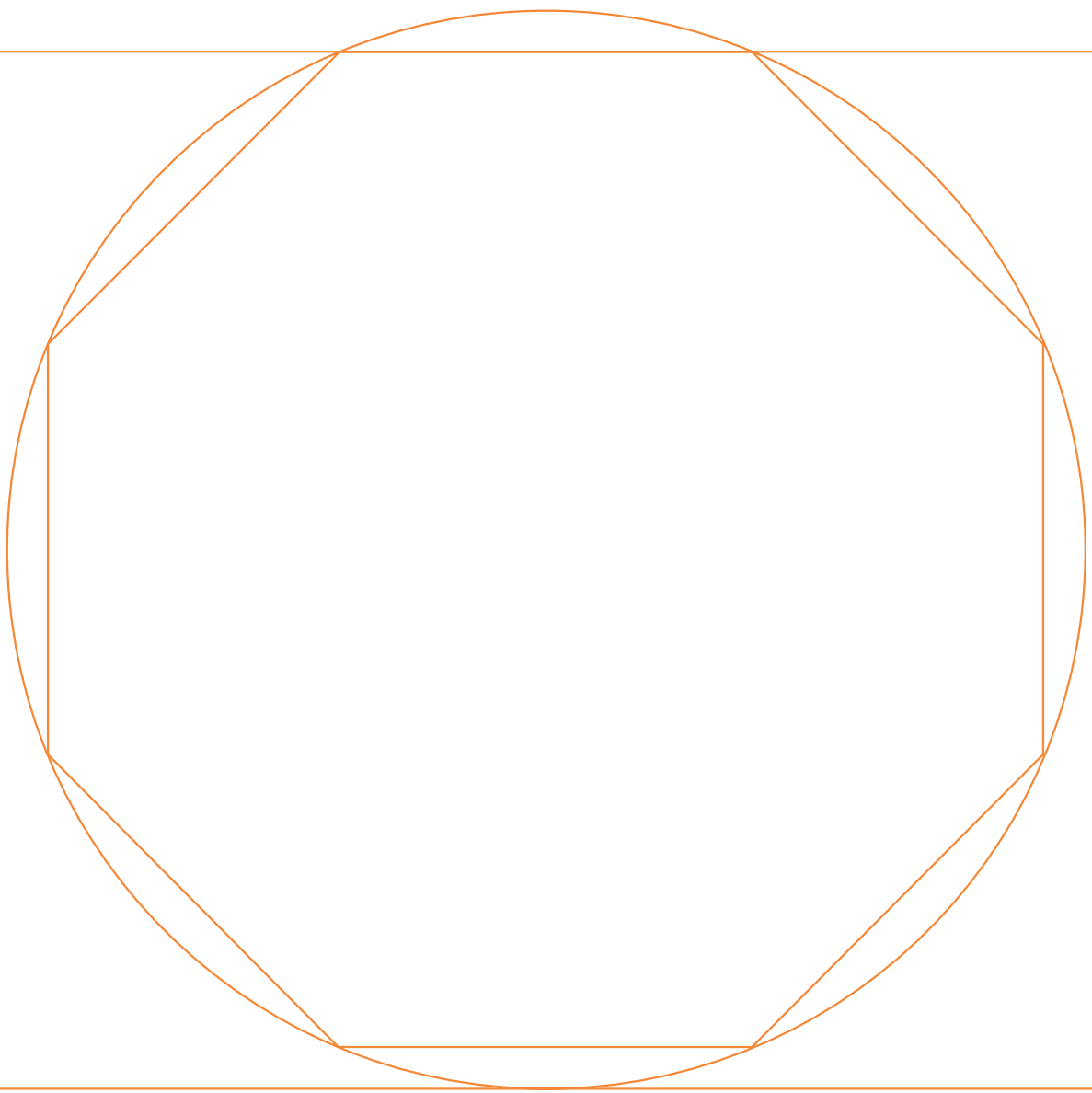


Gesundheitsförderung in der Schule

Symposium „Jugend und Gesundheit“

Dokumentation



ROBERT BOSCH STIFTUNG

Gesundheitsförderung in der Schule

Symposium „Jugend und Gesundheit“
13.06.2002 in Berlin

Berlin-Brandenburgische Akademie
der Wissenschaften

Dokumentation

Inhalt

Vorwort	6
Programm	7
Begrüßung Dieter Berg, Geschäftsführer der Robert Bosch Stiftung	8
Grußwort Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit	10
Bilanz des Förderungsprogramms „Gesunde Schule“ Günter Gerstberger, Robert Bosch Stiftung	13
Ergebnisse der Zwischenevaluation des Programms „Gesunde Schule“ Dr. Willibald Erlacher, Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Klagenfurt	16
Vortrag: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln	23
Ergebnisse der Arbeitsgruppen	37
Arbeitsgruppe 1: Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung Impulsreferat: „Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung“ Dr. Bernhard Stier, Kinder- und Jugendarzt, Butzbach	38
Protokoll Carolin Sedlmayr	41
Arbeitsgruppe 2: Wirtschaft und Gesundheitsförderung Impulsreferat: Werteorientierung der Auszubildenden als Ausbildungsziel bei der Deutschen Telekom AG Ottmar Görge, Sabrina Bode, Deutsche Telekom AG, Oberursel	44
Protokoll Bianka Pergande	50

Arbeitsgruppe 3:	
Kommune und Gesundheitsförderung	54
Impulsreferat: Kommune und Gesundheitsförderung am Beispiel der Stadt Stuttgart	
Heinz-Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart	
Protokoll	59
Annegret Horbach	
Arbeitsgruppe 4:	
Familie/Sportvereine und Gesundheitsförderung	62
Impulsreferat: Kinder stark machen	
Dr. Harald Schmid, Agentur für Sport und Kommunikation, Hasselroth	
Protokoll	66
Fabian Busch	
Arbeitsgruppe 5:	
Krankenkassen/Versicherungen und Gesundheitsförderung	69
Impulsreferat: Bedeutung der Gesundheitsförderung in Schulen aus Sicht der Krankenkassen	
Dr. Gudrun Eberle, AOK-Bundesverband, Bonn	
Protokoll	78
David Möcker	
Podiumsdiskussion	81
Moderation: Günter Gerstberger, Robert Bosch Stiftung	
Anhang	98
Referenten	98
Teilnehmer	100
Literatur	105
Pressemitteilung	106
Die Robert Bosch Stiftung	108
Impressum	109

Vorwort

Fragen der Bildung und Erziehung sowie der Gesundheitspflege nahmen unter den gemeinnützigen Bestrebungen des Unternehmers und Stifters Robert Bosch (1861–1942) einen zentralen Stellenwert ein. Seit 1964 handelt die Robert Bosch Stiftung in diesem Sinne.

Für die unter den Bedingungen der modernen Wohlstands- und Leistungsgesellschaft aufgewachsenen jungen Menschen gewinnen Fragen der Gesundheits-erziehung zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat die Robert Bosch Stiftung im Jahr 1994 das Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ initiiert. Sein Ziel ist es, eine beispielhafte Praxis von Gesundheitsförderung in der Schule zu entwickeln und für ihre Weitergabe und Verbreitung zu sorgen.

Seit 1996 wurden insgesamt 22 ausgewählte Grund-, Haupt- und Sonderschulen, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien und Berufsschulen in die Förderung aufgenommen, die damit – in einer ersten Phase – ihre gelingende Praxis erfolgreich ausbauen konnten. Bis Oktober 2002 sind 15 dieser Schulen in die zweite Phase des Transfers eingetreten, in der sie in Projektverbänden mit jeweils einer oder mehreren Partnerschulen aus der Region ihre Erfahrungen weitertragen.

Auf Einladung der Robert Bosch Stiftung trafen im Rahmen des Symposiums „Jugend und Gesundheit“ am 13. Juni 2002 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften Schulleiter und Lehrer auf Vertreter aus Medizin, Wirtschaft, Kommunen, Verbänden und Krankenkassen, um die verschiedenen Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zu diskutieren. Ausgangspunkt der Diskussion war die Vorstellung der Ergebnisse einer Evaluation der ersten Förderphase des Programms „Gesunde Schule“, die vom Interuniversitären Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Schule und gesellschaftliches Lernen, Klagenfurt, durchgeführt worden war.

Die vorliegende Dokumentation gibt die Beiträge zu dem Symposium wieder und faßt die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zusammen. Sie will damit Impulse und Anregungen für die Weiterentwicklung einer „Gesunden Schule“ in Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern geben und auf diese Weise zu einer breiteren und vielfältigeren Praxis von Gesundheitsförderung und -erziehung beitragen.

Robert Bosch Stiftung

Dezember 2002

Programm

- 10.30 Uhr *Markt der Möglichkeiten*
Ausgewählte Schulen präsentieren Praxisbeispiele
- 11.00 Uhr *Begrüßung*
Dieter Berg, Geschäftsführer der Robert Bosch Stiftung
Grußwort
Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit
Bilanz des Förderprogramms „Gesunde Schule“
Günter Gerstberger, Robert Bosch Stiftung
Ergebnisse der Evaluation des Programms „Gesunde Schule“
Dr. Willibald Erlacher, Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre
Forschung und Fortbildung, Klagenfurt
- 11.40 Uhr *Vortrag*
„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“
Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
- 12.15 Uhr *Arbeitsgruppen*
Arbeitsgruppe 1
Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung
Referent: Dr. med. Bernhard Stier, Kinder- und Jugendarzt, Butzbach
Moderation: Dr. Almuth Satrapa-Schill, Robert Bosch Stiftung
Arbeitsgruppe 2
Wirtschaft und Gesundheitsförderung
Referent: Ottmar Görge, Deutsche Telekom AG, Oberursel
Moderation: Stephanie Rieder, Robert Bosch Stiftung
Arbeitsgruppe 3
Kommune und Gesundheitsförderung
Referent: Heinz Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart
Moderation: Klaus-Peter Stender, Gesunde-Städte-Sekretariat,
Hamburg
Arbeitsgruppe 4
Familie/Sportvereine und Gesundheitsförderung
Referent: Dr. Harald Schmid, Agentur für Sport und
Kommunikation, Hasselroth
Moderation: Dr. Christoph Walter, Robert Bosch Stiftung
Arbeitsgruppe 5
Krankenkassen/Versicherungen und Gesundheitsförderung
Referent: Dr. Gudrun Eberle, AOK-Bundesverband, Bonn
Moderation: Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
- 14.45 Uhr *Podiumsdiskussion*
- 16.15 Uhr *Schlußwort*

Begrüßung

Dieter Berg,
Geschäftsführer der Robert Bosch Stiftung

Im Namen der Robert Bosch Stiftung heiße ich Sie sehr herzlich willkommen zu unserem Symposium „Jugend und Gesundheit“ in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Mit Ihrer Anwesenheit drücken Sie Ihr Interesse an der Gesundheit und der Gesundheitsförderung unserer jungen Menschen in der Schule aus. Die Vertreter der ausgewählten, von uns geförderten „Gesunden Schulen“ sehen dieses Symposium gewiß als willkommene Gelegenheit, ihre Beiträge und Anregungen anderen zugänglich zu machen und zur Diskussion zu stellen. Auf dem Markt der Möglichkeiten konnten Sie alle schon einen lebendigen Eindruck von den Schulprojekten und dem Programm der Robert Bosch Stiftung gewinnen und sich damit für das Symposium inspirieren lassen.

Meine Damen und Herren, die Ergebnisse der PISA-Studie, nach denen unsere deutschen Schulen so bemerkenswert mittelmäßig abschneiden, werden in der Öffentlichkeit breit diskutiert. Gleichzeitig richtet sich die Aufmerksamkeit auf die für Ende des Monats angekündigte Veröffentlichung des innerdeutschen Ländervergleichs. Darüber laufen wir Gefahr, andere gewichtige Berichte nicht wahrzunehmen: Der in diesen Tagen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte „Elfte Kinder- und Jugendbericht“ nimmt auch zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen Stellung und hebt hervor, daß das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auch in der wohlhabenden Bundesrepublik Deutschland in vielerlei Beziehung eingeschränkt ist, insbesondere durch chronische Krankheiten, Behinderung, Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch sowie durch den Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum. Er fordert, daß in erster Linie die Bildungsinstitutionen, allen voran die Schule, sich ändern und zu gesundheitsfördernden Einrichtungen werden müssen. Frau Dr. Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln und von Beginn an Mitglied im Beraterkreis des Programms „Gesunde Schule“ wird in ihrem Vortrag auf diese Befunde näher eingehen. Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen, die nach den Bedingungen der allgemeinen Schulpflicht alle die Schule besuchen, wird in erheblichem Maße durch die Schule mitbeeinflußt, sei es durch die Verhältnisse und Bedingungen an den Schulen, sei es durch die Erziehung zu gesundheitsbewußtem Verhalten. Die Schule hat so in mehrfacher Hinsicht eine beispielgebende Funktion. Gerade im Kinder- und Jugendalter, in Familie und Schule werden die gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen des späteren Erwachsenen geprägt.

Die Beschäftigung mit Fragen der Bildung und Erziehung ebenso wie der Gesundheitspflege nahm unter den gemeinnützigen Bestrebungen des Unternehmers und Stifters Robert Bosch eine zentrale Rolle ein. Im Jahre 1935 formulierte er seine „Absicht, neben der Linderung von allerhand Not, vor allem auf Hebung der sittlichen, gesundheitlichen und geistigen Kräfte des Volkes hinzuwirken“. Seit 1964 führt

die Robert Bosch Stiftung diese Bestrebungen in zeitgemäßer Interpretation des Stifterwillens in ihren Programmen fort. Sie betreibt in Stuttgart drei Einrichtungen, das Robert-Bosch-Krankenhaus, das Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie und das Institut für Geschichte der Medizin. Seit ihrem Bestehen hat die Stiftung über 530 Millionen Euro für Förderungsvorhaben bereitgestellt, davon entfielen 56 Millionen Euro auf Projekte der Gesundheitspflege, und zwar außerhalb der Mittel, die wir für die zuvor erwähnten Einrichtungen aufwendeten, und außerdem 44 Millionen Euro auf das Förderungsgebiet Bildung und Erziehung.

Vor dem Hintergrund ganz ähnlicher Erkenntnisse wie der im „Elften Kinder- und Jugendbericht“ festgehaltenen hat die Robert Bosch Stiftung im Jahre 1994 ihr Programm „Gesunde Schule“ entwickelt. Ihr Ziel ist, beispielgebende Praxis von Gesundheitsförderung in der Schule weiterzuentwickeln und für ihre Weitergabe und Verbreitung zu sorgen. Annähernd 50 Schulen wurden seither mit insgesamt 2,3 Millionen Euro gefördert.

Ich danke an dieser Stelle den Schulen und ihren Vertretern, Lehrern, Schülern, Eltern und Mitstreitern aus dem schulischen Umfeld ausdrücklich für die geleistete Arbeit und in diesen Dank schließe ich die Mitglieder des programmbegleitenden Beraterkreises ein, die alle zu dieser Veranstaltung angereist sind und schon gestern abend zu einer Arbeitssitzung zusammentrafen. Ebenso danke ich der langjährigen Programmkoordinatorin Andrea Möhringer, die uns auch nach ihrem Ausscheiden aus diesem Amt im einen und anderen Fall mit Rat und Tat zur Seite steht und auch hier und heute mitgewirkt hat.

Das Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ der Robert Bosch Stiftung ist nicht die einzige gesundheitsfördernde Initiative im Schulbereich, sie ist allerdings einzig in Art und Ansatz. Sie setzt bewußt an vorhandenen Beispielen an, die sie weiterentwickelt und in ein Netz von Synergie und Kooperation einbringt. Unsere „Gesunde Schule“ setzt Partner, auch Mitförderer, voraus und ist auf sie hin angelegt. Ich erwähne hier ausdrücklich die abgeschlossenen, laufenden oder aber geplanten Gesundheitsförderungsprojekte wie die Modellversuche „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ und das „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ der Bund-Länder-Kommission, oder das unter OPUS firmierende „Offene Partizipationsnetz Schulgesundheits“. Ich freue mich, daß Vertreter anderer Stiftungen, die sich in dieser Richtung engagieren, heute unter uns sind.

Mit dem heutigen Symposium „Jugend und Gesundheit“ wollen wir keine Nabelschau unseres Programms „Gesunde Schule“ betreiben. Unser Ziel ist es, über die Schulen hinaus gesundheitsfördernde Praxis zusammenzutragen und tragfähige Kooperationsformen und Unterstützungsstrategien zu erschließen und zwar mit und durch die vielen auf dem Felde der Gesundheitsförderung operierenden gesellschaftlichen Partner, öffentliche und private, individuelle und institutionelle. Die Schule steht dabei im Mittelpunkt, sie ist das notwendige, aber auch ideale Schnittfeld aller Kooperationslinien, und Schule geht uns alle an!

Sehr verehrte Frau Bundesminister, ich danke Ihnen sehr, daß Sie sich trotz Ihres übervollen Terminkalenders die Zeit genommen haben, wenigstens zeitweise an dieser Veranstaltung teilzunehmen und zu uns zu sprechen. Sie setzen damit ein erfreuliches Zeichen.

Grußwort

Ulla Schmidt,
Bundesministerin für Gesundheit

Ich bin heute zu Ihnen gekommen nicht nur, weil Sie mich eingeladen haben, sondern weil ich das Programm „Gesunde Schule“ schon seit einiger Zeit mit Interesse verfolge. Gleichzeitig nutze ich die Gelegenheit, um all denjenigen zu danken, die an diesem Programm mitwirken. Mein Dank gilt der Robert Bosch Stiftung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, aber vor allem den Eltern und den vielen Lehrerinnen und Lehrern, die sich engagiert haben, damit das Programm „Gesunde Schule“ Leben bekommt.

Als ehemalige Lehrerin weiß ich, daß engagierte Lehrer und Lehrerinnen dankbar sind für Angebote, bei denen sie auch etwas von dem in Bewegung setzen können, was ihnen selbst ein Anliegen ist und von vielen mit getragen wird. Aber ich weiß auch um die Hindernisse, die es zu überwinden gilt, um an einer Schule solche Projekte umsetzen zu können. Dies sage ich nicht nur als ehemalige Lehrerin, sondern auch als Politikerin, die lange in der Familienpolitik und in der Sozialpolitik tätig gewesen ist, aber auch als Gesundheitsministerin. Herzlichen Dank für Ihr Engagement und für ihre Bereitschaft die damit verbundenen Herausforderungen anzunehmen.

Wenn ich den Studien entnehme, daß 42 Prozent der Neun- bis Zwölfjährigen Übergewicht haben, bei den Vierzehnjährigen Herz-Kreislaufstörungen aufgrund Bewegungsmangels zunehmen, wenn ich höre, daß Stoffwechselerkrankungen heute mehr denn je auch zum Gesundheitsbild der Kinder gehören und hierbei auch soziale Ungleichheiten eine Rolle spielen, dann muß das für uns alle ein Alarmsignal sein. Denn diejenigen, die in diesem Alter an Stoffwechselerkrankungen leiden, sind die chronisch Kranken von morgen. Diese Erkrankungen sind leider auch Vorboten zu Diabetes II, bekannt als Altersdiabetes, die also nicht genetisch, sondern durch Verhalten und Ernährung bedingt ist. All dies wirkt sich direkt auf die Lebensqualität und die Entwicklung der Kinder aus, es verändert die Möglichkeiten zur Lebensbewältigung und beeinträchtigt die Chancengleichheit.

In der Schule, wo man für das Leben lernen soll, entwickeln sich auch die Chancen, die man im späteren Leben hat. Und insofern sind diese Projekte, die ich hier in dem kurzen Rundgang sehen konnte, wichtig. Ein Beispiel ist die Ernährung. Natürlich weiß heute jeder, daß eine richtige Ernährung gesund sein muß und auch gut schmecken soll. Eine gesunde Ernährung trägt mit dazu bei, daß sich Körper und Geist gut entwickeln können. Und zu der Ernährung gehört auch die Bewegung. Beide Faktoren tragen erheblich zur Vorbeugung von Krankheiten bei. Sie gehen hier mit gutem Beispiel voran und eröffnen den Kindern den Zugang zu Ernährung und den Spaß an Bewegung. Das zu vermitteln ist das Entscheidende. Es war ein großer Fehler, über Jahre hinweg den Sportunterricht an den Schulen zu vernachlässigen, weil er all zu oft als überflüssig angesehen wurde. Es geht aber

nicht darum, daß die Kinder jeden Tag Sport machen, sondern darum, daß Sportunterricht oder Bewegung allgemein den Kindern das Gefühl vermittelt: Das ist etwas, was mir gut tut. Tu was für Dich, und Du wirst belohnt. Diese Botschaft zu vermitteln, ist das Entscheidende. Ich habe 17 Jahre an einer Schule für Erziehungsschwierige gearbeitet, und ich weiß, das Wichtigste, was wir den Kindern vermitteln können, ist, ein Gefühl für den eigenen Körper zu bekommen, auf sich selber zu hören und ihnen nahezubringen, was ihnen selber gut tut. Kinder oder Jugendliche, die gelernt haben, darauf zu hören, was ihnen selber gut tut, sind in der Regel auch gut zu den andern. Das hört sich zwar banal an, ist aber sehr wirkungsvoll. Und deshalb sind die Angebote, die Sie machen, wichtig. Ernährung, Bewegung, Entspannung gehören ebenso dazu wie der Umgang mit Aggressionen und den vielfältigen Formen von Gewalt in dieser Gesellschaft.

Vorbildlich ist Ihr Engagement im Bereich Suchtbekämpfung nach dem Motto „Macht Kinder stark“. Der Kreis der Raucher weitet sich zwar nicht aus, aber es wird früher und intensiver mit dem Rauchen begonnen. Wenn wir heute beobachten, daß das Einstiegsalter bei Rauchern sinkt, viele Elf- bis Zwölfjährige regelmäßig rauchen, und der Anteil der Mädchen stetig zunimmt, dann ist das ein Alarmsignal. Denn wer mit 15 Jahren regelmäßig raucht, hat ein 75 Prozent höheres Risiko, an Krebs zu erkranken und an Krebs zu sterben, als der, der mit 25 beginnt. Ich hoffe dennoch, daß diejenigen, die mit 15 nicht mit dem Rauchen begonnen haben, auch mit 25 noch Nichtraucher sind. Mit Aufklärung und Prävention, wie zum Beispiel auch mit den Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, bieten wir für die unterschiedlichen Altersgruppen maßgeschneiderte Präventionsangebote an.

Im neuen Jugendschutzgesetz haben wir Regelungen geschaffen, die den Kindern und Jugendlichen den Zugang zu Zigaretten erschweren. Unser Ziel ist, bis 2005 die Zahl der jugendlichen Raucher unter 15 auf unter 20 Prozent zu senken. Zur Zeit raucht weit mehr als ein Fünftel aller Jugendlichen unter 15 regelmäßig.

Als zweite Maßnahme wollen wir die Abgabe von Zigaretten an unter 16jährige verbieten. Wir wollen den Zugang zu den Automaten schwieriger gestalten und hierzu Präventionskampagnen durchführen. Ich setze mich auch dafür ein, daß Tabak sukzessive teurer wird. Anfang 2003 wird die Tabaksteuer erneut angehoben. Untersuchungen belegen, daß die Steuerung über den Preis zu Konsumverzicht beiträgt. Ganz wichtig ist aber, daß ein nationales Anti-Tabakprogramm auf den Weg gebracht wird. So steht es auch in unserem Wahlprogramm. Ich möchte, daß wir die Prävention auf eine stärkere Basis stellen. Ich hoffe daher, daß Ihr Beispiel noch sehr viele andere Schulen überzeugen wird.

In einer immer älter werdenden Gesellschaft spielt es für die Gesundheitspolitik weniger eine Rolle, wie alt die Menschen werden. Wir können uns darüber freuen, daß die Menschen immer älter werden. Für die Frage der Bezahlbarkeit von Gesundheit ist es wichtiger, daß die Menschen so lange wie möglich gesund bleiben und wir das Chronischwerden von Krankheiten zeitlich nach hinten verschieben. Dazu werden wir die Prävention stärken und ausbauen.

Natürlich lassen sich nicht alle Krankheiten verhindern. Viele leben gesundheitsbewußt und sind von schweren Krankheiten bedroht. Man kann nicht alles

beeinflussen, aber 40 bis 50 Prozent unserer Lebensqualität – auch im Alter – hat etwas mit dem eigenen Lebensstil und mit dem eigenen Verhalten zu tun. Dazu gibt es zahlreiche Untersuchungen. Hier anzusetzen, ist unser Ziel, und wir müssen früh ansetzen. Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr oder lernt Hans eben schwerer. Auch mit 60 ist es nicht zu spät, umzusteigen und gesund zu leben. Aber wieviel einfacher ist es, wenn wir unseren Kindern Prävention und Gesundheitsförderung als etwas Elementares mitgeben.

Ich habe auch hier ein Projekt sehen können, bei dem versucht wird, über die Eltern auf die Kinder oder den gesamten Lebensstil einer Familie einzuwirken. Aus diesem Grund habe ich mich ganz entschieden dafür eingesetzt, daß die Mutter-Vater-Kind-Kuren zu einer vollfinanzierten Kur ausgebaut wurden. Kinder und Mütter oder Väter lernen gemeinsam, wie wichtig die Relationen des Körpers im Hinblick auf die Ernährung und Bewegung sind. Wenn man anschließend wieder gemeinsam in den Familienalltag zurückkehrt, haben alle die Chance, mit ihren neuen Erfahrungen ihr Leben zu gestalten.

