

# **Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule**

Peter Paulus

**Vorbemerkung:** *Der nachfolgende Text spiegelt wichtige Entwicklungslinien und die gegenwärtige Situation in Deutschland wider, wie sie sich mir darstellt. Ich hoffe aber, dass auch für Leserinnen und Leser aus der Schweiz Anregungen darin enthalten sind, die Anlass sein können, eigene Positionen zu überdenken.*

## **1. Einleitung**

Auf der 1. Internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung, die 1986 in Ottawa (Kanada) stattfand, ist eine Charta verabschiedet worden, die eine richtungsweisende Konzeption der Gesundheitsförderung enthält (WHO 1992). Seit 1990 hat es im Bildungsbereich in der Bundesrepublik Deutschland hierzu neben vielen anderen Aktivitäten und Initiativen insbesondere drei von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsforschung und Bildungsförderung unterstützte Schulmodellversuche der Kultusministerien und obersten Senatsbehörden gegeben. Bei dem letzten waren gegen Ende ca. 500 Schulen beteiligt:

- „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ (1990-1993, begrenzt auf Schleswig-Holstein; Barkholz & Homfeldt 1993)
- „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ (1993-1997; Barkholz & Paulus 1998)
- „OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen“ (1997-2000; Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus 2001)

Deutschland hat in den beiden Modellversuchen seit 1993 als Mitglied im 41 Ländernetzwerke umfassenden „European Network of Health Promoting Schools“ (ENHPS)

an der Verwirklichung der zu jener Zeit innovativen Idee einer Gesundheitsfördernden Schule gearbeitet. Doch jetzt, im Zuge der schulpädagogischen und bildungspolitischen Diskussion um die Erneuerung der Schule, bricht auch eine neue Epoche für die schulische Gesundheitsförderung an, in der als neue Konzeption die „gute gesunde Schule“ stehen wird, die z. Zt. dabei ist, sich aus dem Setting-Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“ heraus zu entwickeln. Es ist eine Schule, die daran arbeitet, ihren schulischen Erziehungs- und Bildungserfolg mit Blickrichtung auf die Verwirklichung einer guten Schule zu verbessern, in dem sie gezielt Gesundheitsinterventionen nutzt.

## **2. Bisherige Entwicklungen: Von der Gesundheitsförderung in der Schule zur Gesundheitsfördernden Schule und ihrer Vernetzung**

Die „Gesundheitsfördernde Schule“ ist das zentrale Konzept der Gesundheitsförderungsstrategie der Weltgesundheitsorganisation im Schulbereich geworden. Diese Strategie ist gegenüber der traditionellen Gesundheitserziehung und auch gegenüber den „Life-Skills“-Ansätzen die geeignetere, Gesundheitsthemen nachhaltig wirksam in der Schule zu verankern (Canterbury Christ Church College, Centre for Health Education and Research 1997; Stewart Burgher, Barnekow Rasmussen & Rivett 1998; International Union for Health Promotion and Education 1999; Denman, Moon, Parsons & Stears 2001). In Anlehnung an Konzeptionen des Projektmanagements kann man diesen sog. „Setting-Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung wie folgt definieren. Die Gesundheitsfördernde Schule macht Gesundheit zu ihrem Thema indem sie einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleitet, ein Setting Schule zu schaffen, das zum einen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt und das zum anderen die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule (Paulus 1995; Paulus & Brückner 2000).

Mit diesem Ansatz sind in den vergangenen zehn Jahren systematisch neue Zugänge zur schulischen Gesundheitserziehung entwickelt und erfolgreich erprobt worden.

In acht Trends lassen sich die Veränderungen zusammenfassen, die in Deutschland durch diese Modellversuche wesentlich mit bestimmt worden sind (Paulus 1998):

(1) *Vom Leitbegriff der „Gesundheitserziehung“ zu dem der „Gesundheitsförderung“:* Von Gesundheitserziehung im Sinne der traditionellen Gesundheitserziehung redet heute ernstlich keiner mehr. Die moderne Gesundheitserziehung bzw. -bildung kommt ohne den Begriff der „Gesundheitsförderung“ nicht mehr aus. Im Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ hat sie ihren aktuellen Niederschlag gefunden.

(2) *Vom biomedizinischen Organismuskonzept zum Menschen als Person und zur ganzheitlich verstandenen Gesundheit* In dem der Mensch als Person ins Zentrum rückt, tritt das „Maschinenmodell“ des menschlichen Körpers in der Medizin, an das sich auch die klassische Gesundheitserziehung anlehnte, in den Hintergrund. Dadurch wird auch das Konzept der Gesundheit komplexer. Es wird zunehmend als ein mehrdimensionales Gebilde verstanden mit physischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Aspekten, das selbst vielfältig durch physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Faktoren determiniert ist.

(3) *Von den Schülerinnen und Schülern zur Schulgemeinschaft und Schulentwicklung:* War die traditionelle Gesundheitserziehung und die „Life-Skills“-Ansätze noch auf die Schülerinnen und Schüler ausgerichtet, hat die Gesundheitsfördernde Schule alle an der Schule beteiligten Personen(gruppen) im Blick. Damit wird signalisiert: Gesundheit in der Schule geht alle an! Damit rückt auch die Organisation Schule als gesundheitsbeeinflussender Faktor ins Blickfeld. Gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule durch Organisations-, Personal- und Unterrichtsentwicklung wird zu einem immer wichtigeren Thema.

