

8097

BG/GUV-SI 8097



Information

Fachkonzept "Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln"

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Tel.: 030 288763800
Fax: 030 288763808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Autoren:
Fachbereich „Bildungseinrichtungen“ der DGUV

Layout & Gestaltung:
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Medienproduktion

Titelbild:
© [pressmaster/Fotolia](#)

Ausgabe Mai 2013

BG/GUV-SI 8097 zu beziehen bei Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger
oder unter www.dguv.de/publikationen

Information

Fachkonzept "Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln"

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	5
1 Grundlagen und Rahmenbedingungen	6
1.1 Gesetzliche Grundlagen	6
1.2 Gesundheitsstatus	8
1.2.1 Schülerinnen und Schüler	8
1.2.2 Lehrkräfte	10
1.3 Stellenwert der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung	11
2 Konzept der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung	14
2.1 Rahmenbedingungen gelingender Gesundheitsarbeit in Schulen	14
2.2 Prinzipien der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung	14
3 Arbeit der Unfallversicherungsträger	21
3.1 Ziele	21
3.2 Handlungsfelder	21
3.3 Strategien und Themen	22
3.4 Maßnahmen	26
3.5 Kooperationen	28
Anhang A Schaubild: Die gute gesunde Schule im Vergleich zur gesundheitsfördernden Schule	29
Anhang B Qualitätsrahmen "Gute gesunde Schule" (Brägger/Posse, 2007)	30
Literatur	31
Glossar	33

Vorwort

Die gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts machen eine Um- und Neuorientierung in verschiedenen Lebensbereichen notwendig. Dazu gehört auch eine Neubetrachtung des Lernortes „Schule“ aus präventiver Sicht. Um Schulen bei der Umsetzung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags erfolgreich unterstützen zu können, bedarf es eines Handlungsansatzes, der die Wechselwirkungen zwischen Bildung und Gesundheit proaktiv aufgreift.

Prävention und Gesundheitsförderung sollen in dem vorliegenden Fachkonzept „Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln“ zur Steigerung der Schulqualität beitragen. Das Konzept folgt dem Ansatz der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung mit dem Leitmotiv "Gute gesunde Schule" und ist Grundlage für die Weiterentwicklung des Präventionsansatzes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Gemäß dem Motto "Bildung braucht gesunde Schulen" will die DGUV hiermit einen grundlegenden Beitrag zu einer innovativen und ganzheitlichen Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Schulen und damit auch zu verbesserten Rahmenbedingungen für Lehren und Lernen leisten. So werden Prävention und Gesundheitsförderung als Bestandteil der schulischen Qualitätsentwicklung verstanden, die sowohl die Bildung als auch die Gesundheit in allgemein- sowie berufsbildenden Schulen nachhaltig fördern sollen. Das Fachkonzept "Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln" ist ein wichtiger Schritt zu dem im Positionspapier der Selbstverwaltung genannten Ziel, bei Kindern und Jugendlichen ein Sicherheits- und Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln.

München, den 2. Februar 2013

1 Grundlagen und Rahmenbedingungen

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Für die Arbeit der Unfallversicherungsträger bildet das siebte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) die zentrale Rechtsgrundlage. Es steckt den Rahmen ab, in dem sich die Maßnahmen und Aktivitäten bewegen dürfen und müssen.

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII den Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Insbesondere bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren fordert der Gesetzgeber in § 14 Abs. 2 SGB VII eine enge Kooperation mit den Krankenkassen. Als arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren werden im Allgemeinen alle aus der Arbeit stammenden Risiken für die Gesundheit verstanden. Während Unfälle und Berufskrankheiten einen ursächlichen Zusammenhang zu den Arbeitsbedingungen aufweisen müssen, verliert dieser bei den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren an Stringenz. Hinzu kommt die Pflicht für die Arbeitgeber und Unternehmer zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Im schulischen Kontext geraten dadurch sowohl die Schülerinnen und Schüler sowie die Lehrpersonen als auch die Lern- und Lehrbedingungen als Ressourcen und Risiken für die Gesundheit der schulischen Akteure ins Blickfeld der schulbezogenen Gesundheitsarbeit.

Erfasst werden nach überwiegender Ansicht alle Arten von Gesundheitsgefahren, die in sachlicher Verbindung mit der Arbeit und der Schule stehen und die geeignet sind, die physische, geistige und soziale Gesundheit des Menschen zu beeinträchtigen. Das geht über die aus dem Gesundheitsschutz und der Unfallverhütung bekannten klassischen Gesundheitsgefahren hinaus. Es sind auch Gefährdungen eingeschlossen, die nicht allein aufgrund der Bedingungen in der Arbeitswelt Schule entstehen, sondern auch solche, die durch das private Umfeld mit verursacht werden und durch die schulbezogenen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden.

Grundsätzlich bestehen bei der Wahl der Präventionsmittel für die Unfallversicherungsträger keine Einschränkungen. Sie haben ihren gesetzlichen Präventionsauftrag mit allen geeigneten Mitteln zu erfüllen. "Sie sind mit dieser weitgespannten Befugnis nicht auf die im

Gesetz genannten Aufgaben der Rechtsetzung, der Überwachung und Beratung sowie der Aus- und Fortbildung beschränkt und können darüber hinaus jede denkbare Aktivität entfalten, die der Prävention dienlich ist: Forschung, Plakataktionen, Wettbewerbe, Belohnungen¹". Der Einsatz geeigneter Mittel schließt die Erprobung und Evaluation mit ein. Entscheidend ist, ob sie geeignet sind, den Präventionsauftrag umzusetzen. Allerdings dürfen Interventionen nur unterstützender Natur sein.

Denn verantwortlich für die Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung von schulischen Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und schulbedingten Gesundheitsgefahren sind die Sachkostenträger und die Kultusministerien der Länder als Schulhoheitsträger. Die Kultusministerien sind für den "inneren Schulbereich" zuständig. Hierzu gehören die Inhalte, Methoden und Organisation des Unterrichts und der außerunterrichtlichen Veranstaltungen, das Personalmanagement und das Organisationsmanagement. In der Regel wird diese Aufgabe auf die Schulleiterin oder den Schulleiter delegiert. Demgegenüber ist der Schulsachkostenträger Unternehmer im unfallversicherungsrechtlichen Sinn und gemäß § 21 SGB VII für den "äußeren Schulbereich" verantwortlich. Der "äußere Schulbereich" umfasst das Schulgebäude, die Einrichtung sowie die schulischen Freiflächen und deren Ausstattung.

Von Bedeutung ist diese geteilte Verantwortung und Zuständigkeit für die Arbeit der Unfallversicherungsträger insofern, als sie auch die Unterstützungsmöglichkeiten bestimmen. Während für den äußeren Schulbereich das gesamte Spektrum der Interventionsmöglichkeiten von der Rechtssetzung bis zum Modellprojekt zur Verfügung steht, beschränken sich die Möglichkeiten im inneren Schulbereich vornehmlich auf die „weicheren“ Formen der Intervention, wie z. B. Beratung und Qualifizierung des pädagogischen Personals. Somit können und dürfen die Möglichkeiten der Unterstützung und Einwirkung im "inneren Schulbereich" mit seinen Akteuren Schulleiterinnen und Schulleiter, Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler in der Regel nur indirekter und mittelbarer Art sein. Die Unfallversicherungsträger haben nicht wie im "äußeren Schulbereich" die Möglichkeit, verbindliche

1 Leube, Konrad: Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII. Wiesbaden: Universum Verlag 2005, S. 45



Vorgaben zu machen und deren Einhaltung zu überwachen. Die Rechtsetzung und Überwachung im "inneren Schulbereich" obliegt dem Schulhoheitsträger, der in seinen Schulvorschriften die Qualität und Quantität der Prävention und Gesundheitsförderung regelt. Maßnahmen der Prävention sind dabei nach § 21 Abs. 2 SGB VII mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern abzustimmen. Da die Schulpolitik Angelegenheit der Länder ist, müssen die Unfallversicherungsträger die länderspezifischen Vorgaben beachten und sie ggf. mitgestalten, um Schulen bei der gesundheitsbezogenen Ausgestaltung des "inneren Schulbereichs" effizient und effektiv unterstützen zu können. Die gesetzlichen Vorgaben der Schulministerien stellen den Rahmen dar, in dem Schulen präventiv und gesundheitsförderlich aktiv werden können und sollen. Sie dokumentieren somit auch den Stellenwert, den die Themen Sicherheit und Gesundheit in der Schulpolitik, aber auch in der Schulentwicklung eines Landes hat bzw. haben soll.

Die Themen Sicherheit und Gesundheit sind in den Schulvorschriften aller Bundesländer berücksichtigt, auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlicher Verbindlichkeit und Ausprägung. Zwar sind gesundheitsbezogene Aspekte, wie z. B. Toleranz und Partnerschaftlichkeit im Erziehungs- und Bildungsauftrag aller Schulgesetze verankert. Jedoch sind nicht in allen Schulgesetzen Gesundheitsförderung und Prävention als Bestandteile des Erziehungs- und Bildungsauftrags verbindlich vorgeschrieben. So sollen die Schülerinnen und Schüler z. B. in Niedersachsen befähigt 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 Bg-SchulG), in Berlin lernen " ... ihre körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch ... eine gesunde Lebensführung positiv zu gestalten ..." (§ 3, Abs. 3, Nr. 7 Schulgesetz für das Land Berlin) und in Nordrhein-Westfalen sollen sie lernen " ... Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben ..." (§ 2, Abs. 5, Satz 7 SchulG NRW). Das thüringische Schulgesetz verpflichtet die Schulen des Landes, ein umfassendes Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise zu entwickeln, umzusetzen, regelmäßig zu überprüfen und fortzuschreiben (ThürSchulG § 47).

Es gibt aber auch Schulgesetze, in denen Sicherheit und Gesundheit nicht explizit als Bestandteil des Bildungs-

und Erziehungsauftrages genannt werden, sieht man einmal von den obligatorischen Ausführungen zur Schulgesundheitspflege ab, bei der es vornehmlich um die Zusammenarbeit mit den schulärztlichen Diensten geht. Allerdings gibt es auch in diesen Ländern auf der nachgeordneten Ebene Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung als Bestandteil von Erziehung und Bildung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass zwar in allen Bundesländern Prävention und Gesundheitsförderung als Bestandteile von Unterricht und Erziehung schulrechtlich verankert sind, dass aber auch noch weitere und vor allem konkretisierende Regelungen notwendig sind.

Verbesserungsbedarf besteht auch hinsichtlich der gesetzlichen Verankerung der Themen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sowie Lehrgesundheit. In den Schulgesetzen der Länder spielen sie keine große Rolle. So werden sie zum Beispiel nur in wenigen Schulgesetzen als Aufgabe der Schulleitung ausgewiesen. In der Regel wird dieses Thema in nahezu allen Bundesländern in nachgeordneten Schulvorschriften geregelt.

Insgesamt ermöglicht der durch das SGB VII und durch die Schulvorschriften vorgegebene Handlungsrahmen trotz einer pathogenen Akzentuierung eine proaktive und ganzheitliche Sicherheits- und Gesundheitsarbeit der Unfallversicherungsträger im Schulbereich, allerdings häufig unter erschwerten Bedingungen. Vor allem die in vielen Schulvorschriften nach wie vor vorhandene Randständigkeit des Themas kann bei den Verantwortlichen zu dem Eindruck führen, dass es Wichtigeres gibt und dass Gesundheitsförderung und Prävention Zusatzaufgaben sind, die keine oder nur geringe Bedeutung für die Qualität einer Schule haben. Dadurch kann sowohl die Sensibilität für Prävention und Gesundheitsförderung als auch die Bereitschaft sinken, sich präventiv zu engagieren.

1.2 Gesundheitsstatus

1.2.1 Schülerinnen und Schüler

Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist im Allgemeinen gut, ebenso die gesundheitliche Versorgung. Allerdings beeinflussen der Lebensstil und die Lebensumstände der Familien die Chance, gesund aufzuwachsen. Kindern und Jugendlichen gelingt es heute immer häufiger nicht, die Balance zwischen den inneren und äußeren Anforderungen und den inneren und äußeren Ressourcen herzustellen, d. h. ihre Gesundheit zu erhalten. Dabei hat sich in den letzten Jahren eine Verschiebung von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen und von den somatischen hin zu den psychischen Störungen vollzogen. Diese Störungen sind zwar nicht primär lebensbedrohlich, können aber das Befinden, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigen. Vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien sind häufiger von Unfällen, verschiedenen Krankheiten, Übergewicht und psychischen Auffälligkeiten betroffen als der Durchschnitt.²

Betrachtet man alle Alters- und Sozialgruppen der Heranwachsenden, dann können fünf neuralgische Punkte der Gesundheitsentwicklung identifiziert werden:

- **Steuerung des Immunsystems**

Die bisher repräsentativsten Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liefert die so genannte KiGGS-Studie³ des Robert Koch-Instituts. Diese belegt, dass ca. 20 Prozent der drei- bis siebzehnjährigen Kinder und Jugendlichen an einer allergischen Erkrankung (Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma) leiden, darunter mehr Jungen als Mädchen. Allergische Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und aus sozial schwächeren Familien – und das ist die Ausnahme von der Regel – sind seltener betroffen. Als Grund für diese Erkrankungen und allergischen Sensibilitäten ist nach Hurrelmann die falsche Abschirmung vor Belastungen und Anforderungen gegenüber der

materialen Umwelt zu nennen. Die Herwachsenden können heute nicht mehr genügend Abwehrkräfte entwickeln, ein widerstandsfähiger und starker Organismus kann nicht aufgebaut werden.⁴

- **Nahrungsaufnahme und Ernährungsverhalten**

Etwa 36 Prozent der in der KiGGS-Studie befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis siebzehn Jahren weisen Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens auf. Etwa 22 Prozent haben eine Essstörung und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig, mehr als ein Drittel davon, 6,3 Prozent, leidet unter Adipositas. Hochgerechnet auf Deutschland sind das ca. 1,9 Mio. übergewichtige Kinder und Jugendliche, davon ca. 800.000 adipöse. Der Anteil der Übergewichtigen steigt mit zunehmendem Alter. Während 9 Prozent der 3- bis 6-Jährigen zu viel wiegen, sind es bei den 7- bis 10-Jährigen bereits 15 Prozent, bei den 11- bis 13-Jährigen 19 Prozent und bei den 14- bis 17-Jährigen schließlich 17 Prozent. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei solchen, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind.⁵

Eng mit dem Übergewicht und der Adipositas ist der Bewegungsmangel verbunden. Durch verschiedene gesellschaftliche und familiäre Entwicklungen bewegen sich die Kinder heute immer seltener. Nicht wenige Kinder verbringen in ihrer gesamten Kindheit genauso viel Zeit vor dem Fernseher, wie in der obligatorischen Schule. Nur etwa ein Drittel der in der HBSC-Studie⁶ befragten Kinder und Jugendlichen bewegt sich in dem Maße, wie es die aktuellen Richtlinien empfehlen, nämlich an allen Tagen der Woche eine 60-minütige Bewegungszeit (nicht nur Sport) mit moderater und erhöhter Aktivität, um den körperlichen Status zu erhalten.