Es ist daher kurzsichtig, wenn die Krankenkassen genau bei den Maßnahmen sparen, die sich auf die spätere Entwicklung positiv auswirken und damit auch langfristig Geld sparen helfen. Daher werden wir ein „Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ aufbauen. Dort werden viele Aktivitäten wie zum Beispiel die der Robert Bosch Stiftung mit einfließen. Wir wollen, daß ein solches Forum auch mit einem Fonds oder einer Stiftung auf eine gute finanzielle Basis gestellt wird, so daß viele Aktivitäten vor Ort in Kindergärten, Schulen, im Stadtteil, im Sportverein, in den Betrieben und so weiter finanzielle Unterstützung bekommen können.

Ich hoffe, daß die Erfahrungen, die Sie heute austauschen, auch wieder Anregungen geben für Ihre weitere Arbeit. Und ich wünsche mir, daß noch viel mehr Menschen sich das Thema „Gesunde Schule“ zu eigen machen. Wir brauchen dieses Engagement in unserer Gesellschaft, damit Eigenverantwortung und Solidarität mit anderen wieder selbstverständlich werden. Vielen Dank und weiterhin viel Erfolg.

Bilanz des Förderungsprogramms „Gesunde Schule“

Günter Gerstberger,
Robert Bosch Stiftung

Eine Bilanz des Förderungsprogramms „Gesunde Schule“ in der kurzen Zeit zu geben, die mir zur Verfügung steht, ist kaum möglich. Zum Glück verteilt sich diese Aufgabe auf zwei Paar Schultern. Herr Dr. Erlacher wird die eigentliche Evaluation des Programms vorstellen, nämlich die Ergebnisse der Zwischenevaluierung der Phase I des Programms, so daß ich mich auf wenige prinzipielle Bemerkungen beschränken kann.

Das Prinzip des Programms „Gesunde Schule“ liegt in einem ganzheitlichen Konzept von Gesundheit, aber auch von Schulentwicklung und Schulreform. In dem ganzheitlichen Konzept lehnen wir uns an die Umschreibung von Gesundheit an, wie sie die Weltgesundheitsorganisation WHO formuliert und in ihre Präambel gestellt hat: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschiede der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ Diese Definition ist in die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung eingeflossen, die 1986 veröffentlicht wurde. Sie besagt: „Gesundheitsförderung in der Schule ist ein Prozeß, der es allen Beteiligten ermöglichen soll, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen, und der ihnen Befähigungen und Kompetenzen vermittelt, ihre Gesundheit zu stärken“.

Damit ist auch für uns der Vorrang der Gesundheitsförderung vor der Gesundheitserziehung im engeren Sinne gegeben, das heißt, unser Programm ist als ein pädagogisches Programm angelegt und nicht als ein medizinisch-präventives, wobei selbstverständlich die Prävention nicht außer acht gelassen werden kann. In diesem Zusammenhang zitiere ich auch gerne, was der genannte Jugendbericht an der Gesundheitsförderung aufgreift und was auch für uns leitend war. Es wird nämlich festgestellt, daß sich Fortschritte im gesundheitsbewußten Verhalten nicht durch Abschreckung erzielen lassen, daß sich Aufklärung und Gesundheitserziehung nicht in jeder Beziehung als erfolgreich erweisen, sondern daß es vielmehr darauf ankommt, gesundheitsfördernde Lebensstile positiv zu besetzen – das, was in den USA als „Life Skills“ bekannt ist, nämlich Fertigkeiten zur allgemeinen Lebensbewältigung – und daß dementsprechend ein Konzept der Gesundheitsförderung auf die Stärkung des Selbstwertgefühls der Jugendlichen zu zielen hat, auf die Nutzung der eigenen Ressourcen für die Bewältigung von Problemen, und daß es Handlungskompetenzen und insgesamt ein Gefühl dafür entwickeln soll, daß es einen Zusammenhang und Sinn im Leben gibt.

Das sind hochgesteckte Erwartungen, denen ein kleines Programm sicherlich nur teilweise oder nur in Ansätzen gerecht werden kann. Ich will aber ausdrücklich

diese Zielsetzung nennen, damit hinterher die in der Evaluierung sichtbaren Defizite in Relation gesetzt werden können.

Unter den schulreformerischen Zielen, die das Programm „Gesunde Schule“ mitverfolgt, nenne ich die Schulautonomie, die Befähigung von Schulen zur Selbständigkeit, etwa dadurch, daß wir nicht für einzelne kleine Projekte Geld geben, sondern daß wir ein ganzes Budget zur Verfügung stellen. Das waren in unserem Fall Summen zwischen 30.000 und 80.000 Mark für zwei Jahre. Ein solches Ziel ist auch die Bürgergetragenheit von Schule, der bürgerschaftliche Gedanke, daß Schule keine Sache der Verwaltung oder des Staates ist, sondern der Gesellschaft. Aus diesem Grunde haben wir von Anfang an dafür gesorgt – ein hochambitioniertes Anliegen – die gesellschaftliche Verankerung von Schule durch Initiativkreise voranzutreiben, die das Verbindungsglied zwischen Schule und Gemeinde sind und zum Schwungrad werden für eine selbständige und selbst-wirksame „Gesunde Schule“, die dann auch unabhängig von einer Initialförderung der Robert Bosch Stiftung „weitertreibt“, weil sie den Elan und das Engagement aus der Gemeinde hereinholt, weil sie aber auch, so unsere Hoffnung, finanzielle Mittel über dieses Schwungrad sammelt.

Eine konsequente Praxisförderung, wie in vielen anderen Programmen, war auch hier Grundprinzip der Förderung, Netzworkebildung erst in zweiter Linie; in erster Linie Ausstattung von Schulen, Ermutigung, Motivierung von Schulen, daß sie selber Praxis beginnen, Praxis umsetzen: „Bottom-up“, von unten nach oben.

Dieser Ansatz setzte voraus, daß wir nicht beim Punkte Null beginnen konnten, sondern die vorhandene gesunde Praxis von Schulen zum Ausgangspunkt nahmen. Es sind die Netzwerke genannt worden, auf die wir selbstverständlich zurückgegriffen haben. Unsere Schulen haben sich die „Gesunde Schule“ zur Aufgabe gemacht, was eben nicht heißt, daß sie „Gesunde Schule“ im Sinne von supergesund schon gewesen wären – oder heute sind –, sondern daß sie das Anliegen „Gesunde Schule“ für sich erkannt und sich vorgenommen haben, die Gesundheitsförderung beispielhaft zu entwickeln – wie ja häufig gerade diejenigen Anstrengungen unternehmen, die das Bedürfnis dazu verspüren und die Notwendigkeit für sich sehen.

So hat also in einer ersten Phase eine Profilierung stattgefunden, sie ist jetzt der Evaluierung unterzogen worden. Eine zweite Phase, die bereits begonnen wurde, hat demgegenüber eine Vervielfältigung der Schulen und ihrer Projekte in Form von Projektverbänden zum Ziel: Transfer und Wirkung in die Breite.

Um kurz die Zahlen zu nennen: In Phase I haben wir 22 Schulen mit Geldern für den Ausbau von gesunder Praxis ausgestattet. In Phase II haben wir im Moment zehn Projektverbände, die aus den in Phase I geförderten Schulen hervorgegangen sind. Diese jetzt schon geförderten zehn Schulen haben in der Regel zwei, drei Partnerschulen um sich gesammelt, um ihnen als Leitschulen diese Praxis weiterzugeben und als Mentor zu wirken: ungewöhnlich unter Schulen, hier jetzt auch eine Führungsrolle anderen gegenüber zu übernehmen. Es werden weitere fünf Projektverbände mit insgesamt 15 Schulen hinzukommen, so daß wir dann insgesamt bei 46 Schulförderungen in Phase II liegen werden, eine Förderung, die im Jahre 2005 zum Abschluß kommen wird.

Einige wenige Bemerkungen zu der Struktur des Programms und den Instrumenten seiner Durchführung: Zur Begleitung und Evaluierung wurde ein Beraterkreis gebildet von vier Persönlichkeiten, auch aus dem Ausland. Dieser Beraterkreis hat die Schulen begleitet und ist ihnen beigestanden in der Entwicklung ihrer Projekte. Es haben Initiativkreise die Arbeit aufgenommen, ich nannte sie schon, die schulintern und schulextern die Projekte begleitet haben. Und wir haben nach Abschluß der Phase I neben der Selbstevaluation der Schule, neben dem Berichtswesen, eine Fremdevaluation durch den Beraterkreis vorgenommen, die jetzt ergänzt worden ist durch eine Außenevaluation des gesamten Programms. Daneben stand eine Reihe von regelmäßigen Fortbildungen, von Tagungen, die wir den Schulen angeboten haben; Themen waren unter anderem Öffentlichkeitsarbeit und Moderationstechnik sowie Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung, denn es ist auch wesentlich, daß an diesem Programm „Gesunde Schule“ allgemeine Fertigkeiten für die Schule eingeübt und vorangetrieben werden.

Meine Damen und Herren, ich habe Ihnen nur ein paar Stichworte geben können. Für die Vertreter aus den Schulen ist dies nichts Neues, für die Partner, die wir heute bei uns haben, vielleicht doch. In drei Publikationen haben wir im übrigen unsere Erkenntnisse niedergelegt, „Grundlagen und Ziele“ des Programms „Gesunde Schule“, 1997; „Beispiele gelingender Praxis“, im Jahre 2000 vorgelegt und jetzt die „Ergebnisse der Zwischenevaluation“ 2002. Sie seien Ihnen zur Lektüre empfohlen. Ich danke Ihnen.

Ergebnisse der Evaluation des Programmes „Gesunde Schule“

Dr. Willibald Erlacher,
Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung,
Klagenfurt

Weil dieser furchtbar komplizierte Name unseres Instituts, Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung, angesprochen wurde, möchte ich soviel dazu erklären: Es handelt sich um eine Forschergemeinschaft, die aus vier Universitäten Österreichs zusammengesetzt ist. Unser Ziel ist es, aktuelle gesellschaftspolitische, gesellschaftsrelevante Fragestellungen interdisziplinär zu erforschen und zu verfolgen. Interdisziplinär erwähne ich deshalb, weil das ein Bereich ist, der in diesem Förderungsprogramm implizit enthalten ist.

Methodischer Überblick

Die Evaluation erfolgte in drei Schritten. Dabei wurde Wert gelegt auf einen generativen Forschungsansatz, das heißt die drei Schritte wurden systematisch sowohl inhaltlich als auch konzeptionell aufeinander abgestimmt, so daß sich der Prozeß der Evaluation an den auftretenden Veränderungen im Prozeß selbst orientierte.

1. Analyse von Dokumenten

Es wurden von der Robert Bosch Stiftung zur Verfügung gestellte Dokumente gesichtet und analysiert. Diese Dokumente beziehen sich auf

- die Konzeption des Programms „Gesunde Schule“
- Berichte der teilnehmenden Schulen
- Evaluationsdokumente (z.B. Fragebogenerhebung)
- Projektbegleitprotokolle
- Dokumente aus der laufenden Kommunikation und Beratung der Schulen
- Unterlagen anderer Programme zur Gesundheitsförderung an Schulen in Deutschland sowie Studien zur Gesundheitserziehung in Deutschland
- Studien über den Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel die WHO-Studien).

2. Erstellung von Schulportraits

Auf der Basis der Analyse der Dokumente wurden an sechs ausgewählten Schulen (einer Schule je vertretenem Schultyp) vor Ort durch Interviews mit beteiligten und betroffenen Personengruppen Daten erhoben.

3. Fragebogenerhebung

In einem dritten Schritt wurde, aufbauend auf den bisherigen Daten, ein Fragebogen entwickelt, der relevant erscheinende Aspekte an allen im Förderungs-

programm unterstützten Schulen quantitativ erfaßt. Die Erhebung wurde an 21 von 22 am Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ der Robert Bosch Stiftung beteiligten Schulen durchgeführt. Es war beabsichtigt, die Zielgruppe der Lehrer als Ganzes zu erfassen, aus den Schülern sollte der Projektkoordinator pro Schule 20 Schüler auswählen, die besonders aktiv an Teilprojekten mitgearbeitet haben und etwa 20 Schüler, die an keinem Teilprojekt beteiligt waren beziehungsweise nur wenig in Teilprojekte involviert waren.

Um einen möglichst hohen Rücklauf sicher zu stellen, wurden mehrere unterstützende Maßnahmen getroffen, das Ergebnis ist sehr zufriedenstellend. Von den 878 verteilten Lehrerfragebögen wurden 604 ausgefüllt zurückgesandt, das bedeutet einen Rücklauf von 69 Prozent. Allein der schwache Rücklauf in zwei großen Schulen drückt den gesamten Prozentsatz um zehn Punkte nach unten. Der Rücklauf der Schülerfragebögen ist mit je 92 Prozent sehr gut. Besonders im Vergleich zu sonst üblichen Werten (unter 30 Prozent bei Großuntersuchungen) ist die Rate sehr hoch. Die Interventionen der Projektkoordinatoren und Schulleiter haben diesbezüglich sicherlich den beabsichtigten positiven Effekt gehabt.

Ich werde Ihnen in der zu Gebote stehenden Kürze die wesentlichen Ergebnisse der Materialanalysen, der Interviewreihe sowie der Fragebogenerhebung darlegen. Dabei will ich auf eine gute Balance zwischen allgemeinen Aussagen und konkreten Stellungnahmen der Betroffenen achten.

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Klassische Gesundheitsthemen sowie Unterrichts- und Schulentwicklung sind Schwerpunkte an den Schulen

- Im Hinblick auf die von den Schulen verfolgten Gesundheitskonzepte läßt sich sagen, daß die von der Robert Bosch Stiftung im Programmaufbau sehr breit und offen angelegten Möglichkeiten zur Entwicklung einer „Gesunden Schule“ von diesen in einer entsprechenden Vielfalt umgesetzt wurden. Der im Antwortverhalten zur Frage des Erhebungsbogens nach dem Idealbild einer „Gesunden Schule“ in Erscheinung tretende Gesundheitsbegriff ist sowohl bei Lehrern als auch bei Schülern ein durchaus vielschichtiger und entwickelter. Dies ist daran erkennbar, daß zu allen drei großen Sektoren des Gesundheitsbegriffes, nämlich zur physischen, zur psychischen wie auch zur sozialen Gesundheit, zahlreiche Nennungen erfolgen und daß die Begrifflichkeit innerhalb dieser Sektoren sehr differenziert ist.
- So sind in den Programmkonzepten aller Schulen die klassischen Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung, Drogen/Sucht, Gewaltprävention und Sexualerziehung wiederzufinden.
- Die Verbesserung der schulischen Infrastruktur durch Neu- und Umgestaltung von Schulgebäuden und Schulhöfen wurde von den meisten Schulen in Angriff genommen und erfolgreich durchgeführt. Damit konnte eine wesentliche Verbesserung des Lern- und Arbeitsumfeldes im Sinne eines „gesünderen Ambientes“ erzielt werden.

- Während manche Schulen sich auf die klassischen Themen von Gesundheitsförderung (zum Beispiel die Grundschulen) konzentrieren, kombinieren andere die „Gesunde Schule“ mit einer internen Unterrichts- und Schulentwicklung, wiederum andere sehen „Gesunde Schule“ als Ergebnis eines Schulentwicklungsprozesses.
- Vor allem an den mittleren und höheren Schulen sowie den Berufsbildenden Schulen wird das Beziehungsgefüge innerhalb der Schule zum Thema gemacht. Dazu zählen vor allem unterschiedliche Initiativen zur Schüler- und Lehrerfortbildung wie Mediation, Multiplikatoren Ausbildung, Streßmanagement, Fachfortbildungen sowie bewußt gewählte Organisationsentwicklung, um die Schule als Gesamtsystem weiter zu entwickeln. An einigen Schulen wird daher Schulentwicklung neben den klassischen Gesundheitsthemen als mindestens gleichwertig, wenn nicht gar vorrangig, angesehen. Dies ist den Schulen, je nach interner Ausgangslage (organisatorische Struktur, Schulklima, Kommunikationsstruktur) und externen Rahmenbedingungen, unterschiedlich gut gelungen. An manchen Schulen ist es durch die Projektarbeit aber auch zu einer Verschärfung kollegiumsinterner Konfliktlagen gekommen.

2. Interne und externe Rahmenbedingungen sind maßgeblich für den Erfolg

- Die erfolgreiche Umsetzung der Projekte ist sehr stark abhängig von internen und externen Rahmenbedingungen. Schulen reagieren darauf und versuchen entsprechend ihrer unterschiedlichen Ausgangslagen unterschiedliche Antworten zu finden. Wirksame externe Rahmenbedingungen sind unter anderem das soziale Umfeld, politische und verwaltungsbezogene Einflüsse, Imageprobleme und die Präsenz in der Öffentlichkeit. Folgende interne Rahmenbedingungen haben sich als wirksam erwiesen: die organisatorische „Verfaßtheit“ der Schule und die Kommunikationsstruktur und -kultur hinsichtlich einer Profilbildung zur „Gesunden Schule“ (beispielsweise die Konsensbereitschaft innerhalb des Kollegiums).
- Schulen, die aus anderen Kontexten Projekterfahrungen mitbringen, oder die bereits Erfahrungen mit Schulentwicklung gemacht haben, implantieren das Projekt „Gesunde Schule“ leichter und schneller. Diejenigen Schulen, die aufgrund der Beschäftigung mit dem Thema erstmals einen Entwicklungsprozeß starten (müssen), konzentrieren sich zunächst auf diesen Prozeß und betrachten Gesundheitsförderung weniger „produktorientiert“.
- Die Verankerung des Themas im Unterricht ist den Schulen unterschiedlich gut gelungen. Wo mit fächerübergreifenden Arbeitsformen experimentiert wurde (statt im Kontext der Schulfächer), waren die Schulen eher erfolgreich. Daraus entstanden aber auch neue Herausforderungen, vor allem hinsichtlich ungewohnter Kooperationsformen für die Beteiligten. Dies versuchten Schulen unter anderem durch Weiterbildungsangebote in diversen Kommunikationsverfahren zu bewältigen. Es wurde in den qualitativen Erhebungen deutlich, daß Schulen sogenannten Neuen Formen des Lehrens und Lernens (offener Unterricht, Projektarbeit) positiv gegenüberstehen. Dennoch gibt es vereinzelt Schulen, die Gesundheitsthemen eher klassenbezogen bearbeiten.

- Die Einbeziehung der Eltern in die Gesundheitsprojekte gelingt unterschiedlich gut. An manchen Schulen sind die Eltern aktiv und stark eingebunden, an anderen ist eine Kooperation mit Eltern aus Sicht der Schulen nicht oder nur sehr begrenzt möglich. Ein wesentlicher Faktor für die erfolgreiche beziehungsweise erfolglose Elternarbeit ist im sozialen Umfeld zu suchen: Schulen in sozialen Brennpunktlagen haben hier Nachteile. Bei den Berufsbildenden Schulen ist aufgrund des Schultyps und des Alters der Schüler die Elternarbeit eher sekundär. Die Fragebogenerhebung zeigte aber, daß die Quote der Mitarbeit von Eltern insgesamt als hoch eingeschätzt werden kann, wenn man bedenkt, daß deren Beteiligung als Externe nicht selbstverständlich ist und es deshalb gezielter Anstrengungen von Seiten der Schulen bedarf.
- Die Öffnung der Schulen nach außen ist ebenfalls in unterschiedlichem Ausmaß realisiert worden. Diejenigen Schulen, welche typenspezifisch von Haus aus damit konfrontiert sind, wie beispielsweise die Berufsschulen, sind dabei sehr erfolgreich. Auch hier ist unverkennbar, daß dies mit der internen Organisationsdynamik und -kultur einer Schule im Zusammenhang steht. Die Kooperationen mit außerschulischen Partnern gelingen den Schulen ausreichend bis sehr gut. An manchen Schulen werden allerdings Verwaltungsbehörden als restriktiv wahrgenommen.

3. Erfolge/Mißerfolge auf inhaltlicher und organisatorischer Ebene

- Die Auswertung der Fragebögen hat ergeben, daß an den Schulen, die von der Robert Bosch Stiftung im Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ unterstützt wurden, etwa ein Viertel aller Lehrer intensiv in den Projekten mitgearbeitet hat, etwa zwei Drittel war voll oder teilweise beteiligt. Nur sehr wenige haben angeblich nichts von den Projekten gewußt. Etwa ein Drittel war zumindest informiert. Die Beteiligung an den Projekten ist nicht vom Alter abhängig: Sogar von den über 60jährigen ist noch fast die Hälfte aktiv in die Projekte eingebunden.
- Den Schulen gelingt es gut, den Informationsfluß so zu gestalten, daß ein großer Teil der Schüler und Lehrer das Gefühl hat, über Verlauf und Ergebnisse, besonders aber über die Ziele der Projekte „sehr gut“ oder „ausreichend“ informiert zu sein. Dies ist ein gutes Ergebnis der Fragebogenerhebung. Lediglich von den insgesamt wenigen nicht in die Projekte integrierten Lehrern und Schülern geben viele an, keine oder zu wenig Informationen erhalten zu haben.
- Nur sehr wenige Lehrer und beinahe keine Schüler bewerten die Projekte an ihrer Schulen im Fragebogen negativ. Erwartungsgemäß steigt die Quote der guten Wertungen noch in Abhängigkeit vom Aktivitätsgrad in den Projekten. Es ist aber dennoch ein Viertel der Lehrer eher nicht oder gar nicht zufrieden, wenn sie ihren Aufwand mitbedenken. Hier kommt möglicherweise das Gefühl von Überlastung, das in Antworten auf offene Fragen des Fragebogens explizit beklagt wird, zum Ausdruck. Die Auswertung von Erfolgs- sowie Mißerfolgskriterien hat ergeben, daß mit Abstand die meisten Lehrernennungen (und auch sehr viele Schülernennungen) auf das Kriterium „Engagement“ entfallen. Einerseits wird hoher persönlicher Einsatz als Kriterium für Erfolg definiert, andererseits ist damit die Gefahr der Überforderungen und des „Ausbrennens“ (Burn-

Out) verbunden. Dieser Befund geht mit Forschungsergebnissen konform, die darauf hinweisen, daß Lehrer ihre Arbeit stark personen- und aufwandsorientiert definieren. Eine professionelle Berufsauffassung, die auch organisatorische und systemische Aspekte berücksichtigt, steckt erst in den Kinderschuhen.

- Es kann als beachtlicher Erfolg des Förderungsprogramms „Gesunde Schule“ angesehen werden, daß alle Schulen (bis auf eine Ausnahme) sowohl inhaltlich als auch organisatorisch einen positiven Entwicklungsverlauf aufweisen. Weitere Erfolge sind eine Vielzahl gelungener Aktivitäten zu den inhaltlichen Schwerpunkten. Darüber hinaus wurde durch Weiterbildungsmaßnahmen für Lehrer und Schüler und verschiedene Initiativen zur Zusammenarbeit das Schulklima häufig deutlich verbessert. Insgesamt kann festgestellt werden, daß für viele Schulen die Förderung der Robert Bosch Stiftung einen Anstoß für eine umfassende Neuorientierung und Weiterentwicklung der Schul- und Unterrichtsorganisation darstellte.
- Deutlich mehr als die Hälfte aller Befragten gibt an, ihr Gesundheitsverständnis habe sich durch die Schulprojekte verändert. Die größten Projektauswirkungen werden in den Bereichen Ernährung, Gestaltung der Schule, Bewegung, der sozialen Kompetenz, des Miteinander und der Stärkung des Selbstbewußtseins (auf Schülerseite) festgestellt. Dies ist ein deutlicher Erfolg des Förderungsprogramms.
- Problemfelder wurden an den meisten Schulen im Themenfeld Sucht/Drogen (vor allem Rauchen) sichtbar. Trotz mitunter kreativer Herangehensweisen und engagierter Diskurse konnten die Ziele (noch) nicht zufriedenstellend erreicht werden. Für die Bereiche Drogen und Gewalt wurden einzelne Schulen als Problemschulen identifiziert. Dort bewerten Schüler die Situation schlechter als die Lehrer. Vielleicht wollen die Lehrer von diesen Problemen nichts wissen oder wollen sie nicht wahrhaben. Es soll aber auch erwähnt werden, daß es an drei Haupt- und Sonderschulen – folgt man den Angaben der Schüler im Fragebogen – beachtliche Projekterfolge in den Bereichen Drogen und Gewalt gegeben hat.
- Auffallend ist, daß das Thema Alkohol (mit Ausnahme einer Sonderschule) überhaupt nicht im Blick der Schulen ist. Es darf vermutet werden, daß es Schulen schwer fällt, dieses gesamtgesellschaftlich hoch aktuelle aber kontroverse (zum Beispiel die Spannungsfelder zwischen ökonomischen Aspekten und Gesundheitsfragen oder individueller und kollektiver Verantwortung) und (vielleicht daher immer noch) tabuisierte Thema zu bearbeiten.
- Die Initiativkreise konnten trotz allgemeiner Akzeptanz und Wertschätzung seitens der Schulen nicht als Organisationselemente strukturell verankert werden. Die im Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ der Robert Bosch Stiftung beabsichtigte bürgerschaftliche Verankerung von Schulen über Initiativkreise wird zwar durchweg als sinnvolle Konzeptidee im Sinne einer Öffnung der Schule zum Gemeinwesen eingeschätzt. Gesundheit soll an den Schulen als gesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung lebensnah thematisiert werden und die Schule sollte einen Beitrag zur Weiterentwicklung gesellschaftlicher „Gesundheit“ leisten. Die Evaluation zeigt aber auch, daß es den Schulen bis auf ganz wenige Ausnahmen, und auch da nur ansatzweise, nicht gelungen ist, diese Initiativkreise als Organisationselemente in ihren Systemen zu verankern. An vielen Schulen

existieren diese de facto überhaupt nicht, dort, wo sie bestehen, sind sie eher „informelle Beratungsgremien“. Hierfür dürften mehrere Gründe verantwortlich sein. Organisationsdynamisch ist zunächst einmal davon auszugehen, daß Schulen in den durch die Projektarbeit initiierten Veränderungsprozessen notwendigerweise zuerst auf die Gestaltung interner Abläufe und Prozesse konzentriert sind. Alle von „außen“ kommenden zusätzlichen Anforderungen werden tendenziell vom System vorerst „abgewehrt“. Die strukturelle Verankerung einer produktiven „Außensicht“ ist, so wertvoll sie wäre, eine Überforderung eines Systems, das sich erst konsolidieren muß, insbesondere dann, wenn Systeme in dieser Hinsicht noch keine Erfahrungen mit Veränderungsprozessen haben. Solche Schulen, die hier bereits auf gemachte Erfahrungen, sei es in der Projektarbeit, Schulentwicklung und ähnliches zurückgreifen können, sind hier im Vorteil und nehmen diese organisatorische Herausforderung leichter an.