(4) *Vom Setting Schule zum offenen partizipativen Netzwerk von Schulen und Kooperationspartnern:* Gesundheitsförderung als Settingansatz bleibt nicht mehr nur auf die einzelne Schule beschränkt. Vermehrt werden die Ressourcen erkennbar, die sich aus der partizipativen Vernetzung der Schulen untereinander und mit außerschulischen Kooperationspartnern ergeben. Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule auf allen Ebenen wird maßgeblich durch einen solchen Erfahrungsaustausch und der Möglichkeit gemeinsamer Entwicklungen begünstigt.

(5) *Von der Risikoorientierung zu einem salutogenetisch ausgerichteten Konzept:* Während bei der traditionellen Gesundheitserziehung die Risiken dominieren, orientiert sich die schulische Gesundheitsförderung und mit ihr auch die „Life-Skills“-Ansätze an den Chancen. Sie richtet den Blick auf die Gesundheitsressourcen, auf die Kraftquellen der Gesundheit oder wie Aaron Antonovsky (1997) sie nennt, auf die salutogenen (im Unterschied zu den pathogenen) Faktoren. Die herkömmliche Pädagogik des erhobenen Zeigefingers und die Abschreckungsdidaktik hat sich als wenig attraktiv für die Schülerinnen und Schüler erwiesen und sie war zudem auch wenig erfolgreich. Sie ist im übrigen auch pädagogisch fragwürdig, weil sie den Heranwachsenden ein einseitig negatives Bild der Wirklichkeit bietet: Eine Welt voll von Risiken. Sie lässt weitgehend außer Acht, dass die Welt ebenso voller „Hoffnungspotentiale“ ist, wie Schneider (1993) schreibt, die die Lebensfreude und den Lebensoptimismus der nachwachsenden Generation stimulieren können.

(6) *Vom individuellen Gesundheitsverhalten zu sozio-kulturell geprägten gesunden Lebensweisen:* Die schulische Gesundheitsförderung versteht sich als ein soziales und sozialpolitisches Projekt. Die sozio-kulturellen Lebensweisen der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und des nicht-unterrichtenden Personals stehen bei ihr deutlicher im Mittelpunkt, als es bei der traditionellen Gesundheitserziehung der Fall war. Sie hat die gemeinsamen gesellschaftlichen Wurzeln der Gesundheit und ihrer Gefährdungen im Blick. Die schulische Gesundheitsförderung ist damit auf dem Weg, zu einem solidarisierenden, die Menschen in der Schule verbindenden Ansatz zu werden. Er hilft, die nahe liegende, oftmals praktizierte Strategie individueller Schuldzuweisung der Gesundheitserziehung („blaming the victim“) zu vermeiden.

(7) *Vom individuellen Gesundheitsverhalten zu settingbezogenen gesunden Lebensweisen:* Die Umwelt und die Lebensbedingungen der Menschen rücken in der schulischen Gesundheitsförderung stärker ins Blickfeld. Die Schule ist neben der Kommune („Healthy City“), dem Betrieb („Workplace Health Promotion“) und dem Krankenhaus („Healthy Hospital“) ein solches Setting, in dem die moderne Gesundheitserziehung z.T. allerdings erst modellhaft verwirklicht wird. Mit dieser Orientierung erfolgt eine Abkehr von einer eher auf das individuelle Verhalten der Schülerinnen und Schüler fixierten Gesundheitserziehung, die dazu neigt, soziale Ursachen gesundheitlicher Probleme auszublenden bzw. zu psychologisieren und zu medikalisieren. Und schließlich, aber nicht zuletzt:

(8) *Von einem normierend-disziplinierenden zu einem explizit demokratisch-emanzipatorischen Konzept, zu Partizipation und Empowerment:* Die schulische Gesundheitsförderung vertritt das Credo der Gesundheitsförderung, das die Unterstützung der Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit und damit die Stärkung der Gesundheit zum Inhalt hat. Sie nimmt Abschied von den traditionellen paternalistischen Vermittlungskonzepten. Aktive Mitgestaltung und Verantwortungsübernahme, sowie Stärkung der Selbstverfügungskräfte stehen als Strategien im Mittelpunkt. Mit diesen Auffassungen steht sie modernen pädagogischen Konzeptionen der Gesundheitsbildung sehr nahe (Haug 1991).

Die internationalen Erfahrungen mit diesem Setting-Ansatz haben zu Systematisierungen geführt, so dass heute Handlungsfelder und Prinzipien dieses Ansatzes einheitlich beschrieben werden können (Weare 2000; St.. Leger 2000). Die folgende Abbildung gibt dazu einen Überblick (s. Abb. 1).

<b>Salutogenese</b> (5)				
<b>Partizipation/ Empowerment/ Advokatorisches Eintreten</b> (4)	Lehren, Lernen Curriculum (1)		Schulkultur <b>Schulische Umwelt</b> (2)	<b>Innere / Äußere Vernetzung</b> (3)
		<b>Gesundheitsfördernde Schule</b>		
	Dienste Kooperationspartner (3)		Schulisches Gesundheitsma- nagement (4)	
<b>Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und ihrer beeinflussenden Faktoren</b> (2)				
<b>Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung</b> (1)				

Abb. 1. Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule

Die Handlungsfelder lassen sich wie folgt charakterisieren:

- (1) *Lehren und Lernen*: Hier geht es sowohl um Gesundheit als Thema des Lehrens und Lernens als auch um eine gesundheitsförderliche Didaktik und Methodik des Lehrens und Lernens (z.B. ganzheitliches Lernen, mit allen Sinnen; Bewegung und Lernen; Rhythmisierung des Unterrichts; signifikantes Lernen).
- (2) *Schulleben und schulische Umwelt*: Hier ist Gesundheit als Prinzip der Schulkultur sowie als Prinzip baulicher Maßnahmen der Schulgestaltung angesprochen (z.B. psychosoziales Klima; Schulhof als Lebens- und Freizeitraum; Ruhe- und Rückzugsräume; Klassenraum als Bewegungsraum; Licht und Farben als Gestaltungselemente zur Förderung des Wohlbefindens).
- (3) *Kooperationen und Dienste*: Hier ist der Einbezug außerschulischer Partner und psychosozialer bzw. medizinischer Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung gemeint (z.B. schulpsychologische Dienste, Gesundheitsämter, Pädiater, Jugendhilfe, Krankenkassen).
- (4) *Schulisches Gesundheitsmanagement*: Hier ist die Entwicklung sowie Anwendung von Prinzipien und Strategien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung Thema. Das Schulgesundheits-Management-System ist ein in die Schule integriertes und systematisch betriebenes Management, das verschiedene Qualitätsindikatoren enthält. Es beinhaltet Elemente der (a) Führungs-, (b) Struktur-, (c) Prozess- und (d) Ergebnisqualität (Bertelsmann-Stiftung und Böckler-Stiftung 2000), die in der Perspektive „Schule als Betrieb“ aufeinander bezogen werden. Wichtige Bereiche sind hier zum Beispiel Führungsstile, Schulkultur und –klima, Arbeitsverhalten, Arbeitszufriedenheit und organisationales Lernen.

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

- (1) *Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung*: Schulische Gesundheitsförderung soll als Impuls für die Entwicklung der Schule verstanden werden. Sie soll Teil der Schulentwicklung sein und nicht als Initiierung einzelner „Events“ verstanden werden, die immer mal wieder stattfinden, oftmals aber ohne nachhaltige Wirkung in der Schule sind.
- (2) *Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff*: Gesundheit wird in der Gesundheitsfördernden Schule umfassend - in Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO

von 1948 - als physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Balance des Wohlbefindens verstanden. Durch die Betonung der subjektiven Seite von Gesundheit, durch die Betonung des *Gesundseins* kommt die Subjekthaftigkeit des Menschen ins Spiel. Wohlbefinden ist etwas, worüber nur die bzw. der Betroffene selbst entscheiden kann. Sie bzw. ihn bei Veränderungsmaßnahmen mit einzubeziehen, als erlebende Person ins Zentrum zu stellen, ist eines der wichtigsten Anliegen der Gesundheitsförderung.

(3) *Vielfalt der Determination von Gesundheit*: Gesundsein ist vielfältig determiniert. Nicht nur das Verhalten nimmt Einfluss, sondern auch die genetische Ausstattung, die gesellschaftlich-kulturellen Gegebenheiten (z. B. das Bildungssystem mit der Schule) und nicht zuletzt auch das Gesundheitssystem. Und: Diese Bedingungen hängen wiederum miteinander zusammen und beeinflussen sich gegenseitig.

(4) *Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment*: Welche gesundheitlichen Probleme in einer solchen Schule aufgegriffen und zum Gegenstand der Bearbeitung gemacht werden, darüber entscheidet die Schule selbst. Dabei sind im idealen Fall alle Personengruppen der Schule (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern, nicht-unterrichtendes Personal) mit ihren Wünschen und Erwartungen eingebunden.

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

Wesentliche Beiträge sind bisher im Rahmen der erwähnten Modellversuche und anderer Projekte (z.B. dem Lions-Quest-Programm „Erwachsen werden“, den Programmen „Klasse 2000“ oder „Fit und stark fürs Leben“) im Bereich „Lehren, Lernen, Curriculum“ erbracht worden (s. z.B. Burow, Aßhauer & Hanewinkel 1998; 1999; Hollederer & Bölcskei 2000; Medusana Stiftung 2002). Defizite bestehen vor allem noch im Bereich der Entwicklung und Umsetzung wirkungsvoller „Schulgesundheits-Management-Systeme“ (SMS).

Dieser zur Zeit weit verbreitete Ansatz, der zwar einige Entwicklungsdefizite aufweist, scheint unangefochten zu sein. Auf zwei eindeutige und augenfällige Schwächen dieses Ansatzes soll hier aber hingewiesen werden, die Anlass geben müssen, nicht mehr nur darüber nachzudenken, wie der Ansatz verbessert werden kann, sondern auch vor allem darüber, ob sich nicht neue Perspektiven anbieten, die langfristig einen größeren Erfolg schulischer Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz versprechen, ohne allerdings die Errungenschaften der bisherigen Entwicklungen aufgeben zu müssen:

- *Geringe Verbreitung der Gesundheitsfördernden Schulen:* Zwar haben bis auf Bayern alle Bundesländer an den letzten beiden BLK-Modellversuchen teilgenommen, mit Ausnahme der Schulen des OPUS-Netzwerks in Nordrhein-Westfalen haben aber erst wenige das Setting-Konzept systematisch aufgegriffen. Auch wenn man davon ausgeht, dass die Umsetzung des Konzeptes in seiner Ganzheit einen sehr hohen Anspruch beinhaltet und viele Schulen damit überfordert sind, ist es dennoch bemerkenswert, dass viele Schulen dieses Konzept auch ansatzweise noch nicht aufgegriffen haben und es zu einer „Dimension“ ihres Selbstverständnisses von Schule gemacht haben. Festzuhalten bleibt deshalb, dass das Konzept bislang nicht die gewünschte Wirkung erzielen konnte. Es ist bisher nicht gelungen, was programmatisch in der Resolution von Thessaloniki (1997), die auf der ersten Konferenz des „European Network of Health Promoting Schools“ verabschiedet wurde, gefordert wird: Jedes Kind in Europa soll ein Anrecht darauf haben, eine Gesundheitsfördernde Schule zu besuchen (WHO 1997; Paulus 2000). Angesichts der Gesundheitsproblematik, die an Schulen herrscht, auf die hier aber nur verwiesen werden kann (s. z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998; Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R. & Todd, J. 2000; Europäische Kommission 2000; Etschenberg, K. 2001), ist der erreichte Entwicklungsstand ein viel zu geringes Ergebnis.

- *Bedeutungslosigkeit in der aktuellen Diskussion um die „Neuvermessung des pädagogischen Sinns“ der Schule* (Flitner 1996): Es ist auch zur Kenntnis zu nehmen, dass die aktuelle schulpädagogische und bildungspolitische Diskussion um die Erneuerung der Schule (z.B. von Hentig 1993; Voß 1996), die Fragen nach der Verwirklichung einer leistungsfähigeren, moderneren, innovativeren oder guten Schule



aufwirft und hierzu konkrete Konzeptionen entwickelt und modellhaft umsetzt, weitestgehend ohne Rückgriff auf Erkenntnisse der schulischen Gesundheitsförderung geführt wird (z.B. Eikenbusch 1998; Rolff, Buhren, Lindau-Bank & Müller 1999; Schratz, Iby & Radnitzky 2000).

Diese bedauerliche Entwicklung ist nicht auf oberflächliche Phänomene zurückzuführen, wie z.B. mangelndes Marketing oder ungenügend ausgebaute Unterstützungsstrukturen. Die Gründe liegen tiefer. Sie haben hauptsächlich damit zu tun, dass der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule originär kein Ansatz ist, der aus der Schule selbst, d.h. aus ihren Entwicklungsnotwendigkeiten heraus, entwickelt worden ist, sondern von außen, von außerschulischen bzw. –pädagogischen Interessen geleitet, an die Schule herangetragen worden ist und wird. Wesentlicher Motor sind gesundheitspolitische Anliegen, denen es im Kern um eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung geht. So sind denn auch die treibenden und unterstützenden Kräfte auf europäischer Ebene die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die das Technische Sekretariat des „European Network of Health Promoting Schools“ in Kopenhagen bei der WHO-EURO unterhält und die Europäische Kommission, die über die Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit das internationale Netzwerk und Projekte fördert. Zentrale Ziele sind hier Gesundheitsziele, die sich an epidemiologischen Erkenntnissen über den Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen orientieren bzw. an den Ergebnissen und Herausforderungen der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung (z.B. International Union for Health Promotion and Education 1999). Schule wird in dieser Perspektive nach wie vor eher als ein Institution gesehen, in der die wichtige Zielgruppe der nachwachsenden Generation schicht- und milieuübergreifend erreicht werden kann. Soziale Randgruppen, die in der Regel auch mit höheren gesundheitlichen Risiken belastet sind, können auf diese Weise ohne kontraproduktive Stigmatisierung erreicht werden (Paulus 2002; s. hierzu im übrigen auch das Positionspapier der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom 21.Juni 2001). Eine solche Sichtweise verkürzt aber das Selbstverständnis und den Erziehungs- und Bildungsauftrag von Schule insgesamt, aber auch den, den sie im Bereich der Gesundheits-erziehung und –bildung hat. Nicht immer wird klar gesehen, dass Schule eine Institution des Bildungs- und nicht des Gesundheitswesens ist, was bedeutet, dass die Ge-

sundheitsziele immer reflektiert werden müssen vor dem Hintergrund des Erziehungs- und Bildungsauftrags der Schule.

### **3. Konsequenzen: Schulische Gesundheitsförderung vom Kopf auf die Füße gestellt – ein neues Paradigma**

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

lische Gesundheitsförderung schon auf diesem skizzierten Weg. Die vielfältigen Erfahrungen, die die Entwicklung und Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsfördernden Schule bisher erbracht haben, lassen sich in dieser Perspektive neu lesen und gewinnbringend verwerten. Sie bieten einen Fundus, auf dem aufgebaut werden kann.

#### **4. Die gute Schule**

Das was eine gute Schule ausmacht, kann hier nur kurz mit Verweis auf andere Untersuchungen (s. z.B. Fend 1986; 1998; Aurin 1991; Meyer & Winkel 1991; Brockmeyer & Edelstein 1997; Schratz & Steiner-Löffler 1999; Stern 1999) beschrieben werden. Eine gute Schule zeichnet sich danach aus durch (ein):

- Positive Leistungserwartungen und intellektuelle Herausforderungen bezüglich Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften
- Transparentes, „stimmiges“ und berechenbares Regelsystem
- Positives Schulklima mit Engagement für Schülerinnen und Schüler
- Mitsprache und Verantwortungsübernahme durch Schülerinnen und Schüler
- Zusammenarbeit und pädagogischer Konsens im Lehrkörper
- Wenig Fluktuation von Lehrerinnen und Lehrern sowie Schülerinnen und Schülern
- Zielbewusste, kommunikations- und konsensorientierte Schulleitung
- reichhaltiges Schulleben
- Schulinterne Lehrerfortbildung
- Einbeziehung der Eltern
- Unterstützung durch die Schulbehörde