2 Deutscher Bundestag: 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860 vom 30.04.2009

3 KiGGS Studie – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Durchgeführt vom Robert Koch-Institut in den Jahren 2003–2006.

4 Hurrelmann, Klaus: Die Schule als Chance oder als Bedrohung. In: Hundeloh, H. / Schnabel, G. / Yurdatap, N. (Red.): Kongress „Gute und gesunde Schule“ – Dokumentation. Moers o. J. S.33

5 Kurth, B.-M. / Schaffrath-Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsförderung – Gesundheitsschutz 5/6 2007.

6 HBSC = Health Behaviour in School-aged Children. Internationale Vergleichsstudie der WHO, die in Deutschland 2002 erstmalig und danach 2005/06 durchgeführt wurde.



- **Sinnes- und Bewegungskoordination**

Bewegungsmangel ist eine wesentliche Ursache für Defizite in der Sinnes- und Bewegungskoordination. Zu nennen sind Verhaltensweisen wie die vorherrschend sitzende Beschäftigung in Schule, Ausbildung und Freizeit sowie die bewegungslose Nutzung elektronischer Medien. Hierdurch kommt es zu einer einseitigen Stimulierung des Hörsinns und des Sehsinns, während andere Sinne vernachlässigt werden. Die Folgen zeigen sich in mangelnder Gestaltung der Zentren im Gehirn und in der unzureichenden Ausbildung der Bewegungssteuerung. Dadurch wiederum sind Sensorik und Motorik beeinträchtigt. Bewegungsarmut bedeutet zudem Reduzierung von Mobilität, Kommunikation, Selbsterfahrung und Erlebnisvielfalt, was insgesamt wieder zu weniger Lebensfreude führt.

Der Bewegungsmangel und die fehlende Ausprägung der Sinneskoordination nehmen trotz der Tatsache zu, dass viele Kinder und Jugendliche in Sportvereinen körperlich und sportlich aktiv sind. Es fehlt jedoch die Alltagsbewegung. Bös kommt in seinen Untersuchungen u.a. zu dem Ergebnis, dass die motorische Leistungsfähigkeit zehnjähriger Grundschülerinnen und -schüler zwischen 1976 und 1996 um zehn bis zwanzig Prozent abgenommen hat.⁷ Bewegungsmangel verursacht zudem Haltungsschwächen und -schäden. Hiervon sollen, so aktuelle Statistiken, bis zu 60 Prozent der Heranwachsenden betroffen sein.⁸

- **Psychische Gesundheit**

Immer häufiger können Heranwachsende psychische Beanspruchungen und soziale Anforderungen nur noch unzureichend bewältigen. Viele Kinder und Jugendliche kommen mit sozialen Konflikten, seelischen Enttäuschungen und Versagenserlebnissen nicht zurecht. Sie reagieren mit psychischen Störungen und Auffälligkeiten bis hin zu Gewalt und dem Konsum von psychoaktiven Substanzen.

Bei ca. 17 Prozent der in der KiGGS-Studie untersuchten sieben- bis siebzehnjährigen Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf psychische Probleme vor, d.h. sie sind verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig. Die häufigsten Auffälligkeiten bestehen in den Bereichen Verhaltensprobleme mit insgesamt 30,8 Prozent, Peer-Probleme (Umgang mit Gleichaltrigen) mit 22 Prozent und emotionale Probleme mit insgesamt 16,3 Prozent. Der Großteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigt beobachtungs- und beraterbedürftige Auffälligkeiten. Etwa 5 Prozent von ihnen sind so stark psychisch beeinträchtigt, dass sie behandlungs- bzw. therapiebedürftig sind.⁹

Etwa 30 bis 40 Prozent der Kinder und vor allem der Jugendlichen klagen über psychosomatische Beeinträchtigungen, wie z. B. Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Nervosität oder Müdigkeit.¹⁰

7 Bös, Klaus: Gesunde Kinder und gesunde Jugendliche durch gezielte Bewegungsförderung. Vortrag auf dem Symposium „Was kann der Handball leisten?“ am 17.04.2004

8 www.kid-check.de

9 Paulus, Peter: Psychische Gesundheit – auch ein Problem von Schulen?, S. 77

10 ebenda



- **Unfälle und unfallbedingte Verletzungen**

Obwohl sie zum größten Teil vermeidbar wären, zählen Unfallverletzungen weiterhin zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen. Pro Jahr erleiden etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen mindestens eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung; Jungen sind öfter betroffen als Mädchen. Kleinkinder verletzen sich am häufigsten zu Hause, ältere Kinder und Jugendliche erleiden Unfälle insbesondere beim Sport und in der Freizeit sowie in der Schule.

In der Schule und auf dem Schulweg verletzen sich ca. 10 Prozent der Schülerinnen und Schüler, wobei Unfälle im Sportunterricht und in der Pause zahlenmäßig die Schwerpunkte bilden (zusammen über 80 Prozent). Weitaus seltener, dafür aber im Durchschnitt mit schwereren Verletzungsfolgen ist der Wegeunfall, der den dritten Unfallschwerpunkt im Schulbereich bildet. Die Unfallhäufigkeit steigt in den Bildungseinrichtungen bis zum 14./15. Lebensjahr kontinuierlich. Danach geht sie wieder zurück.

Die Anteile der im Schulbereich verletzten Kinder und Jugendlichen unterscheiden sich weder nach dem Sozialstatus noch nach dem Migrationshintergrund oder dem Wohnort.

Es kann somit keine Rede davon sein, dass alle Kinder und Jugendlichen gesund zur Schule kommen und dort gesund bleiben. Die Ergebnisse der verschiedenen Studien zeigen ein differenziertes Bild der Situation. Ein Teil der Heranwachsenden wird heutzutage auf vielfältige Weise belastet und ist in seinen Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigt. Ein anderer Teil der Heranwachsenden lebt zunehmend selbstbestimmt gesundheitsbewusst.

Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit haben aber nicht nur für die Schule Bedeutung, sondern auch für die Arbeitswelt. Man kann nicht davon ausgehen, dass sich der Gesundheitszustand automatisch mit zunehmendem Alter nennenswert verbessert, sich die Gesundheitsprobleme sozusagen herauswachsen. Übergewichtige Kinder werden zumeist übergewichtige Erwachsene, muskuläre Schwächen werden von der Jugend mit in das Erwachsenenalter übernommen und Kinder mit gering ausgeprägter Selbststeuerung und Zuversicht werden auch Erwachsene, die wenig stressresistent sind und nur geringes Zutrauen zu sich selbst haben. Burnout und Unfälle, Berufsausstieg und Abbruch der Berufsausbildung sind somit vorprogrammiert. Die „Kinder- und Jugendkrankheiten“ beeinträchtigen somit nicht nur die weitere körperliche, seelische und soziale Entwicklung, sondern auch die gesamte Lern-, Leistungs- und Erwerbsfähigkeit. Umso wichtiger ist es, alle Akteure vor Ort zu vernetzen, um die vorhandenen Ressourcen schon in der Schule beginnend sinnvoll und effektiv für die Gesundheitsförderung einzusetzen. Die Schülerinnen und Schüler von heute sind die Eltern und Arbeitnehmer von morgen.

1.2.2 Lehrkräfte

Mit der Gesundheit der anderen Koproduzenten schulischer Qualität, der Lehrerinnen und Lehrer, sieht es nicht besser aus, eher noch schlechter. Alle vorliegenden Studien zur Lehrergesundheit zeigen vor allem eins: Ein großer Teil der Lehrerinnen und Lehrer leidet unter körperlichen und vor allem seelischen Belastungen und ist gesundheitlich beeinträchtigt. Entgegen einem weit verbreiteten Vorurteil ist die Beanspruchung der Lehrkräfte durch ihre Unterrichtstätigkeit sehr stark. Die Studien belegen vor allem eine hohe psychische Beanspruchung durch die Lehrtätigkeit. In der nach wie vor größten Untersuchung zur Lehrergesundheit stellt der Psychologe Uwe Schaar-

schmidt fest, dass sich bei den psychischen Belastungen für den Lehrerberuf im Vergleich mit anderen Berufen, z. B. bei Pflegepersonal in Krankenhäusern, Polizisten und Beschäftigten in Sozialämtern, die kritischsten Beanspruchungsverhältnisse finden lassen. In keinem anderen von Schaarschmidt untersuchten Beruf befindet sich so deutlich ausgeprägt die gesundheitspsychologisch problematische Konstellation, sich hoch zu verausgaben, ohne damit persönliche Zielsetzungen zu verbinden.

Schaarschmidt¹¹ kommt in seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass ca. 60 Prozent der Lehrkräfte ein gesundheitsabträgliches Belastungserleben aufweisen. Die eine Hälfte von ihnen überfordere sich durch überhöhte Verausgabebereitschaft permanent selbst (Stress), bei der anderen Hälfte sei das Gesundheitsrisiko am besten mit dem Begriff Burnout, d. h. deutlich verminderter Widerstandsfähigkeit und geringeren Emotionen, mit den Folgen Resignation, Hilflosigkeit und Verzweiflung zu beschreiben. Lediglich ein Fünftel der Lehrkräfte verfüge über eine Persönlichkeitsstruktur, die sich für eine gesunde Ausübung des Lehrerberufs eigne. Offensichtlich liegt dem Lehrerberuf ein Anforderungsprofil zugrunde, das Belastungen nahezu automatisch generiert. Es sind einerseits der Umgang mit Menschen, der auf Gegenseitigkeit angelegte Bildungs- und Erziehungsprozess und die damit einhergehende begrenzte Kontrollierbarkeit der Handlungseffekte sowie die mit der Interaktivität des Bildungs- und Erziehungsauftrags verbundenen längerfristigen simultanen Mehrfachanforderungen, die arbeitspsychologisch bedenklich sind. Andererseits fühlen sich Lehrkräfte vor allem durch konkrete den Schulalltag prägende Gegebenheiten, wie das zunehmend schwieriger werdende Schüler-Lehrer-Verhältnis, gesundheitlich belastet.

Neben Burnout und Stress und den damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind Lehrerinnen und Lehrer noch von folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen: Hals- und Stimmprobleme, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie Herz- und Kreislauferkrankungen.

Der schlechte Gesundheitsstatus eines Teils der Lehrerinnen und Lehrer ist in vielerlei Hinsicht alarmierend. „Die betroffenen Lehrkräfte büßen Lebensqualität ein und sind oft nicht in der Lage, ihren beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies hat negative Folgen für die Schülerinnen und Schüler und letztendlich für die gesamte Gesellschaft. Eine Wissensgesellschaft, deren wesentliches Gut die Innovationskraft ihrer Bürgerinnen und Bürger ist, benötigt leistungsfähige Schulen, die wiederum ohne gesunde, leistungsstarke und gut ausgebildete Lehrkräfte nicht denkbar sind.“¹²

Die vorliegenden Untersuchungen zur Gesundheit von Schulleiterinnen und Schulleitern lassen den Schluss zu, dass ein großer Teil der schulischen Führungskräfte zwar zeitlich stark in Anspruch genommen wird, dass das Erkrankungsrisiko aber dennoch geringer ist als bei den „normalen“ Lehrkräften. Dies dürfte damit zu tun haben, dass sie mehr Freiheitsgrade und Gestaltungsmöglichkeiten haben als Lehrkräfte.

1.3 Stellenwert der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung

Trotz der erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrerinnen und Lehrer und der damit einhergehenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit spielen Prävention und Gesundheitsförderung im Schulalltag, in der Schulverwaltung, in der Schulpolitik und in den Bildungswissenschaften eine eher untergeordnete Rolle. Zwar gibt es seit der Proklamation der Ottawa-Charta im Jahr 1986 zahlreiche gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten. Es wurden und werden mit viel Engagement und Idealismus von vielen Lehrkräften, Eltern und schulexternen Partnern die unterschiedlichsten Wege beschritten, um die Schule zu einer gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lernwelt zu gestalten und zu einem Ort der Gesundheitsbildung zu machen.

Es überrascht deshalb nicht, dass die bisherigen Ergebnisse schulischer Gesundheitsarbeit ernüchternd sind. Die empirischen Untersuchungen zur Gesundheitsförderung signalisieren alle das Gleiche, dass nämlich Gesundheitsförderung immer noch ein Thema am Rande

11 Schaarschmidt, Uwe (2007): Die Potsdamer Lehrerstudie: Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Maßnahmen. In Schule NRW 10/2007, S. 542–547)

Schaarschmidt, Uwe / Fischer, Andreas. W. (2001): Bewältigungsmuster im Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

12 Paulus, Peter: Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Erprobungsfassung. Manuskript 2006, S. 9

der großen Debatte um Schulentwicklung und Qualitätsentwicklung ist.¹³ Die Überzeugung, dass Gesundheitsförderung und Prävention für eine gute Schulqualität erforderlich sind, ist im System Schule noch nicht ausreichend verbreitet. In der Regel wird Gesundheitsförderung als eine Zusatzaufgabe angesehen, die in Angriff genommen werden kann, wenn noch Zeit vorhanden ist und Interesse dafür besteht. Ganzheitliche und damit nachhaltig wirksame schulische Gesundheitsarbeit ist erst in Ansätzen vorhanden.¹⁴ So wurden in einigen Bundesländern in den letzten Jahren Landesprogramme zur Gesundheitsförderung und Prävention gestartet, die auf einem ganzheitlich und salutogen ausgerichteten Präventionsansatz beruhen. Außerdem werden zunehmend auch gesundheitsbezogene Kriterien in die Qualitätsrahmen aufgenommen, die im Rahmen der Schulinspektionen und Qualitätsanalysen in den Ländern eingesetzt werden.

Dennoch ist der Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen insgesamt nach wie vor niedrig. Dies verdeutlicht auch den Umsetzungsgrad der im Arbeitsschutzgesetz verpflichtend vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung. In einem großen Teil der Schulen ist auch mehr als fünfzehn Jahre nach der Einführung des Gesetzes noch keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt worden.

Ein ähnliches Bild bieten die Schulprogramme. Auswertungen zeigen, dass Gesundheitsförderung darin kaum genannt wird, somit kein nennenswertes Thema von Schul- und Qualitätsentwicklung ist. Lediglich Präventionsprogramme gegen Sucht und Gewalt kommen in Schulprogrammen häufiger vor.

