
Maria Anna Marchwacka

Gesundheitsbildung als Herausforderung für den Schulentwicklungsprozess

Zusammenfassung

Ein historischer Abriss der Gesundheitsbildung an Schulen verdeutlicht einen Paradigmenwechsel vom normorientierten Gesundheitsimperativ zur emanzipatorischen Gesundheitsbildung. Gegenwärtig wird zum einen der salutogenetische Ansatz im Sinne der Förderung und Stärkung von Entwicklungspotenzialen fokussiert; zum anderen forcieren die aktuellen Konzepte (u.a. „Gute Gesunde Schule“) den Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel, die Schul- und Unterrichtsqualität zu optimieren. Insofern ist Gesundheit als inhärenter Teil der Bildungsprozesse hervorzuheben – sowohl auf der Ebene der Persönlichkeitsentwicklung (als integrativ-reflexiver Bildungs- und Lernprozess) als auch auf der Ebene der Schulentwicklung (Organisations-, Personal- und Unterrichtsentwicklung). Inwieweit Lehrkräfte der Querschnittsaufgabe „Gesundheitsbildung an Schulen“ einen hohen Stellenwert einräumen, wird auf der Basis von Leitfadenterviews mit 30 Lehrerinnen und Lehrern aus NRW aufgezeigt. Schlüsselwörter: Gesundheitsbildung, Legitimation und Zuständigkeit, Lebensraum „Schule“, integrativ-reflexiver Lernprozess, Schulentwicklung, Partizipation, Lebensweltbezug

Health Education as a Challenge for School Development Processes

Summary

A historical sketch of health education at schools shows a paradigm change from a norm-oriented health imperative to an emancipatory health education. Actually, there is a focus on the salutogenetic approach, regarding the promotion and strengthening of development potentials, on the one hand; on the other hand, topical concepts (e.g., “Good and Healthy School”) enforce the school development process in order to optimize the quality of school and learning. Thus, health has to be emphasized as an inherent part of the educational process – both on the level of individual development (as integrative-reflexive education and learning process) and on the level of school development (organization, personnel and instruction development). To what extent teachers esteem the cross-sectional task “health education at schools”, will be shown on the basis of guided interviews with 30 teachers in North Rhine-Westphalia.

Keywords: health education, legitimation and responsibility, school as living environment, integrative-reflexive learning process, school development, participation, authenticity

1. Historischer Abriss: vom normorientierten Gesundheitsimperativ zur emanzipatorischen Gesundheitsbildung

Ein Blick in die Geschichte des Schulwesens lässt die Relevanz der Gesundheit (die anzustrebende Harmonie zwischen Geist und Körper; vgl. Kurz 1973) im Bildungsprozess allzeit erkennen. Mit dem Beginn der staatlichen Aufsicht über das Schulwesen richtet sich der Fokus auf normierte Maßnahmen zur Gesundheits-erziehung – hauptsächlich in Form der Wissensvermittlung. Exemplarisch kann auf die Publikation „Gesundheits-Katechismus zum Gebrauch in den Schulen bey dem häuslichen Unterrichte“ von Faust (1794) hingewiesen werden, mit der Gesundheit als Wert und die Pflicht, sie zu erhalten, propagiert werden, so dass „die Jugend von klein auf darin unterrichtet werden“ müsse (Vogel 1954, S. 102).

Die gesellschaftspolitischen Maßnahmen (Initiierung der öffentlichen Gesundheits-pflege) zur Verbesserung der „Hygiene“ (u.a. auch der Schulhygiene¹) hatten insbesondere die Industrialisierungsphase im Kaiserreich geprägt und bestimmten auch die öffentliche Gesundheitspflege – u.a. wurden das Sozialgesetzbuch eingeführt und der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ gegründet (vgl. Winkler 1998, S. 32). Die Mediziner forderten Maßnahmen im Sinne der Gesundheitserziehung, die Aufklärung und Disziplinierung unter die Kindeserziehung subsumieren und steuernd in das Privatleben eingreifen sollten. Exemplarisch sei an dieser Stelle die Forderung von Virchow angeführt, der den Ausbau eines schulärztlichen Dienstes forderte, um die Gesundheitserziehung an den Schulen den zuständigen Ärzten zu übertragen (vgl. ebd., S. 33, zitiert nach Lorentz 1959). Trotz der im 19. Jahrhundert geforderten Maßnahmen² erhielten Lehrpersonen erst in den 1920er-Jahren von der Reichsschulkonferenz die Zuständigkeit für die Gesundheitserziehung (vgl. Wulfhorst 2002). Die Institution „Schule“ galt damit als Ort der Aufklärung für Volkshygiene und körperliche Gesundheit.

Standen in der Zeit der Industrialisierung im Kaiserreich körperliche Gesundheit und die normorientierten gesellschaftlich-politischen Maßnahmen im Mittelpunkt, so rückten in der Reformpädagogik ganzheitliche Konzepte der Gesundheitsbildung

1 Bereits 1867 wurde „Schulgesundheitspflege“ in Verbindung mit dem Biologieunterricht als Arbeitsgebiet der Naturforscherversammlung in Frankfurt eingeführt (vgl. Haug 1991, S. 131).

2 Seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurden sowohl Schulunterricht als auch Lehreraus- bzw. -fortbildung zunehmend nach Prinzipien der naturwissenschaftlich-medizinischen Hygiene ausgerichtet (vgl. ebd.).

in den Vordergrund, denen Beobachtung, Achtsamkeit und Empathie als Elemente pädagogischer Diagnostik zugrunde lagen. Dies spiegelt sich u.a. in der Pädagogik von Janusz Korczak wieder, der einen diagnostisch-individuellen Ansatz befürwortete: „Als Arzt hat er versucht, als vorsorgender Mediziner für den Körper und die Gesundheit zu sorgen und das Kind zu verstehen. Als Erzieher hat er für die Seele Bedingungen der freien Entfaltung gesucht“ (Langhanky 1994, S. 87). Heilpädagogische Ansätze von Maria Montessori und anthroposophische Ansätze (Waldorfpädagogik) von Rudolf Steiner stellen die individuellen Lernansätze und ganzheitliche Entwicklung des Kindes ebenso in den Mittelpunkt.