Fasst man diese und andere Ergebnisse der internationalen Forschung zusammen, ergeben sich teilweise überlappende aber dennoch gut voneinander abgrenzbare Qualitätsdimensionen einer guten Schule, die durch Kriterien und Indikatoren dann noch näher bestimmt werden können. Die folgende Abbildung enthält als Übersicht die Qualitätsdimensionen und Kriterien, wie sie dem „International Network of Innovative School Systems“ (2002) zu Grunde liegen (s. Abb. 2)

<b>Qualitätsdimensionen und Kriterien der guten Schule</b> (International Network of Innovative School Systems, 2002)				
<b>Bildungs- und Erziehungsauftrag</b>	<b>Lernen und Lehren</b>	<b>Führung und Management</b>	<b>Schulklima und Schulkultur</b>	<b>Zufriedenheit</b>
Fach- und Sachkompetenz	Lern- und Lehrstrategien	Leitbild und Entwicklungsvorstellungen	Schulklima	Erfüllung der Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler (Schülerwahrnehmung)
Sozialkompetenz	Ausgewogener Unterricht	Entscheidungsfindung	Beziehungen innerhalb der Schule	Erfüllung der Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler (Elternwahrnehmung)
Lern- und Methodenkompetenz	Bewertungen von Schülerleistungen	Kommunikation	Beziehungen der Schule nach außen	Zufriedenheit der Lehrerinnen und Lehrer
Selbstkompetenz und Fähigkeit zum kreativen Denken		Operatives Management	Förderung positiven Verhaltens	
Praktische Kompetenz		Motivation und Unterstützung	Unterstützungssystem für Schülerinnen und Schüler	
Erfüllung der Anforderungen aufnehmender Schulen		Planung, Implementation und Evaluation		
Erfüllung der Anforderungen der Berufswelt		Personalentwicklung		

Abb. 2. Qualitätsdimensionen und Kriterien der guten Schule

Für eine erste Orientierung über diese Systematik werden die einzelnen Dimensionen nachfolgend kurz erläutert (Stern, Mahlmann, Vaccaro & Wilbert 2002):

- (1) *Bildungs- und Erziehungsauftrag*: Hier geht es um die Ergebnisse der Lehr- und Lernprozesse und somit um die wichtigste Dimension für die Evaluation schulischer Arbeit. Grundsätzlich wird darauf geachtet, dass die Lernergebnisse und pädagogische Wirkungen der Schule im Mittelpunkt aller Qualitätsbemühungen stehen. Dabei ist wichtig, dass es nicht allein um fachliche Lernergebnisse geht, sondern auch um andere Kompetenzen.

- (2) *Lernen und Lehren*: Das Lernen und Lehren ist das zentrale Tätigkeitsfeld der Schulen. Die ist ihr Kerngeschäft und hier liegt ihre Kompetenz. Denn Erziehung und Bildung sind die Hauptziele der Schule, die maßgeblich im und durch den Unterricht erreicht werden sollen.
- (3) *Führung und Management*: Professionelles Führungsverhalten sorgt für eine kooperative Wahrnehmung der Gesamtverantwortung und damit für die Gesamtzufriedenheit aller an Schule Beteiligten. Durch planvolle Aufgabendelegation wird die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter und ihre Identifikation mit der Schule gestärkt.
- (4) *Schulklima und Schulkultur*: Das Klima oder die Kultur einer Schule ist eine der wichtigsten Rahmenbedingungen für das Kerngeschäft des Lernens. Ein angenehmes Schulklima bietet emotionale und physische Sicherheit, die Schülerinnen und Schüler brauchen, denn Schule nicht nur ein Lernort sondern ein Lebensraum für Schülerinnen und Schüler.
- (5) *Zufriedenheit*: Neben der Dimension „Bildungs- und Erziehungsauftrag“ bezieht sich diese Dimension auch auf Ergebnisse der in der Schule stattfindenden Prozesse. Sie bildet eine Ampelfunktion, da sie Störungen in anderen Feldern aufzeigt. Zufriedenheit liegt deshalb auch „quer“ zu den anderen einzelnen Kriterien und ist immer in Bezug auf sie zu reflektieren.

## 5. Zwischenbilanz. Die Gesundheitsfördernde Schule und die gute Schule

Als Zwischenbilanz der bisherigen Ausführungen stellt die folgende Abbildung die Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule den Dimensionen der guten Schule als innovativer Schule gegenüber (s. Abb. 3)

Dimensionen der Gesundheitsfördernden und Guten Schule		
<b>Gesundheitsfördernde Schule</b>		<b>Gute Schule</b>
Lehren, Lernen, Curriculum		Bildungs- und Erziehungsauftrag

	<b>Schule</b>	Lernen und Lehren
Schulisches Gesundheitsmanagement		Führung und Management
Dienste, Kooperationspartner		Schulklima und Schulkultur
Schulkultur, schulische Umwelt		Zufriedenheit

Abb. 3: Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule und Dimensionen der Guten Schule – Eine Gegenüberstellung