Die Folge der unzureichenden Berücksichtigung der Gesundheitsthematik im Rahmen der pädagogischen Arbeit und der unvollständigen Vernetzung der Akteure aus verschiedenen Bereichen für Gesundheitsförderung ist, dass schulische Gesundheitsförderung und Prävention von den Verantwortlichen in den Schulen sowie in der Schulverwaltung und Schulpolitik oft als zusätzliche

Aufgaben empfunden und verstanden werden, die wenig zur Erfüllung des genuinen Bildungsauftrages und zum derzeitigen Hauptthema der Schule - der Qualitätsentwicklung - beitragen.

Dabei wird die Tatsache außer Acht gelassen, dass ein enger gegenseitiger Zusammenhang zwischen der Bildungsqualität und der Gesundheitsqualität einer Schule besteht. Denn nicht nur die Familien wirken auf die Gesundheit und Sicherheit der Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Bildungseinrichtungen und insbesondere die Schule. Wissenschaftliche Studien sowie die täglichen Erfahrungen und Erkenntnisse von Pädagogen, Psychologen und Medizinern belegen einen vielfältigen Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen und deren Schulleistung und Bildungserfolg.

Die Bildung hat ganz allgemein eine herausragende Bedeutung für die Gesundheit. Bildung, vor allem Schulbildung, ist einer der wichtigsten sozialen Faktoren für die Ausprägung der Gesundheitsqualität. Sie wirkt auf das Gesundheitsverhalten und auf die Einstellungen zur Gesundheit. So zeigt sich, dass

- mit der Schullaufbahn und der Qualität des Schulabschlusses die Lebenserwartung steigt;
- Bildung den Zugang zu sinnerfüllten Lebensbedingungen, zu einer sinnstiftenden Ausrichtung der Lebensführung und damit zu einer auch in gesundheitlicher Hinsicht höheren Lebensqualität ebnet;
- viele Krankheiten bei Menschen mit Volks- oder Hauptschulabschluss häufiger auftreten als bei Menschen mit Abitur.

Gesundheit wiederum ist zudem die Basis für eine gute Leistungsfähigkeit und damit auch für eine gelingende Schulbildung. Gute Bildung und gute Schulabschlüsse sind nur realisierbar mit Schülerinnen und Schülern, die sich in ihrer Haut und in der Schule wohl, sicher und gesund fühlen, und mit Lehrkräften, die nicht ausgebrannt und überlastet sind. Positives Wohlbefinden in der Schule fördert z.B. die Leistungsmotivation sowohl der Lehrkräfte als auch der Schülerinnen und Schüler und wirkt sich vermindert auf störendes Verhalten der Schülerinnen und Schüler aus. Negative Emotionen wie Angst und Hilflosigkeit hingegen wirken sich ungünstig auf Lernen und Lehren aus. Wer also gute Schulleistungen will, wer eine bessere Schulqualität will, muss die Gesundheit ihrer Produzenten erhalten und, wenn erforderlich, fördern.

13 Rolf, Hans-Günter: Gesundheitsförderung und Schulqualität. In: Hundeloh, H. / Schnabel, G. / Yurdatap, N. (Red.): Kongress Gute gesunde Schule. Dokumentation. Moers 2005, S. 42

14 Paulus / Witteriede (2008) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitsarbeit von max. 14 Prozent der Schulen ein ganzheitliches Konzept schulischer Gesundheitsarbeit zugrunde liegt. S. 52

Dass Schule dies kann, zeigen verschiedene Studien. Im Verlauf der Schullaufbahn kann bei Kindern und Jugendlichen ein Ausgleich der Gesundheitschancen stattfinden und das Gesundheitsbewusstsein wesentlich und richtungsweisend beeinflusst werden.¹⁵ Die Heranwachsenden werden in der Schule in einer Entwicklungsphase erreicht, in der Verhaltensweisen noch ausgeprägt und gebildet werden und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten oder noch nicht zu stark ausgeprägt sind. Demzufolge sind die Erfolgschancen für ein entsprechendes Empowerment größer als bei Erwachsenen. Auch für die Gesundheitsförderung gilt der Sinnspruch „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“. Die in der Kindheit und Jugend entwickelten Verhaltensweisen und Lebensstile sind zudem für den Umgang mit Risiken und Konflikten in der Regel ein Leben lang bestimmend.

Ob die Schule die Chance nutzt, Gesundheitsbewusstsein bei den Heranwachsenden zu entwickeln, hängt nicht nur von der Unterrichtsqualität, sondern auch von der ganzheitlichen Gestaltung des schulischen Lebens ab. Im schulischen Kontext muss den Schülerinnen und Schülern eine Lern- und Lebensatmosphäre angeboten werden, die es ihnen ermöglicht ihre Kompetenzen in Bezug auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu stärken bzw. zu entwickeln. Dies erfordert sowohl bestimmte pädagogische Inhalte als auch eine entsprechende räumliche und soziale Gestaltung der Lernumgebung.

Schule kann somit ein Ort sein, der den Schülerinnen und Schülern einen schützenden, gesundheitsfördernden Lebensraum bietet. Sie kann aber auch die Sicherheit und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigen. Schülerinnen und Schüler nehmen die Schule nicht selten als krank machende und wenig gesundheitsförderliche Umwelt wahr. Vor allem Leistungsschwierigkeiten und Leistungsprobleme führen bei Kindern und Jugendlichen zu spürbaren Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens und zu Auffälligkeits- und Belastungssymptomen. Neben den Leistungsschwierigkeiten werden von den Schülerinnen und Schülern vor allem auch die Unterrichtsqualität, die Unterstützung und Wertschätzung durch die Schule und einzelne Lehrkräfte sowie die Partizipationsmöglichkeiten als defizitär

und krank machend wahrgenommen. Diese Faktoren sind aber nicht nur (mit)ursächlich für den mangelhaften Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen, sondern zu einem großen Teil auch für ihren eingeschränkten Leistungsstatus und für die niedrigen Rangplätze bei den internationalen Schulleistungsvergleichen.¹⁶

Und was für die Schüलगesundheit gilt, gilt auch für die Lehrgesundheit: Für die zum Teil massiven gesundheitlichen Beschwerden der deutschen Lehrerinnen und Lehrer werden vornehmlich strukturelle Aspekte der Berufstätigkeit und konkrete den Schulalltag prägende Gegebenheiten verantwortlich gemacht.

Fragt man Lehrkräfte, warum sie so häufig unter Druck stehen und so massive Gesundheitsprobleme haben, erhält man unabhängig vom Alter, der Schulart und dem eigenen Frustrationspegel vor allem drei Antworten:

1. Das schwierige Verhältnis zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern, das mit der zunehmenden Zahl der Verhaltensprobleme von Heranwachsenden und den großen Leistungsunterschieden zwischen den Schülerinnen und Schülern zu tun hat,
2. die Probleme bei der Kooperation mit Eltern
3. die fehlende kollegiale Unterstützung.

Weitere wichtige Gründe, die im alltäglichen Schulleben immer wieder auftauchen, sind die mangelhafte Kommunikation und Interaktion mit der Schulleitung, der hohe Pflichtstundenanteil, die hohen Klassenfrequenzen sowie der hohe Verwaltungsaufwand. Alles Faktoren, die auch für die Schul- und Unterrichtsqualität in ihrer Gesamtheit von Bedeutung sind.

15 vgl. Vuielle, J.-C. u.a. : Die gesunde Schule im Umbruch, 2003

16 Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Weinheim und München: Juventa 2003, S. 330

2 Konzept der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung

2.1 Rahmenbedingungen gelingender Gesundheitsarbeit in Schulen

Eine nachhaltige Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit wird in der Schule nur dann erreichbar sein, wenn es gelingt,

- die Veränderungen im Setting Schule, die sich seit einigen Jahren, insbesondere seit PISA vollzogen haben und vollziehen, zu berücksichtigen. Schulische Gesundheitsförderung muss neue Wege gehen. Die in der Vergangenheit entwickelten Konzeptionen der Sicherheit- und Gesundheitsförderung haben nicht Schritt gehalten mit den Herausforderungen, vor denen Schule heute steht. Sie haben sich zu sehr allein auf die gesundheitlichen Problemlagen der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und der Schule als Organisation konzentriert. Es wurde nicht gesehen, dass das Setting Schule in eine tiefe Legitimationskrise geraten ist, die es dazu zwingt, seinen pädagogischen Sinn neu an Bildungs- und Erziehungszielen auszurichten, für deren Verwirklichung die pädagogische Schulentwicklung den Rahmen bildet. Schulische Gesundheitsarbeit muss einen substantiellen Beitrag zur Entwicklung des Systems Schule und der Einzelschule leisten, um sich damit in der Schule legitimieren zu können. Es ist erforderlich, dass die schulische Gesundheitsarbeit ihre Beiträge konsequent von den Bildungs- und Erziehungsaufträgen der Schule her begründet.¹⁷
- die Themen Gesundheit und Bildung ressortübergreifend miteinander zu verbinden und sich an den Bildungs- und Erziehungsaufträgen von Schule zu orientieren, die in Curricula, Schulvorschriften und Qualitätskonzeptionen beschrieben sind. Damit wird erreicht, dass ihr Anliegen von der Schule nicht als zusätzliche Aufgabe empfunden wird, sondern als ein Grundstein für solide und nachhaltig wirksame Bildung. Diese Akzeptanz ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass nicht mehr nur die an Gesundheit interessierten Personen in der Schule angesprochen werden, sondern die gesamte Schulgemeinschaft.
- die gegenseitigen Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und Prävention einerseits und

Schulqualität andererseits (Rolff, 2005, S. 42) zu berücksichtigen und zu nutzen. Dies bedeutet, dass es im Rahmen der schulischen Gesundheitsarbeit nicht mehr bzw. nicht ausschließlich darum gehen kann, Gesundheitsziele zu verfolgen und Gesundheitsförderung als Selbstzweck zu betreiben, sondern es muss vielmehr darum gehen, die Schule bei der Erreichung ihrer Bildungs- und Erziehungsziele durch gesundheitsbezogene Interventionen zu unterstützen. Dies erfordert ein ganzheitliches und umfassendes Gesundheits- und Präventionsverständnis, das die pathogene Perspektive mit der salutogenen Sichtweise verbindet.

- die jeweiligen individuellen Rahmenbedingungen einer Schule zu berücksichtigen. Demzufolge müssen Gesundheitsförderung und Prävention im Schulbereich als Schulentwicklung verstanden und realisiert werden. Die Einzelschule ist der Motor ihrer Entwicklung, für dessen Wirkungsweise in erster Linie die Lehrpersonen und die Leitung selbst verantwortlich sind, während andere Instanzen eher unterstützende und ressourcensichernde Funktionen ausüben.¹⁸ Es gilt demzufolge, die Ressource Gesundheit zu entwickeln und zu nutzen, um die Bildungs-, Erziehungs- und Schulqualität einer Schule zu erhöhen und sie und ihre Akteure im Sinne von Empowerment zu ermächtigen, aktiv, nachhaltig und gesundheitsfördernd die eigenen Prozesse in die Hand zu nehmen.¹⁹

2.2 Prinzipien der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung

Vor diesem Hintergrund ist ein integrativer Ansatz erforderlich, bei dem es nicht mehr darum geht, Gesundheit zum Thema der Schule zu machen, sondern mit Gesundheit gute Schulen zu entwickeln und Gesundheit und Bildung aufeinander abzustimmen. Ein solcher Ansatz ist die integrierte Gesundheits- und Qualitätsentwicklung mit dem Leitmotiv "Gute gesunde Schule". Er steht in der Tradition der schulischen Sicherheits- und Gesundheitsförderung, wie sie seit den 1990er Jahren auch von den Trägern der gesetzlichen Schülerunfallver-

17 Paulus, Peter : Schulische Gesundheitsförderung. Vom Kopf auf die Füße gestellt. In: Aregger, K / Lattmann, U. P. (Hrsg.) Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie. Oberentfelden: Sauerländer 2003. S. 93-114

18 Rolff, Schulentwicklung: Entstehungsgeschichte, Begriff, Gelingensbedingungen. In Pädagogik, Bd. 58, H. 4, 2006

19 Nilshon, Ilse / Schminder, Christel: Die gute gesunde Schule gestalten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2006. 2. Auflage. S. 14

sicherung in Deutschland umgesetzt wurde und wird. Im Unterschied zu diesen geht die integrierte Qualitäts- und Gesundheitsentwicklung von den Qualitätsdimensionen schulischer Bildungs- und Erziehungsarbeit aus und fragt nach dem Beitrag, den die schulische Prävention und Gesundheitsförderung zur Schulqualität und damit z. B. auch zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes Schule leisten können. Im Gegensatz zum traditionellen Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ wird Schule nicht mehr als ein Setting verstanden, das lediglich gesundheitsförderlich gestaltet werden soll. Es geht im Ansatz der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung vielmehr um die Umsetzung des gesamten Bildungs- und Erziehungsauftrags von Schule.²⁰

Gesundheitsförderung und Prävention sind somit nicht mehr Selbstzweck, sondern Mittel und Katalysator zum Zweck der eigentlichen Auftrags erledigung von Schule. Demzufolge müssen sie sich stärker als bisher mit der pädagogischen und politischen Diskussion um die Qualität von Schule auseinandersetzen.