4. Nachhaltige Veränderungen durch Gesundheitsprojekte

- Am nachhaltigsten sind, wie die Untersuchungen ergaben, Veränderungen konkret beobachtbaren Verhaltens bei den aktiv an den Projekten Beteiligten. Nachdem diese Verhaltensänderungen ausdrücklich als Verhalten außerhalb der Projekte wahrgenommen werden, kann – bei aller gebotenen Vorsicht und auch in Anbetracht der unterschiedlichen Ergebnisse an spezifischen Schulstandorten – doch eine recht große Nachhaltigkeit der geförderten Gesundheitsprojekte festgestellt werden.
- Objektiv meßbare Veränderungen im Gesundheitsstatus können von den Schulen (bis auf eine einzige Ausnahme an einer Grundschule zur Zahngesundheit) allerdings nicht belegt werden.
- Zur Lehrergesundheit wird ersichtlich, daß die Projekte bei einer Vielzahl von Lehrkräften einerseits zu einer positiven Veränderung des Gesundheitsbewußtseins geführt haben, oft werden konkrete Verhaltensänderungen (mehr Sport, bewußtes Einkaufen, weniger Rauchen) genannt. Andererseits führten die zusätzlichen Aufgaben zu einer „ungesunden“ Mehrbelastung. Viele Schulen haben auf diese Belastungssituation für Lehrer mit Seminaren zu Streßabbau, Entspannung sowie durch Praxisberatung (Supervision) reagiert.
- Die Beschäftigung mit Gesundheitsförderung hat sich an den Schulen wesentlich auf die Organisationskultur ausgewirkt. Alte Strukturen wurden zum Teil aufgebrochen und bedürfen einer intensiven weiteren Bearbeitung an den Schulen.

5. Perspektiven für die Zukunft

- Es deuten alle Untersuchungsergebnisse darauf hin, daß sich an allen beteiligten Schulen ein „Kulturwandel“ ankündigt. In vielen Bereichen wurden alte Strukturen aufgebrochen oder bereits im Wandel begriffene Kulturen positiv verstärkt. Die Beschäftigung mit den Gesundheitsprojekten hat sich inhaltlich und strukturell auf bestehende Organisationskulturen ausgewirkt. Es ist nicht übertrieben zu behaupten, daß diese Form von Gesundheitsförderung an Schulen einen Paradigmenwechsel darstellt, der sich aus der interdisziplinären Grundstruktur des Themas speist.

- An manchen Schulen werden durch das Projekt „Gesunde Schule“ notwendige Organisationswidersprüche (zum Beispiel das Spannungsfeld von Verändern und Bewahren) sichtbar. Diese äußern sich unter anderem darin, daß es an allen Schulen Befürworter und Skeptiker des Programmes gibt. Diese Konfliktfelder zwischen denjenigen, die das Projekt tragen (die „Veränderer“) und denjenigen, die „bremsen“ (die „Bewahrer“) werden mit unterschiedlichem Erfolg bearbeitet. Beide Bereiche sind für Veränderungsprozesse notwendig, weil sie aber im Widerspruch zueinander stehen, ist ein balanciertes Management dieser unvermeidlichen Differenz sehr anspruchsvoll. Hierfür scheinen Schulen, so wie viele andere Organisationen auch, nicht vorbereitet zu sein beziehungsweise fehlt es an nötigem Know-How. Die Entwicklung einer „Gesunden Schule“ erfordert daher über die Grenzen von Teams und Bereichen hinweg eine Zusammenarbeit und Abstimmung aller. Dies ist nur zu leisten, wenn Lehrer sich einerseits für die Entwicklung des Gesamten zuständig fühlen und andererseits dazu bereit sind, sich in gewisser Weise durch ausgehandelte Regelungen einschränken zu lassen. Diese Anforderung widerspricht jedoch einer gängigen schulischen Kultur, die durch hohe Autonomie des Einzelnen und einen ausgeprägten „Gleichheitsanspruch“ geprägt ist („Autonomie-Paritätsmuster“). Dieses Muster kann nur in kontinuierlicher Schulentwicklungsarbeit schrittweise unter Beachtung der Eigenzeitlichkeit organisatorischer Entwicklungsprozesse abgebaut werden. Rollendifferenzierung und Aufgabenteilung im Sinne eines professionellen Projektmanagements können dabei helfen.
- In der Ausbildung werden angehende Lehrer nicht ausreichend auf die veränderten Aufgabenstellungen an Schulen vorbereitet. Manche Schulen versuchen deshalb, durch intensive themenbezogene Lehrerfortbildung auf ihr verändertes soziales, politisches und strukturelles Umfeld aktiv im Sinne des Bildungsauftrages zu reagieren.
- Um den neuen Anforderungen an Schule gerecht zu werden, wäre es notwendig, sowohl auf individueller Ebene (beispielsweise durch Lehrerfortbildung, Schulleiterqualifikation in Managementfragen) als auch auf der Ebene der Schule als System anzusetzen.

Vortrag: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Dr. Elisabeth Pott,
Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Ich möchte mich erst einmal herzlich bedanken, daß ich gebeten worden bin, zum Thema „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ zu sprechen.

Meine Damen und Herren, bevor ich zu meinem eigentlichen Thema komme, möchte ich noch einige Worte zu dem Programm sagen, mit dem wir vor acht Jahren begonnen haben. Der Ansatz des Programms „Gesunde Schule“, das die Robert Bosch Stiftung 1994 aufgelegt hat, ist ein unglaublicher Schritt nach vorne, ein sehr innovativer Schritt gewesen, weil das Konzept der Gesundheitsförderung in der Schule, das diesem Programm zugrunde liegt, wegweisend für eine moderne Strategie ist und zwar aus folgendem Grund: Ich nenne nur einige wenige Parameter, weil ich keine Bilanz ziehen möchte, das hat Herr Gerstberger schon getan. Einige zentrale Aspekte möchte ich Ihnen noch einmal in Erinnerung rufen: Ein Ansatz mit einer direkten Förderung in der Schule, der nicht nur auf eine unterrichtsbezogene Gesundheitserziehung setzt, sondern strukturverändernd wirkt, der wirklich Rahmenbedingungen verändert, also am Verhalten und an den Verhältnissen ansetzt, damit sich eine Schule zur gesunden Schule entwickeln kann, was und ist ein sehr neuer Ansatz. Dieser Ansatz ist auch heute noch keineswegs überall verbreitet. Er führt weg von Einzelprojekten und hin zu einer umfassenden Strategie mit einer strukturellen Verankerung, einer längerfristigen Zielsetzung und damit zu einer nachhaltigen Wirkung.

In diesem Zusammenhang wird inhaltlich oft die Frage nach den Unterschieden zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention diskutiert, als ob Gesundheitsförderung auf der einen Seite und Krankheitsprävention auf der anderen Seite konkurrierende Ansätze oder Gegensätze wären. Deshalb möchte ich hier noch einmal darauf hinweisen: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind keine Widersprüche oder Gegensätze, sondern sie sind sich gegenseitig ergänzende Elemente, die sich verstärken sollen.

Und was ist an diesem innovativen Ansatz so besonders wichtig? Zu diesem Ansatz gehörte eine Zielvereinbarung. Herr Gerstberger hat gesagt, das war zwar ein utopisches Ziel, aber es war ein konkretes Ziel. In der Gesundheitsförderung wird auch heute noch häufig projektbezogen gedacht. Einzelprojekte, die sich nicht in eine Strategie einfügen und keine klar definierten Ziele anstreben, können aber keine nachhaltigen Erfolge erreichen. Die Vereinbarung über eine Entwicklung zu einer gesunden Schule, das war eine Entscheidung darüber, wie mit Unterstützung durch die Förderung der Stiftung ein Konzept und die Umsetzungsschritte zur Verwirklichung des Konzepts realisiert werden sollten. Dabei sollten eigene Ressourcen durch die Förderungsmittel der Stiftung unterstützt werden und gleichzeitig sollte die Förderung dazu dienen, weitere Unterstützer und Partner für die Schule zu gewinnen. Weil ich viele Jahre an diesem Prozeß mitgewirkt habe,

wollte ich gerne auch noch ein Dankeschön an die Schulen sagen, die sich so engagiert hier beteiligt haben und weiter beteiligen.

Nun zum eigentlichen Thema: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. Zunächst möchte ich Ihnen erläutern, daß es zu diesem Thema keine repräsentative Datenlage zu allen wichtigen Fragen in Deutschland gibt, sondern daß ich Ihnen heute ein Patchwork zeige aus aktuellen relevanten Studien und aus Daten der Gesundheitsberichterstattung, die zusammengefügt durchaus einen Eindruck von der aktuellen Situation vermitteln. Einige dieser Studien sind auch für ihre jeweiligen Fragestellungen repräsentativ, aber die Gesamtschau ist nicht repräsentativ für Deutschland. Trotzdem läßt sich aus den Daten ein recht realistisches Bild gewinnen.

Vieles von dem, was ich Ihnen vorstelle, wird für Sie vielleicht nicht völlig neu sein, da Sie ja mit vielen Problemen tagtäglich zu tun haben, aber in der Gesamtschau, denke ich, ergibt sich noch einmal ein abgerundetes Bild vom Zustand der Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland.

Zunächst einmal möchte ich deutlich machen, um welche große soziale Gruppe es sich bei der Zielgruppe handelt, wenn wir von Kindern und Jugendlichen sprechen: 13 Millionen Kinder zwischen null und 14 Jahren und 5,5 Millionen Jugendliche zwischen 15 und 21 Jahren leben in Deutschland. Es lohnt sich wirklich, sich um diese Gruppe Gedanken zu machen, zumal das, was an Risiken und Problemen bei Kindern und Jugendlichen auftritt, dann die Krankheiten, vor allem die chronischen Krankheiten, von morgen sind.

Aufgrund der verschiedenen vorliegenden Studien und ihrer Analyse können wir dann zu einer Einschätzung über die zentralen Probleme in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen heute kommen.

Zunächst sind Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination zu nennen. Das ist deshalb so wichtig, weil diese Störungen erhebliche Folgewirkungen erstens auf den Bewegungsapparat, aber zweitens auch auf Unfallhäufigkeit

Gesundheit von Kindern – zentrale Probleme

- Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination,
- Sprech- bzw. Sprach-, Hör und Sehstörungen,
- Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten (Fehlernährung),
- Unfälle,
- Konzentrationsstörungen,
- Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität,
- geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

Aus den Studien der schulärztlichen Untersuchungen geht hervor, daß 1999/2000 16 Prozent der Jungen und sieben Prozent der Mädchen Koordinationsstörungen aufweisen. Haltungsauffälligkeiten sind – und Sie müssen bedenken, es handelt sich um Einschulungsuntersuchungen, also um Kinder in einem sehr jungen Alter – schon bei sechs bis sieben Prozent und Wirbelsäulenveränderungen bereits bei 5,4 Prozent der Jungen und 6,9 Prozent der Mädchen festgestellt worden. Spezielle sportmedizinische Untersuchungen, die in verschiedenen Studien durchgeführt worden sind, zeigen deutlich eine Abnahme der Koordinationsfähigkeit bei Grundschulern. Es gibt einen Rückgang von Bewegungserfahrungen beim Spielen. Das hat mit der Umwelt und dem Umfeld zu tun, in dem Kinder heute groß werden, wo spontanes Spielen praktisch in häuslicher Umgebung kaum noch möglich ist.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Bewegung (Sportmedizinische Untersuchungen)

Trends bei Grundschulern

- Abnahme Gesamtkörperkoordination (Dordel et al. 2000)
- Rückgang Bewegungserfahrungen beim Spielen (Brandt et al. 1997)
- Verschlechterung der Ausdauer (Bös 2000)

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

Nur der Schulsportunterricht oder der Sport im Verein reichen einfach nicht aus, um das so entstandene Bewegungsdefizit auszugleichen. Darüber hinaus wird eine Verschlechterung von Ausdauerleistungen festgestellt. Ausdauersportarten spielen

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Ernährung

Trends bei Grundschulern

- 8 % aller Jungen und Mädchen zwischen 6 und 17 Jahren sind untergewichtig, 11 % sind übergewichtig (15 bis 25 % über dem Referenzgewicht) (DGE, 2000)
- 9 % der Jungen bzw. 7 % der Mädchen weisen bereits eine Adipositas auf (über 25 % über ihrem Referenzgewicht) (DGE, 2000)

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

aber – gerade auch im Hinblick auf die Prävention später entstehender Herz-Kreislauf-Erkrankungen – eine wichtige Rolle. Dieses ist in Studien gut belegt.

Bei der Ernährung können wir folgendes zeigen: Acht Prozent aller jungen Mädchen zwischen sechs und 17 Jahren sind untergewichtig, und elf Prozent sind übergewichtig. Neun Prozent der Jungen und sieben Prozent der Mädchen weisen bereits eine Adipositas auf. Adipositas heißt ein Gewicht, das mehr als 25 Prozent über dem Referenzgewicht liegt. Im Alter zwischen sechs und 17 Jahren hat eine beachtliche Zahl der Kinder bereits Probleme mit dem Gewicht.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

- 11 % der Jungen und 17 % der Mädchen (der 11- bis 15-Jährigen) haben bereits Diäterfahrungen (Settertobulte, 1999)
- 63 % der 13- bis 14-Jährigen würden gern besser aussehen und 56 % wären gerne dünner (Milhoffer, 1999)
- Aber auch 8 % der Mädchen mit objektiv zu geringem Gewicht halten sich für selber zu dick und machen eine Diät (Settertobulte, 1999)

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

Elf Prozent der Jungen und 17 Prozent der Mädchen im Alter von elf bis 15 Jahren – also gerade in der Pubertät – haben bereits Diäterfahrungen. 63 Prozent der 13- bis 14-jährigen würden gerne besser aussehen und 56 Prozent wären gerne dünner. Dünnssein wird in der Vorstellung von Jugendlichen in einem hohen Maß mit Attraktivität verbunden. Hervorzuheben ist, daß acht Prozent der Mädchen, die objektiv ein schon zu geringes Gewicht haben, sich selber für zu dick halten und eine Diät machen. An dieser Problematik des Ernährungsverhaltens sehen Sie, daß, beeinflußt durch überschlanke Schönheitsideale in den Medien, durch Werbung, durch ein in unserer Gesellschaft propagiertes besonderes Dünnssein, schon sehr junge Mädchen – und Mädchen sind hier deutlich in der Überzahl – sich schlank hungern und sich damit gesundheitlich gefährden. Die Jungen holen übrigens in der Zwischenzeit auf, auch bei ihnen gewinnt dieses Thema an Bedeutung. Ich habe das hier so prominent dargestellt, weil sich aus diesen ersten Diäterfahrungen in vielen Fällen Ernährungsstörungen wie Magersucht oder Eß-Brech-Sucht entwickeln. Wir haben es hier mit einem gravierenden Problem im Ernährungsbereich zu tun, das ebenso wichtig wie die Übergewichtsproblematik ist.

Dann kommen wir zum Thema Streß. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in einer eigenen Untersuchung Fragen zum Streßerleben von Jugendlichen gestellt.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Stress

Jugendliche zwischen 12-17 Jahren:

- haben viele Sorgen durch Anforderungen in Schule oder Beruf (17%)
- trauen sich kaum/nicht zu mit hohen Anforderungen in Schule oder Beruf fertig zu werden (21%)
- haben niemanden, mit dem sie ihre persönlichen Probleme besprechen können (7%)

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Drogenaffinität Jugendlicher 2000

Jugendliche zwischen zwölf und 17 Jahren haben zu 17 Prozent viele Sorgen durch Anforderungen in Schule oder Beruf oder sie trauen sich kaum oder nicht zu, mit hohen Anforderungen in der Schule oder im Beruf fertig zu werden. Das sind 21 Prozent. Man muß sich vorstellen, was es bedeutet, wenn Kinder und Jugendliche in der Schule immer das Gefühl haben, es einfach nicht zu schaffen. Eine Kompensation könnte darin liegen, daß Bezugspersonen vorhanden sind, mit denen sie über diese Probleme sprechen können. Erschreckend ist, zu hören, daß sieben

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Folgen von Stresserlebnissen:

Jugendliche zwischen 12-17 Jahren:

- Kopfschmerzen (19 % Mädchen, 9 % Jungen)
- Magenbeschwerden (7 % Mädchen, 2 % Jungen)
- Nervosität und Unruhe (11 % Mädchen, 6 % Jungen)
- Schlafstörungen (8 % Mädchen, 3 % Jungen)
- Auffällig ist, dass Mädchen doppelt so häufig wie Jungen unter diesen Symptomen leiden. (Hoepner-Stamos 1996)

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

Prozent der Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren sagen, daß sie niemanden haben, mit dem sie über ihre persönlichen Probleme sprechen können. Die Folgen davon sind: 19 Prozent der Mädchen und neun Prozent der Jungen geben Kopfschmerzen als Folge von Streßerlebnissen an, sieben Prozent der Mädchen und zwei Prozent der Jungen haben Magenbeschwerden.

Nervosität und Unruhe liegen bei elf beziehungsweise sechs Prozent, Schlafstörungen bei acht beziehungsweise drei Prozent vor. Was hier auffällt ist, daß Mädchen doppelt so häufig psychosomatische Symptome entwickeln wie Jungen. Jungen scheinen Streß anders zu verarbeiten. Das kann sich unterschiedlich auswirken, zum Beispiel in der Entstehung von Sucht und Abhängigkeit oder in der Entwicklung aggressiven Verhaltens. Die Verarbeitungsform mit psychosomatischen Beschwerden ist vor allem bei Mädchen zu beobachten.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Freizeitverhalten und Gesundheit

Übermaß an Fernsehen¹⁾ und Computerspielen²⁾ hängt zusammen mit:

- häufiger Konsum von zuckerhaltigen Limonaden
- Fast-Food
- Süßigkeiten
- Kartoffelchips (Settertobulte 2002)
- sowie Übergewicht (Kalieset al. 2001)

1) > 4 Stunden täglich

2) > 4 Stunden wöchentlich

Quelle: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Hrsg.: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3; Köln 1998

In der Freizeit wird durch ein Übermaß an Fernsehen und Computerspielen (nach Untersuchungen der Bielefelder Universität), durch häufigen Begleitkonsum von zuckerhaltigen Limonaden, Fast Food, Süßigkeiten, Kartoffelchips in besonderer Weise Übergewicht erzeugt. Übermaß bedeutet mehr als vier Stunden täglich Fernsehen, beziehungsweise mehr als vier Stunden täglich Computerspielen.

Zu den Unfällen ist zu sagen, daß sich die Zahl der Kinderunfälle im Jahr 2000 auf insgesamt 1,9 Millionen beläuft, 532 waren tödlich. Wenn wir dann sehen, daß Unfälle am häufigsten in der Schule passieren, nämlich zu 43 Prozent, zu Hause zu 22 Prozent, in der Freizeit zu 18,4 Prozent und im Straßenverkehr nur zu 12 Prozent, könnte das eine Erklärung dafür sein, daß in der Schule beim Sportunterricht wegen der vorher gezeigten mangelnden Koordinationsfähigkeit viel leichter Unfälle auftreten, als das früher der Fall war.

Unfälle

Tödliche Kinderunfälle (532 im Jahr 2000)

Kinderunfälle insgesamt (1,9 Mio/Jahr)

am häufigsten in der Schule (43%), zu Hause (22%)

und in der Freizeit (18,4%)

(Straßenverkehr nur ca. 12%)

Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1999

Beim Rauchen können wir feststellen, daß es einen langfristigen Trend zum Nicht-rauchen bei Jugendlichen gegeben hat. Auch heute noch gibt es eine Tendenz, daß eine große Zahl von Jugendlichen gar nicht erst mit dem Rauchen beginnt. Auf der anderen Seite ist in der Zeit von 1993 bis 1997 bei den zwölf- bis 17jährigen ein deutlicher Anstieg des Rauchens von 20 auf 28 Prozent erfolgt. Dieser Anstieg ist ganz besonders auf eine Zunahme des Rauchens in den ostdeutschen Bundesländern und da insbesondere bei den Mädchen zurückzuführen. Die Lebensverhältnisse zwischen Ost und West gleichen sich also auch auf diesem Gebiet an. Die Mädchen haben deutlich aufgeholt. Sie werden auch durch die Zigarettenwerbung ganz besonders angesprochen, da hier das angestrebte überschlanke Schönheitsideal mit Zigarette dargestellt wird. Das Motiv, möglichst schlank zu bleiben oder zu werden, spielt eine Rolle. Das Thema Rauchen ist also ein wichtiges Thema bei Jugendlichen, weil bei den jüngeren Jugendlichen das Rauchen gerade in den letz-

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

BIERKONSUM 1993 BIS 2001

12- bis 25-Jährige in der Bundesrepublik Deutschland

		Es trinken mindestens einmal pro Woche Bier:				
		Insgesamt	Männlich	Weiblich	12- bis 17-Jährige	18- bis 25-Jährige
		%	%	%	%	%
Alle Jugendliche	1993	31	50	11	14	40
	1997	26	41	10	12	37
	2001	23	34	10	15	29
Westdeutsche Jugendliche	1993	32	51	12	13	43
	1997	28	43	11	13	37
	2001	23	35	11	14	31
Ostdeutsche Jugendliche	1993	27	48	5	14	38
	1997	23	35	9	8	36
	2001	20	30	7	14	25

Angaben in Prozent

Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln BZgA, 2-25/01.01

ten Jahren zugenommen hat und bei der Wiederholungsuntersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in 2002 auf hohem Niveau stagniert.

Jetzt kommen wir zum Thema Alkohol. Beim Bierkonsum können wir sagen, es gibt eher einen langfristigen Trend zu weniger Bierkonsum, aber dieses zeigt sich nur in der Woche.

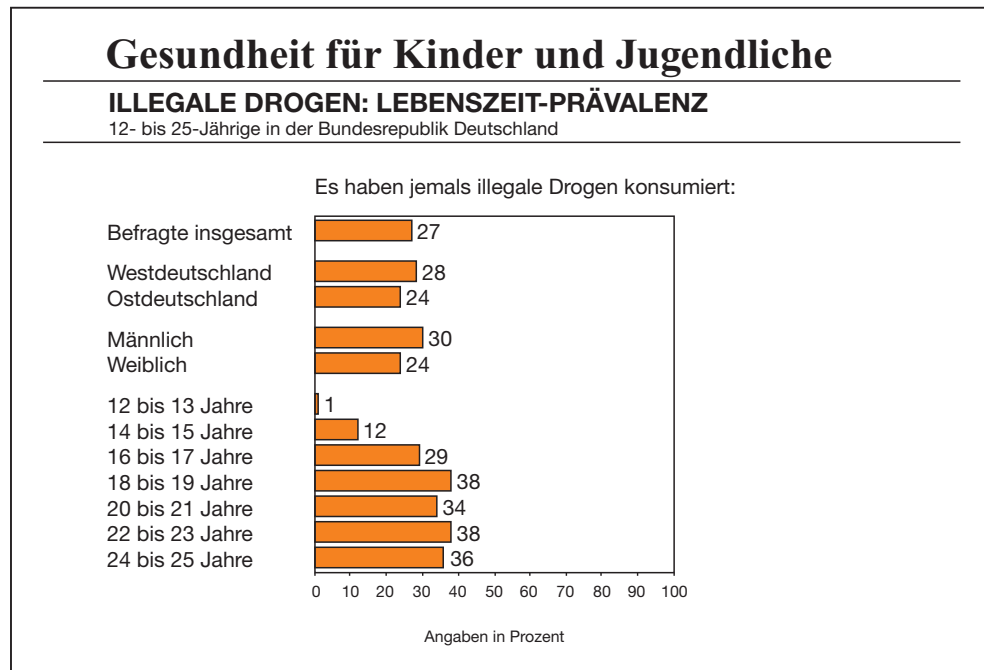
An den Wochenenden wird mehr konsumiert, und es gibt eine Zunahme des riskanten Trinkens in den jüngeren Altersgruppen. Bei einem generellen Trend, in der Woche weniger zu trinken, gibt es die Zunahme eines problematischen Trinkverhaltens, und zwar insbesondere in der Altersgruppe der 14- bis 16jährigen. Mit zunehmendem Alter der Jugendlichen wird dann kontrollierter getrunken.