Die in der Reformpädagogik propagierte individuelle Förderung kam in der NS-Zeit zum Erliegen. In dieser Phase wurde nunmehr der Gesundheitsimperativ im Dienste des Volkes (Volksbelehrung und „Arbeit am gesunden Volkskörper“) gefordert, der als Gemeinschaftsziel der Pflichterfüllung im Sinne der NS-Ideologie folgte – als Mittel zum Zweck, wie exemplarisch folgende Publikation dokumentiert: „Gesundheit ist Pflicht – Ein Wegweiser für gesunde Lebensgestaltung“. In ihr wurden die Leser und Leserinnen über Themen wie Ernährung, Körper- und Nervenpflege, Leibeserziehung sowie auch Abhärtung und Sorge für eine gesunde Nachkommenschaft aufgeklärt (vgl. Diwok 1940, S. 2). Gesundheitserziehung sollte ausschließlich eine Stärkung des Gesunden gewährleisten; die Stützung der „Kranken“ war nicht eingeschlossen (vgl. Haug 1991). Die Optimierung der körperlichen Gesundheit sollte vor allem der Wehrtüchtigkeit der Jungen und der Gebärfähigkeit der Mädchen dienen (vgl. Klöcker 1986, S. 77).

In den Nachkriegsjahrzehnten beschränkten sich die gesundheitserzieherischen Maßnahmen auf körperliche Aspekte und Volksbelehrung – zur gesunden Ernährung, Zahnhygiene sowie Körperhygiene, und zwar primär im medizinischen Sinne. Gleichzeitig wurden Bemühungen ersichtlich, die die Kooperation zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Lehrpersonen bzw. Schulleitung forderten, um eine gesunde Entwicklung der Schülerinnen und Schüler ganzheitlich zu gewährleisten, denn „die ärztliche Betreuung der erkrankten und gefährdeten Kinder und alle schulhygienischen Maßnahmen“ treffen nicht den pädagogischen Kern (Döpp-Vorwald 1966, S. 15).

Ein hoher Stellenwert wurde der Gesundheitserziehung an Schulen und in der Lehrerbildung in der ehemaligen DDR eingeräumt. Die Maßnahmen waren dem politisch-ideologischen Ziel der Volkserziehung untergeordnet, die aufklärerische Ansätze in Bezug auf Drogen sowie Abschreckungsmethoden im Blick hatten (vgl. Winkler 1998, S. 39; Ludwig 1973, S. 84). Auch in der Bundesrepublik gehörten zu dieser Zeit die Vermittlung von biologischem Faktenwissen, Aufklärung in Form von „Geboten und Verboten“, um Risiken zu vermeiden, sowie Abschreckungsmethoden zu den gängigen Ansätzen der Gesundheitserziehung (vgl. Lehmann 2015, S. 17).

Als Wendepunkt von der *Gesundheitserziehung* zur *Gesundheitsbildung* kann die Ottawa-Charta gesehen werden, die im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO verabschiedet wurde: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1986). Der Kernpunkt basierte auf einem Gesundheitskonzept, das die Einbeziehung gesellschaftspolitischer Maßnahmen im Sinne der Chancengleichheit, Selbstbestimmung sowie gesellschaftlicher Verantwortung fordert und den Bildungsprozess nahelegt.

Im Hinblick auf den Setting-Ansatz, der aktuell in den Vordergrund rückt, verweisen Dadaczynski et al. (2015) auf konzeptionelle Veränderungen im Setting Schule – von der „gesundheitsfördernden Schule“, die Gesundheitsaspekte in die Schule zusätzlich integrieren sollte, zu dem aktuellen Konzept „Gute gesunde Schule“. Dieses zielt auf die Erhaltung bzw. Schaffung von Gesundheitsressourcen, die schulische Ansätze interdisziplinär anlegt und folgende Bausteine zur Grundlage hat: Unterrichtsqualität, Schulklima, Gesundheitsmanagement³ und Kooperationspartner (vgl. Paulus 2010). Weiterhin soll das Konzept – basierend auf dem Verständnis der Gesundheit als „essenzielle Voraussetzung für erfolgreiche Bildungs- und Erziehungsprozesse“ – die Bildungs- und Erziehungsqualität an Schulen „durch Gesundheitsinterventionen“ fördern (Dadaczynski et al. 2015, S. 206). Dieser Ansatz kann im Sinne des „Drei-Wege-Modells“ (Organisations-, Personal- und Unterrichtsentwicklung) nach Rolff (1998, 2012) in den Schulentwicklungsprozess integriert und entsprechend dem Bedarf der jeweiligen Einzelschule angepasst und implementiert werden.

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta werden Empowerment und die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensstil im Sinne der *Gesundheitskompetenz*⁴ zunehmend thematisiert, während normorientierte Gesundheitserziehung kritische Resonanz erfährt. Die Kritik richtet sich gegen gesundheitserzieherische Maßnahmen, die den Gesundheitsimperativ („Gesundheit als universelle Pflicht“) und Normorientierung zum Ziel setzen (vgl. Hörmann 2009a; Schmidt 2007); auch „Mythen“ über Gesundheit geraten in Kritik. Folglich rückt die Entwicklung einer reflektierten gesundheitsbewussten Lebensweise in den Mittelpunkt der Gesundheitsbildung, die als „Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines ‚kultivierten Lebensstils‘ (als gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung)“ (Hörmann 2009b, S. 21) aufgefasst wird. Insofern bedarf es eines *reflexiven* Lernprozesses, der eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensstil sowie mit den jeweiligen gesellschaftlichen Gesundheitsvorstellungen im Sinne selbstgesteuerten, lebenslangen Lernens impliziert.

3 Zur Vertiefung der Thematik Gesundheitsmanagement sowie zur Rolle der Schulleitung verweise ich auf den Beitrag von Dadaczynski/Paulus (2011).

4 Nach Kickbusch/Maag/Saan (2005) ermächtigt Gesundheitskompetenz Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit.

Der historische Abriss lässt den *Perspektivenwechsel* in der Geschichte der Gesundheitserziehung erkennen: von der *normorientierten* Gesundheitserziehung im 19. Jahrhundert, die Gesundheit als biomedizinisches Modell begreift und Volksbelehrung zum Ziel hat, hin zum Verständnis der Gesundheit als einen *dynamischen* Prozess zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, der dem Individuum eine aktive Rolle einräumt, doch gleichwohl die gesellschaftliche Ebene bei Erhaltung und Förderung der Gesundheit hervorhebt. Auch im Hinblick auf Gesundheit im Kontext von Erziehung und Bildung ist auf einen Perspektivenwechsel hinzuweisen: von erzieherischen Maßnahmen an Schulen hin zur Schulentwicklung, die autonome Bildungsprozesse des Individuums im „Setting Schule“ fördert.