Die Gegenüberstellung der Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule und der Dimensionen der guten Schule als innovativer Schule zeigt eine hohe Übereinstimmung. Der Settingansatz schulischer Gesundheitsförderung und die guten Schulen arbeiten sozusagen auf demselben Terrain. Aber und das ist das Entscheidende, aus unterschiedlichen Perspektiven und mit unterschiedlichen Zielen. Die Gesundheitsfördernde Schule „bringt“ Gesundheit mit dem Ziel in die Schule, sie auf allen Ebenen der Organisation gesünder zu machen. Dies betrifft Ziele der Gesundheitserziehung und –bildung bei den Schülerinnen und Schülern, betrifft aber auch Ziele der Gesundheit der Lehrkräfte und der Organisationsstrukturen und –abläufe der Schule (z.B. Bewegungspausen im Unterricht; gesundes Schulfrühstück; lebensweltbezogene Thematisierung relevanter Gesundheitsthemen im Unterricht, Streitschlichtungsverfahren, Stress- und Zeitmanagement für Lehrkräfte, Lärmreduktion, gesundheitsförderlicher Umgang mit Sicherheitsrisiken, Teamarbeit, Supervision, Gestaltung der Räume und Arbeitsplätze). Lose damit verbunden steht als Fernziel die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule. Mit dieser Ausrichtung verfolgt sie sowohl Gesundheits- als auch Bildungsziele. Vielfach ist aber bei der Planung und Umsetzung nicht klar, in welchem Verhältnis dies Ziele zueinander stehen, welche explizit die Gesundheitszeile sind und welches die damit zusammenhängenden oder unabhängig davon existierenden Bildungsziele sind. Oft entsteht der Eindruck, dass die Ziele nicht deutlich benannt sind.

Die gute Schule hingegen verfolgt in den aufgezeigten Dimensionen Erziehungs- und Bildungsziele direkt und explizit, um zu einer Steigerung der Qualität ihrer Arbeit zu gelangen.

Strategien der Zielerreichung sind in beiden Ansätzen solche der Schulentwicklung, wobei sich der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule spezieller Varianten bedient, die auf ihren Bedarf zugeschnitten sind und Lehrkräfte bzw. Beraterinnen und Berater hierfür ein spezielles Training erhalten (Paulus 1995; Barkholz, Israel, Paulus & Posse 1998).

Obwohl eine deutliche Übereinstimmung festgestellt werden kann, ist die Kooperation zwischen den Ansätzen und den sie vertretenden Personen(gruppen) sehr gering. Die differenten Perspektiven eröffnen offensichtlich unterschiedliche Sichtweisen auf Schule und schulische Notwendigkeiten, die zu einer Separierung der Forschungsfragestellungen, der Umsetzungspraxis und zu weitgehend unabhängig voneinander operierenden Forschungsförderungsinstitutionen auf nationaler und internationaler Ebene geführt haben.

## **6. Die gute gesunde Schule**

Im Ansatz der guten gesunden Schulen sollen diese beiden Entwicklungsstränge zusammengeführt werden. *Die gute gesunde Schule ist eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule.* Sie bilden auch die Evaluationskriterien ab, die Berücksichtigung finden. Hier findet eine deutliche Ausrichtung auf Bildungsziele statt. Gesundheitsziele sind intermediäre Ziele.

Zwei strategische Ansatzpunkte bieten sich an, die ich umschreiben möchte mit „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ und mit „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“. Im folgenden werden sie kurz erläutert.

Mit „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ ist umfassend die schulische Gesundheitserziehung und –bildung angesprochen, wie sie in Deutschland grundlegend in dem immer noch gültigen „Bericht der Kultusministerkonferenz zur Situation der Gesundheitserziehung in Schulen in Deutschland“ vom November 1992 festgeschrieben worden ist. Dort werden neben methodisch-didaktischen Fragen und Fragen einer ganzheitlichen Konzeption vor allem auch inhaltliche Themen benannt, die Schule aufzugreifen hat. Es sind: Ernährungserziehung, Hygiene/Zahngesundheitspflege, Sexualerziehung und AIDS-Prävention, Suchtprävention, Erste Hilfe Themen sowie Sport und Bewegungserziehung. Hier ist zu fragen, wie diese Themen aufbereitet sein müssen, damit die Qualität erreicht werden kann, die das Spektrum der Qualitätsdimensionen der guten Schule aufspannt: Gibt es hierzu schon hinreichend gutes Material für die Schulen? Für welche Bereiche, für welche Schulformen und –stufen bestehen noch Entwicklungsbedarfe?

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

Die Bertelsmann-Stiftung hat 2002 ein Schulprojekt initiiert, das genau diesem Verständnis der guten gesunden Schule folgt. Es heißt „Anschub.de“ (Paulus, Gröschell & Bockhorst 2002). Das Projekt ist entwickelt worden (a) vor dem Hintergrund der gegenwärtig kritisch einzuschätzenden gesundheitlichen Problemlagen von Schülerinnen, Schülern, Lehrkräften und der Schule als Organisation, (b) vor dem Hintergrund der aktuellen Situation schulischer Gesundheitserziehung und –förderung in den verschiedenen Bundesländern, (c) im Anschluss an die beiden BLK-