Bei den illegalen Drogen stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Wir können zeigen, daß in der Zwölf-Monats-Prävalenz ein Anstieg von Anfang bis Mitte der 90er Jahre zu beobachten ist. Seitdem ist die Situation relativ stabil.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche						
ILLEGALE DROGEN: 12-Monatsprävalenz 1993 BIS 2001						
12- bis 25-Jährige in der Bundesrepublik Deutschland						
		Insgesamt	Männlich	Weiblich	12 bis 17 Jahre	18 bis 25 Jahre
		%	%	%	%	%
Befragte insgesamt	1993	11	14	7	5	14
	1997	15	17	12	10	18
	2001	13	15	11	10	15
West-deutschland	1993	13	17	9	6	17
	1997	15	17	12	10	18
	2001	13	15	11	10	15
Ost-deutschland	1993	3	5	1	3	4
	1997	14	14	13	9	18
	2001	12	14	11	8	15

Angaben in Prozent

Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa, Berlin, Januar 2001



Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa, Berlin, Januar 2001

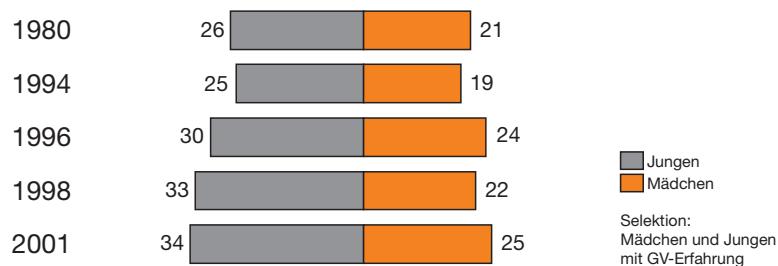
Die lebenszeitbezogenen Zahlen liegen natürlich höher. Der hier zu beobachtende Anstieg ist insbesondere durch eine Zunahme des Cannabis-Konsums zu erklären. 90 Prozent der Jugendlichen, die angeben, Drogen zu nehmen oder genommen zu haben, haben Cannabis konsumiert. Insbesondere Mitte der 90er Jahre hat es eine Entwicklung gegeben, die einherging mit dem Aufkommen der Techno- und House-Musik-Partyszene, in der Ecstasy zur Mode wurde. Was diese Daten jetzt nicht zeigen, ist eine Veränderung der Konsummuster, die sich über einen längeren Zeitraum entwickelt hat. Diese Veränderung geht dahin, daß wir es heute nicht mehr so sehr mit dem Konsum einzelner Drogen zu tun haben, sondern daß in der Regel ein Mischkonsum vorliegt. Jugendliche, die auf eine Party gehen, konsumieren Ecstasy und nehmen noch andere Drogen ein. Oft handelt es sich um Cannabis, häufig wird auch Alkohol getrunken. Die Gefahren des Mischkonsums gehen über die Gefährlichkeit der einzelnen Droge noch einmal deutlich hinaus. Die Wirkung ist noch sehr viel schwieriger abzuschätzen. Die Frage, wie diesem Mischkonsum präventiv begegnet werden kann, ist ein ganz aktuelles Thema.

Jetzt kommen wir zum Thema Sexualität. Jeder dritte Jugendliche hat heute seinen ersten Geschlechtsverkehr zwischen 14 und 17 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 15,1. Deshalb müssen wir uns gerade in dieser Altersgruppe mit dem Thema „sexuelle Gesundheit“ befassen. Was wir hier sehen, ist, daß es in der Tendenz zum Geschlechtsverkehr heute früher und häufig völlig überraschend und ungeplant kommt. Gerade beim ungeplanten Geschlechtsverkehr kommt es sehr viel häufiger dazu, daß nicht verhütet wird, daß kein Schutzverhalten praktiziert wird. Deshalb ist das Thema „Schutz vor ungewollter Schwangerschaft“ in dieser Altersgruppe als Teil des Themas „sexuelle Gesundheit“ so wichtig.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Erster Geschlechtsverkehr Plan/Zufall

Trend für „völlig überraschend“



Angaben in %

Welche der folgenden Feststellungen kennzeichnet Ihre Situation vor dem ersten Geschlechtsverkehr am besten?
 (Ich hatte überhaupt nicht damit gerechnet, dass es zum Verkehr kommen würde / Ich hatte das Gefühl, es würde bald passieren. Dass es dann aber an jenem Tag zum Verkehr kam, war für mich überraschend / Es war mir klar, dass es an jenem Tag passieren würde)

Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa, Berlin, Januar 2001

Von den 16- bis 20jährigen mit Sexualkontakten benutzen nach Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung um die 60 Prozent der Jugendlichen Kondome. Wir haben durch Aufklärungsstrategien bis Mitte, Ende der 90er Jahre einen guten Anstieg in der Kondomverwendung auch beim „ersten Mal“ erreicht, aber das stagniert aufgrund des Rückgangs der Mittel in den letzten Jahren.

Wenn wir diese Zahlen betrachten, wo ist dann besonderer Bedarf für Gesundheitsförderung festzustellen? Alle soziodemographischen Daten zeigen, daß es einen engen Zusammenhang zwischen Sozialfaktoren und Gesundheit gibt und daß deshalb Gesundheitsförderungsansätze ganz besonders bei bestimmten Gruppen ansetzen müssen: bei Gruppen mit sehr niedrigem Einkommen, mit niedrigem beruflichen Status, mit niedriger Schulbildung. Einkommen, Beruf und Schulbildung werden in der Regel als die relevanten soziodemographischen Merkmale betrachtet. Ein neuer Ansatz, der in der letzten Zeit diskutiert wird, setzt nicht an diesen einzelnen Merkmalen an, sondern stellt den sozial-räumlichen Aspekt in den Mittelpunkt. Das heißt, es müssen in der Konsequenz geeignete Strategien für den Zugang zu den Zielgruppen in sozialen Brennpunkten entwickelt werden.

Weitere soziale Faktoren sind Arbeitslosigkeit, eine instabile Familiensituation, Unvollständigkeit der Familie und schließlich Kinderreichtum überhaupt. Kinderreiche Familien haben tatsächlich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko. Nun trifft das natürlich nicht auf jede einzelne Familie zu. Es gibt Alleinerziehende, die mit ihrer Situation sehr gut fertig werden, aber die Daten geben ein durchschnittlich erhöhtes Risiko an. In der Regel entsteht ein erhöhtes Risiko bei Alleinerziehenden, weil die Belastung und Überlastung, beispielsweise alleine die Verantwortung für die Kinderaufzucht zu tragen, alle Probleme alleine lösen zu müssen und vielleicht auch unter beengten finanziellen Verhältnissen zu leben, als schwierig empfunden wird.

Gesundheit für Kinder und Jugendliche

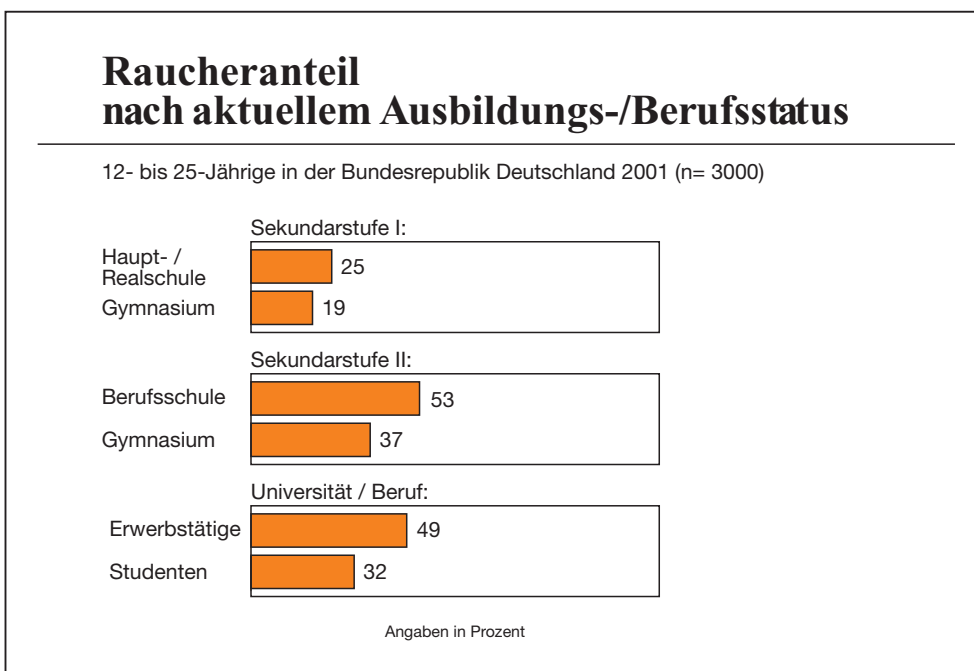
Besonders hoher Gesundheitsförderungsbedarf

- sehr niedriges Einkommen (z.B. Sozialhilfebezug)
- sehr niedriger beruflicher Status (z.B. ungelernte Arbeiter)
- sehr niedrige Schulbildung (z.B. ohne Hauptschulabschluss)
- in „sozialen Brennpunkten“
- bei Arbeitslosigkeit
- bei Alleinerziehenden
- in kinderreichen Familien
- bei Migranten
- bei Wohnungslosen

Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa, Berlin, Januar 2001

Eine weitere sozial belastende Situation ist der Migrantenstatus. Heute sind in vielen Schulklassen bis zu 30 Prozent Kinder anderer Nationalitäten. Kindertagesstätten und Schulen in sozialen Brennpunkten haben deshalb eine ganz besondere Verantwortung und eine ganz besonders schwierige Aufgabe zu lösen. Gerade diese Kinder brauchen speziell auf sie zugeschnittene Angebote und Unterstützung. Allerdings ist die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit nicht nur eine Aufgabe der Gesundheitsförderung. Gerade für die Gruppe der sozial benachteiligten Jugendlichen ist hervorzuheben, daß hier eine sektorübergreifende Verantwortung besteht. Insbesondere eine bessere Vernetzung, vor allem der wohnortnahen Angebote von Jugendhilfe, Schule, Gesundheitsdiensten, Familienbildung und Erziehungsberatung ist erforderlich.

In Deutschland, hatte ich Ihnen gesagt, leben 13 Millionen Kinder zwischen null und 14 Jahren; davon sind sieben Prozent Sozialhilfeempfänger. Von den 5,5 Millionen Jugendlichen zwischen 15 und 21 Jahren sind 4,3 Prozent Sozialhilfeempfänger. Aus allen Studien geht hervor, daß insbesondere ein Zusammenhang zwischen der jeweiligen sozialen Lage und der Häufigkeit von Übergewicht, Koordinationsstörungen und Haltungsschwächen besteht. Beim Thema Rauchen können wir zeigen, daß, wenn wir nach Schultypen unterscheiden, insbesondere in der Hauptschule geraucht wird, deutlich mehr als im Gymnasium. Wenn wir in der Sekundarstufe 2 die Berufsschule mit dem Gymnasium vergleichen, wird in der Berufsschule deutlich mehr geraucht als im Gymnasium.



Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa, Berlin, Januar 2001

Bei Erwerbstätigen wird deutlich mehr geraucht als bei Studenten. Auch hier sehen wir, daß soziale Faktoren eine Rolle spielen.

Die Gesundheitsförderungsaufgaben müssen alle Kinder und Jugendlichen ansprechen, aber bestimmte Gruppen müssen ganz besonders dringend erreicht werden. Die Frage nach den Themen, an denen Gesundheitsförderung ansetzen muß, führt uns zu den Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter. Wenn diese Entwicklungsaufgaben gelöst werden, können sie sehr zur Gesundheit beitragen und die Gesundheit stabilisieren. Wenn sie nicht gelöst werden, können sich in der Folge Gesundheitsprobleme entwickeln. So haben etwa Störungen der motorischen Entwicklung gravierende, zum Teil irreversible Folgen für die körperliche, geistige und seelische Entwicklung von Kindern. Die Folge von nicht behandelten Sprachstörungen führt zu Problemen in der Kommunikation, beim Schreiben, beim Erlernen von Fremdsprachen, so daß Schulversagen leicht die Folge sein kann.

Sozialverhalten, Identitätsentwicklung, Geschlechtstypisierung sind weitere wichtige Entwicklungsaufgaben, deren Mißlingen zu Problemen führen kann. Die Ablösung vom Elternhaus und die soziale Integration in die Gleichaltrigengruppe finden in diesem Alter statt. Hier sind Peer-Education-Ansätze besonders wichtig, auch, weil in diesem Alter für Jugendliche die Anerkennung und das Eingebundensein in die Gleichaltrigengruppe ganz wichtig sind.

Das Gelingen oder Mißlingen von ersten Liebes- und sexuellen Beziehungen spielt eine Rolle. Schließlich stellt sich die Frage nach der beruflichen Perspektive. Welche Chancen hat ein Jugendlicher auf dem Arbeitsmarkt? Hat er nur die Chance, arbeitslos zu werden oder hat er die Chance, einen Beruf zu ergreifen, der seinen Fähigkeiten entspricht, in dem er sich wohl fühlt? Wenn die Anforderungen zu hoch sind und die Aufgaben nicht bewältigt werden, führt das häufig zu psycho-

somatischen Krankheiten, aber zum Beispiel auch zum Mißbrauch von Suchtmitteln bis hin zur Suchtentwicklung, weil kompensatorisch gegebenenfalls auf Alkohol oder Drogen zurückgegriffen wird. Auch Gewaltentwicklung hat hier ihre Wurzeln.

Was sollten also demzufolge Themen für die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter sein? Für die jüngeren Kinder ist von der Geburt an die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wichtig. Da gibt es insbesondere bei der U7 bis U9 und der J1 eine zu geringe Teilnahmequote. Die Förderung der Impfbereitschaft ist ebenfalls von Anfang an ein wichtiges Thema. Verhütung von Unfällen, Suchtprävention, Ernährungsaufklärung, Bewegungsförderung, Streßbewältigung, Sexualaufklärung und Familienplanung sind weitere zentrale Themen. Das leitet sich aus den oben genannten vorherrschenden Gesundheitsproblemen ab. Die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten einschließlich Aids gehört angesichts der weltweiten Verbreitung und Zunahme sexuell übertragbarer Krankheiten dazu.

Nach dieser Analyse stellt sich die Frage: Wie gehen wir die Probleme an? Grundlegend ist immer ein Konzept der Identitätsstärkung und der Förderung von Lebenskompetenz, ergänzt um die spezifischen Themen. Mit der Primärprävention muß möglichst früh begonnen werden, das heißt auch über die Schule hinaus muß der Kindergarten schon einbezogen werden. Was sind adäquate Gesundheitsförderungsstrategien? Primärpräventive Ansätze sollen eine gesunde Entwicklung anknüpfend an die Entwicklungsaufgaben fördern. Wichtig ist die Einbeziehung der Zielgruppe, wie das ja auch im Projekt der Robert Bosch Stiftung geschehen ist. Das zugrunde liegende Konzept ist die Lebenskompetenzförderung. Nur Kinder, die gelernt haben, zu kommunizieren, eigenverantwortlich zu handeln, selbständig zu sein, Konflikte zu lösen und auch mal verlieren zu können, sind den Anforderungen des Lebens gewachsen. Die Einbeziehung von Eltern und Professionellen und deren Vorbild ist ganz entscheidend für dieses Konzept von Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Notwendig ist die Bündelung zusammenhängender Probleme. Es geht nicht um die Betrachtung der einzelnen Risiken, sondern um ein Zusammenführen zu integrierten Ansätzen von Bewegung, Ernährung und Streßbewältigung, weil diese Bereiche sich gegenseitig beeinflussen. Bei den Zugangswegen müssen Geschlechterdifferenzen berücksichtigt werden. Ganz besonders ist eine Verstärkung der Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten notwendig, um gerade die besonders belasteten Gruppen zu erreichen. Die Ansätze müssen lebensweltorientiert sein, also den Lebensstil, die Jugendkulturen berücksichtigen und die Maßnahmen in den Alltag integrieren.

Nur in der Kooperation vieler Partner läßt sich ein solcher Ansatz verwirklichen. Deshalb bin ich froh, daß heute so viele Teilnehmer aus der Wirtschaft, Gesundheitsämtern, Verbänden, Freizeiteinrichtungen und Sport hier sind. Die Schule braucht viele Partner um die hochgesteckten Ziele zu erreichen.

Ich habe Ihnen in einem kurz gefaßten Überblick die wesentlichen Aspekte zum Thema „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ dargestellt und ich hoffe, daß wir es schaffen, in den Arbeitsgruppen heute nachmittag noch viele Anregungen zu bekommen, wie wir das, was bisher schon auf einem guten Weg ist, noch weiterentwickeln können, um den Erfolg des Projekts gemeinsam für die Zukunft zu sichern. Ich danke Ihnen sehr.

Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Schule als Lern- und Lebensraum bietet gute Voraussetzungen für den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlichen Verhaltens junger Menschen. Mit dieser Aufgabe sind Schulen nicht allein, denn es gibt Bemühungen einer Reihe weiterer gesellschaftlicher Institutionen, die ebenfalls die Gesundheitsförderung junger Menschen zum Ziel haben. Dies sind etwa die Bereiche Medizin, Wirtschaft, Kommunen, Verbände und Krankenkassen.

Die Arbeit im Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ hat gezeigt, daß die Schulen besonders erfolgreich arbeiten, die einen oder mehrere externe Partner in ein gut funktionierendes Netzwerk einbinden konnten. Daher werden in den fünf Arbeitsgruppen die Beiträge aus den oben genannten Bereichen vorgestellt und auf ihre mögliche Unterstützungs- und Ergänzungsform für die Schule überprüft.

Das folgende Kapitel gibt die Inhalte der fünf einzelnen Arbeitsgruppen wieder. In jeder Arbeitsgruppe bot ein Impulsreferent einen kurzen Überblick über erfolgreiche Praxisbeispiele aus dem jeweiligen Bereich und schilderte notwendige Rahmenbedingungen sowie mögliche Hemmnisse der Kooperation. Alle Gruppen nutzten die Gelegenheit zu weiterführenden Fragen an die Referenten und zum Meinungsaustausch. Jede Arbeitsgruppe wurde gebeten, die wichtigsten Diskussionsinhalte in Thesen zu formulieren, die dann im abschließenden Podiumsdiskussion aufgegriffen werden sollten.

Arbeitsgruppe 1: Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung

Moderation: Dr. Almut Satrapa-Schill, Robert Bosch Stiftung

Impulsreferat: „Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung“
Dr. Bernhard Stier, Kinder- und Jugendarzt

„Die stärkste Musik ist die, die man macht, weil man sie mit anderen teilen will“
(Herbie Hancock)

Die 1986 formulierte Ottawa-Charta brachte den endgültigen Durchbruch eines neuen Gesundheitsbegriffs. Spätestens seit dieser Zeit ist Gesundheit nicht mehr als das Gegenteil von Krankheit definiert. Gesundheit steht seither für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Gesundheitsförderung ist in diesem Sinne Förderung der Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens durch Gesundheit. Gesundheitsberufe mit ihrer medizinisch ausgerichteten Kompetenz sind dabei nur ein Element im interdisziplinären Zusammenspiel zur Gesundheitsförderung, welche mit ihrem umfassenden Lebensbezug weit über den medizinischen Anspruch hinaus gehen muß. So ist zum Beispiel der Bereich Architektur mit seinem Wohnraum- und städteplanerischem Wissen ein weiteres wichtiges Element.

Hieraus lassen sich folgende Thesen formulieren:

- Gesundheitsförderung ist kein Privileg
- Gesundheitsförderung verlangt einen ganzheitsmedizinischen Ansatz
- Gesundheitsförderung ist mehr als Prävention möglicher Fehlentwicklungen und Erkrankungen.

Es geht nicht um den Ausbau einer individuellen Präventivmedizin, sondern um Gestaltung von Lebensverhältnissen, in denen sich Gesundheit „herstellen“ und leben läßt.

Das Setting Schule bietet ideale Bedingungen um die Gedanken der Gesundheitsförderung frühzeitig bei gleichzeitig vergleichsweise geringem organisatorischen Aufwand umzusetzen. Entscheidend für eine erfolgreich in den Schulalltag integrierte Gesundheitsförderung ist (Hurrelmann),

- daß sich die „Gesunde Schule“ nicht auf Aspekte der physischen Gesundheit beschränkt, sondern Wohlbefinden und alltägliche Lebensbewältigung in den Vordergrund stellt,
- daß sie sich nicht auf sporadische, curriculare Aktionen beschränkt, sondern langfristig und fächerübergreifend angelegt wird,
- daß sie sich nicht nur auf den Unterricht beschränkt, sondern in den Gesamtkontext einer „Gesunden Schule“ eingebettet wird, die es den Schülerinnen und Schülern erlaubt, die im Unterricht erworbenen Kompetenzen im normalen Schulalltag umzusetzen und zu integrieren.

Schulische Gesundheitsförderung hat zum Ziel:

- Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der in der Schule Tätigen
- Erhöhung der Motivation am Arbeitsplatz Schule
- Verbreitung des heute gültigen Gesundheitsbegriffs
- Aufbau und Förderung einer Corporate Identity
- Entwicklung eines Netzwerkes „Gesundheit“
- Qualifizierung von Lehrern auf professioneller Ebene
- Integration von gesundheitsrelevanten Inhalten und Methoden in fachbezogenem und fächerübergreifendem Unterricht.

Bislang sind unterschiedliche Strategien gesundheitsbezogener Aktivitäten in Schulen angewandt worden, wobei sich Gesundheitsberufe maßgeblich, partiell oder gar nicht eingebracht haben:

- Risikoorientierte Prävention. Beispiel: „Klasse 2000“
- Gesundheitsfördernde Projekte in und mit der Schule. Beispiel: Lehrer und Ärzte für die Prävention /NAV –Brendan-Schmittmann-Stiftung
- Gesundheitsfördernde Profilbildung von Schulen beziehungsweise Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen. Beispiel: Gerhart-Hauptmann-Schule Griesheim/ OPUS – offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit.

Trotz teilweise erfolgreicher Modelle muß konstatiert werden, daß der Gesundheitsförderung bislang die breite gesellschaftliche Akzeptanz und Umsetzung versagt geblieben ist. Verantwortlich dafür sind in der Hauptsache:

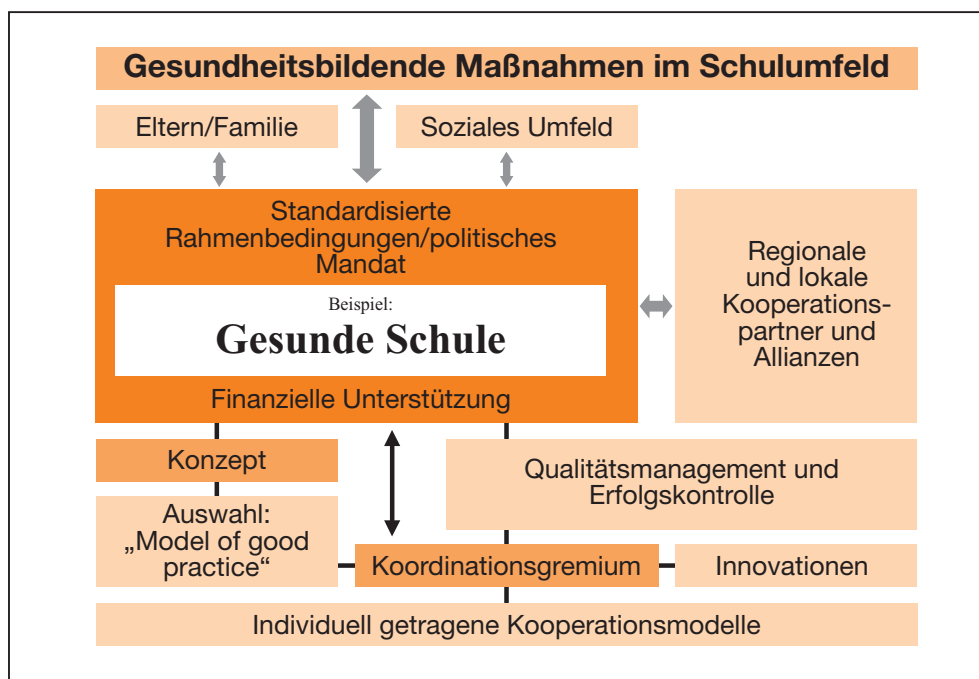
- zu starkes und unterschiedliches Eigeninteresse der kooperierenden Institutionen (respektive Ärzte – Lehrer)
- zu geringe Synergieeffekte
- zu große Interessenunterschiede
- kein gemeinsames Ziel/mangelnde Zielvorgabe
- Verständnis- und Verständigungsprobleme (nichts ist so schwer wie Kooperation)
- aufgepfropftes Management, welches an den konkreten Bedürfnissen und Strukturen vorbei geht
- aufgepfropfte Struktur, die sich nicht an den spezifischen (schulischen) Notwendigkeiten und Vorgaben orientiert
- fehlende Nachhaltigkeitskontrolle und Evaluation.

Ein Scheitern der Konzepte und Modelle ist vorprogrammiert bei mangelnder Koordination und Kooperation, zu starker Individualisierung, fehlender Qualitätskontrolle, Fehlen eines Finanzierungskonzepts und fehlender vorausschauender Konzeption.

