menschen in ein soziales Netzwerk“ (S. 15) und ist durch quantitative und strukturelle Aspekte von Sozialbeziehungen bestimmt, z.B. durch die Anzahl der Freunde, die Häufigkeit der sozialen Kontakte und die Dichte des sozialen Netzwerkes. Soziale Integration kann positive und negative Interaktionen, soziale Harmonie und Konflikte bewirken; sie kann gesundheitsfördernde und gesundheitsmindernde Bedingungen enthalten, gesundheitsmindernde Wirkungen z.B. durch einen Gruppendruck in Richtung auf gesundheitsminderndes suchtförderndes Verhalten (z.B. Gruppendruck in bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum). Soziale Desintegration und das subjektive Gefühl von Einsamkeit sind bei Kindern und Jugendlichen jedoch bedeutsame Risikofaktoren in bezug auf die Gesundheit.

„Soziale Unterstützung“ meint die Qualität und funktionalen Aspekte von Sozialbeziehungen. „Sozial unterstützend sind Interaktionen zwischen Menschen, durch die Problemzustände oder Leid eines Menschen verändert werden oder durch die zumindest das Ertragen dieser Belastungen erleichtert wird, wenn sich objektiv nichts ändern läßt.“ (S. 16)

Im sozialen Kontext der Schule wird die Motivation von Schülern zu gesundheitsförderndem Verhalten stark durch die Lehrpersonen und das Lehrerkollegium sowie durch das Klima der gesamten Schule, vermutlich auch durch seine Nähe/Distanz zu einer „Gesundheitsphilosophie“.

Institutionelle Bedingungen

Für die Institution Schule sind als gesundheitsfördernde Bedingungen wichtig: ein gesundheitsförderliches Schulklima mit entsprechender Unterrichtsgestaltung und unterstützenden strukturellen Aspekten der Schulgestaltung. Die Entwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen sollte von den schulspezifischen Bedingungen sowie den Bedürfnissen der Lernenden und Lehrenden ausgehen; jede Schule sollte ihr eigenes gesundheitsförderliches Profil entwickeln.

Ein gesundheitsförderliches Schulklima ist gekennzeichnet durch „eine inner- wie außerunterrichtliche Praxis, in der die Beteiligten entsprechend ihres Gesundheitswissens und ihrer Überzeugungen gesundheitsförderlich handeln“ und „innerunterrichtliche Gesundheitserziehung und -bildung sowie Schulgestaltung bzw. Schulleben zusammenwirken (Synergieeffekt)“ (S. 30). Die Basis für ein gesundheitsförderliches Schulklima ist die Bereitschaft der Lehrerschaft, des sonstigen Schulpersonals und der Eltern, ein umfassendes Gesundheitsverständnis zu entwickeln, und diese Bereitschaft durch ein „konsequentes gesundheitsförderliches Vorbildverhalten im Umgang mit Schülerinnen und Schülern“ (S. 31) zu verwirklichen.

Gesundheitsfördernde strukturelle Bedingungen der Institution Schule sind:

- im baulichen und materiellen Bereich: ergonomisch gut ausgestattete Lern- und Arbeitsplätze, die Verfügbarkeit von Ruhe- und Bewegungsräumen; auch andere Studien belegen den Zusammenhang zwischen schlechten Wohnverhältnissen und Gesundheitszustand (vgl. Kellet 1989, S. 255 - 268);
- Versorgungsangebote im Bereich gesunder Ernährung (z.B. Klassenfrühstück, Schulmittagessen, Kioskangebot),
- „ein vielseitiges Bewegungsangebot“ (S. 37),
- „Angebote zu Körpererfahrung, Sinnesschulung bewußter Entspannung und Meditation“ (S. 37),
- „ein niederschwelliges, breit gefächertes institutionalisiertes Angebot an Einzel- wie Gruppenberatung, das insbesondere für Schülerinnen und Schüler im Schulalltag erreichbar ist“ (S. 37),
- „arbeitsphysiologisch angemessene Stundenplangestaltungen und Rhythmisierungen des gesamten Schulalltages“ (S. 37),
- professionelle Möglichkeiten der Einzel- oder Gruppenförderung z.B. für leistungsschwächere und gesundheitlich vorbelastete Kinder und Jugendliche,
- angemessene Schul- und Klassengröße,
- das Vorhandensein bestimmter "Funktionsräume": Erholungsbereiche (z.B. freie Spielflächen, Ruheräume), Individualbereiche (z.B. Sitzcken, Einzelarbeitsplätze), Zerstreungsbereiche (z.B. offene Räume zum Spielen), Begegnungsbereiche (z.B. Schülerkaffee, Infothek), Sozialerfahrungsbereiche (Räume für Beratungen und Kleingruppenarbeit), Orientierungsbereiche (Räume für kreative Gestaltung, kulturelle Schulaktivitäten, produktive Betätigungen), Aktionsbereiche (z.B. Räume für Elterngruppen und Schülermitverwaltung, Mehrzweckräume);
- „die Anwendung von Methoden der Organisationsentwicklung im schulischen Kontext“ zur Unterstützung von Schulleitung, Lehrerschaft und Elternschaft, „gemeinsam schulspezifische situationsangemessene Wege der gesundheitsförderlichen Schulgestaltung und der Entwicklung eines Gesamtprogrammes schulischer Gesundheitserziehung und -bildung zu suchen und zu gehen“,
- die aktive Öffnung der Schule in Richtung auf ihre Umwelt, insbesondere zur Gemeinde, zugunsten der Gesundheitserziehung und -bildung und der gesundheitsförderlichen Weiterentwicklung der Schulen,
- „eine Schulgesetzgebung, die der Schulgemeinde (Lehrerschaft, Elternschaft, Schülerschaft) weitreichende Selbstbestimmung und der einzelnen Schule auch finanziell eine weitreichende Autonomie ermöglicht“ (S. 39).

Insgesamt sind das Schulklima und die Qualität der kommunikativen und kooperativen Beziehungen zwischen Schülern und Lehrern wie auch zu den Eltern bedeutsame Gesundheitsfaktoren.

Diese in ihren wesentlichen Akzenten dargestellten Ergebnisse veranschaulichen, wie vielschichtig die auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wirkenden Einflußfaktoren sind. Für eine effiziente Umsetzung einer Gesundheitsförderung in Schulen mit dem Schwerpunktziel der Förderung des Gesundheitsverhaltens sind also in Einklang mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung verschiedene Ebenen der Veränderung einzubeziehen: neben der individuellen Ebene auch gesellschaftliche, politische sowie institutionelle Ebenen.

3.2 Empfehlungen zur Realisierung von Gesundheitsförderung in der Schule

Die vom Bundesministerium herausgegebenen Empfehlungen zur Realisierung schulischer Gesundheitsförderung sind so weitreichend und umfassend, daß mit Recht von einer "neuen" Perspektive in der Gesundheitsförderung gesprochen werden kann. Die Vorschläge beziehen sich im wesentlichen auf drei Ebenen:

- die einzelne Schule als eine gesundheitsförderlich zu gestaltende und weiterzuentwickelnde Institution,
- der Unterricht als Verknüpfung von Gesundheitserziehung/-bildung und gesundheitsförderlicher Gestaltung,
- die Öffnung der Schule zur verstärkten Verbindung mit dem sozialen und kommunalen Umwelt.

Zur Schule als weiterzuentwickelnde Institution

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Schule werden folgendermaßen konkretisiert (vgl. S. 91ff.):