Eine gute gesunde Schule ist eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Bildungsqualität insgesamt verbessert und gleichzeitig auch die spezifischen Gesundheitsziele verwirklicht, die zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gehören (umfassende Definition siehe Kasten²¹). Brägger und Posse benennen acht Qualitätsdimensionen und vierzig Qualitätsbereiche, in denen einerseits sicherheits- und gesundheits-

20 s. Anhang A

21 Definition von Brägger, Paulus & Posse aus dem Jahre 2005, in Brägger, G./ Posse, N., Bd. 1, 2007 S. 37

Definition "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 folgenden Bereichen auf und sorgt für deren stetige und nachhaltige Verbesserung durch Schulentwicklung:

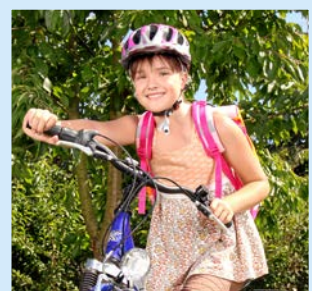
1. **Pädagogische Wirkungen und Bildungs- und Erziehungserfolg**
Sie fördert bei den Schülerinnen und Schülern Kompetenzen und Haltungen, die ihre Bereitschaft zum lebenslangen Lernen stärken und sie befähigen, in einer sich verändernden Gesellschaft ein erfolgreiches und gesundes Leben zu führen.
2. **Qualitätsentwicklung von Schule und Unterricht**
Sie wendet bei der Gestaltung der Strukturen und Prozesse von Schule und Unterricht konsequent Erkenntnisse der Gesundheits- und Bildungswissenschaften an und leistet damit gezielt einen integralen Beitrag
 - zur Qualität der Schul- und Unterrichtsprozesse,
 - zur Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit der Lehrpersonen und Schüler/innen
 - und zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden aller Beteiligten.
3. **Gesundheitsbildung und -erziehung**
Sie fördert das Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenzen von Schülerinnen und Schülern durch:
 - gesundheitsfördernde Unterrichtsprinzipien
 - Integration gesundheits- und sicherheitsbezogener Inhalte in den Unterricht und in das Schulleben
 - Kurse und Programme der pädagogischen Prävention und Gesundheitsförderung.“



© shootingankauf/Fotolia



© contrastwerkstatt/Fotolia



© Kathrin39/Fotolia



bezogene Ansätze wirksam werden und die andererseits selbst einen Einfluss auf die Vermeidung und Reduzierung von Gefährdungen sowie auf die Entwicklung psychosozialer Schutzfaktoren und damit auch die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit haben.²² Sie basieren auf den Qualitätsdimensionen und -bereichen der guten Schule. Während sich die gute Schule in den zwei Grunddimensionen Ergebnisqualität und Prozessqualität widerspiegelt, weist die gute gesunde Schule wegen der Interdependenz zwischen Leistungsfähigkeit und Gesundheit eine dritte Dimension auf, nämlich die der Gesundheitsqualität. Optimale Bildungs- und Schulqualität ist dann gegeben, wenn Schulen in allen drei Grunddimensionen gute Qualitäten aufweisen und sich um den Erhalt bzw. die Verbesserung dieser Qualitäten bemühen.

Allerdings haben Brägger und Posse Gesundheitsförderung und Prävention nicht als eine eigenständige Dimension aufgeführt, sondern haben sie als Querschnittsaufgaben in allen acht Qualitätsdimensionen angesiedelt. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass gesundheitsbezogenes Handeln für eine so belastungsintensive Organisation wie Schule unverzichtbar sei. Um jedoch ihren Beitrag für eine nachhaltig gute und wirksame Schule zu unterstreichen, haben Brägger und Posse zusätzlich in jeder Dimension einen eigenen Qualitätsbereich aufgeführt, der im engeren Sinne mit Prävention und Gesundheitsförderung verbunden ist.²³

Das Konzept der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung mit dem Leitmotiv der guten gesunden Schule bietet Schulen Unterstützung und Handlungshilfen, wie sie mit Gesundheitsinterventionen im Unterricht und im Schulalltag insgesamt bessere Bildungs- und Erziehungserfolge erreichen und damit u. a. auch die Auswirkungen der sozialen Bildungsbenachteiligungen mindern können. Um dabei nachhaltig erfolgreich zu sein, müssen diese Interventionen jedoch vornehmlich als Schulentwicklung gestaltet und realisiert werden. Schulentwicklung ist ein Prozess, der nicht irgendwann ein Ende hat, sondern prinzipiell eine Daueraufgabe ist, auch wenn nicht dauernd daran gearbeitet werden kann.²⁴ Schulentwicklung ist (Weiter-)Entwicklung der Einzelschule und zwar im Wesentlichen durch die schulischen Akteure selbst. Sie ist die Trias von personaler Entwicklung, Organisationsentwicklung und Unterrichtsentwicklung. Im Kern unterscheiden sich somit gesundheitsbezogene Innovationsprozesse nicht von allgemeinen Schulentwicklungsprozessen und damit von allgemeinen Personal- oder Organisationsentwicklungsprozessen.

Charakteristisch für Prozesse der Organisationsentwicklung und damit auch der Schulentwicklung sind Lernprozesse für Mensch und Organisation. Sie beziehen sich auf die Schule als Ganzes – nicht nur auf Teilbereiche der Organisation. Wichtig ist eine systematisch geplante, schrittweise Entwicklung, die nicht überstürzt erfolgt. Aktivitäten der Schulentwicklung verlaufen nicht linear, sondern sind zyklische oder spiralförmige Prozesse. Der Ansatz der Organisationsentwicklung betont

22 s. Anhang B

23 Posse, Norbert / Brägger, Gerold: Wege zur guten, gesunden Schule. In Brägger, Gerold / Posse, Norbert / Israel, Georg (Red.): Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute und gesunde Schule. Bern: h.e.p. Verlag 2008. S. 35

24 Rolff, H.-G. / Buhren, C. G. / Lindau-Bank, D. / Müller, S.: Manual Schulentwicklung. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz 1999, S. 13

zudem, dass Organisationen nicht wirklich verändert werden können, wenn sich das Verhalten der Organisationsmitglieder nicht wandelt, und dass umgekehrt individueller Wandel folgenlos bleibt, wenn sich organisatorische Rahmenbedingungen nicht entwickeln.

Um Sicherheit und Gesundheit auf der schulischen Ebene erfolgreich zu fördern, bietet sich somit ein spiralförmiges Vorgehen an, der sog. Qualitätszyklus, in dem mit einer Steuergruppe und projektorientiert gearbeitet wird. Ein solches Vorgehen unterstützt ein zielorientiertes Vorgehen, das eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Gesundheitsarbeit ist. Allerdings gibt es im Unterschied zu allgemeinen Schulentwicklungsprozessen einige Verfahren oder Methoden im Entwicklungsprozess, die in den verschiedenen Phasen gezielt auf den Kontext Gesundheit zugeschnitten sind, wie z. B. Gesundheitszirkel oder Gefährdungsbeurteilung.

Der Qualitätszyklus verläuft idealtypisch nach einem zeitlich festgelegten Ablauf und gliedert sich in wiederkehrende Phasen und Arbeitsschritte²⁵:

- a. Auf Basis der analysierten Ausgangssituation der Schule werden Ziele und Qualitätsansprüche vereinbart, die realisierbar und für die Beteiligten attraktiv sind.
- b. Die Umsetzung und die damit verbundenen Handlungsverantwortlichkeiten werden geplant.
- c. Die Realisierung wird vorangetrieben; es wird zielgerichtet gehandelt.
- d. Die Erreichung der Ziele wird geprüft, indem der Prozess und die Ergebnisse der Arbeit evaluiert werden.
- e. Das daraus gewonnene Wissen fließt wiederum in den nächsten Qualitätszyklus ein.

Wird der Qualitätszyklus konsequent angewendet, dann werden Vorhaben, auch wenn sie ambitioniert und anspruchsvoll konzipiert sind, verkraftbar, weil sie in bewältigbare Schritte und Vorhaben aufgeteilt werden.

Dieser Prozess wird von einer Arbeitsgruppe koordiniert, z. B. von der schulischen Steuergruppe, die alle Schulentwicklungsprozesse steuert, oder – weniger gut – einer speziell hierfür gebildeten „Steuergruppe Ge-

sundheit“. Die Steuergruppe wird von der Lehrerkonferenz bzw. Schulkonferenz legitimiert und bekommt von dort im Laufe des Prozesses die entsprechenden Arbeitsaufträge. Eigene Entscheidungen kann sie somit nur im Rahmen dieser Aufträge treffen. Im Wesentlichen bereitet sie Entscheidungen vor und organisiert die Umsetzung getroffener Entscheidungen. Sie besteht je nach Größe der Schule aus drei bis sieben Mitgliedern, wobei die Schulleiterin bzw. der Schulleiter gesetztes Mitglied ist. Die anderen Mitglieder werden von der Lehrerkonferenz bzw. Schulkonferenz gewählt.

Neben dem Schulentwicklungsansatz und dem integrativen Qualitätsverständnis gibt es weitere Faktoren, die für den Ansatz der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung von zentraler Bedeutung sind:

1. Mehrdimensionaler und subjektiver Gesundheitsbegriff

Gesundheit wird mehrdimensional als physisches, psychisches, soziales und ökologisches sich wechselseitig beeinflussendes Wohlbefinden verstanden. Damit werden das subjektive Befinden sowie das Gesundheitsbewusstsein der Beteiligten ins Zentrum gestellt. Hierdurch bieten Prävention und Gesundheitsförderung Anknüpfungspunkte für partizipative Strategien. Objektive Aspekte von Gesundheit, z. B. auch Ergebnisse aus schulärztlichen Untersuchungen, werden in der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen berücksichtigt.

2. Gesundheit als aktive Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Anforderungen

Gesundheit ist machbar und muss immer wieder hergestellt werden. Sie lässt sich nur in der Interaktion der beteiligten Personen mit ihren soziokulturellen, gesellschaftlichen, ökonomischen und physisch-technischen Umwelten entwickeln. Der aktuelle Gesundheitszustand ist somit nicht statisch, sondern ein dynamischer Balancezustand und das Ergebnis eines aktiven Prozesses, der wesentlich von dem eigenen Engagement und der Selbstverantwortung der betreffenden Person abhängt. Diese muss zum einen die Fähigkeit entwickeln, sich aktiv Bedingungen zu schaffen, welche Wohlbefinden ermöglichen, zum anderen die Fähigkeit, jene Bedingungen zu erkennen und zu verändern, welche das Wohlbefinden gefährden. Der Zustand des Wohlbefindens ist dann gegeben, wenn sich die Person im Einklang mit den körperlichen, seelischen, sozialen und kognitiven Bereichen

ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen befindet.

Zur physisch-technischen Umwelt gehören die Gebäude und die Freiflächen der Schulen sowie deren Ausstattung und Einrichtung. Zur soziokulturellen Umwelt gehören die am Leben der Schulen vorübergehend und dauerhaft beteiligten Personen und die Normen und Werte, die das Zusammenleben und –arbeiten in der Einrichtung regulieren.

3. Kooperation

Schulische Gesundheitsarbeit setzt auf Mehrwertgenerierung durch Kooperation und Vernetzung. Das Zusammenwirken schafft Synergien, die zu größeren Erfolgen führen können als eine Vielzahl einzelner Aktionen.

Für die Realisierung schulischer Gesundheitsarbeit sind Vernetzung und Kooperation innerhalb der Schule, mit anderen Einrichtungen und mit weiteren Partnern sinnvoll und notwendig. Dabei kann sich die Zusammenarbeit auf die Konsensbildung im Hinblick auf die Zielsetzungen und Schwerpunkte und/oder auf die Durchführung der Maßnahmen beziehen. Kooperation und Vernetzung sind erforderlich, weil

- es sehr viele Überschneidungen zwischen den einzelnen Themenschwerpunkten im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gibt.
- die Ressourcen der Schulen begrenzt sind und die Möglichkeiten der Schule nicht überschätzt werden dürfen. Zu viele Projekte und Aktivitäten würden eher demotivieren.
- die geringen personellen und finanziellen Kapazitäten effektiver eingesetzt werden können. Unterschiedliche Aspekte und Probleme können in einem ganzheitlichen Konzept in der Schule thematisiert werden.
- sie immer auch der Informationsgewinnung und –optimierung dienen und damit der effektiveren Gestaltung von Maßnahmen und Prozessen.

4. Ressourcen- und Risikoorientierung

Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen entwickeln ihre Maßnahmen aus salutogener und aus pathogener Perspektive. Es geht somit zum einen um die Verhütung und Verringerung von Gefährdungen und Risiken sowie um die Vermeidung von Krankheiten und Unfällen. Zum anderen geht es um die Stärkung personaler Ressourcen der Kinder und Jugendlichen, der Lehrkräfte, des sonstigen Personals und der Eltern sowie um die Stärkung der protektiven Faktoren der Organisation und der Umwelt einer Schule.

Grundlegend für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Sicherheit und Gesundheit sind gesundheitsrelevante Kenntnisse, motorische und sensomotorische Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie das Kohärenzgefühl und Alltagskompetenzen.

Das Kohärenzgefühl ist quasi eine Metaressource. Es ist keine spezielle Coping-Strategie (Bewältigungsstrategie), sondern die generelle Lebenseinstellung eines umfassenden und dauerhaften, aber dynamischen Gefühls des Vertrauens.

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch die Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben bestimmt wird. Von dieser Grundhaltung hängt es ab, wie gut Menschen in der Lage sind, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu nutzen. Nach Antonovsky setzt sich diese – unbewusste und schon früh angelegte – Grundhaltung, die Welt zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, aus drei Elementen zusammen²⁶:

- **Das Gefühl von Verstehbarkeit**

Man vertraut darauf, dass die Ereignisse des Lebens verstehbar und erklärbar sind und – im Prinzip – gemeistert werden können. Die Welt wird als geordnet und strukturiert wahrgenommen und nicht als chaotisch, zufällig und unverständlich.

²⁶ Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag 1997. S. 33 ff

- **Gefühl der Handhabbarkeit**

Die Überzeugung, dass Schwierigkeiten des Lebens – im Prinzip – lösbar und die dazu benötigten Potentiale vorhanden sind.

- **Gefühl von Sinnhaftigkeit**

Die Einstellung, dass es sich lohnt, in die Anforderungen des Alltags Energie zu investieren. Die Welt ist es wert, sich in ihr aktiv zu engagieren. Probleme werden als Herausforderung gesehen.

Je höher nun das Kohärenzgefühl eines Menschen ist, desto mehr vertraut er seinen eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dadurch schätzt er belastende Situationen als weniger bedrohlich ein und gerät weniger in Stress. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen und ständige Stressoren des Lebens reagiert. Kohärenz ist kein Konzept wie man mit Belastungen umgeht, aber als Eigenschaft ermöglicht sie Strategien anzuwenden, die man braucht, um den Ansprüchen des Lebens gerecht zu werden.

Alltagskompetenzen und –fähigkeiten sind im Verständnis der WHO Kompetenzen und Fähigkeiten zur Anpassung und zu positivem Handeln, welche es Individuen ermöglichen, mit den Anforderungen und Herausforderungen des Lebens wirksam umzugehen.²⁷ Dabei geht es um Fähigkeiten wie Entscheidungen zu treffen, Probleme zu lösen oder mit anderen Menschen zu kommunizieren.

Zu den Alltagskompetenzen zählt auch die Risikokompetenz, die vor allem für die Prävention von Unfällen und unfallbedingten Verletzungen von Bedeutung ist. Unter Risikokompetenz wird die Fähigkeit und Bereitschaft verstanden, Risiken und Gefahren zu erkennen, zu bewältigen und ggf. zu beseitigen, um dadurch neue Sicherheit zu gewinnen. Schülerinnen und Schüler müssen sie mit zunehmendem Alter lernen. Dazu bedarf es u. a. der handelnden Auseinandersetzung mit realen Risiken. Für den Schulalltag bedeutet das, dass Sicherheit und Gesundheit nicht durch Überbehütung und einseitige Risikominimierung erreicht werden können. Vor allem die Sicherheit des Menschen hängt wesentlich davon ab, welchen Risiken er ausgesetzt ist bzw. welche er sich selber aussucht, und ob und wie er gelernt hat, mit diesen Risiken umzugehen. Sicheres Ver-

halten erfordert demzufolge den selbstständigen Menschen, der gelernt hat, verantwortlich und risikokompetent zu handeln. Demzufolge gehört das Zulassen von Wagnis, Abenteuer und Risiko ebenso zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit wie das Reglementieren oder Einschränken.