Die Entwicklung von gesundheitserzieherischen Maßnahmen an Schulen hin zur Gesundheitsbildung lässt Parallelen zur Schulentwicklung seit den 1990er-Jahren (vgl. Rolff 1998) erkennen: von der hauptsächlichlichen Fokussierung der Schulentwicklung als Schulsystem zur Hervorhebung der Entwicklung der Einzelschule und ihrer (relativen) Autonomie innerhalb des Schulsystems (auf der Ebene der Organisations-, Personal- und Unterrichtsentwicklung). Folglich sind Ansätze von Paulus (vgl. 2010; siehe auch Dadaczynski et al. 2015), der Gesundheit als Voraussetzung für erfolgreiche Bildungsprozesse antizipiert, in den pädagogischen Schulentwicklungsprozess (vgl. Rolff 2012) zu integrieren, um entsprechende Lehr- und Lernprozesse an Schulen zu optimieren und der Persönlichkeitsentwicklung jeder Schülerin und jedes Schülers gerecht zu werden und diese im Sinne der Gesundheitsbildung nachhaltig zu prägen.

2. Gesundheitsbildung an Schulen – Legitimation und Status quo

„Every child and young person in Europe has the right, and should have the opportunity to be educated in a health promoting school.“ (ENHPS 1997) Diese Forderung geht auf die Resolution der ersten Konferenz des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen in Thessaloniki (Resolution 1997) zurück. In Deutschland sind verschiedene Empfehlungen der Kultusministerkonferenz anzuführen, insbesondere die Empfehlung aus dem Jahr 2012, die Gesundheitsbildung als „unverzichtbares Element einer nachhaltigen Schulentwicklung“ hervorhebt (KMK 2012)⁵. Danach soll ein solcher Schulentwicklungsprozess auf den Kompetenzerwerb von Schülerinnen und Schülern zielen. Notwendig ist hierzu die Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Lebenswelten und ihrer Möglichkeiten gesellschaftlicher Partizipation an gesundheitsförderlichen Lebenswelten. Ressourcenstärkung und die Integration übergreifender gesundheitsförderlicher Themen werden als curricu-

5 Die Empfehlung der KMK bezieht sich auf die „Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“, in der Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht deklariert wird (vgl. WHO 1997).

lare und didaktische Prinzipien betont. Insofern kommt der Gesundheitsbildung an Schulen der Charakter einer Querschnittsaufgabe zu, die in den Schulgesetzen als *Bildungs- und Erziehungsauftrag* (z.B. in NRW § 2 SchulG) sowie im Rahmen der *Schulgesundheit/Schulgesundheitspflege* (z.B. in NRW § 54 SchulG, in Hessen § 149 SchulG) verankert ist. Das Gewicht, das ihr die Länder in ihren Schulgesetzen zu-messen, und wie sie jeweils Gesundheitsbildung verstehen, ist jedoch unterschiedlich. Im Schulgesetz des Saarlandes wird explizit „Gesundheitserziehung“ genannt und der Schwerpunkt auf die körperliche Gesundheit gelegt: „Die Schule hat neben ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag die Pflicht, an der Gesundheitserziehung mitzuwirken und die körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern.“ (§ 20 SchulG Saarland) Demgegenüber fordert die Regelung im Schulgesetz des Landes Berlin die Gestaltung „einer gesunden Lebensführung“, die „Freude am Leben“ und „Verantwortung für die eigene Gesundheit“ vorgibt (vgl. § 3 SchulG Berlin). Auch die Formulierung im Schulgesetz des Landes NRW verweist auf einen umfassenden Gesundheitsbegriff, der zwar die körperliche Gesundheit hervorhebt, doch mit „Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport“ konnotiert und Schülerinnen und Schüler anleiten soll, „gesund zu leben“ – eine Aufforderung, die auf Lebenskompetenzen schließen lässt (§ 2 SchulG NRW). Die Normierung im bayerischen Schulgesetz bestimmt die Schule dazu, „Geist und Körper, Herz und Charakter zu bilden“ und „die Zusammenarbeit mit außerschulischen Einrichtungen, insbesondere mit Betrieben, Sport- und anderen Vereinen“, auszubauen (Art. 2 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Gesundheitswesen). Hier wird auf das Bestreben der ganzheitlichen Förderung verwiesen, die Vernetzung im Sinne der Nachhaltigkeit gewährleisten soll. Die angeführten Verordnungen zur Gesundheitsbildung in den vier exemplarisch genannten Schulgesetzen fassen Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbildung als Querschnittsaufgabe der Schule und zeigen die Vielschichtigkeit des Aufgabenbereichs auf; die Umsetzung bleibt aber letztlich den Schulträgern und Akteuren an den Schulen sowie deren Verständnis von Gesundheitsbildung überlassen.

2.1 Gesundheit und Gesundheitsbildung

„Gesundheit“ ist ein heterogenes Konstrukt, das mehrdimensionale Facetten aufweist und als ein dynamischer Prozess⁶ zu verstehen ist. Im Gegensatz zu pathogenetischen Ansätzen, die Krankheiten und deren Ursachen fokussieren, ist für das

6 Im Gegensatz zu den statischen Modellen der Gesundheit (Gesundheit als Zustand) wird seit den 1980er-Jahren der Lebensstil-Ansatz in die Kompetenzentwicklung der Gesundheitsförderung integriert und definiert als „die Gesamtheit der alltäglichen Lebensvollzüge, die die Praxis milieuspezifischer und individueller Lebensplanung und -gestaltung sowie die Formen der Bewältigung von Lebenskrisen und ‚kritischen Lebensereignissen‘ [...] prägen.“ (von Kardorff 2003, S. 145)