- „die Weiterentwicklung der Schule als Organisation zu einem gesundheitsbezogenen, pädagogischen und sozialen Erfahrungsraum“, der die Entwicklung, Erprobung und Entfaltung von gesundheitsförderlichen Lehrformen, Lernformen und Lebensweisen im schulischen Alltag ermöglicht,
- „Förderung der Autonomie und der Selbstorganisationsfähigkeit der einzelnen Schulen“,
- „Entwicklung eines schulspezifischen pädagogischen gesundheitsbezogenen Gesamtkonzeptes durch die Mitglieder der Schulgemeinde“,
- „eine Gestaltung des gesamten Schullebens als gesundheitsförderliche Lernumwelt“, z.B. durch entsprechende Ernährungsangebote, bewegungsfreundliche Schulhofgestaltung, ganztägige Betreuungsangebote, regelmäßige Bewegungsangebote, vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten,
- Arbeit an der gesundheitsförderlichen Verbesserung des 'Arbeitsplatzes Schule' und der Entwicklung eines sozialen Schulklimas,
- Aufbau von gesundheitlichen Service-Angeboten: zur Beratung - psycho-soziale, medizinische, Gesundheits- und Lebensberatung -, zur Ernährung, Bewegung, Konflikt- und Streßbewältigung und Selbstsicherheitstraining sowie betriebsärztliche und -psychologische Dienste,
- Beteiligung der Schüler an der Gestaltung von Schule und Schulleben (z.B. eigenständige Planung von Klassenfahrten/Wandertagen, Pausenangeboten, Klassenraumgestaltung etc.)
- gesundheits- und umweltverträgliche räumliche Gestaltungen,
- regelmäßige schulspezifische Bestandsaufnahmen zur 'gesundheitlichen Lage' in der Schule,
- regelmäßige Evaluation der Gesundheitsaktivität in der Schule mit außerschulischen Experten.

Zur Gestaltung des Unterrichtes

Zum Unterricht als Verknüpfung von Gesundheitsbildung und gesundheitsförderlicher Gestaltung wird folgendes empfohlen (vgl. S. 95ff.):

- überfachliche Koordinierung aller unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Gesundheitsaktivitäten,
- systematische fächerübergreifende Gesundheitsbildung im Unterricht, z.B. durch zeitlich begrenzte Einführung eines „flexiblen“ Leitfaches wie z.B. Sachunterricht, Sozialwissenschaften, Biologie, Ernährung oder Sport,
- Vermittlung gesundheitsbezogener Kenntnisse zusammen mit der Vermittlung von wichtigen gesundheitsrelevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten für das alltägliche Handeln, insbesondere von sozialen und psychischen Kompetenzen,
- Einladung von praxiserfahrenen Fachleuten in den Unterricht, z.B. Mediziner, Psychologen, Ernährungs- und Sportwissenschaftler, Sozialpädagogen u.a.
- gezielte sinnes- und bewegungsaktive sowie rhythmisierende Unterrichtsgestaltung,
- mehr erfahrungs-, handlungs-, problem- und schülerorientierte Arbeitsformen und fächerübergreifende Unterrichtsformen, z.B. Projektunterricht,
- Einübung von Streß- und Konfliktbewältigungsmethoden,
- Ausweitung der Fort- und Weiterbildungsangebote für die Lehrerschaft zum Themenbereich „Gesundheit und Schule“.

Zur Öffnung der Schule

Eine breitere Öffnung von Schule in Richtung auf das Lebensumfeld der Schülerschaft, insbesondere auf das familiäre Umfeld, und auf die nahen Stadtteile und Gemeinden ist bedeutsam,

- um die Lebenswelten und Lebenssichtweisen der Schülerschaft wirksam aufzunehmen und
- um außerschulische Fachkompetenzen für die Gesundheitserziehung und -bildung zu erschließen.

Im einzelnen werden empfohlen:

- Intensivierung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit von Lehrern und Eltern zu Fragen der Gesundheitsförderung, auch um ein gegenseitiges Lernen von Schulleitung, Lehrer- und Elternschaft zu fördern,
- Aufbau und Pflege eines breiten Kooperationsnetzes zwischen Schulen und lokalen Einrichtungen, die gesundheitsförderliche Schulentwicklung direkt unterstützen,
- systematische Verzahnung und Abstimmen der vorhandenen inner- und außerschulischen gesundheitsrelevanten Aktivitäten in der Gemeinde,
- stärkere Verknüpfung der Arbeit von Experten wie z.B. Schulpsychologen und Schulärzten mit der Schule,
- Suche bzw. Nutzung von Möglichkeiten, zusätzliche materielle und personelle Ressourcen für Gesundheitsförderungsaktivitäten zu gewinnen,
- Verbesserung der Zusammenarbeit von Schule und Einrichtungen der Schulaufsicht im Sinne der Gesundheitsförderung, u.a. Aufbau eines Beratungsangebotes der Schulaufsicht für die Schulen zur professionellen Betreuung in Prozessen der Schulöffnung und Organisationsentwicklung,
- aktive Mitarbeit von Schulvertretern in lokalen einrichtungsübergreifenden Arbeitskreisen wie z.B. „Kindergesundheit in unserer Stadt“.