5. Verhältnisse und Verhalten ändern

Im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen Verhaltensmodifikationen und Entscheidungen über Verhaltensweisen nicht im luftleeren Raum, sondern in Lebensräumen (Settings), in denen Menschen leben, arbeiten, lernen und spielen und einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Schule ist ein solcher Lern-, Lebens- und Erfahrungsraum für Kinder und Jugendliche, aber auch für Lehrkräfte und das nicht unterrichtende Personal. Die Gestaltung dieses Lebensraums in baulicher, gestalterischer, organisatorischer und sozialer Hinsicht kann das Sicherheits- und Gesundheitsverhalten der schulischen Akteure wesentlich beeinflussen.

Gesundheitsförderung und Prävention fördern die für ein gesundheitsgerechtes Verhalten erforderlichen individuellen Kompetenzen. Gleichzeitig gestalten sie die mitbestimmenden Verhältnisse so, dass Aufrechterhaltung und/oder Verbesserung der Gesundheit möglich oder erleichtert werden.

6. Führungs- und Managementaufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung in Bildungseinrichtungen ist eine Führungs- und Managementaufgabe und damit vor allem auch Aufgabe der Schulleitungen. Für die Qualität von Sicherheit und Gesundheit sind die Person der Schulleiterin bzw. des Schulleiters und ihr bzw. sein professionelles Handeln und Engagement die zentralen Faktoren. Schulische Führungskräfte nehmen durch ihr tägliches Handeln direkt und indirekt Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit sowie auf krankheitsbedingte Fehlzeiten von Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern. Durch die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes und eines wertschätzenden Umgangs können sowohl eigene als auch Leistungspotentiale aller schulischen Akteure freigesetzt und ein produktives und faires Miteinander geschaffen werden. Hinter einer hohen Gesundheitsqualität in einer Schule steht demzufolge immer eine entsprechende Schulleitung mit einem salutogenen Leitungshandeln. Dieses hat nicht

27 WHO: Glossar Gesundheitsförderung. Genf: 1998 S. 6

nur niedrige Fehlzeiten von Lehrkräften, sondern auch eine geringere Anzahl von Frühpensionierungen der Lehrkräfte zur Folge. Der Einfluss von Schulleitungen auf die Gesundheit der Lehrkräfte ist jedoch nicht nur unmittelbar (Schulleitung → Lehrkräfte), sondern auch mittelbar (Schulleitung → Kollegium → Lehrkräfte), denn der Führungsstil dient als Modell für den Umgang im Kollegium.²⁸

Führungskräfte im System Schule sind aber nicht nur die Mitglieder der Schulleitung, sondern jede Lehrerin und jeder Lehrer. Ihr Führungsverhalten in unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Veranstaltungen hat deshalb eine ähnlich hohe Bedeutung für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, wie das der Schulleiterin oder des Schulleiters für die Gesundheit der Beschäftigten.

7. Partizipation

In erster Linie dient die schulische Gesundheitsarbeit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Schülerinnen und Schüler. In der Regel sind diese auch die besseren Experten für den Zusammenhang zwischen Lehren, Lernen und Gesundheit. Ihre aktive Mitarbeit ist daher ebenso wichtig für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention wie das glaubhafte Engagement von Führungskräften.

Die verschiedenen schulischen Akteure müssen deshalb den Sinn und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer Lebenswelt erkennen und entsprechend kompetent sein, um sich an der Konzipierung und Durchführung der schulischen Gesundheitsarbeit von Beginn an zu beteiligen: bei der Diagnose, bei der Ziel- und Interventionsplanung, bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen und ihrer Evaluation.²⁹ Sie werden dadurch zu Beteiligten an einem Prozess der Veränderung ihrer Schule. Ohne Aktivierung der Betroffenen, ohne die Mobilisierung ihrer eigenen Kräfte (Empowerment) ist eine nachhaltige Veränderung nicht zu erwarten.

8. Heterogenität

Im Rahmen der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung muss der Verschiedenheit der Menschen Rechnung getragen werden, und zwar auf allen Ebenen und in allen Bereichen und Kontexten der Gestaltung, Entscheidung und Umsetzung. Unterschiedliche Entwicklungsvoraussetzungen und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen, von Lehrkräften und anderen schulischen Beschäftigten sind zu beachten. Besondere Berücksichtigung sollten dabei die Gleichstellung der Geschlechter im Sinne des „Gender Mainstreaming“ und die Inklusion finden.

9. Nachhaltigkeit

Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen sollten immer die Strategie der Nachhaltigkeit unterstützen. Das bedeutet, dass im Rahmen der schulischen Gesundheitsarbeit immer auch Zugänge zu einer nachhaltigen Entwicklung aufgezeigt, eröffnet und reflektiert werden sollen. Zudem sollen die Maßnahmen im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen,

- die Effizienz der Prozesse und Strukturen zu verbessern,
- die Konsistenz mit anderen Maßnahmen zu erhöhen,
- die Dauerhaftigkeit zu sichern,
- die Funktionstüchtigkeit des einrichtungsbezogenen Ökosystems zu stärken.

²⁸ Rosenbusch, H. In: Schule NRW 5/2007, S. 231

²⁹ Vgl. Badura, Bernhard: Einleitung. In Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2000. S. 30

3 Arbeit der Unfallversicherungsträger

3.1 Ziele

Das zentrale Ziel der Unfallversicherungsträger auf der schulpolitischen Ebene ist die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Bildungswissenschaften und vor allem in die Schul- und Bildungspolitik. Dies soll durch gemeinsame Projekte, Initiativen und Programme erfolgen, vor allem aber durch Lobbyismus, anwaltschaftliches Eintreten (advocacy) und Gremienarbeit. Dabei ist die Einbindung der Gesundheitsthematik und der Unfallversicherungsträger als Institutionen in die für die Schulentwicklung und Schulverwaltung relevanten Schulvorschriften des jeweiligen Landes von besonderer Bedeutung. Zunehmend wichtiger wird auch die Mitwirkung bei der Schulentwicklung auf kommunaler Ebene.

Auf der schulischen Ebene hat die Verzahnung von Sicherheits- und Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung zur Folge, dass der Erfolg schulischer Sicherheits- und Gesundheitsförderung auch an ihrem Beitrag zur Erreichung der gesetzten Bildungsziele gemessen wird. Folgerichtig umfasst die Zielsetzung der Unfallversicherungsträger im Konzept der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung mit dem Leitmotiv der guten gesunden Schule Gesundheitsziele sowie Erziehungs- und Bildungsziele. Grundlegende Ziele auf der Schulebene sind:

1. Förderung des Gesundheitsverhaltens und -erlebens sowie der Gesundheitseinstellungen und des Gesundheitsbewusstseins: Schülerinnen und Schüler, aber auch Lehrkräfte und nicht unterrichtendes Personal zu befähigen, informiert und kompetent eine Wahl für ihre Sicherheit und Gesundheit zu treffen und damit in einer sich verändernden Gesellschaft ein erfolgreiches sowie sicheres und gesundes Leben zu führen.
2. Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Personen in den Einrichtungen: Schulen für die Gesundheitsthematik zu sensibilisieren und sie zu qualifizieren, die Rahmenbedingungen schulischen Lehrens und Lernens gesundheitsförderlich auszugestalten.
3. Verbesserung der Bildungsqualität der Einrichtungen: Schulen dabei zu unterstützen, durch die Anwendung von Erkenntnissen der Gesundheits- und Sicherheitswissenschaften aber auch von gesund-

heitsbezogenen Erkenntnissen der Bildungswissenschaften die Qualität der Schule, der Schul- und Unterrichtsprozesse und damit das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Beteiligten zu verbessern.

3.2 Handlungsfelder

Die Realisierung der schulischen Ziele erfordert auf der inhaltlichen Ebene vor allem eine umfassende und ganzheitliche Ausrichtung der Gesundheitsarbeit mit dem Ziel, das soziale, personale und sächliche Gestaltungs- und Entwicklungspotential einer Schule zu optimieren. Umfassend heißt dabei, die pathogene mit der salutogenen Perspektive auf das Bildungs- und Gesundheitsgeschehen einer Schule zu verknüpfen. Gesundheitsbezogene Entwicklungsarbeit muss demzufolge den Schutzaspekt und den Förderungsaspekt umfassen, muss sich um die Vermeidung von Bildungsdefiziten, Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen und um die Förderung der Bildung und Gesundheit kümmern, muss Risiken und Gefährdungen minimieren und beseitigen sowie Ressourcen aufbauen und stärken. Aus gesundheitsbezogener Sicht muss sie sich mit der Frage „Was macht krank?“ bzw. „Was gefährdet die Gesundheit?“ und mit der Frage „Was hält bzw. erhält gesund?“ beschäftigen.

Die Beantwortung dieser komplexen Fragestellung impliziert ein Vorgehen in verschiedenen Handlungsfeldern schulischer Gesundheitsarbeit und deren Vernetzung. Aktivitäten sind vor allen erforderlich in den bekannten Handlungsfeldern

- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz einschließlich Unfallverhütung,
- Gesundheitsförderung,
- Krisen- und Notfallmanagement.

Wichtig ist dabei, dass die drei Handlungsfelder nicht isoliert, sondern immer in ihrer Gesamtheit und Interdependenz betrachtet und bearbeitet werden. In ihren inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und strategischen Ausrichtungen ergänzen sie sich gegenseitig und erreichen nur im Verbund ihre potentielle Wirkung.

Mit dem Doppelbegriff „Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ ist die Bewahrung von Leben und Gesundheit in Verbindung mit der Schule gemeint. Die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz umfassen die

Abwehr von akuten Unfallgefahren und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zum Schutz vor arbeitsbedingten Unfällen und Erkrankungen sowie die Minimierung der Risiken und Gefährdungen bei der Arbeit durch technische, organisatorische und personelle Maßnahmen.

Ziel der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ist somit die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Die Arbeit ist menschengerecht, wenn sie den physischen und psychischen Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten entspricht. Darüber hinaus soll die Arbeit zur Förderung der Persönlichkeit und Zufriedenheit beitragen.

In einem komplementären Verhältnis zur Arbeitssicherheit und zum Gesundheitsschutz steht die Unfallverhütung. Mit dem Begriff Unfallverhütung wird die Gesamtheit der vornehmlich technischen und organisatorischen Maßnahmen bezeichnet, die geeignet sind, Unfälle zu verhüten sowie Unfallrisiken zu minimieren. Wie die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz hat auch die Unfallverhütung eine vornehmlich pathogene Ausrichtung, denn sie beschäftigt sich mit den Risiken und den Gefährdungen, die in der Schule vorhanden sind. Sie fragt danach, was einen Unfall verursacht und was krank macht.

Stehen bei der Arbeitssicherheit und dem Gesundheitsschutz sowie bei der Unfallverhütung die akuten Gefährdungen und Risiken sowie die Vermeidung von Krankheiten und Unfällen im Mittelpunkt, ist es bei der Gesundheitsförderung die Optimierung von Ressourcen und Stärken der Personen und des Systems, die geeignet ist, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden in Zukunft zu vermeiden.

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO (1986) soll die Förderung dieser Ressourcen Individuen und Personengruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen. Diesen Prozess nennt man Empowerment.

Das dritte bedeutsame Handlungsfeld für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung ist das Krisen- und Notfallmanagement. Es hat zum Ziel, Notfälle und Krisen zu verhindern, ein rasches, strukturiertes und koordiniertes Vorgehen in der Akutphase sicherzu-

stellen und die Folgen durch eine geeignete Nachsorge so gering wie möglich zu halten. Im Gegensatz zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung umfasst das Krisen- und Notfallmanagement nicht nur präventive Maßnahmen, sondern auch solche der Intervention und der Nachsorge.

3.3 Strategien und Themen

Um die beschriebenen Ziele in den drei Handlungsfeldern zu erreichen, stehen den Unfallversicherungsträgern zwei geeignete Strategien zur Verfügung. Zum einen ist es die der Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung³⁰. Sie umfasst vor allem Maßnahmen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsbildung, bei denen die Zielgruppe der Schülerinnen und Schüler im Fokus steht. Es geht um die inhaltliche Einbettung von Sicherheits- und Gesundheitsthemen in die Erziehung und Ausbildung von Schülerinnen und Schülern, d. h. um die Aneignung von gesundheitsbezogenen Kompetenzen. Will diese Strategie erfolgreich sein, müssen Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung an den Anliegen und Entwicklungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen in ihrer Lebenswelt, die von Schule, Elternhaus und Peers bestimmt ist, ansetzen. Sie müssen sie verhaltensbezogen und handlungsorientiert aufgreifen, dabei ein positiv gestimmtes Bild des Gesundseins vermitteln und die Bewältigungs- und Gestaltungskompetenz der Heranwachsenden stärken. Gesundheit ist ganzheitlich in ihren Facetten und Determinanten (Risiken und Ressourcen) einzuführen. In der Umsetzung ist die Kooperation mit Eltern und Erziehungsberechtigten sowie externen Fachleuten und Organisationen zu suchen.³¹

Die in den unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Veranstaltungen zu vermittelnden gesundheitsbezogenen Kompetenzen sind vielfältiger Natur. Es handelt sich dabei um Sach-, Selbst-, Methoden- und Sozialkompetenzen. Unter Kompetenzen werden die bei Individuen verfügbaren oder von ihnen erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme

³⁰ Paulus, Peter: *Anschub.de - ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule*. Münster: Waxmann 2009. S. 28 ff.

³¹ Paulus, Peter: *Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität*. Erprobungsfassung. Manuskript 2006. S. 25



zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können, verstanden. Kompetenz ist nach diesem Verständnis eine Disposition, die Personen befähigt, bestimmte Arten von Problemen erfolgreich zu lösen, also konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen.³² Die individuelle Ausprägung der Kompetenz wird von verschiedenen Facetten bestimmt: Fähigkeit, Wissen, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung und Motivation. Kompetenzen entwickeln sich nicht im Allgemeinen, sondern nur durch systematischen Aufbau, durch intelligente Vernetzung und durch eine variierende situative Einbettung von Wissen (Gesundheitsbewusstsein, gesundheitsbezogene Kompetenzen, sog. Health Literacy).