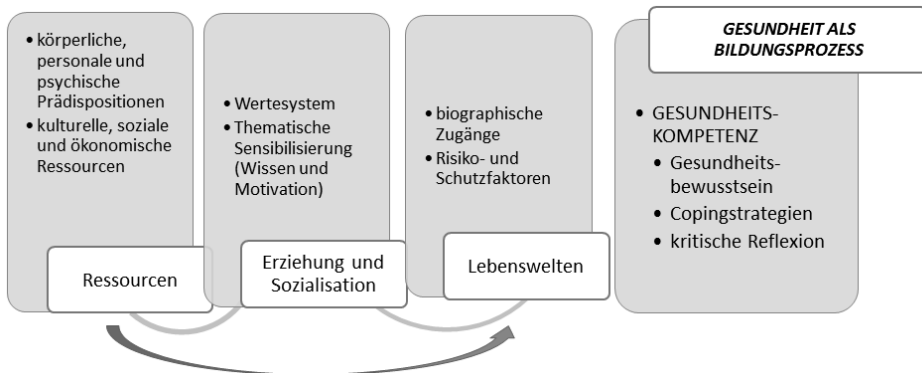
Salutogenese-Modell von Antonovsky (1997)⁷ die Frage leitend, wie Gesundheit entsteht und welche Faktoren dabei ausschlaggebend sind. Antonovsky stellt als Grundhaltung den Kohärenzsinn heraus, der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Anforderungen im Leben impliziert (vgl. ebd.). Hurrelmann fasst Gesundheit (aufbauend auf der Sozialisierungstheorie) als „Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist“ (Hurrelmann 2013, S. 147). Dabei begünstigen Risikofaktoren das Auftreten von Krankheiten bzw. psychische, physische oder soziale Beschwerden, während Schutzfaktoren bzw. Ressourcen die Risiken vermindern können. Insofern kann Gesundheit als ein dynamischer Prozess verstanden werden, der bedingt von persönlichen Dispositionen und Möglichkeiten, durch die sozialen Determinanten (soziale und wirtschaftliche Bedingungen) beeinflusst und im Zusammenhang mit altersspezifischen Lebenskontexten zu betrachten ist. Der prozesshafte Charakter der Gesundheitsbildung wird auch von dem Medizinsoziologen Schippergers et al. (1988) hervorgehoben: „Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine Verfasstheit, ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel. Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht.“

Gesundheitsbildung als Entwicklungs- und Lernprozess hängt somit einerseits von individuellen Prädispositionen, vorhandenen Ressourcen (Lebenswelten), biographischen Besonderheiten und andererseits von gesellschaftlichen Strukturen und Gegebenheiten ab, die in integrativ-reflexiven Konzepten zur Gesundheitsbildung zu berücksichtigen sind. Während der *integrative* Kern die Partizipation des Individuums an gesundheitsförderlichen Lebenswelten ermöglichen bzw. stärken soll, soll der *reflexive* Ansatz Lebensstile im Hinblick auf Risiko- und Schutzfaktoren problematisieren und Copingstrategien im Zusammenhang mit den jeweiligen Lebenskontexten vermitteln (vgl. Abb. 1). In diesem Sinne ist Gesundheitsbildung als ein Lernprozess unter Berücksichtigung der gegebenen Ressourcen und Lebenswelten zu verstehen, der Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz impliziert und zur Entwicklung einer verantwortungsvollen, reflektierten Persönlichkeitsentwicklung beitragen kann.

Gesundheitsbildung setzt voraus, dass gesellschaftliche Anreize und *partizipationsorientierte Lebenswelten* geschaffen und individuelle Motivationen geweckt werden, um zum einen inhaltliche Kenntnisse hinsichtlich der Risiko- und Schutzfaktoren und Lebensstile zu vermitteln und zum anderen das bereits erworbene Wissen im Hinblick auf Gesundheitsmythen (nach Stroß 2009) und die „gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs“ (vgl. Hörmann 2009a) reflektieren, gegebenen-

7 Der Ansatz der Salutogenese erfährt in der Literatur (vgl. Bauch 2014; Hafen 2014) auch kritische Resonanz: „Gesundheit bleibt ohne pathogenetischen Bezug wenig informativ“ (Bauch 2014, S. 5); Bauch verweist auf die präventiven Maßnahmen, die ohne pathogenetische Orientierung nicht möglich seien (vgl. ebd., S. 6). Hafen wirft die Frage auf, wie der Unterschied zwischen „der (salutogenetisch ausgerichteten) Gesundheitsförderung und der (pathogenetisch ausgerichteten) Medizin“ zu verstehen sei (Hafen 2014, S. 9).

Abb. 1: Gesundheitsbildung als Entwicklungs- und Lernprozess



Quelle: eigene Darstellung (vgl. grundlegend hierzu: Faltermaier 1994; Kickbusch 2012; Sørensen et al. 2012)

falls hinterfragen zu können, mit dem Ziel, einen *lebenslangen integrativ-reflexiven Lernprozess* zu initiieren.

2.2 Gesundheitsbildung im „Biotop“ Schule

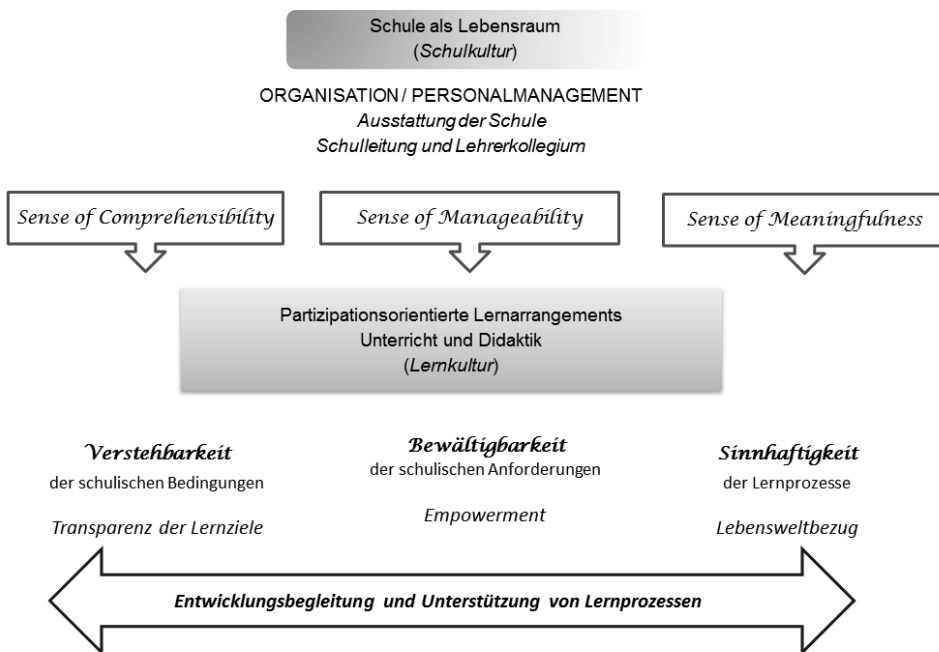
Verschiedene, auch internationale empirische Studien (vgl. u.a. KiGGS 2007; Kolip et al. 2013; WHO 2016) belegen, dass Bildung eine der wichtigsten Determinanten der Gesundheit ist; Bildungsungleichheit kann gesundheitliche Ungleichheit zur Folge haben (vgl. Moor et al. 2015). Auch migrationsbedingte Aspekte sind im Hinblick auf Gesundheit⁸ von Kindern und Jugendlichen zu thematisieren, insbesondere Diskrepanzen bei Lebenszufriedenheit und Einschätzung der eigenen Gesundheit, die u.a. auf mangelnde gesellschaftliche Partizipation an gesundheitsförderlichen Lebenswelten zurückgeführt werden können (vgl. Marchwacka 2013). Insofern beeinflussen sich die zwei Determinanten *Bildung* und *Gesundheit* gegenseitig: Einerseits können sich das Wohlbefinden, der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler auf Lehr- und Lernprozesse auswirken, andererseits prägen Bildungsprozesse ihr Gesundheitsverhalten (vgl. Hascher/Winkler-Ebner 2010; Dadaczynski et al. 2015). Folglich ist Bildung eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit, und zugleich beeinflusst Gesundheit das Lernen und Erbringen von Leistungen und somit die Qualität der Bildungsprozesse. In diesem Kontext ist die Sozialisationsinstitution Schule hervorzuheben, die eine kompensatorische Funktion (vgl. Kiper 2009) auch im Sinne der Gesundheitsbildung überneh-