Weiterhin werden detaillierte Empfehlungen für sogenannte „Schlüsselgruppen“ für die schulbezogene Gesundheitsförderung ausgesprochen, bezogen auf Lehrerschaft, Schulleitung, Schulaufsicht und Bildungspolitik. Sie reichen von Vorschlägen über neue Lehr- und Lernkonzepte, einer koordinierten

Qualifizierung aller Schulbeteiligten bis hin zu einem besonders an die Bildungspolitik gerichteten Ausbau der finanziellen Ressourcen zur Realisierung einer gesundheitsfördernden Schule.

Die Bildungspolitiker werden aufgerufen, in die schulischen Lehrpläne Aspekte der Gesundheitsförderung einzubeziehen sowie das Schulpersonal gezielt auf Inhalte der Gesundheitsförderung auszubilden.

Wichtig ist auch die Empfehlung, weitere Unterstützungssysteme für die einzelnen Schulen zu installieren sowie Schulversuche zur Gesundheitsförderung weiter zu fokussieren.

4. Bildungspolitische Folgerungen

Die Ergebnisse und hieraus abgeleiteten Empfehlungen der von politischer Seite herausgegebenen Untersuchung „Gesundheit und Schule“ können als Meilenstein in der Diskussion um Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Schule gelten. Sie zeigen die dringende Reformbedürftigkeit der Organisationseinheit Schule auf (vgl. Schirp 1993, S. 154 - 176), ohne die ein Ansatz von Gesundheitsförderung im Sinne der WHO kaum möglich ist. Weiterhin bieten sie durch den ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderungsansatz der Institution Schule Orientierungshilfen für eine neue pädagogische Selbstdefinition, deren Verlust vielerorts in sämtlichen Schulformen deutlich wird; dieser Verlust kann auch als eine Ursache für die Kumulation verschiedener im System Schule zusammenlaufender Phänomene gelten: interkulturelle Integration, größere Klassen, individualzentrierte Schüler, Zunahme an Gewaltpotential u.a..

Welche bildungspolitischen Konsequenzen sind aus den Empfehlungen der dargestellten Untersuchung ableitbar?

Wenn auch die Zuständigkeit für Bildungs- und Kultusangelegenheiten bei den einzelnen Bundesländern liegt und daher eine einheitliche Bildungspolitik im Sinne der Gesundheitsförderung kaum zu erwarten ist, so kann doch die Kultusministerkonferenz (KMK) zu Beschlüssen kommen, in denen sich der Rahmen einer Gesundheitsförderungspolitik festschreiben lässt.

1992 veröffentlichte die KMK einen Bericht zur "Situation der Gesundheitserziehung in der Schule". In diesem werden die Funktion und Zielrichtung der Gesundheitserziehung und -förderung beschrieben, besonders auch im Hinblick auf die Entwicklung persönlichkeitsbezogener Kompetenzen, wie z.B. Entwicklung von Selbstwertgefühl, Fähigkeit, Verantwortung für sich zu übernehmen. In bezug auf den Unterricht werden Grundsätze abgeleitet, die im Einklang mit den vorgenannten Empfehlungen des Bundesministers fordern, den Menschen ganzheitlich, d.h. in seinem psychischen, sozialen, physischen, ökonomischen und ökologischen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Diese Beschlüsse der KMK beziehen sich leider nicht auf die schulischen Bedingungen, die zur Realisierung der Vorstellungen des Berichtes geschaffen werden müssen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung waren Bestandteil der vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie initiierten Tagung "Neue Perspektiven der Gesundheitsförderung - Gesundheit und Schule" am 7./8. Dezember 1994 in Königswinter, an der ein Vertreter der Kultusministerkonferenz teilnahm.