Modellversuche „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ (1993-1997) und OPUS („Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen“, 1997-2000), (d) vor dem Hintergrund der Diskussion um die Erneuerung der Schule, die jetzt durch die Veröffentlichung der PISA-Ergebnisse, eine neue Dimension bekommen hat und (e) im Anschluss an die beiden letzten Weltkonferenzen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung 1997 in Jakarta und 2000 in Mexiko. Mit dem Projekt will die Bertelsmann-Stiftung die Entwicklung von der Gesundheitsfördernden Schule zu der guten gesunden Schule in der Bundesrepublik neue und nachhaltige Impulse verleihen. Ziel der ersten Phase (1.1.2002 – 31.12.2003) ist es, gemeinsam mit Kooperationspartnern auf der Grundlage definierter gesundheitlicher Problemlagen der Schülerinnen, und Schüler, der Lehrkräfte und der Organisation Schule insgesamt evidenzbasierte Strategien („Module“) zu entwickeln. Diese sollen Schulen befähigen, die Qualität ihrer Erziehungs- und Bildungsarbeit entscheidend zu verbessern. Die gemeinsame Entwicklung und die spätere Umsetzung in der zweiten Phase des Modellprojekts (2004-2008) geschieht in Form von Gesundheitsförderungs-Allianzen, zu denen sich die Kooperationspartner auf Bundesebene projektbezogen zusammenschließen. Dadurch sollen auf der regionalen und lokalen Ebene für Projekte gezielter und nachhaltiger Ressourcen bereitgestellt werden können.

## **7. Schluss**

Eine gute gesunde Schule wird in Zukunft jede Schule sein müssen. Gesundheit zur Steigerung der Erziehungs- und Bildungsarbeit wird in Zukunft zum Pflichtprogramm der Schulen gehören. Dies kann berechtigterweise erwartet werden nach Auswertung der Erfahrungen, die in den Modellversuchen zur Gesundheitsfördernden Schule nicht nur in Deutschland, sondern auch im „European Network of Health Promoting Schools, zu dem auch die Schweiz gehört, gesammelt worden sind (Stewart Burgher, Barnekow Rasmussen & Rivett 1998; Barkholz, Gabriel, Jahn & Paulus 2001). Gesundheit macht eine Differenz, die einen Qualitätssprung bedeutet. In Deutschland wird das Projekt „Anschub.de“ im Verbund mit einer Vielzahl von national tätigen Partnerorganisationen im Rahmen eines Modellversuchs hierfür wichtige Impulse geben können. Die angestrebte Kooperation mit dem Bundesamt für Gesundheit der Schweiz, der noch andere internationale Kooperationen folgen sollen,

wird die Idee der guten gesunden Schule auch international stärken. Die zweite Konferenz des „European Network of Health Promoting Schools“, die im September in Egmond in den Niederlanden stattfand, hat auch schon Signale gesetzt, die darauf hinweisen, dass die vielbeschworene „Allianz von Bildung und Gesundheit“ (Stewart Burgher, Barnekow Rasmussen & Rivett 1998) auch im internationalen Netzwerk neu definiert werden wird. Das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule wird dann eher für die Schulen reserviert bleiben, die sich dem Thema Gesundheit als einer spezifischen Profilierung verschrieben haben, um sich damit z.B. gegenüber anderen Schulen, mit denen sie auf dem Bildungsmarkt konkurrieren, abheben. Sie stehen in der Tradition der ursprünglichen Idee der Health Promoting Schools, wie sie Anfang der 90er Jahre von der Weltgesundheitsorganisation propagiert worden ist und seitdem für längere Zeit als innovativste Form schulischer Gesundheitserziehung und –bildung gegolten hat (Paulus 1995). Aber neue Zeiten und damit neue Herausforderungen für die Schulen brechen an und damit kann auch die schulische Gesundheitsförderung nicht mehr so bleiben wie sie gegenwärtig ist. Die gute gesunde Schule ist ein vielversprechender weiterführender Ansatz, der für Schulen eine höhere Qualität der pädagogischen Arbeit verspricht, als wenn sie sich allein auf die Verwirklichung der guten Schule beschränken würden oder weiterhin allein dem nun schon traditionellen Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule folgen würden.

## 8. Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Dt. erw. Herausgabe von A. Franke). Tübingen: dgvt-Verlag
- Aurin, K. (1991). Gute Schulen – Worauf beruht ihre Wirksamkeit (2. Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.-G. (1993). Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Weinheim: Juventa
- Barkholz, U. & Paulus, P. (1998). Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Barkholz, U.; Gabriel, R. Jahn, H. & Paulus, P. (2001). Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Norderstedt: Libri
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert (2. erw. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Bertelsmann-Stiftung & Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2000). Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung
- Brockmeyer, R. & Edelstein, W. (Hrsg.) (1997). Selbstwirksame Schulen. Wege pädagogischer Innovation. Oberhausen: Karl Maria Laufen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998). Gesundheit von Kindern- Epidemiologische Grundlagen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Burow, F.; Asshauer, M. & Hanewinkel, R. (1998). Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr. Stuttgart: Klett
- Burow, F.; Asshauer, M. & Hanewinkel, R. (1999). Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr. Stuttgart: Klett
- Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R. & Todd, J. (Eds.) (2000). Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: a Cross-National Study (HBSC). International Report. Copenhagen: WHO
- Etschenberg, K. (2001). Chronische Erkrankungen als ein Problem und Thema in Schule und Unterricht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Canterbury Christ Church College, Centre for Health Education and Research (1997). The implementation of ENHPS in different national contexts. Copenhagen: WHO
- Denman, S.; Moon, A.; Parsons, C. & Stears, D. (2001). The Health Promoting School. Policy, research and practice. London: Routledge
- Eikenbusch, G. (1998). Praxishandbuch Schulentwicklung. Berlin: Cornelsen
- Etschenberg, K. (2001). Chronische Erkrankungen als ein Problem und Thema in Schule und Unterricht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Arbeitspapier der Kommissionsstellen, DG 5, F3. Luxembourg: Europäische Kommission
- Fend, H. (1986). „Gute Schulen - schlechte Schulen“. Die einzelne Schule als pädagogische Handlungseinheit. Die Deutsche Schule, 78, 275-293
- Fend, H. (1998). Qualität im Bildungswesen. Schulforschung zu Systembedingungen, Schulprofilen und Lehrerleistung. Weinheim: Juventa
- Fleischer-Bickmann, W. & Maritzen, N. (1996). Schulprogramm. Anspruch und Wirklichkeit eines Instruments der Schulentwicklung. Pädagogik, 1, 12-17
- Flitner, A. (1996). Schule. In Krüger, H.- H. & Helsper, W. (Hrsg.), Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft (S.167-176). Berlin: Springer.
- Freitag., M. (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrgesundheit. Weinheim: Juventa
- Haug, Ch. V. (1991). Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health-Promotion“-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Hentig, H. v. (1993). Die Schule neu denken. Eine Übung in praktischer Vernunft (2. erw. Aufl.). München: Hanser
- Holleder, A. & Bölskei, P. L. (2000) Gesundheitsförderung in die Lehrpläne. Prävention 23, S. 99 - 103
- International Network of Innovative School Systems (Ed.) (2002). Quality development of schools based on international quality comparisons. Information material. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung
- International Union for Health Promotion and Education (1999) The evidence of health promotion effectiveness Part two. Evidence book. Brussels: ECSC