⁸ Gesundheits- und Freizeitverhalten lassen u.a. kulturspezifische Besonderheiten erkennen (vgl. Marchwacka 2013).

men kann, zumal sie jedes Kind, unabhängig von dem sozioökonomischen Status, erreichen soll.

Schule als „Biotop“ – Lebenswelt, Raum sozialer Erfahrungen und vielfältiger Interaktionen – erfordert partizipationsorientierte Lernarrangements, die u.a. Verstehbarkeit der schulischen Bedingungen ermöglichen, Bewältigbarkeit der schulischen Anforderungen durch Empowerment und Partizipations- sowie Kooperationsmöglichkeiten sichern und Sinnhaftigkeit der Lernmöglichkeiten und Lernziele gewährleisten. Schule kann als gesundheitsförderlicher Lebensraum – als „Werkstatt der Menschlichkeit“ (Comenius) – gelten, sofern die Einbindung in die Lebenswelten der Schülerinnen und Schüler und die Vernetzung mit regionalen Einrichtungen im Hinblick auf eine nachhaltige Entwicklung gelingen. Vorausgesetzt wird hierbei auch die Entwicklungsbegleitung der individuellen Lernprozesse, die sich durch Wertschätzung und Unterstützung auszeichnet (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Gesundheitsbildung im „Biotop“ Schule



Quelle: eigene Darstellung, aufbauend auf dem Modell von Antonovsky (1997)

2.3 Perspektive der Lehrerinnen und Lehrer – empirische Befunde

Gesundheitsbildung als Querschnittsaufgabe erfordert ein Umdenken aller Lehrkräfte, unabhängig vom Unterrichtsfach, sowie Strategien und Kompetenzen seitens der Schulleitung und Überlegungen, wie Eltern einzubeziehen sind und wie Schülerinnen und Schüler beteiligt werden können. Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf Lehrerprofessionalisierung wurde im Jahre 2013 das Projekt „Gesundheitsbewusstsein an Schulen“⁹ konzipiert, das die Perspektive der Schülerinnen und Schüler (in Form einer quantitativen Studie) und der Lehrkräfte (in Form von Leitfadeninterviews) explorativ ermitteln soll. Mit einem Fragebogen wurde der Bedarf im Hinblick auf Gesundheitsbildung erhoben; befragt wurden in dem Zeitraum 2014-2015 insgesamt 800 Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 9 bis 11 an Gymnasien, Berufsschulen und Gesamtschulen in Ostwestfalen.¹⁰ Ergänzt wurde dies durch Leitfadeninterviews mit 30 Lehrkräften im Alter von 30 bis 60 Jahren an Grund-, Haupt-/Real-/Gesamtschulen sowie an Gymnasien in Nordrhein-Westfalen. Die Interviews dauerten jeweils ca. 45 Minuten und basierten auf einem Leitfaden, dem folgende Kategorien¹¹ zugrunde lagen: *Gesundheitsverständnis, Risiko- und Schutzfaktoren, Gesundheitsbildung, Zuständigkeit für die Aufgabe, Lehrkräfte als Vorbilder, Bewertung aktueller Maßnahmen, Perspektiven, Lehrergesundheit*. Im Folgenden wird exemplarisch auf die Kategorien *Gesundheitsbildung an Schulen* und *Zuständigkeit der Lehrkräfte* eingegangen; die entsprechende Fragestellung lautete: Inwieweit räumen Lehrpersonen der Querschnittsaufgabe „Gesundheitsbildung“ an Schulen einen hohen Stellenwert ein?

2.3.1 Gesundheitsbildung an Schulen

Der Begriff „Gesundheit“ wird von den Probandinnen und Probanden vordergründig mit physischer Gesundheit und „Fehlen von Krankheiten“ konnotiert, wie das folgende Statement eines Gymnasiallehrers (30 Jahre) pointiert zusammenfasst: *„Keine Krankheiten, gesunde Ernährung, Bewegung, Punkt.“* Die Frage nach Gesundheitsbildung an Schulen wird von den Befragten primär mit kognitiven Aspekten, Informationen und Wissen über „gesundes Leben“ assoziiert. Sporadisch wird auch der Begriff *Gesundheitsbewusstsein* geäußert:

Der Begriff Gesundheit soll mehr in den Mittelpunkt des Lebens der Schüler, ins Bewusstsein der Schüler gerückt werden. Dazu gehört natürlich auch Sport, Bewegung und Körperschulung und das kommt meines Erachtens sehr oft zu kurz.
(Realschullehrerin, 62 Jahre)

9 Das Projekt wird von der Kommission für Forschung der Universität Paderborn gefördert.

10 Da die Auswertung des Projekts noch nicht abgeschlossen ist, wird in diesem Beitrag lediglich auf Ergebnisse aus der qualitativen Studie eingegangen.

11 Die Auswertung stützt sich auf die Inhaltsanalyse nach Mayring; dem Kodierungsprozess liegt das MAXQDA-Programm zugrunde.

Als Kernpunkte der Gesundheitsbildung werden von den Befragten aller Schulformen die Aspekte „Ernährung“ und „Bewegung“ angesehen. Gleichwohl werden unterschiedliche Tendenzen erkennbar, die im Zusammenhang mit den jeweiligen Schulformen zu sehen sind: Während die Schwerpunkte „Zahnpflege/Hygiene“ sowie „Ernährung und Bewegung“ explizit von Lehrkräften an den Grundschulen erörtert werden, sind die Themen „Suchtprävention“ (sporadisch auch „Gewaltprävention“) sowie „psychische Gesundheit“ aus Sicht der Befragten an den Haupt-/Real-/Berufsschulen und an den Gymnasien besonders relevant. Der Bedarf an Gesundheitsbildung (im Zusammenhang mit Risikofaktoren wie z.B. „Adipositas“, „Medienkonsum“) wird ausdrücklich von den Befragten der Grundschulen und der Hauptschulen geäußert; in diesem Kontext wird von den Befragten an diesen Schulformen auch die Problematik der sozialen Diskrepanzen (Milieus) hervorgehoben.