Für die Arbeit der Unfallversicherungsträger lassen sich drei prioritäre Themen benennen, mit denen „Gesundheit durch Bildung“ qualifiziert werden soll:

- Unfälle und unfallbedingte Verletzungen,
- psychische und soziale Gesundheit einschl. Gewaltprävention,
- Bewegung, Spiel und Sport.

Es sind die Gesundheitsthemen,

- bei denen die Schule als Verursacher eine Rolle spielt,
- die sowohl für die Entwicklung der Gesundheitsqualität einer Schule als auch für die Schulqualität insge-

samt bedeutsam sind,

- die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der Unfallkasse bedeutsam sind,
- die aufgrund der politischen Vorgaben bedeutsam sind (GDA, Positionspapier der DGUV).

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: Es ist zu prüfen, ob es hierzu schon hinreichend gutes Material für die Schulen gibt und für welche Bereiche, für welche Schulformen und –stufen noch Entwicklungsbedarf besteht. Außerdem ist zu klären, wie Lehrkräfte und Schulleitungen qualifiziert werden müssen und können. Denn für den Erfolg der Strategie „Gesundheit durch Bildung“ ist nicht zuletzt die Kompetenz der Lehrkräfte in Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung sowie ihr Vorbildverhalten mit entscheidend.

Der zweite strategische Zugang, die „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“, spricht den Bereich von Schule an, in dem es um die Verbesserung der Bildungsarbeit der Schule durch gesundheitsbezogene Interventionen geht. Bei diesem Ansatz steht die Gesundheitsqualität der Schule im Mittelpunkt. Sie bezeichnet im Ansatz der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung das Ausmaß, in dem gesundheitsbezogene Interventionen für Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und das nicht unterrichtende Personal die Wahrscheinlichkeit erhöhen, definierte Gesundheits- und/oder Bildungsziele zu erreichen. Dahinter steckt u. a. die Erkenntnis und Überzeugung, dass das Instrumentarium schulischer Sicherheits- und Gesundheitsinterventionen bzw. die Sicherheits- und Gesundheitsförderung mit den Prinzipien der Partizipation, des Empowerments

³² Weinert, Franz: Leistungsmessungen in der Schule. Weinheim: Beltz 2001. S. 27f.

und der Salutogenese sehr gut geeignet sind, die Verwirklichung guter schulischer Erziehungs- und Bildungsarbeit zu unterstützen und zu optimieren. So können Schulen durch gesundheitsbezogene bauliche und gestalterische Maßnahmen die Arbeitsplatzqualität oder durch Maßnahmen zur Gewaltprävention das Sozialklima verbessern, aber auch durch Maßnahmen der individuellen Förderung den Stress bei Schülerinnen und Schülern vermindern.

Auch wenn alle Qualitätsdimensionen und –bereiche der guten gesunden Schule³³ für die Gesundheits- und Bildungsqualität bedeutsam sind, konzentrieren sich die Unfallversicherungsträger im Rahmen ihrer „schulischen“ Arbeit auf folgende Dimensionen und Bereiche:

- **Qualitätsdimensionen „Unterricht“ und „Bildungs- und Lernprozesse“**

Lehren und Lernen sind die Kerntätigkeiten der Akteure in der Schule und Unterricht ist nach wie vor das Herzstück der Schule. Eine Schule realisiert ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag in erster Linie dadurch, dass sie Lernarrangements anbietet und Lern- und Bildungsprozesse gestaltet, die in die traditionellen Unterrichtsstrukturen eingebettet sind. Von der Gestaltung dieser Lern- und Bildungsprozesse, von der inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Gestaltung des Unterrichts hängt es wesentlich ab, ob sich Schülerinnen und Schüler gesundheitsbezogene Kompetenzen aneignen und in welchem Umfang sie, aber auch die unterrichtenden Lehrkräfte, sich gesundheitlich belastet fühlen. Von der Qualität des Unterrichts hängt nicht zuletzt auch die Zahl der Unfälle und die Zahl der Schulverweigerer ab.

Arbeitsthemen der Unfallversicherungsträger in dieser Qualitätsdimension könnten z. B. sein: Klassenführung (Classroom-Management), Klassenklima, entlastende und gesundheitsförderliche Unterrichtsmethoden, individuelle Förderung, Lernen mit allen Sinnen, gesundheitsbezogenes Curriculum, kooperatives Lernen und Lehren, unterrichtsbezogene Feedback- und Evaluationskultur,

- **Qualitätsdimension „Schulkultur und Schulklima“**

Fasst man alle vorliegenden Ergebnisse zusammen, dann lässt sich ohne Einschränkung feststellen, dass ein gutes Schulklima einen zentralen und wesentlichen Beitrag zur Realisierung einer guten gesunden Schule leistet. Es beeinflusst sowohl die Höhe der Leistungsfähigkeit als auch die des Wohlbefindens der schulischen Akteure.

Klima und Kultur einer Schule werden nicht so sehr durch das offizielle Schulprogramm oder durch große Schulentwicklungsaktivitäten geprägt, sondern in viel größerem Maße durch die Art und Weise des Umgangs miteinander und die Problem- und Konfliktlösung. Ein gutes Schulklima beruht auf einer Schulkultur, in der Lehrpersonen, Schülerinnen und Schüler ermutigende, sie stärkende Lern- und Arbeitserfahrungen machen (Kultur der Anerkennung und Kooperation³⁴). Die Kultur einer Schule wird durch drei Aspekte geprägt: Grundüberzeugungen und Haltungen, bekundete Werte sowie Alltagspraxis des Zusammenlebens. Im Rahmen der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung ist es notwendig, sich mit allen drei Einflussbereichen zu beschäftigen.

Im Rahmen der Arbeit der Unfallversicherungsträger könnten folgende Themen aufgegriffen werden: Feedbackkultur, Kommunikation, Schulprogramm und Leitbild, Konfliktmanagement, Unterstützungsangebote, interkulturelles Lernen, Gewaltprävention und -intervention, Krisen- und Notfallmanagement, Schulfeste, Elternmitarbeit, Schülerpartizipation, Schulregeln.

- **Qualitätsdimension „Schulführung“**

Die Qualität einer Schule steht und fällt mit der Qualität der Schulleitung. Diese Erkenntnis aus der Schulwirksamkeitsforschung gilt für die Schulqualität im Allgemeinen und für die Gesundheitsqualität im Besonderen. Die Schulleiterin und der Schulleiter sind verantwortlich für die Arbeit der ganzen Schule. Mit zunehmender Selbstständigkeit der Schule wachsen ihre Gestaltungsspielräume. Gleichzeitig nimmt ihre Verpflichtung zu, Verantwortung für die Leistungen und Ergebnisse der Schule zu übernehmen.

33 Es sind die Qualitätsdimensionen und Qualitätsbereiche des IQES-Tableaus gemeint.

34 Vgl. Brägger, Gerold / Posse, Norbert : Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen. Bd. 1. Bern: h.e.p. Verlag 2007, S. 111 f.

men. Vor diesem Hintergrund erhalten das Gesundheitsmanagement und das gesundheitsgerechte Führungsverhalten als Teile des Schulleitungshandelns eine zentrale Bedeutung für die Realisierung der guten gesunden Schule.

Gesundheitsmanagement meint Gestaltung sowie Verwaltung und Steuerung. Im Rahmen des Gesundheitsmanagements geht es um die bewusste Steuerung und Integration aller schulischen Prozesse und die Gestaltung der Strukturen mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der schulischen Akteure. Dabei wird Gesundheit als strategischer Faktor betrachtet, der Einfluss auf die Leitungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation hat. Seine Ansatzpunkte liegen sowohl in der Gestaltung des Settings – in materieller und sozialer Hinsicht – als auch in der Beeinflussung der Lebensstile und des Arbeitsverhaltens der schulischen Akteure. Gesundheitsmanagement ist somit als Querschnittsaufgabe wahrzunehmen, die Maßnahmen des Personalmanagements, des Organisationsmanagements und der Unterrichtsentwicklung umfasst. Bei der Vielfalt und Anzahl der Aufgaben einer Schulleiterin und eines Schulleiters meint Gesundheitsmanagement aber auch Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in eigener Sache. Gesundheitsmanagement wird aber letztendlich nur dann wirksam sein, wenn es von einem gesundheitsgerechten Führungsverhalten begleitet wird. Dieses basiert auf einer grundlegenden Werthaltung, die man mit Merkmalen wie Wertschätzung, Vertrauen und Verlässlichkeit kennzeichnen kann.

Die Aktivitäten der Unfallversicherungsträger sollten in dieser Qualitätsdimension Themen aufgreifen wie z. B. salutogenes Leitungshandeln, Selbstmanagement, Gefährdungsbeurteilung, Konferenzmanagement, Evaluation, unterstützende Gremien, z. B. Gesundheitszirkel, Erste Hilfe, Leitbildentwicklung, Changemanagement, integrierte Gesundheits- und Bildungsberichterstattung.

- **Qualitätsdimension „Schule als Lebens- und Erfahrungsraum“**

In dieser Dimension stehen die Rahmenbedingungen im Vordergrund, die teilweise nicht von der Schulleitung alleine bestimmt und verändert werden können, sondern entweder in Kooperation mit oder

alleine von dem Schulträger und/oder dem Schulhoheitsträger. Die materiellen, rechtlichen, personellen und strukturellen Rahmenbedingungen haben jedoch einen entscheidenden Einfluss auf die Prozesse und Ergebnisse und bestimmen deshalb auch, inwieweit mit Gesundheit Schule verbessert werden kann. Dies gilt insbesondere auch für die Rahmenbedingungen Raum und Zeit. Sie sind wichtige Faktoren für effektive und gesunde Lernprozesse.

Der Raum, damit ist auch der Außenraum einer Schule gemeint, wurde bisher in seiner Bedeutung für die Bildung unterschätzt. Er ist der "dritte Pädagoge", neben den Erwachsenen und den anderen Kindern und Jugendlichen. So verhindern zu kleine Klassenräume nicht nur pädagogische Konzepte mit flexiblem Unterricht in Einzel-, Partner-, Gruppenarbeit und Plenum, sondern fördern Stress und daraus resultierend aggressives Verhalten. Schulräume sollten deshalb so groß und mit solchen Möbeln ausgestattet sein, dass unterschiedliche Lernarrangements und vor allem auch Bewegung möglich sind. Bewegung ist für erfolgreiches Lernen und Lehren sowie für eine gesunde Entwicklung von Heranwachsenden von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Ähnliches lässt sich für das Schulklima sagen, dessen Qualität ebenfalls durch den Schulraum beeinflusst wird. So kann die Schaffung von Lehrerarbeitsplätzen in einer Schule die Teamarbeit und die Zusammenarbeit mit den Eltern fördern. Durch eine derartige Gestaltung des Raums werden nachhaltig die gesundheitlichen Belastungen der Lehrkräfte und die Zufriedenheit aller Beteiligten verbessert.

Die Bedeutung der Rahmenbedingung Zeit ergibt sich aus der Tatsache, dass Lernen durchweg ein individueller Vorgang ist, der durch die Rahmenbedingungen, in denen er stattfindet, gefördert oder beeinträchtigt wird. Lernende haben ihre individuellen Lerntempi, einige lernen schneller, andere langsamer. Manchmal erfordert der Stoff viel Lernzeit, ein anderes Mal ist er in wenig Zeit von den Schülerinnen und Schülern bearbeitet und verstanden worden. Aus diesem Grund wird zunehmend häufiger und vehementer von Schul- und Lernforschern, Psychologen, Medizinern und Schulpraktikern Unbehagen an den vorgegebenen relativ starren Zeitrege-

lungen bzw. ihren in Schulen etablierten Traditionen geäußert. Gefordert wird eine Veränderung der Zeitstrukturen, eine sich an den Bedürfnissen der schulischen Akteure orientierende Rhythmisierung des Schulalltags.

Die Aktivitäten, die die Unfallversicherungsträger in dieser Qualitätsdimension initiieren und durchführen können, umfassen sowohl die Themen Bau und Ausstattung als auch strukturelle und organisatorische Themen. Zum Themenspektrum gehören z. B. Raumgestaltung und -ausstattung, Formgestaltung, Farbgestaltung, Lärm und Akustik, Mobiliar und Möblierung, Pflanzen und Bepflanzung, Hygiene, Raumklima und Belüftung, Licht und Beleuchtung, aber auch Rhythmisierung des Schullebens, Pausenkultur und -gestaltung, Raumprinzip oder Arbeitszeit.

3.4 Maßnahmen

Die Realisierung der guten gesunden Schule erfordert, dass den interessierten Schulen ein breit gefächertes Bündel (policy mix) von sicherheits- und gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Hilfen abgeboten wird. Breit gefächert deshalb, weil jede Schule eigene Voraussetzungen, Interessen, Probleme und Bedürfnisse hat. Schulen müssen deshalb Angebote auswählen können und Hilfen erhalten, die für ihre konkrete Situation passen. Die Maßnahmen und Hilfen selber müssen geeignet sein, die Gesundheit der verschiedenen schulischen Akteure wie auch der Schule insgesamt zu sichern und zu verbessern. Sie müssen aber auch geeignet sein, die Fragen und Probleme der Schulentwicklung jeder einzelnen Schule zu beantworten und zu lösen und damit zur Entwicklung von Unterricht und Schule und zur Verbesserung ihrer Qualität beizutragen. Dabei werden alle an der Schule beteiligten Akteure, die Einrichtung als Organisation, die Träger und die betroffenen Personen und Institutionen in ihrem Umfeld als relevante Größen angesehen, die ihren spezifischen Beitrag zur Steigerung der Gesundheits- sowie der Bildungs- und Erziehungsqualität leisten.

Erforderlich ist auch, dass die Angebote und Hilfen, die für die Schulen entwickelt und zur Verfügung gestellt werden, die Erkenntnisse möglichst aller gesundheits- und bildungsrelevanten Wissenschaften, d. h. der Bildungswissenschaften, der Gesundheits- und Sportwis-

senschaften, der Sicherheits- und Arbeitswissenschaften, der Medizin und Ernährungswissenschaften sowie der Psychologie und Soziologie berücksichtigen.