- Kultusministerkonferenz (1992). Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bericht der Kultusministerkonferenz vom 5. - 6. November 1992. Bonn: Kultusministerkonferenz
- Marx, E.; Wooley, S.F. & Northrop, D. (Eds.) (1998). Health is academic. A guide to coordinated school health programs. New York: Teachers College Press
- Medusana Stiftung (Hrsg.) (2002). Das Praxisbuch I. Ein Handbuch für Lebendiges Gesundheitslernen im Projekt „Die Medipäds. Lehrer und Ärzte im Team“. Hohengehren: Schneider
- Meyer, E. & Winkel, R. (Hrsg.) (1991). Unser Ziel: Humane Schule. Entwicklung. Praxis. Perspektiven. Hohengehren: Schneider.
- Paulus, P. (1995). Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen. Die Deutsche Schule, 87, 262-281
- Paulus, P. (1998). Gesundheitsförderung in der Schule. In Merke, K. (Hrsg.). Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung (S. 510-521). Berlin: Quintessenz Verlag
- Paulus, P. (2000). Gesundheitsfördernde Schulen als Gegenpotential zum Leben? In Altgeld, Th. & Hofrichter, P. (Hrsg.). Reiches Land – kranke Kinder? (S. 235-259). Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Paulus, P. (2002). Die gesundheitsfördernde Schule in Europa – eine Investition in Bildung, Gesundheit und Demokratie. In Hilligus, A.H.; Rinkens, H.-D. & Friedrich, C. (Hrsg.). Europa in Schule und Lehrerausbildung. Entwicklungen – Beispiele – Perspektiven (S.163-185). Münster: LIT-Verlag
- Paulus P. & Brückner, G. (Hrsg.) (2000). Auf dem Weg zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen, Handlungsfelder, Bewertungen: Tübingen: dgvt-Verlag
- Paulus, P.; Gröschell, M. & Bockhorst, R. (2002). Anschub.de – Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung. Prävention, 25(3), 75-77
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven (S. 92-116). Luzern: Sauerländer
- Rolff, H.-G.; Buhren, C.-G.; Lindau-Bank, D. & Müller, S. (1999). Manual Schulentwicklung. Handlungskonzept zur pädagogischen Schulentwicklungsberatung (SchuB). Weinheim: Beltz
- Schneider, V. (1993). Gesundheitsförderung heute. Möglichkeiten Grenzen, Materialien für die Krankenpflege. Freiburg: Lambertus
- Schratz, M. & Steiner-Löffler, U. (1999). Die lernende Schule. Arbeitsbuch pädagogische Schulentwicklung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Schratz, M.; Iby, M. & Radnitzky, E. (2000). Qualitätsentwicklung. Verfahren, Methoden, Instrumente. Weinheim: Beltz
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2000). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 (Manuskript)
- St. Leger (2000), L. Developing indicators to enhance school health. Health Education Research, 15 (6), S. 719 - 728
- Stern, C. (1999) (Hrsg.). Schule neu gestalten. „Netzwerk Innovativer Schulen in Deutschland“ (Neuauf.). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Stern, C.; Mahlmann, J.; Vaccaro, E. & Wilbert, K. (2002). Schulqualität: Dimensionen, Kriterien und Indikatoren. In International Network of Innovative School Systems (Ed.). Quality development of schools based on international quality comparisons. Information material (1-7). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung

- Stewart Burgher, M., Barnekow-Rasmussen, V. & Rivett, D. (1999). The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health. Copenhagen: World Health Organization
- Voß, R. (1996) (Hrsg.). Die Schule neu erfinden. Systemisch-konstruktivistische Annäherungen an Schule und Pädagogik. Neuwied: Luchterhand
- Weare, K. (2000). Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London: Routledge
- Weltgesundheitsorganisation (1997). Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Kopenhagen: WHO
- WHO (Ed.) (1997). The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Conference report. WHO: Copenhagen
- WHO (1992). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In Paulus, P. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (S. 17-22). Köln: GwG-Verlag

**Kontakt:**

Prof. Dr. Peter Paulus  
Institut für Psychologie  
Universität Lüneburg  
Scharnhorststr.1  
D-21335 Lüneburg  
Tel. 0049-4131-781702  
E-mail: paulus@uni-lueneburg.de