Im Hinblick auf Perspektiven der Gesundheitsbildung plädieren die Befragten für deren Verankerung im Lehrplan; u.a. wird auch ein curriculares Programm gefordert:

Ich finde bei dieser ganzen Förderung [einzelne Projekte, Werbeveranstaltungen] müsste mehr das Kind im Vordergrund stehen. ... z.B. Curricula, Unterrichtsfach Gesundheit: in welchem Schuljahrgang, mit welchen Themen – dass das einfach festgeschrieben ist ... und nicht so der Willkürlichkeit überlassen ... das müsste klar, das müsste in der Lehrerbildung schon angesprochen werden und im gleichen Zusammenhang müsste die Gesundheit der Lehrer angesprochen werden ... (Realschullehrer, 45 Jahre)

Die Verankerung der Gesundheitsbildung im Curriculum erfordert nach den Aussagen der Befragten u.a. fachlich-diagnostische Kompetenzen von Lehrkräften, die sie im Bereich der Gesundheitsbildung aktuell bei sich als „laienhaft“, „verbesserungswürdig“ bzw. „mangelhaft“ einschätzen. Die fehlenden Kompetenzen führen sie auf ihr eigenes Lehramtsstudium (mit Ausnahme der Lehrkräfte für u.a. Biologie, Sport) zurück, und in diesem Zusammenhang plädieren sie für die Einbeziehung der Thematik Gesundheit (u.a. der „Lehrergesundheit“) in die Lehrpläne des Lehramtsstudiums. Außerdem befürworten die befragten Lehrkräfte die Einbeziehung kompetenter externer Fachkräfte in den Unterricht und die Vernetzung zwischen Schulen und regionalen Institutionen (Sportvereinen, Beratungsstellen, Krankenkassen und Medizinerinnen bzw. Medizinerinnen sowie auch mit Jugendzentren, kulturellen und religiösen Einrichtungen), denn externe Expertinnen und Experten haben „ein vertieftes Wissen, [sie können] für die Schüler noch ganz anders auftreten und erheblich authentischer wirken.“ (Gesamtschullehrer, 46 Jahre)

2.3.2 Zuständigkeit der Lehrkräfte

Die Motivation und Kompetenzen der Lehrkräfte sind im Hinblick auf Gesundheitsbildung in Abhängigkeit von Fächern und Schulformen zu analysieren: Primär sehen sich Sport-, Biologie-, Hauswirtschaftslehrpersonen sowie Lehrkräfte der Grundschulen als Hauptakteurinnen und Hauptakteure der Gesundheitsbildung; letztere treten häufiger und nachdrücklicher für diesen Aufgabenbereich ein; so die Äußerung einer Grundschullehrerin (43 Jahre): *„Jeder Lehrer in Deutschland, der verbeamtet ist, ist dazu sogar verpflichtet“*. Die befragten Lehrpersonen an Gymnasien und Berufsschulen sehen zwar den Bedarf an den Schulen, doch sie tendieren dazu, diese Thematik „entsprechenden“/„adäquaten“ Fächern (vorrangig Sport und Biologie) zuzuweisen: *„Da Gesundheitsbildung thematisch überhaupt nicht in meinen Fächern verankert ist, denke ich, dass sich schon die Leute darum kümmern sollten, die in den Bereichen arbeiten“* (Berufsschullehrer, 37 Jahre).

Hervorzuheben ist der Aspekt der Vorbildfunktion, da alle befragten Lehrpersonen – unabhängig von Schulform und Schulfächern – die Ansicht vertreten, dass die Lehrkräfte *„(lebendige) Vorbilder für die Schüler“* seien. Gleichwohl wird die Zuständigkeit der Querschnittsaufgabe „Gesundheitsbildung“ an Schulen kontrovers diskutiert; die kontroversen Positionen lassen sich u.a. auf fehlende Vorbereitung in dem eigenen Lehramtsstudium zurückführen. Die Mehrzahl der Probandinnen und Probanden sieht die Gesundheitsbildung als „Stiefkind“ der schulischen Bildung an; sie selbst jedoch sind ihr gegenüber deutlich positiv eingestellt und schätzen sie als äußerst relevant für die Schulbildung ein. Zugleich beklagen die befragten Lehrkräfte den geringen Stellenwert der Thematik in der Praxis: Die Hauptdefizite sehen sie vor allem in der lediglich *punktuellen Umsetzung* im Rahmen *einzelner Projekte* bzw. dem *Fehlen einer systematischen Gesamtplanung*. Des Weiteren beklagen sie die *fehlende Kontinuität* gesundheitsförderlicher Themen sowie die unzureichende Elternarbeit und eine *mangelnde Vernetzung* mit außerschulischen Institutionen.

Perspektivisch wird ein curriculares Programm gefordert, das fest in den Schulstrukturen verankert sein sollte. Auf der Organisationsebene werden Defizite hinsichtlich der Ausstattung der Schule benannt: Hierbei wird das Ernährungsangebot (u.a. das Kantinenessen) an den Schulen kritisiert, ebenso das Fehlen von Räumen für Entspannungs- bzw. Ruhemöglichkeiten, sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für Lehrpersonen. Mit Nachdruck werden von allen Probandinnen und Probanden Maßnahmen zur *Lehrergesundheit* gefordert: Die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Lehrkräfte sowie Unterstützung im Lehrerkollegium und durch die Schulleitung in diesen Fragen gehören zu den häufigsten Aspekten, die genannt und problematisiert werden.