Ziel ist es, die Personenbezogenheit der Projekte (Projekte auf der Basis individueller Beziehungen/persönlichen Engagements) in eine Systembezogenheit (Projekte, die vom System/Setting getragen werden) zu überführen und damit eine Breitenwirkung zu erzielen. Hierfür lassen sich allgemeine systemische Anforderungen formulieren. An erster Stelle steht der persönliche Benefit aller Beteiligten. Er bildet die treibende Kraft für die Umsetzung. Die strukturelle Verankerung des

Projekts in der jeweiligen Schule/Region ist die Voraussetzung dafür, daß das Projekt als sinnvoll akzeptiert und verbreitet wird. Expertennetzwerke und Allianzen sind zur Ausformung und Gestaltung erforderlich, professionelle Koordination, Begleitung und Beratung unerlässlich. Hierüber sollte auch ein Qualitätsmanagement stattfinden. Leitfäden helfen zur Orientierung. Jedes Projekt bedarf einer sicheren finanziellen Basis. Bei der Durchsetzung der Projekte, inklusive der Bereitstellung von Geldern, ist ein politisches Mandat, zumal verankert im Koordinationsgremium, ein gewaltiger Pluspunkt.

Die Abbildung zeigt am Beispiel „Gesunde Schule“, wie eine systembezogene Konzeption von Gesundheitsförderung aussehen könnte. Über ein Koordinationsgremium, welches innovative Projekte sowie „models of good practice“ auswählt und sammelt, werden Konzepte dieser Projekte Schulen zur Verfügung gestellt, die sie mit Hilfe des Gremiums ihren individuellen Bedingungen anpassen. Standardisierte Rahmenbedingungen und finanzielle Unterstützung helfen bei der Ausformung und Durchführung. Das Koordinationsgremium leistet Hilfestellung und stellt Materialien zur Verfügung. Ihm obliegt zudem die Qualitätskontrolle. Die Schule sucht sich zur Durchführung lokale und regionale Kooperationspartner und Allianzen. Da die Schule sich nicht als isolierter Lebensraum verstehen darf, wirken die aufgenommenen Projekte auch über den schulischen Rahmen hinaus auf die Kommune und das soziale Umfeld. So wird der Lebensraum Schule Vorbild und Keimzelle für gesundheitsförderndes Verhalten in der Gesellschaft.



Protokoll

Carolin Sedlmayr

Nach dem Impulsreferat fordert die Moderatorin die Anwesenden auf, über eigene Erfahrungen mit der Teilnahme an Projekten zu berichten, die der „Gesunden Schule“ ähnlich sind. Als praktisches Beispiel wird zunächst ein Projekt in Stuttgart genannt, welches die Gesundheitsförderung von Auszubildenden zum Inhalt hatte. An einer Berufsschule wurde in drei Klassen drei Jahre lang neben dem regulären Unterricht Gesundheitsförderung betrieben. Bei drei weiteren Klassen desselben Jahrgangs fand diese Art der Gesundheitsförderung nicht statt. Am Ende der Projektlaufzeit wurden Schüler beider Gruppen zum Grad der empfundenen Lebensqualität befragt. Die Projektteilnehmer gaben eine Steigerung der Lebensqualität an. Es kam darüber hinaus zu einem Sekundäreffekt, da es einen täglichen Austausch zwischen Geförderten und Nichtgeförderten in den Pausen gab.

Als weiteres Beispiel wird ein Projekt in Finnland genannt, bei dem Hebammen junge Familien auch über die Zeit unmittelbar nach der Geburt eines Kindes hinaus betreuten. Die Hebamme konnte so bei ihren Besuchen Probleme innerhalb der Familie frühzeitig erkennen. In Finnland gibt es außerdem sogenannte „School-nurses“. Das ist Pflegepersonal, das aktiv an den Schulen arbeitet, um Krankheiten vorzubeugen oder sich bereits erkrankter beziehungsweise behinderter Kinder anzunehmen. Sieht man dazu Deutschland im Vergleich, fällt auf, daß hier Pflegepersonal immer erst zum Einsatz kommt, wenn Krankheiten bereits ausgebrochen sind. Es gibt hier keine aufsuchenden Hilfen.

Die Gruppe stellt geschlossen fest, daß im Bereich der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ausnahmslos eine „Komm“-Einstellung herrscht. Wenn physische oder psychische Probleme auftreten, können die Betroffenen zu verschiedenen Einrichtungen gehen und Hilfe suchen. Oft ist es dann aber schon zu spät. Der Schlüssel wäre hier also eine Abkehr von der „Komm“-Struktur zur „Bring“-Struktur.

Ein Teilnehmer berichtet, daß es zirka 70 000 Kinder im Alter von vier bis 17 Jahren gibt, die ein Mitglied ihrer Familie pflegen müssen. Viele dieser Kinder sprechen nicht über ihre Aufgaben, ihr Engagement bleibt unerkannt. Nur durch aufsuchende Hilfen kann es in solchen Situationen möglich sein, hier unterstützend einzugreifen.

Ein Schulleiter aus Hamburg erzählt von seinen Erfahrungen an einer Schule in einem sozialen Brennpunkt. Seit einiger Zeit kommt einmal monatlich eine Schulärztin an die Schule. Sie versucht sowohl präventiv als auch behandelnd tätig zu werden. Diese Initiative wurde von einem Stadtteilbüro organisiert und bewährt sich sehr gut. Es werden dadurch langsam neue Projekte zu Themen wie Bewegung und Ernährung an der Schule eingeführt. Der Erfolg des Projekts beruhe vor allem auf der funktionierenden Kommunikation zwischen den Beteiligten.

Dr. Satrapa-Schill fragt nun was die anwesenden Schulvertreter von den Gesundheitsberufen erwarten. Zunächst wird der Wunsch nach aufsuchender Hilfe

genannt, ferner eine bessere Zusammenarbeit mit den Kinderärzten. Eine Schulvertreterin erzählt von mehreren Versuchen, zu Kinderärzten Kontakt zu knüpfen und eine bessere Zusammenarbeit zu fördern, die ohne Rückmeldung seitens der Ärzteschaft geblieben seien. Als Grund dafür sieht Dr. Stier ein strukturelles Hauptproblem der derzeitigen Gesundheitspolitik. Sie liefere für präventives Arbeiten einen völlig falschen Ansatz. Ein Arzt müsse sich heutzutage mehr mit Abrechnungen und Zahlen beschäftigen als mit dem Patienten. Dabei bleibe wenig Zeit beispielsweise für die Zusammenarbeit mit Schulen. Des Weiteren würde immer mehr Unterstützung für die Prävention gestrichen. Kaum ein Arzt könne es sich zeitlich und teilweise auch finanziell leisten, sich in einem anderen Tätigkeitsbereich zu engagieren. Ärzte müssen deshalb gefordert aber auch gefördert werden.

Eine Teilnehmerin erzählt von ihren persönlichen Erfahrungen mit der Kooperationsbereitschaft von Schule. Ihr Sohn sei Legastheniker und werde therapiert. Die Schule allerdings habe deutlich gemacht, daß sie an einer Zusammenarbeit im Sinne von Gesundheitsförderung des Sohnes nicht interessiert sei. Vielmehr wollten die Lehrer den Eltern klarmachen, daß ihrem Sohn das nötige Interesse an der Schule fehle. Es gibt also auch Schulen, die nicht bereit sind, auf externe Partner zuzugehen.

Auf die Frage nach hemmenden beziehungsweise fördernden Faktoren für eine Kooperation bezeichneten die Teilnehmer das Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ als Faktor, dem eine Türöffnerfunktion zukommt, durch die es gelingt, weitere Partner anzusprechen und zur Zusammenarbeit zu bewegen. Als weiterer fördernder Faktor wird die Öffnung von Schule gesehen. Dies geschieht noch viel zu wenig. Die Schule als Institution sollte immer und für alle Beteiligten offen sein. Besonders die Eltern müssen in stärkerem Maße in den Schulalltag einbezogen werden. Dazu müßten niedrigschwellige Angebote entwickelt werden, die einen leichteren Einstieg ermöglichen. Gründe für die zögerliche Öffnung der Schule liegen im langsamen Prozeß der Vermittlung des Gesundheitsbegriffes und in fehlenden finanziellen Mitteln. Auch die Konzeption von entsprechenden Schul- und Lehrbüchern, die auf die Gesundheitsförderung eingehen, könnte nach Ansicht des Arbeitskreises ein fördernder Faktor sein.

Uneinig war sich die Gruppe darüber, ob eine Änderung der Lehrpläne unterstützend wirken würde. Einerseits seien die Lehrpläne veraltet, andererseits hätten die Lehrer große Freiräume, was die Einteilung und Gestaltung der Lehrinhalte betrifft. Insofern würde eine Umgestaltung der Lehrpläne nicht unbedingt zu einem befriedigenden Ergebnis führen. Allerdings sind sich alle Beteiligten darüber einig, daß eigene Lehrpläne für den Bereich Gesundheitsförderung in jedem Falle fördernd wären.

Als ein hemmender Faktor wird die schlechte Lehrerbildung im Bereich Gesundheitsförderung genannt. Des Weiteren müßte die Gesundheitsförderung viel stärker im Schulsystem verankert werden, wobei fächerübergreifendes Gestalten als wichtig erachtet wird. Der nach Ansicht der Arbeitsgruppe größte hemmende Faktor ist die mangelnde Kooperation der einzelnen Beteiligten. Nur durch Kooperation könne die Problematik von allen Seiten beleuchtet beziehungsweise das System in seiner Ganzheit betrachtet und verbessert werden.

Am Ende des Arbeitskreises fassen die Teilnehmer der Arbeitsgruppe die wichtigsten Schritte zur Gesundheitsförderung zusammen. Der erste Schritt besteht in einer Verlagerung des Strebens nach Gesundheit ins Jugendalter. Bemühungen um die Gesundheit müssen mit Prävention beginnen, nicht erst, wenn ein Mensch krank geworden ist. Um dieses Umdenken voranbringen zu können, müßte es eine systembezogene Förderung geben. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Zusammenarbeit verschiedener Ebenen. Oft ist mangelnde Kooperation der einzelnen Beteiligten verantwortlich für das Scheitern von Projekten. In diesem Zuge muß sich die Schule als Institution mehr öffnen. Dies kann beispielsweise durch das Einbeziehen der Eltern in den Schulalltag geschehen. Weiterhin müßte es Ärzten einfacher gemacht werden, präventiv tätig zu werden.

Arbeitsgruppe 2: Wirtschaft und Gesundheitsförderung

Moderation: Stephanie Rieder, Robert Bosch Stiftung

Impulsreferat: Werteorientierung der Auszubildenden als Ausbildungsziel bei der Deutschen Telekom AG

Ottmar Görge, Deutsche Telekom AG

Sabrina Bode, Auszubildende Deutsche Telekom AG

Ausgangslage und Ziel

Für einen international agierenden Konzern wie die Deutsche Telekom ist ein professionelles Verhalten seiner Mitarbeiter gegenüber internen und externen Kunden unabdingbar. Eine ausgezeichnete Verhaltenskultur im Unternehmen trägt zur Steigerung des Ansehens in der Öffentlichkeit und damit verbunden zum Erfolg von Geschäftsbeziehungen und Kundenbindungen bei. Sie ist auch für die Gewinnung von guten Nachwuchskräften sehr förderlich. Dazu gehört unter anderem eine wertschätzende Unternehmenskultur ohne Diskriminierung und feindseliges Verhalten wie zum Beispiel Mobbing und Rassismus.

Dies setzt die Orientierung aller Mitarbeiter – angefangen bei der Unternehmensführung bis hin zu unseren Auszubildenden – an bestimmten Werten und vorgelebtem Handeln voraus.

Gemäß ihrer Vision „Wir wollen Motor der Veränderung im Unternehmen sein“ will die Berufliche Bildung ihren Beitrag im Sinne der angestrebten Verhaltenskultur leisten. An folgenden Beispielen ist dieses Bestreben erkennbar:

- Bereits 1994 wies die Deutsche Telekom in der „Richtlinie über Maßnahmen zur Förderung der Sozialkompetenz der Auszubildenden bei der Deutschen Bundespost Telekom“ die Ausbildungsstellen darauf hin, auch Maßnahmen gegen Extremismus und Fremdenfeindlichkeit durchzuführen.
- Im Rahmen der Tarifverhandlungen zum neuen Manteltarifvertrag für Auszubildende, der zum 01.08.2000 in Kraft trat, wurde erstmalig im § 2 Absatz 5 vereinbart, daß die Tarifvertragsparteien im Rahmen der beruflichen Erstausbildung auf eine angemessene Werteorientierung der Auszubildenden in der Gesellschaft, auf deren verantwortungsvolle Mitgestaltung und auf einen toleranten und gewaltfreien Umgang hinwirken.

Ausgangslage

Manteltarifvertrag für Auszubildende der Deutschen Telekom AG (MTV Azb) vom 01. August 2000 § 2 Abs. 5:

Die Tarifvertragsparteien wirken im Rahmen der beruflichen Erstausbildung auf eine angemessene Werteorientierung der Auszubildenden in der Gesellschaft, deren verantwortungsvolle Mitgestaltung und auf einen toleranten und gewaltfreien Umgang hin.

Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

Am 14.08.2000 verabschiedeten die Deutsche Telekom und die Deutsche Postgewerkschaft eine gemeinsame Erklärung „Für eine aktive Ausbildung zu Zivilcourage, Gewaltfreiheit und Toleranz“.

Dies war die Grundlage für ein gemeinsames Projekt mit dem Sozialpartner. Als Leistungsziel war die Erarbeitung eines methodischen Ansatzes formuliert, der die geschäftsprozeßintegrierte Werteentwicklung von Auszubildenden, insbesondere unter der Berücksichtigung der Themen Gewalt, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit, innerhalb der beruflichen Erstausbildung ermöglicht.

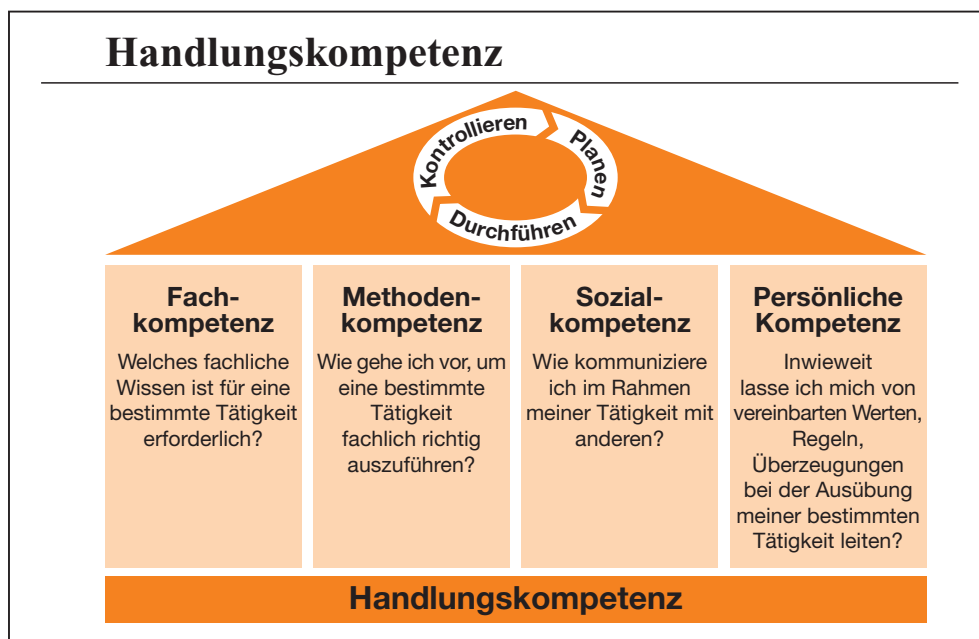
Projektauftrag

Leistungsziel:

Entwickeln einer Konzeption und Erstellen von Hilfen für an der Berufsausbildung Beteiligte, die es ermöglichen, die Themen Gewalt, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit in die Berufsausbildung bei der DTAG zu integrieren.

Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

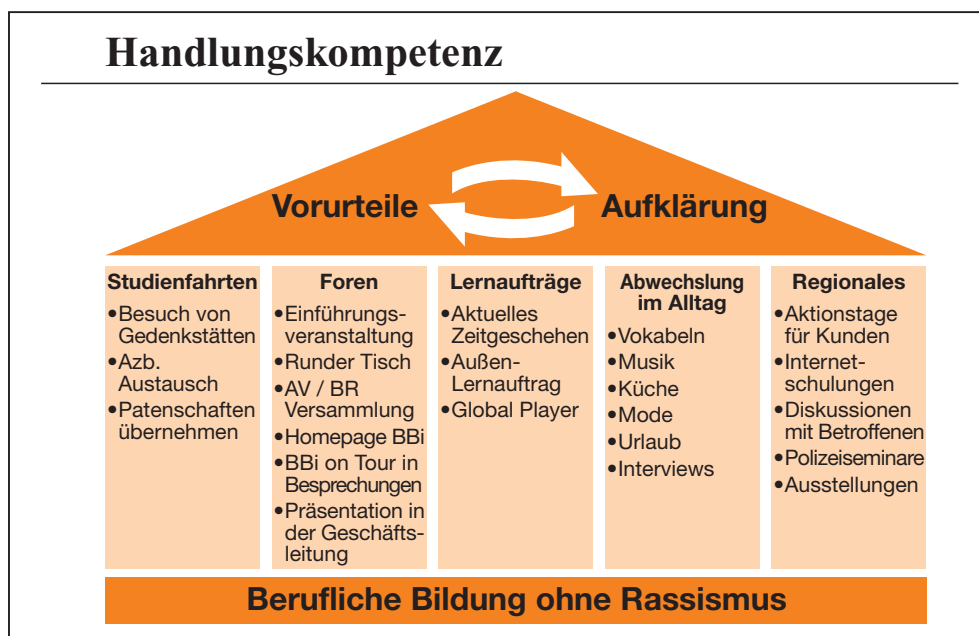
Damit wird neben der Vermittlung von fachbezogenen Inhalten auch dem Lernen von überfachlichen Kompetenzen und Einstellungen zur Entwicklung von Sozial- und persönlicher Kompetenz der Auszubildenden ein hoher Stellenwert eingeräumt.



Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

Das Ergebnis

Mit dem „Dortmunder Modell“, das als Kernstück des Projektergebnisses überwiegend von Auszubildenden der Beruflichen Bildung in Dortmund erarbeitet wurde, soll das Zusammenleben verschiedener Kulturen in die Berufsausbildung integriert und so zu mehr Toleranz und Akzeptanz im Unternehmen beigetragen werden. Es geht darum, die Besonderheiten anderer Kulturen zu verstehen, sie zu respektieren und zu akzeptieren und dadurch ein friedliches Miteinander zu schaf-



Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

fen. Die fünf Säulen des Modells enthalten jeweils unterschiedliche Vorschläge, die es ermöglichen, Auszubildende und alle an der Ausbildung Beteiligten für die Werteorientierung im Unternehmen Deutsche Telekom zu sensibilisieren, Vorurteile abzubauen und zu einer differenzierten Meinungsbildung anzuregen.

Folgende Intentionen liegen den einzelnen Säulen zugrunde:

Studienfahrten

Die Auszubildenden sollen außerhalb der Organisationseinheit angeregt werden, sich mit historischen und aktuellen Aspekten des Themas auseinanderzusetzen.

Foren

Foren bringen verschiedene Meinungen zusammen und ermöglichen den Austausch von Erfahrungen. Dementsprechend soll mit der Teilnahme an oder der Organisation von Foren das Thema im Unternehmen auf eine breitere Basis gestellt werden.

Lernaufträge

Die Bearbeitung von Lernaufträgen soll der Erweiterung der persönlichen und sozialen Kompetenz der Auszubildenden dienen. Dabei ist es wichtig, die Lernaufträge nach der Entwicklung vor Ort unternehmensweit zur Verfügung zu stellen.

Abwechslung im Alltag

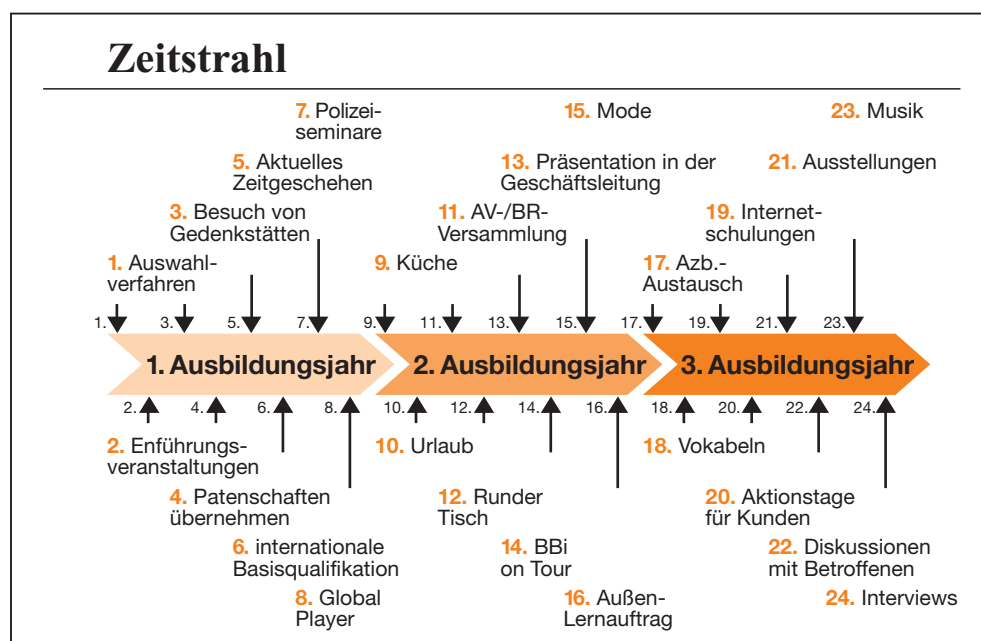
Die Aktionen sollen bewußt machen, daß viele persönliche Vorlieben – zum Beispiel für bestimmte Musik, Essen, Kleidung und Wortwahl – ihren Ursprung in anderen Kulturen haben. So wird es möglich, deren Einflüsse als Bereicherung zu erleben und das „Andere“ zu akzeptieren.

Regionales

Diese Säule schlägt Aktivitäten vor, die in der Region – häufig unter Einbeziehung von Externen – stattfinden sollen. Je nach Ausrichtung haben die Auszubildenden die Möglichkeit, Informationsquellen außerhalb des Unternehmens zu erschließen beziehungsweise zu einem positiven Image der Deutschen Telekom in der Gesellschaft beizutragen.

Für jedes Element sind Ziele und Möglichkeiten der Umsetzung beschrieben.

Zusätzlich zu den inhaltlichen Beschreibungen zeigt die folgende Abbildung eines Zeitstrahls beispielhaft, wie die einzelnen Elemente zeitlich in den Ablauf der beruflichen Erstausbildung integriert werden können. Grundsätzlich sind die Aktionen untereinander austauschbar.



Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

Zur Erhöhung der Akzeptanz ist dabei von Bedeutung, daß die kontinuierliche Bearbeitung der Thematik und eine sinnvolle, abwechslungsreiche Mischung der möglichen Elemente aus den unterschiedlichen Säulen erhalten bleiben.

Support und Kommunikation

Als zusätzlicher Support wurde eine Materialliste mit möglichen Arbeitsmaterialien und netzbasierten Informationen erstellt.

Materialliste

Veröffentlichungen, Beiträge, Kommentare

z.B. Konzernleitbild der Deutschen Telekom

Medien

z.B. Aktion „Kino gegen Gewalt“

Literatur

z.B. „Handlungsfähig statt handgreiflich“
Konflikte lösen – Gewalt vermeiden,
Strategien für die Berufsausbildung (Referentenleitfaden)

Lern-/Projektaufträge, Lernbausteine

z.B. Lernauftrag: Gewalt und Rassismus (Einsatz im 1. Ausbildungsjahr)

Institutionen

z.B. Dokumentations- und Informationszentrum für Rassismusforschung

Seminare

z.B. Blue eyed

Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Werteorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

Die beispielhaft aufgeführten Arbeitsmaterialien und Informationen in den einzelnen Rubriken sind jeweils mit Quellenangaben versehen. Da diese permanenten Veränderungen unterliegen, ist eine ständige Aktualisierung erforderlich.

Als Support für die Aktualisierung und zur Unterstützung des „Lernens voneinander“ beziehungsweise des „vernetzten Lernens“ steht eine Homepage auf dem Ausbildungsserver im Intranet der Deutschen Telekom zur Verfügung.



Quelle: Deutsche Telekom AG; Gewusst wie! Telekom Training Center; Wertorientierung der Auszubildenden TTCA, RO-2, 17.07.2002

Auf dieser Intranetplattform besteht die Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen, Fundstellen und Dokumentationen in vorbereitete Eingabemasken einzustellen und damit den anderen Berufsbildungsstellen zugänglich zu machen. Gleichzeitig besteht die Chance, auch selbst von den Vorschlägen und Aktionen anderer zu profitieren und zu lernen.

Im Rahmen einer bundesweiten Kick-Off-Veranstaltung im Juli 2002 wurde das Projektergebnis allen Leitern der 39 Standorte Berufliche Bildung der Deutschen Telekom und den Vertretern des Sozialpartners präsentiert. Nächster Schritt wird es sein, die Projektideen bundesweit mit Leben zu füllen.

Die Deutsche Telekom als großes zukunftsorientiertes Unternehmen möchte damit, ausgehend von den Auszubildenden, einen Beitrag zu mehr Toleranz, Fairness und Gleichberechtigung im gesamten Unternehmen und auch in der Gesellschaft leisten.