Maßnahmen, die im Rahmen der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung von Seiten der Träger der gesetzlichen Schülerunfallversicherung eingesetzt werden können, sind einerseits durch das Siebte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) vorgegeben. Sie sind andererseits aber auch entsprechend dem Grundsatz „Prävention mit allen geeigneten Mitteln“ und unter Berücksichtigung der Prinzipien Wirtschaftlichkeit und Effektivität frei wählbar und gestaltbar. Folgende Maßnahmen kommen grundsätzlich in Frage:

- **Qualifizierung**

Durch Qualifizierungsmaßnahmen sollen die für die Realisierung der guten gesunden Schule wichtigen Zielgruppen motiviert und in die Lage versetzt werden, gesundheitsförderliche und präventive Prozesse und Strukturen in der Schule zu gestalten sowie ihre eigene Sicherheit und Gesundheit zu managen. Die Qualifizierung zählt wie andere personale Maßnahmen zu den zentralen Maßnahmen, da sie hervorragend geeignet ist, die Aneignung erforderlicher Kompetenzen zu unterstützen, aber auch die Bedürfnisse und den Bedarf der Zielgruppen zu analysieren und zu generieren.

Das Qualifizierungsangebot muss daher primär jene Zielgruppen ansprechen, die über einen größeren Wirkungs- bzw. Einflussbereich im schulischen Geschehen verfügen: Mitglieder der Schulaufsicht, Mitglieder von Schulleitungen und Steuergruppen, gesundheitsrelevante Funktionsträger, Fachlehrkräfte und Lehramtsanwärter, Lehrerausbilder. Zu den qualifizierenden Maßnahmen zählen Lehrgänge, Seminare, Fachtagungen, Kongresse, Fachgespräche und webbasierte Angebote.

- **Beratung und Überwachung**

Zu den grundlegenden und gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen der Unfallprävention zählen auch die Beratung und die Überwachung. Letztere erfolgt mit dem Ziel, die Durchführung der in den gesetzlichen Vorgaben geforderten Maßnahmen zu überprüfen. Das Instrument der Überwachung wird insbesondere nach besonderen Ereignissen wie z. B. Unfällen,

Alles aus einer Hand!

- Qualität
- Beratung
- Service



© AK-DigiArt/Fotolia

Schadensfällen, Hinweisen auf konkrete Gefährdungen sowie zur Vorbeugung und bei Beschwerden eingesetzt. Im Rahmen der Überwachung werden die vorhandenen Defizite aufgezeigt und geeignete Maßnahmen zu deren Beseitigung vorgeschlagen, so dass Überwachung und Beratung hierbei ineinander übergehen. Es ist sinnvoll, die Überwachung mit den Controllingmaßnahmen der Schuladministration (Schulinspektion, Qualitätsanalyse) zu verknüpfen.

Zunehmend wichtiger wird im Rahmen einer systematischen und systemischen Herangehensweise die Beratung. Sie hat zum Ziel, die Schulleitung und schulischen Funktionsträger sowie den Schulsachkostenträger bei der Konzeption und Realisierung präventiver und gesundheitsförderlicher Konzepte und Prozesse zu unterstützen und Hilfen zu geben.

In Anbetracht des integrativen Ansatzes erscheint es zukünftig erforderlich, die Beratung in Schulen stärker im Sinne der Schulentwicklungsberatung zu akzentuieren. Schulen benötigen häufig neben der Expertenberatung auch eine gesundheitsbezogene Prozessberatung, wenn sie sich zu guten gesunden Schulen entwickeln wollen.

- **Qualitätsentwicklung und -sicherung**
Sicherheits- und gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen effektiv sein. Diese Anforderung erfordert nicht nur die Evaluation von Maßnahmen, sondern auch die Erarbeitung, Auswertung und Verarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, Erkenntnisse und Daten. Darüber hinaus ist die Erarbeitung grundlegender Regelungen im Rahmen von Schulvorschriften und Vorschriften der Unfallversicherungsträger erforderlich, da sie den Rahmen und den Stellenwert

der schulischen Gesundheitsarbeit definieren. Aber auch die Entwicklung, Erprobung und Evaluation innovativer Strategien und Methoden, z. B. im Rahmen von Modellprojekten und Programmen, sind erforderlich, um eine möglichst hohe Qualität der Arbeit und der Angebote der Unfallversicherungsträger dauerhaft sicherzustellen.

Projekte und Programme sind dann besonders wirkungsvoll, wenn unter eingeschränkten Bedingungen und beschränkten Ressourcen (personell und finanziell) für bestimmte Problemstellungen passende Lösungen gefunden werden müssen. Sie sind effektiv, wenn es darum geht, in komplexen Situationen eine möglichst angepasste Strategie zur Informationsgewinnung oder zur Maßnahmenumsetzung zu entwickeln bzw. zu erproben. Sie sind vor allem auch geeignet, für einrichtungsübergreifende Fragestellungen Analysen und Lösungen zu generieren.

- **Kommunikation**
Massenkommunikative Maßnahmen, zu denen vor allem Anzeigen, Plakate, Broschüren, Zeitungen, Videos, CDs und Internet, aber auch Kampagnen zählen, dienen vor allem der flächendeckenden Verbreitung von Inhalten und zur Unterstützung von gesundheitsbezogenen Prozessen. Sie sind geeignet, um auf ein Thema aufmerksam zu machen, zu einer ersten Auseinandersetzung mit dem Thema anzuregen und zusätzliche Informationen zu geben.

Für die Vertiefung und Spezifizierung von Inhalten und als Einstieg in gesundheitsrelevante Prozesse sind personalkommunikative Maßnahmen geeignet. Sie haben zum Ziel, persönliche Bezüge zu Themen herzustellen, auf spezielle Fragen einzugehen und

am Beispiel zu lernen. Zu diesem Maßnahmenkomplex sind Ausstellungen, Theater, Tanz und Musik, aktionsbezogene Maßnahmen oder Peerprojekte zu zählen.

- **Anreizsysteme**

Anreizsysteme in Form von Prämienmodellen, Wettbewerben und Auszeichnungen sollen Schulen motivieren, ihre Schul- und Qualitätsentwicklung gesundheitsförderlich zu akzentuieren. Zum anderen sollen Schulen gewürdigt und öffentlich gelobt werden, die sich zu einer guten gesunden Schule im o. g. Sinne entwickelt haben oder sich auf dem Weg dorthin befinden. Damit lenken Anreizsysteme den Blick auf solche Schulen, die Modelle guter Praxis sind und Vorbilder für andere Schulen sein können.

Vor dem Hintergrund der Qualitätsdebatte und der zunehmenden Konkurrenz der Schulen untereinander werden öffentliche Auszeichnungen und Belobigungen in Zukunft zunehmend Bedeutung erhalten. Seitens der Unfallversicherungsträger sollten sie aber nur dann eingesetzt werden, wenn sie in eine Gesamtstrategie der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung eingebunden sind und die sonstigen Aktivitäten unterstützen.

3.5 Kooperationen

Die Unfallversicherungsträger sind zuständig für ca. 45.000 allgemein- und berufsbildende Schulen, in denen 12 Mio. Schülerinnen und Schüler von ca. 800.000 hauptamtlichen Lehrkräften unterrichtet werden. Außerdem arbeiten in den Schulen z. B. noch Hausmeister, Sekretärinnen, Sozialpädagogen und Psychologen. Diese Vielzahl potentieller Adressaten, aber auch die begrenzten Ressourcen, die Überschneidungen mit den thematischen Schwerpunktsetzungen anderer Protagonisten lassen es sinnvoll und erforderlich erscheinen, diese Maßnahmen vielfach gemeinsam mit anderen Anbietern, insbesondere mit Krankenkassen und Ministerien, durchzuführen und anzubieten.

Anhang A

Schaubild: Die gute gesunde Schule im Vergleich zur gesundheitsfördernden Schule

	Gute gesunde Schule	Gesundheitsfördernde Schule
Konzept	Bildungsförderung durch Gesundheit	Gesundheitsförderung durch die Schule
Perspektive	Gesundheit im Dienst der Schule	Schule im Dienst der Gesundheit
Motto	Mit Gesundheit gute Schule machen	Gesundheit zum Thema der Schule machen
Sichtweise von Schule	Schule als Institution und Organisation des Bildungswesens mit Bildungs- und Erziehungsaufträgen	Schule als Setting, das gesundheitsförderlich gestaltet werden kann
Ausgangspunkt	Schulpädagogische Problemstellung: Grundlage ist in erster Linie eine Bildungsberichterstattung	Gesundheitsbezogene Problemstellung: Grundlage ist in erster Linie eine Gesundheitsberichterstattung
Ansatz	Pädagogischer Schulentwicklungsansatz, der an den Qualitätsdimensionen guter Schule ansetzt	Organisationswissenschaftlicher Schulentwicklungsansatz, der an den Qualitätsdimensionen gesundheitsfördernder Schulen ansetzt <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum • Schulkultur und schulische Umwelt • schulisches Gesundheitsmanagement • Dienst- und Kooperationspartner
Ziele	Gute gesunde Schule, die ihre Bildungs- und Erziehungsqualität in einem Schulentwicklungsprozess wirkungsvoller, nachhaltiger durch gezielte Gesundheitsinterventionen in den Qualitätsdimensionen der guten Schule erfüllt	Gesundheitsfördernde Schule, die die Gesundheit der in der Schule Lernenden und Lehrenden sowie anderweitig tätigen Personen wirkungsvoller und nachhaltiger fördert als Voraussetzung dafür, dass Bildungs- und Erziehungsqualität der Schule in einem Schulentwicklungsprozess erreicht wird
Strategien	Verwirklichung von Gesundheitsbildungs- und -erziehungszielen für die Zielgruppe Schülerinnen und Schüler als Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule	Verwirklichung von Gesundheitszielen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen als Teil schulischer Gesundheitsförderung
2. Lehrkräfte, nicht unterrichtendes Personal, Organisation (Arbeitsplatz Schule, Schule als Betrieb)	Verwirklichung der Qualitätsziele guter Schulen durch gezielte Gesundheitsprävention	Verwirklichung von Gesundheitszielen durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen
3. Schulebene	Kommunale Schullandschaft mit außerschulischen lokalen Repräsentanten, national tätiger Allianzpartner	Landesweites Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen und außerschulischer Partner
Interesse von Schulen	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Schulen wollen gute Schulen sein • Großes Potential an interessierten Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nur eine geringere Anzahl von Schulen wollen gesundheitsfördernde Schulen sein • Begrenztes Potential an interessierten Schulen

aus Paulus, 2004, S. 10

Anhang B

Qualitätsrahmen "Gute gesunde Schule" (Brägger/Posse, 2007)

1	2	3	4	5	6	7	8
Lebensraum	Unterricht	Lernen	Schul- klima	Schul- führung	Personalent- wicklung	Qualitäts- manage- ment	Wirkungen
Gesund- heitsstatus L+S	Schul- programm GF+Prävent	Selbst- reguliertes gesundes Lernen	Schul- gemein- schaft	Pädagogi- sche Leadership	Ziel- gerichtete Personalent- wicklung	Qualitäts- ziele	Bildungs- und Erziehungs- auftrag
Lernräume	Unterrichts- gestaltung	Koopera- tives Lernen	Feedback Kultur	Kluge Aufgaben- verteilung	Weiterent- wicklung von Kompe- tenzen	Steuerung der Q-Prozesse	Kompeten- zen
Tages- strukturen	Klassen- führung	Lernen mit allen Sinnen	Kooperation und Teamarbeit	Entschei- dungs- prozesse	Ressourcen- manage- ment	Individual- Feedback	Schul- und Laufbahn- erfolg
Arbeits- bedingun- gen	Lern- begleitung	Bedürfnis- orientierung	Partizipation der Eltern, Schülerin- nen und Schüler	Schul- organisation	Erkennen Q-Defizite u. soziale Unterstüt- zung	Schulent- wicklung, Evaluation	Zufrieden- heit der An- spruchsbe- rechtigten
GF Koopera- tion mit externem Partner	GF Kurse und Pro- gramme	Individuelle Betreuung	GF Schulklima	GF als Führungs- aufgabe	Betriebliche Gesund- heitsförde- rung	QM der GF und Prävention	Gesundheit und Wohlbefin- den

modifiziert nach Brägger und Posse, 2007, S. 31

Literatur

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.

Badura, Bernhard: Einleitung. In Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2000. S. 30.

Bös, Klaus: Gesunde Kinder und gesunde Jugendliche durch gezielte Bewegungsförderung. Vortrag auf dem Symposium „Was kann der Handball leisten?“ am 17.04.2004.

Brägger, Gerold/Posse, Norbert: Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES) 2 Bde. Bern: h.e.p. Verlag 2007.

DAK/Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Handbuch Lehrergesundheit. Köln: Carl Link 2012

Deutscher Bundestag: 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860 vom 30.04.2009

Harazd, B./Gieske, M./Rolff, H.-G.: Gesundheitsmanagement in der Schule. Köln: LinkLuchterhand 2009.

Hess, Beat/Hundeloh, Heinz: Sicherheitsförderung – ein Baustein der Gesundheitsförderung in der Schule. Hrsg. V. Bundesverband der Unfallkassen. München 2001.

Heinz Hundeloh: Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln. In: Schulverwaltung NRW 9/2010. S. 226 -228

Heinz Hundeloh: Gute gesunde Schule – das Konzept. In: Schulverwaltung NRW 10/2010. S. 268-270

Heinz Hundeloh: Gesundheitsfördernde Schulentwicklung. In. Schulverwaltung NRW 11/2010. S. 301 – 303.

Hundeloh, Heinz: Gesundheitsförderung als Qualitätsmanagement. In: Rolff, H.-G. u.a. (Hrsg.): Qualität in allen Schulen. Köln: Carl Link 2010. S. 221 - 232

Hundeloh, Heinz: Gesundheitsmanagement an Schulen. Weinheim und Basel: Beltz 2012

Hundeloh, Heinz/Schnabel, Gerrit./Yurdatap, Nil (Red.): Kongress „Gute gesunde Schule“. Dokumentation. 2005.

Hundeloh, Heinz: Das Konzept "Gute gesunde Schule". In: pluspunkt 4/2012. S. 6-9.

Hundeloh, Heinz: Lehrergesundheit - ein Handlungsfeld der gesetzlichen Unfallversicherung. In: DGUV Forum 11/2012. S.10-13.

Hurrelmann, Klaus: Die Schule als Chance oder als Bedrohung. In: Hundeloh, H./Schnabel, G./Yurdatap, N. (Red.): Kongress „Gute und gesunde Schule“. Dokumentation. 2005. S. 25-41.

Hurrelmann, Klaus/Klocke, Andreas/Melzer, Wolfgang/Ravens-Sieberer (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München. Juventus 2003.

Kothe, Wolfhard/Faber, Ulrich: Gutachten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Schulen. Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung und der Max-Traeger-Stiftung. 2007. Internetveröffentlichung unter www.gew.de

Kurth, B.-M./Schaffrath-Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsförderung – Gesundheitsschutz 5/6 2007. S.736-743.

Leube, Konrad: Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII. Wiesbaden: Universum Verlag 2005.