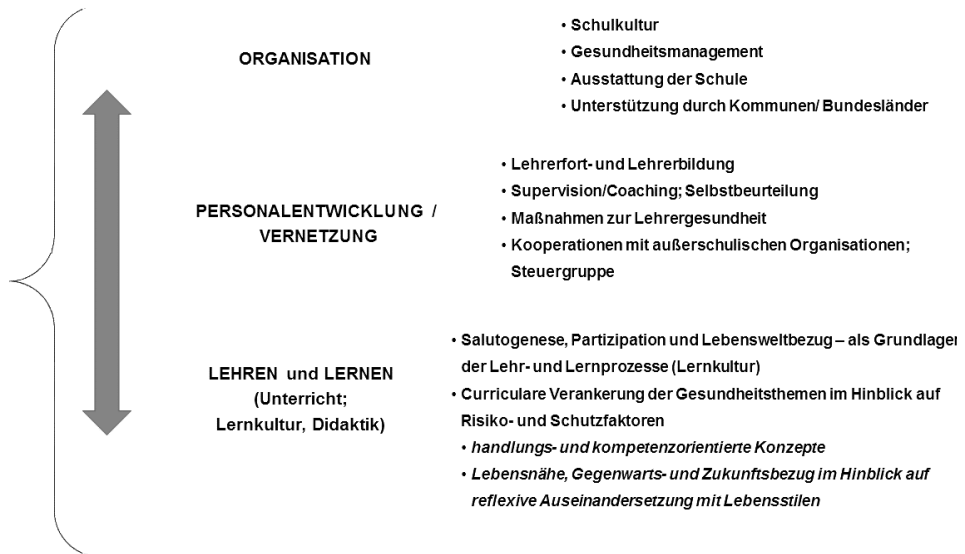
3. Gesundheitsbildung an Schulen – quo vadis?

Welche Entwicklungsperspektiven lassen sich vor diesem Hintergrund bilanzierend zusammenfassen? Im Hinblick auf konzeptionelle Arbeit ist der Erwerb von Handlungskompetenzen (statt Fokussierung der Wissensvermittlung) erforderlich, wobei die Lebenswelten der Jugendlichen sowie die biographischen Zugänge der Akteurinnen und Akteure miteinzubeziehen sind. Für die thematische Sensibilisierung sind u.a. handlungsorientierte Ansätze zu empfehlen, die Partizipation und Selbstwirksamkeit der Schülerinnen und Schüler im Lernprozess ermöglichen. In diesem Kontext kann auf die reflexiv-produktive Medienarbeit hingewiesen werden, die als Projektarbeit konzipiert ist (vgl. Marchwacka 2014). Im Fokus der Projektarbeit steht die Auseinandersetzung mit Risiko- und Schutzfaktoren (in Form von Fallbeispielen/Fallvignetten), darunter auch die Arbeit an Gesundheits-Mythen, die kritische Reflexion von Lebensstilen sowie der Erwerb bzw. die Stärkung von Lebenskompetenzen – Aspekte, die zur Gesundheitsbildung auch auf der Ebene der Persönlichkeitsentwicklung beitragen. Die didaktischen Prinzipien – Handlungsorientierung, Lebensnähe, Gegenwarts- und Zukunftsbezug –, die der Projektarbeit zugrunde liegen, sollen einerseits die Motivation wecken, andererseits Kompetenzorientierung gewährleisten und Nachhaltigkeit sichern.

Die ganzheitliche Betrachtung des Kindes sowie seiner individuellen Anlagen und Ressourcen im Zusammenhang mit seinen Lebenswelten ist insbesondere im Hinblick auf Diversität im Klassenraum (Migrationserfahrung, Förderbedarf, Inklusion) im Rahmen der Lehrerprofessionalisierung von hoher Relevanz. Die individuelle kompetenzorientierte Förderung an Schulen kann nur dann gelingen, wenn die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen in die Lernprozesse einbezogen werden. Dabei sind an Schulen partizipationsorientierte Lernarrangements mit dem Ziel der Unterstützung von Bildungsprozessen im Sinne von Korczaks „Pädagogik der Achtung und Achtsamkeit“ (Diagnostik) zu fokussieren. Von den Lehrpersonen werden fachliche und methodisch-didaktische Kompetenzen, insbesondere diagnostische Beobachtungs- und Reflexionskompetenzen¹² sowie Kommunikations- und Beratungskompetenzen im Umgang mit Diversität erwartet. Auf der Ebene der Schulentwicklung sind Maßnahmen erforderlich, die sowohl die Organisations- und Unterrichts- als auch die Personalentwicklung einschließlich ihrer Vernetzung implizieren (vgl. Rolff 2007, 2012 sowie Abb. 3).

¹² Insbesondere Methoden der Kasuistik, Ethnographie sowie Feldforschung können im Sinne der Diagnostik empfohlen werden.

Abb. 3: Gesundheitsbildung als Herausforderung für Schulen



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Rolff (2007, 2012) und auf der eigenen Studie mit Lehrpersonen in NRW

Das aktuelle *Präventionsgesetz* zur Stärkung der Gesundheitsförderung (vgl. BMG 2015) bietet vielfältige Möglichkeiten, Gesundheitsbildung in die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen zu integrieren: Zum einen sollen adäquate Konzepte zur Persönlichkeitsentwicklung (mit Berücksichtigung der Heterogenität der Schülerinnen und Schüler) entwickelt werden; zum anderen sind im Hinblick auf den Schulentwicklungsprozess Ansätze auf der Ebene der *Organisationsentwicklung* (u.a. Ausstattung, Schulkultur, Vernetzung), der *Personalentwicklung* (u.a. Lehrergesundheit, Lehrerbildung und Lehrerfortbildung) und der *Unterrichtsentwicklung* (u.a. Lernkultur, Salutogenese) zu implementieren. Insbesondere die Ganztagschulen eröffnen vielfältige Möglichkeiten, um den Schulalltag gesund zu gestalten, die Schüler und Schülerinnen ganzheitlich-individuell zu fördern und somit die Erziehungs- und Bildungsqualität der Schulen zu optimieren. Begreift man Schule als eine „lernende Organisation“ (vgl. Rolff 2012), so ist Gesundheitsbildung im Hinblick auf Lehrerprofessionalisierung sowohl im Lehramtsstudium zu verankern als auch auf der Ebene von Fort- und Weiterbildung zu etablieren, um einer *nachhaltigen Schulentwicklung* gerecht zu werden.