Protokoll

Bianka Pergande

Die theoretischen Ausführungen von Ottmar Görge werden durch praktische Erfahrungen von Sabrina Bode, einer Auszubildenden der Deutschen Telekom AG, ergänzt. In der Dortmunder Niederlassung des Unternehmens werden derzeit 191 junge Leute ausgebildet, die aus zwölf Nationen stammen. Die Initiative begann mit dem Ziel, am 21. November 2000 eine Veranstaltung gegen Rassismus und Fremdenhaß auf dem Dortmunder Friedensplatz zu organisieren. Das Vorhaben wurde von Telekom-Azubis für Telekom-Azubis realisiert. Man erhoffte sich dadurch auch einen positiven öffentlichkeitswirksamen Effekt, der das Unternehmensimage stärken und die Auszubildenden zu Eigenverantwortung, Eigeninitiative sowie zur Auseinandersetzung mit den Themen Vorurteile und Fremdenhaß versus Aufklärung und Akzeptanz anregen sollte.

Die Veranstaltung war erfolgreich, denn es gelang den Auszubildenden, ein beeindruckendes Fest mit Willkommensreden in verschiedenen Sprachen, multikulturellen Musik- und Tanzgruppen, kulinarischen Köstlichkeiten aus verschiedenen Nationen, Attraktionen wie Schwerttäänzern und anderen Darbietungen so gut zu organisieren, daß sich die begeisterte Stimmung nicht nur auf die Azubis beschränkte, sondern das Ereignis eine große Anziehungskraft auch auf viele Außenstehende hatte und es zahlreiche positive Rückmeldungen von Fremden gab. Die Auszubildenden wurden in der schwierigen Phase der Vorbereitung organisatorisch, moralisch und materiell durch ihr Unternehmen unterstützt. Aus den Reaktionen der Öffentlichkeit ergaben sich bald weitere Stationen des Projektes:

- 21.03.2001 Forum im Landtag: Was tun gegen Rassismus und Gewalt? Vortrag und Workshop mit 50 Teilnehmern
- 24.04.2001 Diskussion zum genannten Thema im Dortmunder Rathaus
- 01.05.2001 Präsentation und Multikultiveranstaltung
- 20.06.2001 Kulturtag am Berufskolleg „Fremde sind Freunde“ – Präsentation; türkische Auszubildende beraten türkische Kunden auf türkisch
- 21.10.2001 Pressekonferenz mit provokatorischem Rollenspiel, das die Alltäglichkeit von Fremdenhaß und Vorurteilen aufzeigt
- 23.01.2002 Präsentation vor der Geschäftsleiterversammlung der Telekom-Töchter.

Zunächst wird in der Arbeitsgruppe über die Wirkung des Projekts auf die Auszubildenden unterschiedlicher Nationalitäten und mögliche Fremdenfeindlichkeit im Ausbildungsalltag diskutiert. Es wird erläutert, daß die Auszubildenden dieses Projekt „leben“ und sich gerade deshalb so stark damit identifizieren, weil es aus realen Situationen einer täglich erlebbaren Fremdenfeindlichkeit resultiert. Den Anstoß zum Dortmunder Modell hätte eine typische Situation gegeben: Am Schalter saßen Auszubildende – darunter auch eine Türkin mit Kopftuch – und beant-

worteten Kundenfragen. Die Kunden mieden die Türkin und nahmen lieber Schlangestehen in Kauf, als an sie ihre Fragen zu richten. Diese Erfahrung und die Auseinandersetzung mit ähnlichen Begebenheiten weckten bei den Auszubildenden das Bedürfnis, ein Zeichen dagegen zu setzen. Es wird hervorgehoben, daß nicht nur an der Vorbereitung und Durchführung des Projektes am 21.11.2000 alle 191 Auszubildenden teilgenommen haben, sondern auch bei den folgenden Aktionen. Auch die neu hinzugekommenen Jugendlichen haben sich beteiligt. Ein offener Widerstand der Auszubildenden war nicht auszumachen. Gerade zu Beginn des Projektes wurde deutlich, wie stark sich die Jugendlichen mit dem Thema identifizieren – zwei Drittel der Auszubildenden wollten eine Rolle als Teilprojektleiter übernehmen, was ihr großes Interesse und Engagement zeigt.

Hindernisse lagen im zusätzlichen Zeitaufwand und in zeitweiligen Rückschlägen bei der Organisation, zum Beispiel beim Suchen von interessanten Bands und prominenten Akteuren. Die Organisation der ersten Veranstaltung fiel teilweise in die Arbeitszeit, teilweise in die Freizeit, das Engagement war insgesamt sehr hoch, und die Arbeit hat viel Zeit gekostet.

Das Engagement der Auszubildenden hat andere Ausbildungsbetriebe neugierig gemacht, die nun nachfragen, wie man eine solche Veranstaltung plant und durchführt. Die Themen Rassismus, Gewalt und Fremdenhaß sind in den Politikunterricht des Berufskollegs aufgenommen worden.

Negative Stimmen zu dem Projekt gab es auch. Während eines Teamleitertreffens Anfang 2001 gingen die Auffassungen von Kollegen aus dem Osten und aus dem Westen Deutschlands klar auseinander: Für die Kollegen aus den neuen Bundesländern war Rassismus explizit kein Thema. Die Ereignisse von Rostock und Hoyerswerda wurden offenbar aus dem Bewußtsein verdrängt.

Vor dem Hintergrund der oft vergeblichen Versuche in der Schule, Menschen zu motivieren, wird in der Arbeitsgruppe die Frage nach Gründen für die gelungene Motivation der Auszubildenden gestellt und gefragt, ob Corporate Identity das Zauberwort sei. Die Referentin erklärt die hohe Einsatzbereitschaft zunächst durch das strenge Auswahlverfahren bei der Bewerbung um den Ausbildungsplatz. Einen weiteren Grund sieht sie in einem „Wir-Gefühl“, in der Identifikation mit dem Unternehmen. Die Corporate Identity führt zu einer positiven Wechselwirkung: Durch Verantwortung wächst das Gefühl, kompetent zu sein – das wiederum macht stolz auf die eigenen Fähigkeiten und vermittelt das Empfinden von Anerkennung und Ehre. Diese Identifikation fördert die Offenheit für eigene Fragestellungen und die Bereitschaft, selbst Aufgaben zu erkennen und zu übernehmen. „Wir ziehen alle an einem Strang.“

Ein Teilnehmer erfragt den Zusammenhang des Vortragsthemas mit der Gesundheitsförderung, worauf die Moderatorin erläutert, daß das Thema gewählt wurde, weil das vorgestellte Modell in seiner Struktur auf Projekte in der Schule übertragbar sei.

Die nächste Frage aus dem Teilnehmerkreis betrifft den Umfang der vom Unternehmen zur Verfügung gestellten personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen: Die Arbeitsgruppe erfährt, daß die Auszubildenden auch während der Arbeitszeit mit dem Projekt beschäftigt waren und die Büroinfrastruktur nutzen

konnten. Unterstützt wurden sie durch eine Ausbilderin, die Coach-Funktion hatte und die Kommunikation der Auszubildenden organisierte. Rückendeckung erhielten die Akteure von der Geschäftsleitung in Dortmund. In den einzelnen Abteilungen wurde auf die Arbeit am Projekt Rücksicht genommen. Der Niederlassungsleiter steht hinter dem Projekt, bei dem ganz klar wesentliche Ausbildungsziele verfolgt werden.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe bemerken im weiteren Verlauf, daß die inhaltliche Verbindung von Antirassismus und Gesundheit durchaus gegeben ist, wenn man bedenkt, wie stark sich Mobbing am Arbeitsplatz auf die Gesundheit des einzelnen und des gesamten Arbeitsklimas auswirkt.

Die nächste Frage bezieht sich auf die Übertragbarkeit des vorgestellten Modells auf den Schulalltag und nach einer möglichen Vernetzung von Wirtschaft und Schule. Die Referenten führen aus, daß die Telekom bereits Ansprech- und Kooperationspartner für eine Reihe von Berufsschulen ist, wobei auch Auszubildende Betreuungsfunktionen an Schulen innehaben. Es wird die konkrete Frage gestellt, ob der Bremer Vertriebsleiter der Telekom für eine Bremer Schule gewonnen werden könnte. Die Referenten sehen kein Problem darin, den Dialog mit den Schulen aufzunehmen, Erfahrungen weiterzugeben und auch in technischer Hinsicht zusammenzuarbeiten.

Die Teilnehmer kommen nochmals auf den Bezug zwischen Vortragsthema und Gesundheit in Schulen zurück und schlagen vor, die Definition von Gesundheit zu erweitern, sich stärker mit der psychischen Gesundheit zu beschäftigen und den Begriff nicht rein medizinisch zu betrachten. Es wird angemerkt, daß Schule immer auch Arbeitsplatz für Schüler und Lehrer ist.

Die sich anschließende Frage geht dahin, ob durch die Beschäftigung mit mangelnder Handlungs- und Sozialkompetenz die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Auszubildenden aufgegriffen wurden, oder ob nicht eher die Bekämpfung von Bewegungsmangel, Rückenproblemen und Übergewicht im Vordergrund stehen sollte. Die Moderatorin stellt die Gegenfrage nach der Verantwortung für gesundheitliche Probleme wie Übergewicht und Rückenbeschwerden. Die Vertreter der Arbeitsgruppe sehen die Verantwortung bei den Eltern, die nichts gegen den exzessiven Fernsehkonsum ihrer Kinder unternehmen, und schlagen eine Brücke zu dem vorgestellten Projekt: Wenn sich Auszubildende oder Schüler für etwas begeistern und engagieren, dann sitzen sie eben nicht vor dem Fernseher, sondern sind für ihre Belange in Aktion. Ein Schulvertreter entgegnet, daß dafür das gesellschaftliche Bewußtsein vorhanden sein müsse. Die Schulen bräuchten mehr Sportstunden, bessere Möbel und ähnliches, aber das sei gemeinhin bekannt und müsse in einem Symposium wie diesem nicht diskutiert werden. Er fragt, was in dieser Runde Kreativeres zur Diskussion beigetragen werden könnte als die Klage darüber, daß Kinder vor dem Fernseher rumhängen, rauchen und sich zu wenig bewegen. Er schlägt vor, die Debatte kreativ neu zu beginnen, und hält die Diskussion um das vorgestellte Antirassismusprojekt durchaus für angebracht.

Die Moderatorin fordert die Gruppe auf, Ansatzpunkte für das vorgestellte Projekt an den eigenen Schulen zu nennen, und spricht insbesondere Schulvertreter an. Ein Schulvertreter entgegnet, daß die öffentliche Diskussion nach den

Ergebnissen der PISA-Studie zeigt, daß in Zukunft noch stärker einseitige (Aus-)Bildung zu erwarten ist und Grundkompetenzen wie Lesen und Schreiben weit deutlicher im Mittelpunkt stehen werden als ganzheitliche Bildung.

Ein Schüler macht das Problem an Schulen an der mangelnden Corporate Identity fest. Schüler haben nach der Schule einfach „keinen Bock“ auf Schule und meiden jede Anstrengung, die nicht auf sofortige Ergebnisse wie Erfolg oder Spaß abzielt. Ein Schüler wählt den Weg des geringeren Widerstands. Es müßte also gelingen, neue Werte oder Ideale zu vermitteln. Als negatives Beispiel nennt er die Projektstage an der Schule: Bereits die Themenfindung für ein Projekt sei schwierig und schwanke zwischen Desinteresse und utopischen Ansprüchen.

Dies bringt die Arbeitsgruppe zu der zentralen Frage, wie Schüler motiviert werden können, Verantwortung zu übernehmen, zunächst wenigstens für sich selbst. Das Telekom-Beispiel ist als mögliche Antwort darauf einerseits gut geeignet, denn es zeigt, wie Rahmenbedingungen für ein Schülerprojekt geschaffen werden können; andererseits ist es nicht gut geeignet, weil es wenig verallgemeinerbar ist: Telekom-Auszubildende sind ausgewählte Schüler und repräsentieren damit nicht den Durchschnitt junger Menschen. Eine Lehrerin erwidert, daß ein Projekt dann erfolgreich ist, wenn die Schüler sich mit Sinn und Zweck einer Unternehmung identifizieren können. Eine weitere Teilnehmerin sieht im „Wir-Gefühl“ einen wichtigen Motivationsfaktor. Die Referenten ergänzen um den Faktor „Verantwortung“. Das Übertragen von Verantwortung zeitigt bei den Auszubildenden erstaunliche Ergebnisse. Die Ausbilder der Deutschen Telekom AG betrachten sich eher als Moderatoren. Sie überlassen beispielsweise Schülern die Gestaltung des Unterrichts. Das steigert die Motivation und das Selbstwertgefühl und fördert kommunikative Fähigkeiten.

Eine anschließende Bemerkung zielt auf die Lehrgesundheit und den alarmierenden „Verschleiß“ bei den Lehrenden. Ein Teilnehmer erwidert, daß auch die Lehrer sich ändern müssten. Auch sie brauchen ein Ziel, ein Motto, einen Leitfadens und ein „Wir-Gefühl“, um erfolgreich statt kräftezehrend zu arbeiten. In Ländern wie Kanada und Schweden sei es selbstverständlich, daß sich die Lehrer mit der Schule identifizieren wie ein Firmenmitarbeiter mit seinem Unternehmen.

Arbeitsgruppe 3: Kommune und Gesundheitsförderung

Moderation: Klaus-Peter Stender, Gesunde-Städte-Sekretariat, Hamburg

Impulsreferat: Kommune und Gesundheitsförderung am Beispiel der Stadt Stuttgart
Heinz-Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart

In meinem Impulsreferat zum Thema Kommune und Gesundheitsförderung möchte ich auf folgende Bereiche eingehen:

1. Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Stuttgart (Struktur)
2. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes
3. Gesundheitsförderung an der Schule
Problembeschreibung und Zielrichtung
4. Praktische Beispiele in Stuttgart
 - 4.1 Aufgaben des Gesundheitsamtes
 - 4.2 Aufgaben des Forums Gesunde Stadt Stuttgart e. V.
5. Resümee

Bevor ich auf die Einzelheiten eingehe, die eine Kommune im Bereich Gesundheitsförderung und Schule leisten kann, möchte ich betonen, daß das Beispiel Stuttgart nur ein Beispiel von vielen ist. Andere Kommunen arbeiten ebenfalls sehr erfolgreich in diesem Feld, haben aber andere Schwerpunkte oder auch anderes Personal, um diesen Bereich umzusetzen. Finanzielle und örtliche Gegebenheiten spielen bei der Ausgestaltung eine wichtige Rolle. Aber dazu dann im folgenden mehr.

1. Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Stuttgart (Struktur)

Im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart (550 000 Einwohner) sind zur Zeit zirka 250 Personen beschäftigt. Der Bereich Gesundheitsförderung ist eingebettet in den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und hat ein eigenes Sachgebiet, dem zur Zeit sechs Personen angehören (teilweise in Teilzeit). Die anderen Beschäftigten der Abteilung (30 Personen) haben einen Stellenanteil von 20 bis 25 Prozent, in dem sie Angebote in Gesundheitsförderung und Prävention unterbreiten. Damit wird deutlich, wieviel Manpower in diesem Bereich steckt. Im Vergleich zu anderen Aufgaben des Amtes konnte die Gesundheitsförderung in den letzten Jahren personell leicht ausgebaut werden. Überwiegend tätig sind in diesem Bereich Ärzte, Kinderkrankenschwestern und Arzthelferinnen. Darüber hinaus gibt es eine Sozialarbeiterin sowie zwei Ernährungsberaterinnen.

2. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

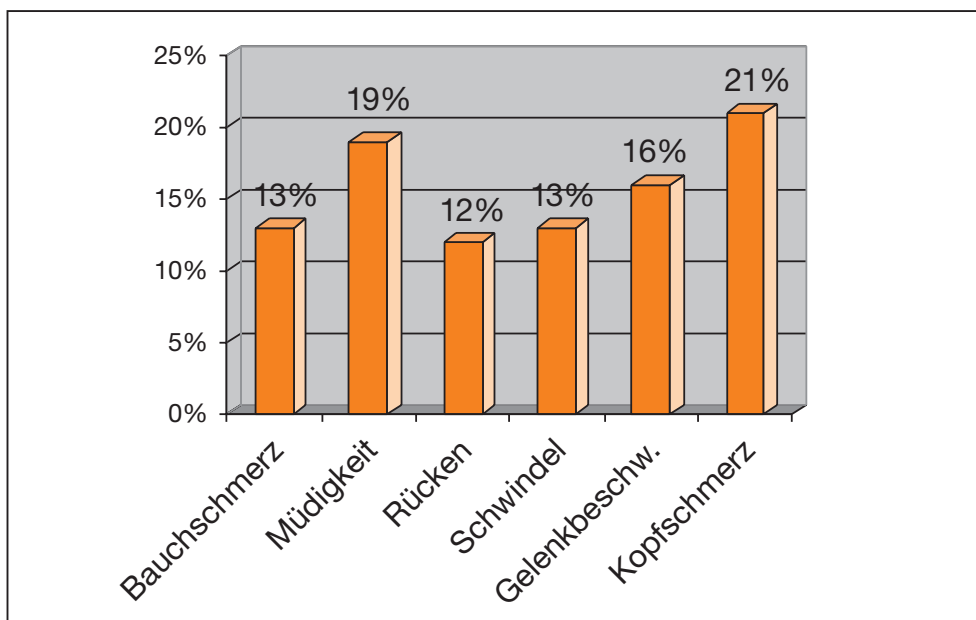
Die Zuständigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Gesundheitsförderung liegt bei den Bundesländern.

Übergreifend könnte man sagen, daß sie folgende Aufgaben haben:

- zu planen (Gesundheitsplanung, Sozialplanung etc.)
- zu vernetzen (in Baden-Württemberg Regionale Arbeitsgemeinschaften)
- zu informieren und zu beraten
- eigene Angebote und Projekte durchzuführen (subsidiär).

3. Gesundheitsförderung an der Schule/Problembeschreibung und Zielrichtung

Für die Fachleute, die in Schulen zu Gesundheitsthemen tätig sind, wie auch für die Lehrer an den Schulen stellen sich immer wieder die gleichen Schwierigkeiten. Als Einstieg habe ich hier eine Tabelle, die zeigen soll, welche Themen Jugendliche selber zum Thema Gesundheit angeben:



Quelle: J1 Jugendstudie

Diese Tabelle stammt aus der J1 Jugendstudie. Sie wurde mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten durchgeführt. Trotzdem finde ich es wichtig darzustellen, welche Gesundheitsthemen Jugendliche haben.

Im folgenden habe ich versucht, die Kernpunkte zusammenzufassen, auf die wir in den Schulen stoßen:

- Schüler, die viel über Risiken wissen, es aber nicht umsetzen. Deutlich wird dies in fast allen Bereichen wie Drogen, Ernährung, Bewegung et cetera.
- Schüler, deren eigene Beschwerden in der Schule meistens nicht behandelt werden. Es stellt sich also die Frage, wie wir Themen an die Jugendlichen herbringen, die sie eigentlich nicht interessieren, während eigene Themen und Probleme nicht behandelt werden.
- Unterricht und Projekte, die risikoorientiert sind und nicht die Ressourcen der Schüler stärken (salutogener Ansatz). Hier wird die Frage von Methodik und Didaktik aufgeworfen, wie die Inhalte vermittelt werden.

- Qualität und Nutzen von gesundheitsförderlichen Projekten ist oft nicht nachhaltig. Viele Veranstaltungen und Projekte werden mit großem Aufwand betrieben, bringen aber oft keine nachhaltigen Veränderungen bei der Zielgruppe. Dies betrifft vor allem einmalige, nicht in den Lehrplan eingebaute Veranstaltungen.
- Überforderte Lehrer (Frühverrentung, Burn Out). Diese Berufsgruppe hat im Vergleich zu anderen Berufsgruppen die höchsten Frühverrentungen. Es stellt sich einfach die Frage, wie diese Berufsgruppe Gesundheitsthemen vermitteln kann, wenn sie selbst nicht für die eigene Gesundheit sorgen (kann).
- Besonders betroffen sind Schulen in sozialen Brennpunkten. Gesundheitliche Kompetenzen und Chancen hängen eng mit dem Sozialstatus der Menschen zusammen. Dies ist ein wichtiger Blickwinkel für die Ausrichtung, an wen wir uns mit unseren Angeboten richten.

Im Umkehrschluß zu dieser Analyse stellt sich dann die Frage, wie sieht eine „Gesunde Schule“ aus? Was gehört dazu und wie läßt sie sich beschreiben? Im folgenden habe ich versucht, einen Überblick zu geben, wie eine Schule aussehen könnte, die die Gesundheitsförderung ernst nimmt:

- Wenn sich die Lehrer auch um die eigene Gesundheit kümmern.
- Wenn die Themen der Schüler in Unterricht und Projekten aufgenommen werden (fächerübergreifend).
- Wenn Projekte auch die Struktur von Unterricht und Lernort nachhaltig verändern .
- Wenn auch externe Experten in Unterricht und Projekte mit einbezogen werden (Öffnung und Vernetzung der Schule).
- Wenn insbesondere die Schüler an Inhalten bereits bei der Planung mit beteiligt werden.
- Wenn in Unterricht und Projekten die gesundheitlichen Ressourcen gestärkt werden (Salutogenese).

Dies ist eine Idealvorstellung, auf die wir in unseren Projekten und Maßnahmen hinarbeiten.

4. Praktische Beispiele in Stuttgart

Bislang habe ich eine allgemeine Situationsbeschreibung gegeben, wie sich für uns der Bereich Schule und Gesundheit sowie der Blick der Kommune darstellt. Im folgenden möchte ich Ihnen einen Überblick geben, wie wir in Stuttgart praktisch arbeiten. Dabei ist mir wichtig zu erwähnen, daß wir mit unserer Arbeit noch nicht am Ziel unserer Wünsche angekommen sind. Unsere Angebote entwickeln sich ständig weiter, es werden neue Projekte und Maßnahmen entwickelt, andere dafür wieder eingestellt, wenn sie sich nicht bewährt haben. Die Angebote für die Schulen richten sich auch nach den Professionen der Beschäftigten. Da wir hauptsächlich Beschäftigte aus dem ärztlichen Bereich haben, müssen unsere Angebote überwiegend einen ärztlichen Bezug haben.

Grundsätzlich läßt sich unsere Arbeit in zwei Gebiete einteilen. Dies sind zum einen die Angebote des Gesundheitsamtes und zum anderen die Angebote der „Gesunden Stadt Stuttgart“. Die Projekte und Maßnahmen der Gesunden Stadt

werden als Gemeinschaftsprojekte von zahlreichen Institutionen aus dem Gesundheitsbereich betrieben. Die Geschäftsführung dieses Bereichs liegt aber im Sachgebiet Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes.

4.1 Die Angebote des Gesundheitsamtes

Als Amt bieten wir den Schulen konkrete Unterrichtsprojekte an. Dies sind in der Regel reine Präventionsangebote zu den Themen Autogenes Training, Rückenschule, Gesunde Ernährung, Hören, Haut und Hygiene, Zahngesundheit (Krankenkassenfinanzierung!!).

Durchführende sind speziell geschulte Ärzte, Kinderkrankenschwestern und Arzhelferinnen. Die Einheiten sind kindgerecht aufbereitet und sollen die Lehrer und Eltern mit erreichen. Der Unterrichtsstoff ist in den meisten Fällen auch auf den Lehrplan ausgerichtet. Diese Angebote werden von den Schulen sehr gerne angefordert und sind für uns beliebte „Türöffner“, um auch regelmäßig in der Schule präsent zu sein.

Neben den Präventionsangeboten bieten wir zudem auch Beratung und Information. Dazu gehört die Schulsprechstunde (ärztliche Sprechstunde) sowie das „Praxisbüro Gesunder Kindergarten/Gesunde Schule“. Das Praxisbüro ist eine Anlaufstelle für Schulen und Lehrer zu Gesundheitsthemen. Eine Sozialarbeiterin bietet den Kindergärten und Schulen Unterstützung bei Projekten und bei der nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsthemen in den Einrichtungen an. Dieses Praxisbüro ist zur Zeit im Aufbau.

4.2 Die Angebote der Gesunden Stadt

Stuttgart ist seit 1998 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Die inhaltliche Arbeit leistet das Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V., dem vom Gemeinderat diese Aufgabe übertragen wurde. Im Vorstand sind vertreten: Krankenkassen, Ärzteschaft, Selbsthilfegruppen, Sportverband, Wohlfahrtsverbände, Bildungsträger, freie Initiativen und die Landeshauptstadt Stuttgart.

Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Kinder- und Jugendbereich. Im folgenden möchte ich Ihnen zwei Projekte vorstellen, die wir für Schulen anbieten. Dies sind zum einen die Zukunftswerkstätten in Schulen sowie die Jugendgesundheitstage.

Zielsetzung der Zukunftswerkstätten: In zweitägigen Zukunfts- und Planungswerkstätten (nach Jung) sollen die Schulen befähigt werden, Gesundheitsthemen stärker in der Schule zu plazieren. Sie sollen die Beteiligung von Schülern fördern helfen sowie die Schule für externe Kooperationspartner öffnen. In diesen Werkstätten planen Lehrer, Schüler, Hausmeister, Sozialarbeiter sowie externe Partner auf gleicher Ebene gemeinsam gesundheitsbezogene Projekte.