5. Berufspolitische Folgerungen

Für die Psychologenschaft ergeben sich im Bereich „Gesundheitsförderung in der Schule“ umfassende Aufgaben und - je nach Ausmaß des Einsatzes des Gesundheitsförderungskonzeptes - auch "neue" Betätigungsfelder. Folgende Aufgaben lassen sich ableiten und skizzieren:

- Entwicklung und Evaluation von schulstufen- und schulartenspezifischen Gesundheitsförderungskonzepten;
- Erstellung von neuen Konzepten zur Lehrerbildung und -fortbildung unter stärkerer Einbeziehung gesundheitsbezogener wie auch originär psychologischer Themen (z.B. Konfliktmanagement in Schulen);
- Konzeption schulspezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Schulstufen und Schulformen;
- Erstellung ergonomischer Konzepte unter Berücksichtigung arbeits- und gesundheitspsychologischer Grundlagen;
- in Kooperation mit Lehrern und Bildungspolitikern: Erstellung von Programmen zu fächerübergreifenden Gesundheitsthemen, insbesondere unter Berücksichtigung motivationaler Prozesse;
- Erstellung neuer Fachcurricula;
- Projektmanagement;
- Organisationsberatung von Schulen im Prozeß der Implementierung einzelner Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Supervision für das Schulpersonal;
- gesundheitspsychologische Beratung von Schulleitung, Lehrerschaft, Schulaufsicht, Eltern und Schülern;
- gesundheitsförderungsbezogene Evaluationsforschung;

Besonders wichtig ist die Aufgabe der Evaluation im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung. Die eingesetzten Programme sind in ihrer Konzeption, Umsetzung, in ihren Ergebnissen und ihrem Nutzen im Hinblick auf die definierten Ziele zu bewerten. Die Qualität der bewerteten Programme wird den fortschreitenden Einsatz von Programmen beeinflussen.

Fachpolitisch besteht eine wichtige Aufgabe darin, in den einzelnen zuständigen Länderministerien darauf hinzuwirken, daß für die vielen genuin psychologischen Aufgaben im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung geeignete Mittel (nicht nur finanzielle) bereitgestellt werden.

Abschließend läßt sich feststellen: Ein schulisches Gesundheitsförderungskonzept im dargestellten Umfang beschreibt natürlich einen "Idealrahmen", dessen Umsetzung nur in kleinen Teilschritten erfolgen kann. Wenn sich Haman in der Auseinandersetzung um die Weiterentwicklung und Gestaltung des Bildungssystems die Frage stellt, "wie Schule bei realer Einschätzung jetzt und künftig zu verstehen sei" (Haman 1986, S. 230), dann werden durch das Gesundheitsförderungskonzept vielseitige und konstruktive Wege aufgezeigt; diese haben allesamt zum Ziel, das Schulleben zu humanisieren und aus dem Schulraum einen Lern- und Lebensraum zu machen, in dem Schülerinnen und Schüler als Lernende und eigenständige Persönlichkeiten im Mittelpunkt stehen.

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die männliche Form als Gattungsbegriff benutzt. Er sind Frauen und Männer in gleicher Weise gemeint.

Literatur

- BARMER ERSATZKASSE (1995). Sich wohlfühlen in der Schule - Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (Faltblatt)
- BERICHT DER KULTUSMINISTERKONFERENZ (1992). Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Sekretariat der Ständigen Konferenz des Kultusministers der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, Nr.2
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (1994). Gesundheit und Schule - Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bonn
- HAMAN, B. (1986). Geschichte des Schulwesens - Werden und Wandel der Schule im ideen- und sozialgeschichtlichen Zusammenhang. Klinkhardt Verlag,
- HURRELMANN, K. (1992). Konzepte der Gesundheitsförderung in Schulen. In: Gesundheitsförderung in Schulen - Materialienband, zusammengestellt für die WHO-Tagung vom 17.-19. November 1992 in Magdeburg
- KELLET, J. (1989). Health and housing. In: Journal of Psychosomatic Research, 33
- MURZA, G. & LAASER, U. (Hrsg.) (1994). Gesundheit und Schule. Theorien zur Verbesserung der Lebens- und Lernqualität bei Kindern und Jugendlichen. Bielefeld: IDIS
- SCHIRP, H. (1993). Gesunde Schule. Hrsg.: Priebe, B.; Israel, G. & Hurrelmann, U. Weinheim: Beltz