Literatur und Internetquellen

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche, erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: DGVT.
- Bauch, J. (2014): Vorwort. In: Hafen, M.: Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl-Auer, S. 3-7.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): Präventionsgesetz. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>; Zugriffsdatum: 12.02.2016.
- Dadaczynski, K./Paulus, P. (2011): Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In: Dür, W./Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch: Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 164-178.
- Dadaczynski, K./Paulus, P./Nieskens, B./Hundeloh, H. (2015): Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Zeitschrift für Bildungsforschung 5, S. 197-218.
- Diwok, W. (1940): Gesundheit ist Pflicht. Ein Wegweiser für gesunde Lebensgestaltung in Frage und Antwort. Leipzig: Alwin Fröhlich.
- Döpp-Vorwald, H. (1966): Gesundheitserziehung in Schule und Lehrerbildung. Ratingen: A. Henn.
- ENHPS (European Network of Health Promotion Schools) (1997): Conference Resolution. URL: http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/Conferenceresolution.pdf; Zugriffsdatum: 11.12.2015.
- Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.
- Faust, B.C. (1794): Gesundheits-Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und beym häuslichen Unterrichte. Bückeburg: Grimme.
- Hafen, M. (2014): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hascher, T./Winkler-Ebner, C. (2010): Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim: Juventa, S. 31-56.
- Haug, C.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.
- Hörmann, G. (2009a): Erziehungswissenschaften und Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, B./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch: Gesundheitserziehung. Bern: Hans Huber, S. 35-48.
- Hörmann, G. (2009b): Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs. In: Ritterbach, U./Nicolaus, J./Spörhase, U./Schleider, K. (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg i.Br.: Centaurus, S. 13-33.
- Hurrelmann, K. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Überarbeitete Aufl. Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Kickbusch, I. (2012): Learning for Well-being. A Policy Priority for Children and Youth in Europe. A Process for Change. Paris: Learning for Well-being Consortium of Foundations in Europe.
- Kickbusch, I./Maag, D./Saar, H. (2005): Enabling Healthy Choices in Modern Health Societies. Bad Gastein: European Health Forum.
- KiGGS (2007): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse. URL: <http://www.kiggs-studie.de>; Zugriffsdatum: 10.12.2015.

- Kiper, H. (2009): Betreuung, Kompensation, Förderung, Integration, Beratung. In: Blömeke, S./Bohl, T./Haag, L./Lang-Wojtasik, G./Sacher, W. (Hrsg.): Handbuch Schule. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 80-87.
- Klöcker, M. (1986): Sammlungen der Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Bekanntmachungen zum Elementar- bzw. Volksschulwesen im 19./20. Jahrhundert. Köln/Wien: Böhlau.
- KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland) (2012): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlungen.pdf; Zugriffsdatum: 11.01.2016.
- Kolip, P./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2013): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits-survey „Health Behaviour in School-aged Children“ 2009/10. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kurz, D. (1973): Gymnastische Erziehung bei Platon und Aristoteles. In: Lenk, H./Moser, S./Beyer, E. (Hrsg.): Philosophie des Sports. Schorndorf: Hofmann, S. 163-184.
- Langhanky, M. (1994): Die Pädagogik von Janusz Korczak. Dreisprung einer forschenden, diskursiven und kontemplativen Pädagogik. Neuwied: Luchterhand.
- Lehmann, H. (2015): Nationale Prävention und Gesundheitsförderung. Die Umsetzungsstrategien der BZgA. In: Walter, U./Koch, U. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Sonderheft 1. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 16-29
- Lorentz, F. (1959): Die Entwicklung der Schul- und Volksgesundheitspflege in Deutschland. In: Berliner Medizin 10, H. 9, S. 198-200.
- Ludwig, W. (Hrsg.) (1973): Grundriß der Gesundheitserziehung. Berlin: VEB-Verlag.
- Marchwacka, M.A. (2013): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer.
- Marchwacka, M.A. (2014): Gesundheitsbildung erlebnis- und schülerorientiert gestalten. In: Huber, S.G. (Hrsg.): Jahrbuch Schulleitung 2014. Befunde und Impulse zu den Handlungsfeldern des Schulmanagements. Köln: Wolters Kluwer, S. 115-127.
- Moor, I./Richter, M./Ravens-Sieberer, U./Ottová-Jordan, V./Elgar, F.J./Pfortner, T.K. (2015): Trends in Social Inequalities in Adolescent Health Complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC Study. In: The European Journal of Public Health 25 (Suppl. 2), S. 57-60.
- Paulus, P. (Hrsg.) (2010): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim: Juventa.
- Resolution von Thessaloniki 1997. URL: <http://www.who.dk/enhps/page/pubresgerman.html>; Zugriffsdatum: 10.07.2016.
- Rolff, H.-G. (1998): Entwicklung von Einzelschulen: Viel Praxis, wenig Theorie und kaum Forschung – Ein Versuch Schulentwicklung zu systematisieren. In: Rolff, H.-G. (Hrsg.): Jahrbuch der Schulentwicklung, Band 10. Daten, Beispiele, Perspektiven. Weinheim/München: Beltz Juventa, S. 295-326.
- Rolff, H.-G. (2007): Studien zu einer Theorie der Schulentwicklung. Weinheim/Basel: Beltz.
- Rolff, H.-G. (2012): Grundlagen der Schulentwicklung. In: Buhren, C.G./Rolff, H.-G. (Hrsg.): Handbuch Schulentwicklung. Weinheim: Beltz, S. 12-39.
- Schippergers, H./Geue, B./Vescovi, G./Schlemmer, J. (1988): Die Regelkreise der Lebensführung. Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schmidt, B. (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim/München: Juventa, S. 83-94.
- Sørensen, K./Van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. In: BMC Public Health 12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.

- Stroß, A.M. (2009): Reflexive Gesundheitspädagogik. Interdisziplinäre Zugänge – erziehungswissenschaftliche Perspektiven. Münster: LIT.
- Vogel, M. (1954): Nachwort. In: Faust, B.C. (1954/1794): Gesundheits-Katechismus zum Gebrauche in den Schulen und bey dem häuslichen Unterrichte (Bückeburg: Grimme). Mit einem Nachwort des Herausgebers der Faksimile-Ausgabe Dr. med. Martin Vogel. Stuttgart: Hippokrates.
- von Kardorff, E. (2003): Lebensstil/Lebensweise. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 145-149.
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa-Charta. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf; Zugriffsdatum: 11.12.2015.
- WHO (World Health Organization) (1997): Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert vom 25. Juli 1997. URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hp.pdf?jakarta_declaration_german.pdf; Zugriffsdatum: 10.07.2016.
- WHO (World Health Organization) (2016): Growing up Unequal: Gender and Socio-economic Differences in Young People's Health and Well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1; Zugriffsdatum: 15.05.2016.
- Winkler, U. (1998): Entspannungssequenzen im Unterricht: Psychohygiene in der Schule. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik: Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim/München: Beltz Juventa.

Maria Anna Marchwacka, Dr., geb. 1973, Dozentin an der Universität Paderborn.

Anschrift: Universität Paderborn, Institut für Erziehungswissenschaft, Warburger Str. 100, 33098 Paderborn
E-Mail: mmaria@mail.upb.de