Das Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V. leistet hierfür die Vor- und Nachbereitung der Werkstätten bis zur konkreten Umsetzung der entworfenen Projekte, die Dokumentation der Werkstätten und die Präsentation vor der Schulgemeinschaft. Außerdem kümmert sich das Forum um die Öffentlichkeitsarbeit, die Finanzierung der Werkstatt sowie um die Dokumentation. Pro Jahr können zwei Werkstätten durchgeführt werden.

Die Ergebnisse sind bislang sehr positiv. Die Werkstätten sind ein Baustein von mehreren, um zu einer gesundheitsfördernden Schule zu kommen. Wichtig für die Schulen ist ein professionelles Management sowie finanzielle Unterstützung für die Umsetzung der Projekte.

Die Jugendgesundheitstage sind ein zweites Projekt, auf das ich kurz eingehen möchte. Mit den Gesundheitstagen wollen wir Informationen und Aktionen zum Thema Gesundheit für Jugendliche in die Schulen bringen. Ziel ist es, die Schulen für externe Experten zu öffnen (zur sinnvollen Ergänzung des Unterrichts), Lehrer, Eltern und Sozialarbeiter für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und die Öffentlichkeitsarbeit für die Anbieter im Gesundheitsbereich zu unterstützen.

An zwei Tagen werden alle Schüler, Lehrer und Sozialarbeiter der siebten bis zehnten Klassen zu einer zentralen Veranstaltung eingeladen (insgesamt 20 000 Menschen). Es gibt eine „Messe“ mit Ständen der Anbieter, Workshops, Vorträgen, Ausstellungen, Mitmachaktionen, Projektbeispielen und Kultur (insgesamt sind zirka 40 Institutionen daran beteiligt). In einem Vortreffen können sich die Lehrer über die Angebote informieren, um sie gegebenenfalls in den Unterricht einzubauen. Entwickelt wird zudem eine Datenbank, um die Schulen auch weiterhin über die Gesundheitsangebote zu informieren.

Da wir dieses Projekt zum ersten Mal in diesem Herbst durchführen werden, kann ich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht über Erfahrungen sprechen.

5. Resümee

Als Zusammenfassung meines Referates und als Grundlage für die jetzige Diskussion möchte ich folgendes festhalten:

1. Projekte an Schulen müssen langfristig angelegt sein (keine kurzen und einmaligen Projekte).
2. Nachhaltig sind insbesondere die Projekte, die Strukturen an der Schule verändern.
3. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann nur beschränkt (wegen finanzieller und personeller Ressourcen) auf dieses Spektrum eingehen
4. Benötigt werden vor allem Fachleute und Institutionen, die eine Schule prozeßhaft begleiten und beraten können.
5. Benötigt werden Finanzen, um den Schulen bei der Beratung und der Projektumsetzung zu helfen (Krankenkassen?).
6. Es fehlt ein bundesdeutsches Netzwerk zum Thema Schule und Gesundheit.

Protokoll

Annegret Horbach

Der Sachbereichsleiter im Gesundheitsamt Stuttgart, Heinz-Peter Ohm, stellt in seinem Impulsreferat gelungene Beispiele der Kooperation von Gesundheitsamt und Schule vor. Zwischenfragen der Teilnehmer führen einerseits zur Vertiefung des Vorgetragenen, andererseits werden dadurch individuelle Problemfelder aufgezeigt.

Der Moderator fordert die Teilnehmer dazu auf, weitere praktische Beispiele der Verbindung von Kommune und Gesundheitsförderung zu benennen, und fragt, in welcher Weise Kommunen die Schulen unterstützen können. Ein Teilnehmer berichtet, daß in Schulen zum Teil desolate Zustände herrschen: feuchte Räume, ekelige Küchen und Toiletten. Raumklima und Ergonomie würden allgemein sehr vernachlässigt. Aus dem Auditorium kommt der Hinweis auf die Zuständigkeit der Kreise und auf die Einbeziehung von Gutachtern.

Ein weiterer Teilnehmer lobt die Initiativen des Gesundheitsamtes in Stuttgart und verdeutlicht, daß man vielerorts noch lange nicht zu solchen Projekten bereit wäre: „In NRW gibt es Schulen mit zugeschraubten Fenstern, weil die Mittel nicht ausreichen, um die Mängel zu beheben.“ Eine Änderungsmöglichkeit sieht er nur, wenn sich zusätzliche Geldquellen auftun. Und so stellt er die Frage, ob gesunde Städte zum Beispiel durch die Robert Bosch Stiftung gefördert werden könnten. Hierauf erwidert der Vertreter einer im Programm „Gesunde Schule“ geförderten Schule, daß dies nicht zu dem paßt, was die Stiftung ausgeschrieben hat: Die Verantwortung muß bei der Schule liegen und nicht von außen in die Schule heringebracht werden. Die Schule wird sonst entmündigt. Man sollte aber auf externe Gutachter zurückgreifen.

Ein Vertreter des betrieblichen Gesundheitsschutzes berichtet von der Hospitation bei einer Schulsprechstunde in Stuttgart: Hier wird Arbeitssituation unter einem neuen Blickwinkel, aus betriebsärztlicher Sicht, betrachtet. Auch das Fernsehen war da. Im Gegensatz zu dem Vorredner ist er der Meinung, daß es als sehr positiv erlebt wird, wenn jemand von außerhalb zur Unterstützung kommt. Dies entlastet den Schulleiter. Er schlägt Runde Tische mit der Schulverwaltung und eine Vernetzung mit anderen städtischen Organisationen vor.

Ein Teilnehmer richtet sich an die Schulen und fragt, wie diese zu externen Expertisen stehen. Er beantwortet die Frage gleich selbst und stellt fest, daß die Hoheit in der Schule bleiben und gleichzeitig Unterstützung von außen erfolgen soll. Er ist der Meinung, daß Schulen die vielen bereits existierenden externen Angebote nicht wahrnehmen und folgert, daß die Koordination fehlt, damit die Schulen die Angebote mit geringem Aufwand nutzen können.

Eine Vertreterin der Volkshochschulen stellt das Angebot dieser Einrichtung dar, die mit Ausnahme der Medizin durch Fachkräfte oft den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung mit ganzheitlichem Ansatz abdecken. Eine Kooperation zwischen der Volkshochschule und der Schule in Form von Fortbildungsveranstaltungen ist denkbar.

Im weiteren Verlauf wird die Zuständigkeit und Verantwortung einzelner Berufsgruppen für Gesundheitsaufgaben in der Schule kontrovers diskutiert.

Ärzte und Krankenschwestern hätten nur eine Sicht auf die Krankheit, daher seien Gesundheitsämter besser geeignet. Lehrer sehen nur den Unterricht oder das Setting der Schule, ohne eine komplexe Sichtweise und „gesundheitspezifische“ Qualifikationen zu haben. Es fehlen klare Ansprechpersonen als „Übersetzer“. Was die Schulausstattung angehe, müsse es eine Koordination geben.

Es wird vorgeschlagen, das alte Spannungsfeld zwischen Pädagogen und Medizinern abzubauen und sich dem neuen Feld der Koordination zu widmen. Die Zusammenarbeit in der Kommune ist auf lange Sicht richtig und die Information untereinander ist wichtig, damit nicht vieles parallel oder gar nicht läuft. Ebenso seien Konflikte zwischen Ärzten und Schulpsychologen alt, was immer wieder zu Diskussionen führe, wem von beiden ein auffälliges Kind zuerst zugeführt werden solle (Beispiel: Sexueller Mißbrauch).

Ein Teilnehmer vertritt die Ansicht, ein Schulbetriebsarzt soll als Case-Manager fungieren und dann Empfehlungen geben, ob ein Schulpsychologe eingesetzt werden soll. Dazu meint ein weiterer Teilnehmer, daß es Aufgabe der Pädagogen ist, diese Entscheidung zu treffen. Die Kinder sollten ihnen nicht weggenommen werden. In diesem Zusammenhang wird aber auf die hohe Belastung der Lehrer hingewiesen, die dringend Unterstützung durch Vernetzung benötigten. Voraussetzung dafür ist die Kooperation zwischen Land und kommunalen Trägern, also die Verknüpfung zweier Hierarchieebenen. Arbeitshilfen hierzu bieten das Arbeitsschutzgesetz, die Schulprogrammentwicklung mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer und eine Homepage, die zum Beispiel Kooperationen aufzeigt und eine schnelle Übersicht und Kontaktaufnahme zu Unterstützungsmöglichkeiten anbietet.

Eine Qualitätsentwicklerin aus der Gesundheitsförderung berichtet über gute Erfolge im Bereich der Koordination und Kooperation, sieht aber Grenzen in den Ressourcen. Sie stellt an die Kommune die Forderung nach Unterstützung durch Ressourcen und bittet die Robert Bosch Stiftung um Unterstützung bei der Suche nach Kooperationsmöglichkeiten zwischen Schule und Stadt.

Der Vertreter der betrieblichen Gesundheitsförderung betont, daß es kein Gesundheitsförderungsgesetz gibt, die bisherigen Maßnahmen sind also freiwillig. Als gesundheitsförderndes Umfeld ist der Arbeitsschutz zu sehen, der eingefordert werden kann. Nur darüber ist eine Finanzierung möglich.

Insgesamt verbleibt die Diskussion auf der praxisbezogenen Beispielebene, die nur untergeordnet nach Lösungsstrategien sucht. Die Mehrzahl der Teilnehmer scheint im Zustand des „es ist kein Geld da und deshalb können wir auch nichts tun“ zu verharren. Die Teilnehmer setzen sich im Wesentlichen aus Beschäftigten von Schulen, Stadtverwaltungen und Gesundheitsämtern zusammen.

Abschließend faßt der Moderator die bisherigen Ergebnisse mit dem Publikum wie folgt zusammen:

Bedingungen:

Die Schulen brauchen eine klare Ansprechstruktur, um bestimmte Hilfen abfordern zu können. Dazu gehören kurze, persönliche Wege. Diese Ansprechstruktur muß gleichzeitig auch Koordinationsaufgaben umfassen, damit die Schule entlastet wird. Die Vernetzung zwischen den kommunalen Diensten ist wichtig. Dabei dürfen die Konflikte zwischen den Ämtern nicht auf dem Rücken der Schule ausgetragen werden. „Gesunde Städte“ sollten besonders befürwortet und gefördert werden. Dies muß „ressortübergreifend“ gelingen. Das Arbeitsschutzgesetz soll als Ressource mehr genutzt werden.

Auf die Frage, welche Form von Unterstützung noch fehle, wird folgendes zusammengetragen:

Die Politik und insbesondere die Kommunalpolitik muß das Thema für wichtig erkennen und aufgreifen. Die Diskussion um die Gesundheitsförderung in der Schule darf nicht durch das Thema Bildung der PISA-Studie verdrängt werden. Ein verändertes Verhältnis der Schulträger ist erforderlich: Sie sollten sich nicht nur für die Kreide, sondern auch für die Gesundheitsbedingungen verantwortlich fühlen und sich dafür engagieren. Die Schule braucht finanzielle Ressourcen, welche die Kommune zur Verfügung stellen soll.

Für die im Anschluß stattfindende Podiumsdiskussion werden folgende Stichpunkte formuliert:

- Schule benötigt klare Ansprechstrukturen
Bessere Vernetzung der kommunalen Dienste
- Kommune als Koordinator
- Förderung „Gesunde Städte“
- Arbeitsschutzgesetz nutzen
- Politik einbeziehen.

Arbeitsgruppe 4: Familie/Sportvereine und Gesundheitsförderung

Moderation: Dr. Christoph Walter, Robert Bosch Stiftung

Impulsreferat: Kinder stark machen

Dr. Harald Schmid, Agentur für Sport und Kommunikation, Hasselroth

1. Kinder stark machen

„Kinder stark machen“ ist eine Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Suchtvorbeugung. Grundgedanke und Ziel dieser Kampagne ist es, das Selbstvertrauen der Kinder und Jugendlichen, ihr Selbstwertgefühl, ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern und sie dadurch stark genug zu machen, daß sie von sich aus „nein“ zu Suchtmitteln sagen.

Übungsleiter können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, denn Suchtvorbeugung ist ein Weg der vielen kleinen Schritte, den möglichst viele gemeinsam gehen sollten. Deshalb arbeitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen dieser Kampagne mit den großen Sportverbänden Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Handball-Bund, Deutscher Leichtathletik-Verband und Deutscher Turner-Bund sowie dem Deutschen Sportbund vor allem in Form von gemeinsamen Veranstaltungen und Fortbildungsseminaren zusammen.

Natürlich können Übungsleiter nicht die Arbeit von Drogenberatern oder Fachleuten der Suchtvorbeugung übernehmen. Als Vertrauensperson der von ihnen im Sportverein betreuten Kinder und Jugendlichen können sie jedoch viel mehr bewirken, als sie vielleicht für möglich halten. Ihr Fingerspitzengefühl kann mit dazu beitragen, daß junge Leute stark genug werden, die Belastungen des Lebens aus eigener Kraft und ohne den Rückgriff auf Suchtmittel zu bewältigen.

2. Ursachen von Sucht

Der versteckt hinter Häuserecken lauende Dealer, der Halbwüchsige vorsätzlich ins Verderben treibt, ist das Schreckgespenst ganzer Elterngenerationen. Doch das Vorhandensein von Drogen macht noch nicht süchtig – vielmehr sind es vielfältige Ursachen und oftmals ein langer Prozeß, was zu einem Suchtverhalten führen kann. Und auch die häufig heraufbeschworene Angst, Kinder oder Jugendliche würden infolge einer heimlichen Beimischung von Drogen in die Cola oder Limonade gleich süchtig, entbehrt jeder realen Grundlage und widerspricht allen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Entstehung von Sucht.

Niemand wird von heute auf morgen süchtig durch ein solches einmaliges Ereignis, wenn es denn tatsächlich einmal eintreten sollte. Denn ein wesentlicher Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten ist die psychische Abhängigkeit, die immer das Ergebnis eines langfristigen Prozesses ist, an dessen Anfang vielleicht mangelnde Zuwendung, zu wenig Bestätigung und Anerkennung und fehlendes Selbstvertrauen gestanden haben.

Doch Suchtgefährdung und Sucht werden nicht durch eine einzige Ursache herbeigeführt, sondern entstehen als Folge eines vielschichtigen Ursachenbündels. Dazu gehören auch äußere Umstände, die nicht immer ohne weiteres zu beeinflussen oder zu ändern sind, wie beispielsweise ungünstige Wohnbedingungen, Krankheit oder finanzielle Probleme der Eltern. Einschneidende Erlebnisse, wie der Verlust eines Elternteils oder Scheidung der Eltern, können – wenn das Kind die Belastung nicht verkraftet – eine Entwicklung von Suchtverhalten ebenfalls mitbegründen.

3. Der schwierige Weg, erwachsen zu werden

Wenn ein Jugendlicher Drogen konsumiert und davon abhängig wird, dann ist das Angebot eines Dealers nur selten der Auslöser gewesen, sondern nur das letzte Glied in einer langen Kette von Ursachen, deren Vorgeschichte meistens schon in der Kindheit beginnt. Gerade auf der Schwelle ins Erwachsenenleben machen fehlendes Selbstvertrauen und mangelnde Konfliktfähigkeit es dem Jugendlichen nur noch schwerer, den schwierigen Weg dieser Entwicklungsphase zu bewältigen, den an ihn gestellten Anforderungen gerecht zu werden. Jugendliche sollen in die Welt der Erwachsenen hineinwachsen, sich vom Elternhaus loslösen und psychische, soziale und materielle Unabhängigkeit erlangen. Sie sollen eine eigene Persönlichkeit und eine reife, befriedigende Sexualität entwickeln. Wer diesen vielfältigen und vielfachen Belastungen nicht gewachsen ist, wer Enttäuschungen nicht aushalten, Rückschläge nicht hinnehmen kann, für den ist das Angebot, Suchtmittel zu nehmen, vielleicht eine allzu verlockende Möglichkeit, Entspannung und Entlastung zu finden.

4. Vom Wohlfühl zur Abhängigkeit

Wohl jeder hat den Wunsch, sich wohler oder besser zu fühlen und entsprechendes dafür zu tun: Man ißt, um sich hinterher angenehm gesättigt zu fühlen; man trinkt, um seinen Durst zu löschen; man arbeitet, um Erfolgserlebnisse zu haben, man nimmt Tabletten, um die Kopfschmerzen zu verjagen, man trinkt und raucht, weil es entspannend und anregend ist. Bei einigen Menschen verändert sich im Laufe der Zeit die Bedeutung dieser Gewohnheiten: Das Essen macht nicht mehr nur satt, es verschafft auch sonst ein gutes Gefühl; das Glas Wein am Abend bringt nicht nur Entspannung, sondern tröstet auch über Enttäuschungen hinweg.

Mit der Zeit verdrängt dann dieser „angenehme Nebeneffekt“ immer mehr den eigentlichen Zweck beispielsweise des Essens oder Trinkens. Man ißt nicht mehr, weil man Hunger hat, sondern um erlebte Frustrationen abzubauen; man trinkt nicht mehr gelegentlich in geselliger Runde oder zum guten Essen, sondern um des Vergessens willen. Die liebgewordene Gewohnheit ist zum „Trostspender“ geworden.

Bei der sogenannten stoffgebundenen Sucht, die sich auf ein ganz bestimmtes Suchtmittel wie zum Beispiel Alkohol bezieht, gewöhnt sich der Körper mit der Zeit so sehr daran, daß sich das erstrebte Wohlfühl nur noch mit einer immer stärkeren Dosis einstellt. Mit fortdauernder Dosissteigerung wird das anfängliche Wohlfühl immer schwächer. Statt dessen wird das Mittel jetzt schon allein des-

halb benötigt, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Es ist nun ein Zustand erreicht, den Fachleute als körperliche Abhängigkeit bezeichnen.

Während diese körperliche Abhängigkeit bei den meisten Suchtmitteln relativ schnell überwunden werden kann, erweist sich die psychische Abhängigkeit als weitaus problematischer. Sie ist bei allen Formen von Suchtverhalten gegeben und äußert sich dadurch, daß ein unbezwingbares Verlangen nach einer ständigen und wiederholten Einnahme einer Droge besteht – sei es als Ersatzbefriedigung für unerfüllte Bedürfnisse, als Ausgleich für mangelndes Selbstvertrauen oder als Flucht vor unangenehmen Situationen und Gefühlen.

5. Schutz vor Sucht

Kinder und Jugendliche, die sich den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen fühlen, neigen dazu, in Alkohol, Tabletten oder Drogen eine verhängnisvolle Zuflucht zu suchen. Wer jedoch gelernt hat, den Belastungen des Lebens standzuhalten, kann auf solche Scheinlösungen verzichten. Den sichersten Schutz vor Drogen bietet immer noch eine starke Persönlichkeit. Deshalb sollte Erziehung auch darauf ausgerichtet sein, die Entwicklung gerade solcher Fähigkeiten zu fördern, die es Kindern und Jugendlichen ermöglicht, schwierige Lebensphasen aus eigener Kraft zu bewältigen.

So müssen Kinder beizeiten in die Lage versetzt werden, Enttäuschungen auszuhalten und Rückschläge hinzunehmen. Sie müssen die nötige „Power“ haben, Dinge noch einmal anzugehen. Und sollten sie – allen Bemühungen zum Trotz – an einer Aufgabe wirklich scheitern, ist Flexibilität das Gebot der Stunde. Anstatt Frust und Stagnation heißt es dann umzudenken und nach neuen Wegen zu suchen. Nur so können Konflikte konstruktiv gelöst werden und der Selbstfindung letztlich sogar zugute kommen.

Ohne ein starkes Selbstvertrauen ist eigenständiges Handeln jedoch kaum zu erwarten. Deshalb gilt es, Kindern und Jugendlichen Entscheidungsspielräume zu

Auf dem Weg ins Erwachsenenleben haben Jugendliche eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie müssen

- die eigene körperliche Erscheinung akzeptieren
- Beziehungen zu den Eltern und anderen Bezugspersonen neu definieren und aufbauen
- ihre Geschlechterrolle übernehmen und eine eigene Position dazu finden,
- mit der Entwicklung ihrer Sexualität klarkommen
- neue Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen
- sich für ein Berufsziel entscheiden
- lernen, mit Kontrolle und Fremdbestimmung in Schule und Beruf zurechtzukommen
- eigene Werte entwickeln und vorhandene übernehmen
- Verantwortungsgefühl entwickeln.

eröffnen, die der Herausbildung einer eigenen Identität und Meinungsbildung förderlich sind. Ohne die Mithilfe erzieherischer Instanzen, ein Ding der Unmöglichkeit. Doch sollte, und dies gilt für Eltern genauso wie für Betreuerinnen und Betreuer im Sport, die autoritäre Anordnung eine untergeordnete Rolle spielen. Schließlich wird die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit mit „Zuckerbrot und Peitsche“ mehr unterdrückt als gefördert. Brave Kinder, die gehorsam und still in der Ecke sitzen, erleiden beim plötzlichen Wegfall eindeutiger Handlungsvorgaben einen massiven Kontrollverlust. Wir alle kennen das Phänomen im Kleinen wie im Großen. Wer in der Schule in ein starres Lernkorsett gepreßt wird, tut sich mit freiwilliger Weiterbildung meist ziemlich schwer. Wer als Kind bei jeder Kleinigkeit gemaßregelt oder geohrfeigt wird, gerät als Erwachsener nicht selten zum autoritätshörigen Ja-Sager, der nach oben buckelt und nach unten austeilt. Und genauso wie ja Demokratie nur dann möglich ist, wenn aufgeklärte Bürger das Fundament bilden, basiert auch die Entwicklung einer in sich gefestigten Persönlichkeit auf der Fähigkeit zu eigenständigem Denken und Handeln. Wenn Kinder frühzeitig lernen, in der Clique auch mal „gegen den Strom“ zu schwimmen und „Nein“ zu sagen, wenn sie dazu angehalten werden, sich selbst und ihre Umwelt zu hinterfragen, dann wird der Lockruf der Droge wie selbstverständlich an ihnen abgleiten.

Als Betreuer haben Sie die große Chance, Ihren Schützlingen eine Portion Selbstvertrauen mit auf den Weg zu geben. Dies erreichen Sie durch vertrauensbildende Maßnahmen, wie beispielsweise das Abgeben von Verantwortung. Nehmen Sie also nicht immer alles selbst in die Hand, sondern überlassen Sie kleine organisatorische Aufgaben auch ruhig mal den Kindern. Auf diese Weise kann sich das Sozialverhalten in der Gruppe wie auch die allgemeine Kommunikations- und Teamfähigkeit aus sich selbst heraus entwickeln. Darüber hinaus wird der Umgang mit Konflikten in einem für die Kinder überschaubaren Rahmen eingeübt. Die Suche nach probaten Lösungswegen erfordert Flexibilität und Einfühlungsvermögen, Durchsetzungskraft und Rücksichtnahme.

Kinder und Jugendliche können also dank Ihrer Mithilfe einen „Vorrat“ an schützenden Eigenschaften aufbauen, der ihnen dabei hilft, mit schwierigen Lebenssituationen fertig zu werden.

6. Sport macht stark

Sport allein kann sicherlich keine Suchtprobleme verhindern. Aber er kann einen wichtigen Beitrag zur positiven Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen leisten und den Weg zu einem selbstbestimmten und unabhängigen, zu einem verantwortungsbewußten und genußvollen Leben ohne Suchtmittelmißbrauch unterstützen, denn er bietet den Heranwachsenden nicht nur die Möglichkeit der aktiven Freizeitgestaltung, sondern auch auf vielfältige Weise Erlebnisse und Erfahrungen, die ihrer Entwicklung förderlich sind.

Wenn Sie als Betreuerin oder Betreuer, Übungs- oder Jugendleiter im Sportverein die mit Ihrer Aufgabe und Arbeit verbundenen Möglichkeiten erkennen und umzusetzen wissen, ist schon einiges gewonnen. Es ist ein wichtiger Schritt, wenn es darum geht, Kinder und Jugendliche stark zu machen für ein drogenfreies Leben.

Protokoll

Fabian Busch

Nach seiner Begrüßung betont der Moderator den ganzheitlichen Ansatz des Programms „Gesunde Schule“ und stellt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Öffnung von Schule und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Schulen mit Sportvereinen heraus. Die Kampagne zur Suchtvorbeugung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Kinder stark machen“ gilt als positives Beispiel der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Themas in Sportvereinen. Deshalb bittet er Dr. Harald Schmid, die Ziele, Elemente und Evaluationsergebnisse dieser Kampagne vorzustellen. Im Anschluß daran sollen folgende Arbeitsthemen diskutiert werden:

- Warum gelingt die Umsetzung des Themas Suchtprävention in Sportvereinen?
- Wie könnte dieser Präventionsansatz in der Schule aussehen?
- Welche Rahmenbedingungen sollten geschaffen werden?
- Welche Rolle spielen die Eltern beim Gelingen eines Schulprojekts?
- Wie sind die Bedingungen für eine Zusammenarbeit der Schulen mit Sportvereinen?

Nach seinem Impulsreferat eröffnet Dr. Schmid die Diskussion mit der Frage, warum die Kampagne zur Suchtprävention gerade in Vereinen funktioniert und ob dies auch in Schulen möglich ist. Daraufhin fragt ein Teilnehmer nach dem Wirkungsgrad der Kampagne: Funktioniert das Programm von „Kinder stark machen“ auch in der „dritten Halbzeit“? Er formuliert die Vermutung, der Verein bringe nach der Spielzeit nichts.