Michaelsen-Gärtner, Britta/ Witteriede, Heinz: Schulische Gesundheitsinterventionen und Qualitätsentwicklung. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim und München: Juventa 2010. S. 111 -144

Nieskens, Brigitte/Sieland, Bernhard: Stress in der Schule. In: Forum Schule 1/2008. S. 14-19.

Nilshon, Ilse/Schminder, Christel: Die gute gesunde Schule gestalten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2006. 2. Auflage.

Paulus, Peter: Schulische Gesundheitsförderung. Vom Kopf auf die Füße gestellt. In: Aregger, K/Lattmann, U.P. (Hrsg.) Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie. Oberentfelden: Sauerländer 2003. S. 93-114.

Paulus, Peter: Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schulen machen. Engagement. Zeitschrift für Erziehung und Schule, Heft 2/2004, S. 137-143.

Paulus, Peter: Psychische Gesundheit – auch ein Problem in Schulen. In: Hundeloh, H./Schnabel, G./Yurdatap, N. (Red.): Kongress Gute gesunde Schule. Dokumentation. Moers 2005. S. 76-99.

Paulus, Peter: Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität. Erprobungsfassung. Lüneburg 2006

Paulus, Peter: Anshub.de - ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule. Münster: Waxmann 2009.

Paulus, Peter (2007): Die gute gesunde Schule. Hrsg. v. Barmer und Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Paulus, Peter/Witteriede, H.: Schule – Gesundheit – Bildung: Bilanz und Perspektiven. Hrsg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden 2008.

Paulus, Peter (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim und München: Juventa 2010

Posse, Norbert/Brägger, Gerold: Wege zur guten, gesunden Schule. In: Brägger, Gerold/Posse, Norbert/Israel, Georg (Red.): Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute und gesunde Schule. Bern: h.e.p. Verlag 2008. S. 19-54

Richter, Matthias/Ottova, Veronika/Hurrelmann, Klaus: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schüler in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged-Children“ (HBSC). Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen.

Robert Koch-Institut: Ergebnisse der KiGGS-Studie unter www.kiggs.de

Rolff, H.-G./Buhren, C. G./Lindau-Bank, D./Müller, S.: Manual Schulentwicklung. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz 1999.

Rolff, Hans-Günter: Gesundheitsförderung und Schulqualität. In: Hundeloh, H./Schnabel, G./Yurdatap, N. (Red.): Kongress Gute gesunde Schule. Dokumentation. Moers 2005. S. 42-58

Rolff, Hans-Günter: Schulentwicklung: Entstehungsgeschichte, Begriff, Gelingensbedingungen. In Pädagogik, Bd. 58. H. 4. 2006.

Rosenbusch, Heinz: Schulleitung – Ihre Bedeutung und zukünftige Entwicklung. In: Schule NRW 05/2007. In: Schule NRW 5/2007. S. 230-234

Schaarschmidt, Uwe (2007): Die Potsdamer Lehrerstudie: Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Maßnahmen. In: Schule NRW 10/2007. S. 542-547

Schaarschmidt, Uwe/Fischer, Andreas. W. (2001): Bewältigungsmuster im Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vuielle, Jean-Claude/Carvajal, Maria Ines/Casaulta, Fabiana/Schenkel, Maya: Die gesunde Schule im Umbruch. Zürich/Chur: Verlag Rüegger 2003.

Weinert, Franz: Leistungsmessungen in der Schule. Weinheim: Beltz 2001

WHO (Hrsg.): Glossar Gesundheitsförderung. Genf: 1998

Witteriede, Heinz (2010). Glossar zum Themenfeld Gesundheit - Bildung - Entwicklung (hrsg. von „die initiative“ in der Schriftenreihe „ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte“ (Bd. 26, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Lüneburg: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG).

Advocacy (Anwaltschaft/Interessenvertretung)

Advocacy bezeichnet eine der drei in der Ottawa-Charta herausgestellten Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung. Sie steht für eine Kombination individueller und sozialer Aktivitäten, um politische Verantwortung und Unterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel oder -programm zu erreichen.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Das Leitziel einer „menschengerechten Arbeitsgestaltung“ ist im Arbeitsschutzgesetz verankert und gründet in einem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzverständnis „mit ganzheitlichem Verständnis“, das „den Erhalt, den Schutz und die Förderung der Gesundheit als zentrale Aufgabe“ sieht.

Bedarf/Bedürfnis

Im Gegensatz zu dem in der Regel fachlich begründeten Bedarf (Außenperspektive) steht ein Bedürfnis für einen auf körperlicher, emotionaler, psychosozialer oder spiritueller Ebene (Innenperspektive) erlebten Mangel.

Bildung

Bildung kann als lebenslang andauernder Prozess verstanden werden, in dessen Verlauf sich die Individuen durch „selbsttätige“ Aneignung verfügbarer Wissensbestände (Faktenwissen) und reflektierte Verarbeitung der auf sie einwirkenden Kräfte ein Verständnis von der sie umgebenden Welt und der eigenen Stellung in ihr entwickeln (Orientierungswissen).

Erziehung

Erziehung zielt allgemein darauf ab, bei Kindern und Jugendlichen Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten dauerhaft zu etablieren, die diese für eine gelingende, selbstständige Lebensführung hinsichtlich unterschiedlicher Anforderungen befähigen (Erziehung zur Mündigkeit) und dadurch deren Funktionsfähigkeit im Rahmen des gesellschaftlichen Normen- und Wertesystems sichern.

Evaluation

Evaluation im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen lässt sich als eine systematische Erhebung, Aus- und Bewertung von Informationen über den Verlauf und die Ergebnisse von Maßnahmen, Projekten, Programmen usw. unter Anwendung qualitativer und/oder quantitativer Forschungsmethoden charakterisieren.

Gender Mainstreaming & Managing Diversity

Es handelt sich hierbei um politische bzw. wirtschaftsorientierte Strategien, die darauf zielen, in allen Politikbereichen, in öffentlichen Verwaltungen und in großen international agierenden Unternehmen Chancengleichheit herzustellen, sowohl von Frau-

en als auch von Männern und von Menschen in ihrer individuellen Vielfalt in den gesellschaftlichen Systemen.

Gesundheit/Krankheit

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit bezeichnen allgemeine Zustände subjektiven Empfindens (u. a. Störungsfreiheit i. S. der Abwesenheit von Krankheit, Wohlbefinden, Gleichgewichtszustand). Allgemein anerkannte Definitionen existieren nicht.

Gesundheitsbildung

In Deutschland wird zwischen Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung unterschieden. Für die Gesundheitsbildung ist das Moment der Selbsttätigkeit i. S. von Selbststeuerung und Selbstaneignung im Lernprozess wesentlich.

Gesundheitserziehung

Für die Gesundheitserziehung ist das Moment der bewussten Einwirkung auf Menschen zur zielgerichteten Beeinflussung ihres Verhaltens durch professionelle Fachkräfte wesentlich.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist der Prozess, die Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die bestimmenden Faktoren von Gesundheit zu erhöhen und sie dadurch zu verbessern. Essentiell ist die aktive Beteiligung (Partizipation), um Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhalten (WHO, 1998, S.1).

Gesundheitsinterventionen

Gesundheitsinterventionen sind im Allgemeinen gezielte, gesundheitswissenschaftlich begründete Maßnahmen, die u. a. in Bezug stehen zu Kompetenzausstattung, Arbeitsabläufen, Organisationsstrukturen, Lebensweisen und Lebensbedingungen.

Gesundheitsressourcen

Gesundheitsressourcen i. S. der Ottawa Charta sind Gesundheitspotentiale (z. B. positives Selbstwertgefühl) von Menschen, die zu deren Gesunderhaltung und zur Förderung ihres Wohlbefindens beitragen können.

Gute gesunde Schulen

Das Konzept der guten gesunden Schule beschreibt eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung deutlich den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Realisierung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt.

35 nach Witteriede, Heinz: Glossar zum Themenfeld Gesundheit - Bildung - Entwicklung, 2010.

Konzept

Ein Konzept ist eine vorläufige Beschreibung der zu einem sinnvollen Handlungsmodell verbundenen Ziele, Inhalte, Methoden, Verfahren eines Vorhabens (z. B. Maßnahme, Projekt).

Leitbild

Ein Leitbild fixiert weitgehend verbindlich das Selbstverständnis einer Organisation, ihre Mission und ihre langfristigen Ziele, Aufgaben, Prinzipien, Verfahrensregeln (kein Gesetzescharakter!).

Management

Der Begriff Management bezeichnet die Leitungsebene einer Organisation, eines Projektes, Programms und umfasst alle Aktivitäten zur systematischen Planung und Steuerung der einzelnen Arbeitsabläufe und angestrebten Entwicklungen.

Maßnahme

Eine Maßnahme ist eine aus einem Leitbild einer Missionsbeschreibung und adäquat definierten Strategien abgeleitete konkrete Aktivität mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten zur Erreichung bestimmter Ziele oder Zwischenziele.

Methoden

Methoden sind spezifische und planvolle Formen des Handelns, die auf die Erreichung eines definierten Ziels bzw. die Erledigung/Bewältigung bestimmter Aufgabenstellungen sowie Problemlösungen ausgerichtet sind und sich bzgl. intendierter Zwecke bewährt haben.

Models of Good Practice

Sogenannte Modelle guter Praxis sollen anderen Akteuren im Themengebiet Hilfestellung für eine nach Qualitätskriterien geleitete Gestaltung ihrer eigenen Praxis sein.

Nachhaltige Entwicklung

Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung hat in der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, und zwar in der Form, dass heutige und zukünftige Lebensbedingungen verbessert, gesunde Lebensstile unterstützt und mehr Gerechtigkeit bezogen auf Gesundheit erreicht werden (WHO, 1998, S. 20).

Programm

Der Begriff Programm bezeichnet eine ausgearbeitete Konzeption für ein in der Regel zeitlich befristetes und strukturiertes Vorgehen, das ein spezifisches Leitbild, verbindliche Leitlinien, klare Leitziele, adäquate Leitstrategien, Methoden sowie Maßnahmen aufweist.

Projekt

Projekte sind für den jeweiligen Träger neuartige Vorhaben mit eindeutiger Zielsetzung und einem definierten Beginn und Ende, die dazu dienen, im Rahmen eines weitgehend festgelegten Budgets und eines Projektteams eine Interventionsform zu erproben, eine Forschungsfrage zu beantworten oder einen Arbeitsauftrag zu erfüllen.

Qualität

Qualität bezeichnet das Ausmaß, in dem z. B. gesundheitliche Dienstleistungen für Personen(-gruppen) oder Organisationen die Wahrscheinlichkeit der Erreichung erwünschter Interventionsergebnisse erhöhen sowie mit dem aktuellen professionellen Wissensstand (Evidenz) übereinstimmen.

Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung meint die kontinuierliche Optimierung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Organisation, eines Programms oder Projektes auf Basis regelmäßiger systematischer Analyse des Entwicklungs-/Ergebnisstands zur Strategiemodifikation.

Salutogenese

Das Modell der Salutogenese ist vom israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt worden. Nach seinem Ansatz ist Gesundheit als Einheit eines Kontinuums (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) mit fließenden Übergängen zu deuten. Aus dieser Perspektive rückt die Frage nach den Schutzfaktoren in den Vordergrund, die entscheidend dazu beitragen können, dass Menschen trotz bestehender Bedrohungen durch Stress, Unfälle, Bakterien, Viren usw. gesund bleiben. Hieran knüpft zwangsläufig die Suche nach erfolgversprechenden Möglichkeiten der Steigerung grundsätzlicher Ressourcen an, die Menschen in die Lage versetzen, diesen Belastungen zu widerstehen bzw. die zur Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit beitragen (Gesundheitsressourcen).

Schulprogramm

Das Schulprogramm lässt sich als „Regiebuch“ bzw. als „Leitlinie“ der Einzelschule charakterisieren, in dem diese ihre prinzipielle Ausrichtung (u. a. päd. Selbstverständnis, Ziele, methodische und organisatorische Schwerpunkte) und Ist-Situation darstellt sowie ihre Pläne und Maßnahmen zur systematischen Realisierung (Arbeitsprogramm), Entwicklung und Überprüfung (Evaluation) ihrer Tätigkeiten verbindlich fixiert.

Schutz-/Protektivfaktoren

Inwieweit es Menschen gelingt, akute oder chronische Gesundheitsbelastungen erfolgreich zu bewältigen, hängt von ihren per-

sonalen (internen), sozialen und ökologischen (externen) Ressourcen ab, die in diesem Sinne als sog. Protektiv-/Schutzfaktoren fungieren und gemäß der Ottawa Charta auch als Gesundheitsressourcen bezeichnet werden.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz ist eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung. Dieser auf soziale abgrenzbare Systeme/Lebensräume von Menschen (z. B. „Schule“) fokussierende Ansatz kombiniert systematisch und ganzheitlich Interventionen, die auf eine Optimierung der Lebensverhältnisse ausgerichtet sind, mit individuumsbezogenen Maßnahmen (z. B. Vermittlung von Führungskompetenz, Bewegungsförderung).

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Soziale Ungleichheit umschreibt, dass Menschen aufgrund verschiedener Bestimmungsfaktoren unterschiedliche Positionen in der Gesellschaft einnehmen, die zu relativ dauerhaften Vor- und Nachteilen bei der Verteilung lebensnotwendiger Ressourcen (Bildungsabschlüsse, Einkommen) führen und somit Einfluss nehmen auf die Qualität der Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe (sozialer Status).

Gesundheitliche Ungleichheit bezieht sich anschließend auf den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Erkrankungs- bzw. Sterberate. Eine Fülle empirischer Belege beweist, dass Personen mit „niedrigem sozioökonomischen Status (z. B. niedriger Bildung) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen“.

Strategie

Eine Strategie ist eine prinzipielle, mehrere Maßnahmen kombinierende, langfristig ausgerichtete Vorgehensweise einer Einrichtung, einer Organisation, eines Projektes zur Realisierung langfristig angestrebter Ziele im Kontext ihrer Umwelt.

Vernetzung

Gesundheitsförderung verlangt nach einem koordinierenden Zusammenwirken aller Einfluss nehmenden Bereiche (Gesundheits-, Bildungs-, Sozialsektor), um für die Menschen gesunde Lebensbedingungen und Gesundheit/Wohlbefinden herzustellen.

Zielgruppen/Adressaten

Zielgruppen von Gesundheitsinterventionen sind ausgewählte Personengruppen (Schüler/innen, Lehrer/innen), die mit einer spezifischen Zielsetzung erreicht werden sollen. Zielgruppen müssen nicht immer identisch mit den Adressaten einer Intervention sein. So können auch Lehrkräfte, Erziehungsberechtigte etc. die Adressaten einer Interventionsbotschaft sein.

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Tel.: 030 288763800
Fax: 030 288763808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de