Dr. Schmid nimmt Bezug auf eine Studie von Prof. Dr. Wolf-Dietrich Bretschneider, Universität Paderborn, nach der es keine entscheidenden Unterschiede im Alkoholkonsumverhalten zwischen Vereinsmitgliedern und Nicht-Mitgliedern gibt. Sportvereine werden manchmal sogar als „Feuchtbiothope“ bezeichnet, in denen Mitglieder das Trinken erst lernen. Es kommt jedoch darauf an, Vereine als Chance zu begreifen und die besonderen Möglichkeiten, die sie bieten können, herauszuarbeiten. Dazu gehört zum Beispiel das Heranziehen von gleichaltrigen Jugendlichen für die Suchtprävention, mit denen man mehr Erfolg erzielen kann als mit Erwachsenen.

Der Teilnehmerfrage, wie das vorgestellte Modell angesichts der gegenwärtigen Lehrerbildung an den Universitäten – die Vermittlung sozialer Kompetenzen taucht in den Lehrplänen nicht auf – auf die Schulen übertragen werden kann, schließen sich weitere Überlegungen über die spezifischen Chancen der Gesundheitsförderung im Sinne einer sozialen Erziehung in Sportvereinen an. So macht die grundsätzliche Freiwilligkeit der Mitgliedschaft in einem Verein das Transportieren von Inhalten leichter und die Bereitschaft zu lernen ist größer, da es kein Rollenverhältnis Lehrer/Schüler gibt. Hinzu kommt, daß die Trainer im Verein, im Gegensatz zu den Lehrern in der Schule, eher als Helfer wahrgenommen werden

und dadurch im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung leichter positiv eingreifen können. Sie werden von Kindern als Sportidole und Vorbilder verehrt, während Lehrer häufig als Unterdrücker empfunden werden.

Ein Teilnehmer stellt dieser positiven Chancenbewertung der Sportvereine das Argument gegenüber, daß man nur in der Schule hundert Prozent der Jugendlichen erreichen kann. Für die Umsetzung eines solchen Konzepts in der Schule sind jedoch die finanziellen Mittel nicht vorhanden.

In der Schule äußern sich die Strukturen der Leistungsgesellschaft in einem individuellen Leistungsdruck, dem einzelne Schüler nicht standhalten. Es folgt der Verweis auf den Amoklauf in Erfurt. Im Gegensatz dazu gibt es in Sportvereinen einen kollektiven, mannschaftlichen Leistungsdruck.

Herr Dr. Schmid stellt diesbezüglich seine Erfahrungen mit einer positiven Dimension von Leistungsdruck im Sport vor. Gerade im Sport erlernt man den individuellen Umgang mit Erfolgen und Niederlagen und das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen. Dadurch verbessert man auch den Umgang mit Leistungsanforderungen im Berufsleben und beugt einer Überforderung im Alltag vor.

Diese Ausführungen werden von den Teilnehmern kontrovers diskutiert. Einerseits kann der Leistungsgedanke in der Schule nicht aufgegeben werden, da Kinder gerne etwas leisten und Schulstreß auch positiv empfinden können. Zudem ist die Schule dazu verpflichtet, zu Leistung zu animieren, da hier die Weichen für eine individuelle Lebensgestaltung gestellt werden. Andererseits sorgt der Leistungsdruck zunehmend für die Vermittlung von Fachwissen mit einer geringen Halbwertszeit. Dies geschieht auf Kosten des Erlernens sozialer Kompetenzen wie Kritik- und Teamfähigkeit. Diese sozialen Grundfertigkeiten müssen dann im Berufsleben in speziellen Seminaren nachträglich vermittelt werden. Deshalb wird eine qualitative Schulreform gefordert, welche die Vermittlung der Fähigkeiten zur Lebensbewältigung in den Vordergrund stellt.

Dieser Forderung widerspricht ein Teilnehmer und erläutert die Perspektive der Kultusministerien: Eltern, Schulen und Vereine haben unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zu Jugendlichen und es sind in erster Linie die Eltern in der Pflicht und im Recht, durch Erziehung ihre Kinder auf das Leben vorzubereiten. Themen wie Suchtprävention sind auch im Lehrplan der Schulen verankert, so daß die Schulen hier Hilfestellung leisten. Vereine werden in diesem Konzept eher als Ergänzung angesehen.

Auch Dr. Schmid unterstreicht die besondere Rolle der Eltern. Er argumentiert jedoch mit Pestalozzi, daß Erziehung eigentlich 25 Jahre vor der Geburt von Kindern anfängt.

Die Teilnehmer versuchen, Vorschläge zu entwickeln, mit deren Umsetzung schon morgen in den Schulen begonnen werden könnte:

Als Beispiel für eine vernetzende Infrastruktur wird das Projekt „Wir im Verein mit Dir“ aus dem Saarland genannt. Die Kommunikation zwischen Schulen und Sportvereinen soll verbessert werden; viele Schulen wissen nicht, was am Nachmittag in ihren Sporthallen passiert. Die Vielzahl der Vereine könnte hier jedoch Probleme aufwerfen.

Gefordert werden Sportarbeitsgemeinschaften, in denen Trainer in die Schule kommen. Da diese Übungsleiter von außen nicht in dem Rollenverhältnis Lehrer/Schüler stehen, verringern sie den Leistungsdruck und vergrößern Spaß und Motivation. Dadurch wird das Angebotsspektrum an den Schulen erweitert und mehr Raum für das Erlernen sozialer Fähigkeiten geschaffen.

Gerade in der Grundschule gibt es am ehesten die Möglichkeit, Kinder für einen Sportverein zu gewinnen. Das setzt jedoch eine qualifizierte Sportlehrer-ausbildung für Grundschulen voraus. Zudem müssen sich schlüssige Konzepte für die höheren Klassen anschließen.

Folgende Arbeitsthesen werden für die anschließende Podiumsdiskussion formuliert:

- Mit einem „gesunden“ Umgang mit Sport, Lernen und Leistung so früh wie möglich anfangen
- Die Schule den Vereinen öffnen
- Die Eltern (der Zukunft) gewinnen und vorbereiten.

Arbeitsgruppe 5: Krankenkassen/Versicherungen und Gesundheitsförderung

Moderation: Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Impulsreferat: Bedeutung der Gesundheitsförderung in Schulen aus Sicht der Krankenkassen

Dr. Gudrun Eberle, AOK-Bundesverband, Bonn

Seit sich die Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung engagieren – und das tut die AOK seit den siebziger Jahren –, war Schule ein wichtiges Aktionsfeld. Dabei ließen sich zwei spezielle Vorteile von Schulen nutzen: Zum einen, daß dort Kinder bereits in ganz jungen Jahren in einer Bezugsgruppe richtiges, das heißt gesundheitsgerechtes Verhalten lernen konnten, anstatt später falsches Verhalten wieder mühsam verändern zu müssen. Und zweitens, daß sich durch die aufsuchende Beratung relativ viele Kinder erreichen ließen.

Schule ist heute für Gesundheitsförderung und Prävention mehr als nur ein günstiger Zugangsweg. Schule ist für Kinder vielmehr ein wichtiger Arbeits- und Lebensraum, der sich gesundheitsförderlich gestalten läßt, indem gesundheitsgerechte Verhältnisse, das heißt gesunde Alltagsbedingungen, geschaffen werden können, die ihrerseits gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen beziehungsweise erleichtern.

Mit Beginn der neunziger Jahre begann sich ein neues Konzept in Schulen zu entwickeln: Der ganzheitliche Setting-Ansatz „Gesundheitsfördernde Schule“. Er wird aktuell von den Krankenkassen im GKV-Leitfaden¹ aufgegriffen und insbesondere als erfolgversprechender Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen konkretisiert – wie ihn der Gesetzgeber seit der Gesundheitsreform 2000 fordert. Mit diesem Ansatz lassen sich Unterschiede in den Gesundheitschancen von Anfang an verringern. Immerhin sind für rund ein Fünftel unserer Kinder und Jugendlichen die Entwicklungschancen aufgrund von Armut beeinträchtigt – mit allen Konsequenzen für eine spätere erhöhte Morbidität und Mortalität². Gemäß den Empfehlungen der Experten, mit denen wir auf Spitzenverbandsebene zusammenarbeiten, wollen wir uns als Krankenkassen auf setting-bezogene Aktivitäten in Grund-, Haupt-, Sonder- und Berufsschulen konzentrieren.

Bisher haben die Krankenkassen – und hier vor allem auch die AOK – mit dem Setting-Ansatz langjährige Erfahrungen fast ausschließlich in Betrieben gesammelt.

Besonderheiten im Setting Schule

Im Vergleich zum Betrieb ist die Kooperation im Setting Schule erheblich schwieriger zu initiieren und zu gestalten. Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie bedarf eines konzertierten Vorgehens aller verantwortlichen Partner, die in unterschiedlichen Ressorts und auf

ganz verschiedenen Ebenen angesiedelt sind: Neben den unmittelbaren Akteuren vor Ort, das heißt der Schulleitung, der Lehrer- und Elternschaft sowie der Schülerinnen und Schüler sind dies beispielsweise die politisch Verantwortlichen, das heißt die Schul- und Gesundheitsministerien der Länder, vertreten durch die Gesundheitserziehungsreferenten, die jeweiligen Schulträger und die Schulaufsichten, außerdem die Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen. Zum anderen ist gesundheitsfördernde Schule auch im Hinblick auf die Finanzierung viel schwieriger, da die für den Schulbereich Verantwortlichen – im Gegensatz zum Betrieb – selbst leere Kassen haben.

Lückenbüßer für die öffentliche Hand zu sein, deren Kassen leer sind, ist für die GKV aber kein Weg. Die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen ist – wie gesagt – eine große gesundheitspolitische und weitergehend eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, mit der alle Akteure einschließlich der Politik gefordert sind, nicht nur die Krankenkassen.

Engagement der Krankenkassen

Die GKV ist inzwischen bereits gestartet: Im Setting Schule wollen wir unser Know-how aus der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen und vor allem geeignete Routinen für die Kooperation der verschiedenen Akteure erproben. Dafür bereiten die Spitzenverbände der Krankenkassen eine gemeinsame kassenübergreifende Förderung von Projekten vor, die folgenden Kriterien (abgestimmt mit der Beratenden Kommission) genügen müssen:

- Die Schule ist nicht nur Zugangsweg, sondern selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
- Hauptzielgruppe sind sozial Benachteiligte.
- Der Bedarf der Zielgruppe ist nachvollziehbar begründet.
- Die Projektangebote werden von der Zielgruppe tatsächlich nachgefragt.
- Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren beteiligten Partnern/Finanzierungsträgern.

Die Spitzenverbände sind außerdem dabei, eine Rahmenvereinbarung zwischen allen verantwortlichen Akteuren vorzubereiten, die Aufgaben und Pflichten, Handlungsrahmen und Handlungsebenen der Akteure definiert.

Daneben engagieren sich verschiedene AOKs – und sicherlich auch andere Krankenkassen – bereits vor Ort in Schulen und versuchen dort, sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten.

Die Aktivitäten reichen

- von einer eher risikoorientierten Prävention, erweitert um die Stärkung von schützenden Schlüsselkompetenzen (sogenannte Lifeskills). (Ein Beispiel dafür ist der internationale Wettbewerb „Be smart, don't start“ zur Verhinderung beziehungsweise Verzögerung und Einstellung des Zigarettenkonsums bei Schülern (AOK Rheinland und AOK Westfalen-Lippe), der in eine große Nichtraucher-Kampagne des Landes NRW eingebunden ist.)
- über gesundheitsfördernde Projekte, die eher risiko-unspezifisch mit vor allem

salutogener Ausrichtung in altersgruppen-, themen- oder geschlechtsbezogenen Projekten im Schulalltag gesundheitsförderlich wirken wollen. (Zum Beispiel unterstützt die AOK Rheinland Arzt-Lehrer-Teams in 156 Grundschulen, die Unterrichtseinheiten und Elternabende zu verschiedenen Gesundheitsthemen gestalten.)

- bis zu komplexen Setting-Ansätzen.

Uns ist bewußt, daß Nachhaltigkeit komplexe Ansätze mit Strukturveränderungen und Netzwerkbildung erfordert. Deshalb engagieren wir uns insbesondere – gemeinsam mit anderen verantwortlichen Akteuren – im Ansatz der gesundheitsfördernden Schule, bei dem Schule als Arbeits- und Lebensraum gesundheitsförderlich gestaltet wird. Denn Gesundheitsförderung darf nicht bei einzelnen Maßnahmen im Setting Schule stehen bleiben, sondern muß das Setting Schule selbst gesundheitsförderlich gestalten.

Dafür ist ein Schulprojektteam zu bilden, in dem die verschiedenen beteiligten Akteure vertreten sind und das für den notwendigen Planungs- und Organisationsablauf verantwortlich ist, wie er im GKV-Leitfaden zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V beschrieben ist³.

Beispiele aus der AOK-Praxis

Einige Beispiele habe ich Ihnen mitgebracht, von denen ich aus Zeitgründen nur zwei kurz beschreiben will:

Beim ersten Beispiel handelt es sich um einen umfassenden Setting-Ansatz, der das Ziel hat, Eß-Störungen bei Mädchen vorzubeugen. Das Projekt „Durch dick und dünn“ der AOK Niedersachsen⁴ für Mädchen der siebten und achten Klasse basiert auf den Erkenntnissen der Suchtprävention und ist eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die Mädchen erhalten eine alternative Unterrichtswoche mit Themen wie Körperbild und Eßverhalten, Konfliktbewältigung, Tanz und Bewegung, Selbstbehauptungstraining, erste Liebe, Verhütung.

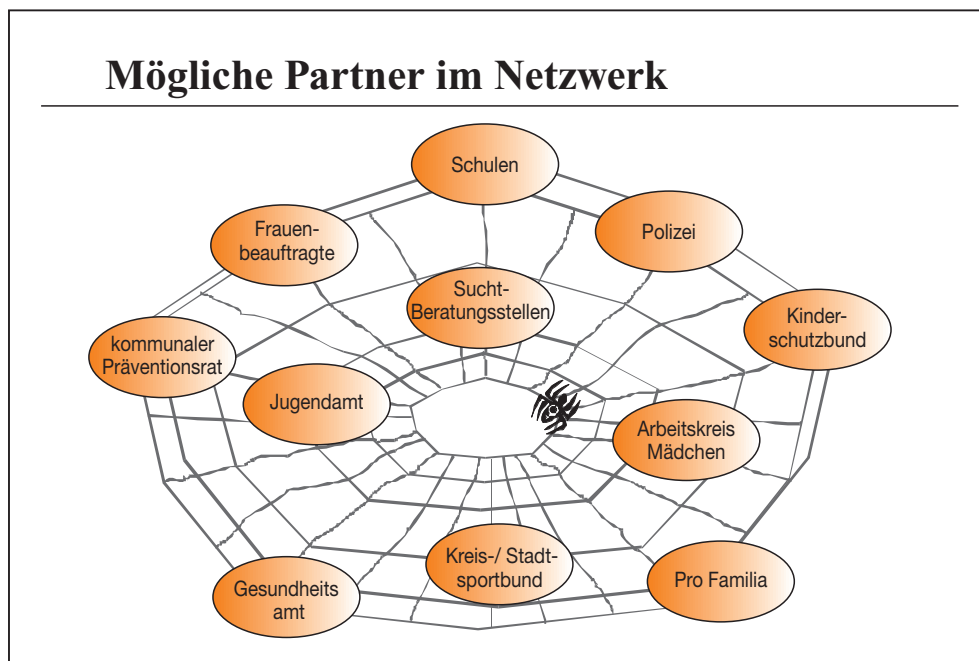
Ein **Modellprojekt** der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

eine Projektwoche Mädchenprojekt zur Prävention von Ess-Störungen

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ich bin richtig und wichtig <ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiel • Konfliktbewältigung • weibliche Identität • aktuelle Themen der Mädchen 	Tanz und Bewegung <ul style="list-style-type: none"> • Rhythmus- und Körpergefühl • Bewegung ohne Leistungsdruck • Musik und Tanz als Ausdrucksmöglichkeit 	Durch DICK und dünn <ul style="list-style-type: none"> • Körper(selbst)-bild • Essverhalten • Diäterfahrungen • Genuss- und Geschmacksübungen 	Selbstbehauptung <ul style="list-style-type: none"> • weibliche Rolle/ weibliches Verhalten • Vermittlung persönlicher Rechte • Grenzen setzen • Selbstbehauptungstraining 	Auf dem Weg zur Frau <ul style="list-style-type: none"> • Mädchen finden ihren Rhythmus • Umgang mit der Menstruation • (erste) Liebe und Sexualität • Hilfe bei Menstruationsbeschwerden (Bewegungs- und Entspannungsübungen)

Quelle: AOK, Regionaldirektion Norden

Ebenso wichtig ist – verhältnispräventiv – die Bildung eines dauerhaften Netzwerkes, in dem unter anderem Jugend- und Gesundheitsamt, Frauenbeauftragte, örtliche Suchtberatungsstelle, Kinderschutzbund, Pro Familia zusammenarbeiten und ihre Arbeit den Schulen präsentieren, um so Hemmschwellen für die Nutzung der Anlaufstellen abzubauen und den Lehrern und Eltern frühzeitig Beratungsmöglichkeiten aufzuzeigen.



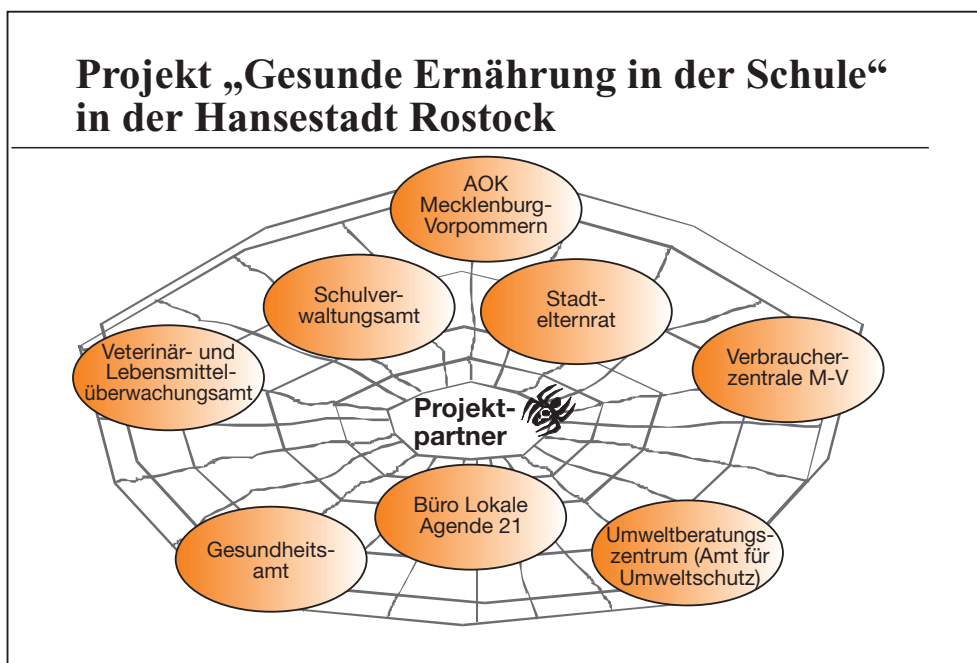
Quelle: AOK, Regionaldirektion Norden

Unter den Schulen, die bisher am Projekt teilgenommen haben, sind viele Haupt- und Realschulen, wodurch auch hier die Möglichkeit der Erreichung von Mädchen unterer sozialer Schichten besteht.

Die Ergebnisse des Projektes, das von der Universität Bremen begleitet wird, werden erst in 2003 vorliegen, unter anderem weil so viele Schulen und Klassen mitmachen wollen und das Projekt deshalb verlängert wurde.

Nach Zwischeneinschätzungen der Wissenschaftler, Netzwerkpartner und der Schülerinnen kann aber von einer großen Zufriedenheit aller Beteiligten ausgegangen werden. Es gibt bereits Hinweise, daß sich eine günstige Sensibilität für die Thematik Eßstörungen entwickelt hat, Vertrauen zwischen den Institutionen geschaffen wurde und Hemmschwellen bezüglich dem Ratsuchen auch bei anderen jugendspezifischen Gesundheitsthemen abgebaut werden.

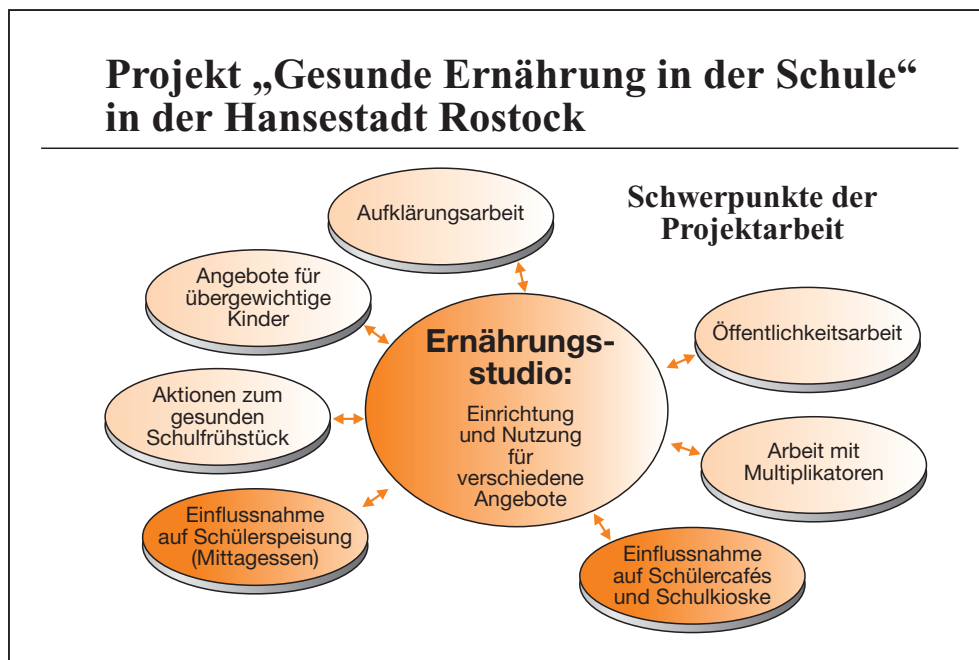
Das zweite Beispiel kommt aus Mecklenburg-Vorpommern, konkret aus der Hansestadt Rostock⁵. Hier arbeiten seit zwei Jahren verschiedene Partner im Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“ zusammen. Dabei geht es um die Verbesserung der Ernährungssituation von Rostocker Schülern, da Unter- oder Übergewicht als typische Folgen von Fehlernährung bleibende Schädigungen hervorrufen können und Bewegungsmangel und Überernährung bereits einen Anstieg von Übergewicht bewirkt haben.



Quelle: AOK-Bundesverband, 28.05.2002, I 4 B (3)

Die zielgruppenorientierte Projektarbeit richtet sich besonders an Kinder in schwieriger sozialer Situation, übergewichtige Kinder, Lehrer und Eltern, Schüler, aber auch Betreiber von Schülercafés und Schulkiosken. Durch Aufklärung, Beratung und Schulung sollen Kenntnisse über die Notwendigkeit einer gesunden Ernährung und die Zusammenhänge ökologischer, ökonomischer, sozialer und globaler Fragen vermittelt werden. Wesentlich ist dabei auch die Ausprägung von Fähigkeiten zur Praktizierung einer gesunden Ernährung.

Dazu dient unter anderem auch die Einrichtung eines Ernährungsstudios in einer Rostocker Grundschule (Initiative und Bereitstellung des Mobiliars durch die AOK MV). Mit der Übergabe dieser Einrichtung an die Hansestadt Rostock (Schulamts) ist die Möglichkeit gegeben, Kenntnisse zur gesunden Ernährung praxisnah zu vermitteln. Durch diese Form sollen positive Erfahrungen mit der Zubereitung und Verkostung von gesunden Ernährungsbeispielen gesammelt und Anreize für die Anwendung zu Hause beziehungsweise in Schülercafés und Schulkiosken geschaffen werden.



Quelle: AOK-Bundesverband, 28.05.2002, I 4 B (3)

Weitere Projektmaßnahmen sind beispielsweise die Erfassung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher im Rahmen der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und die Durchführung von Ernährungskursen, „Iß dich fit“ mit Bewegungsangeboten für übergewichtige Kinder durch die AOK-Ernährungsberaterinnen und Rostocker Sportvereine und die Einflußnahme auf die Schülerspeisung und das Angebot von Schülercafés und Schulkiosken. Ein wichtiger Aspekt ist außerdem die Arbeit mit Multiplikatoren.

Eine Evaluation des Projektes ist vorgesehen. Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Fazit

Die Beispiele belegen unseres Erachtens, daß das AOK-Engagement in Schulen auf dem richtigen Weg ist und auch – und sogar insbesondere – sozial Benachteiligte erreicht. Gleichwohl gibt es in dieser Richtung noch viel zu tun. Allein sind die Krankenkassen aber damit überfordert:

Wir brauchen finanzielle und – ebenso wichtig – inhaltliche Mitstreiter.

Wir brauchen die Wissenschaft, die sich bislang nur unzureichend mit Gesundheitsförderung zur Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit in der Gesundheit, unter anderem bei Kindern und Jugendlichen, beschäftigt hat.

Wir brauchen Transparenz über bisherige Ansätze und ihre Ergebnisse sowie Netzwerke zwischen aktiven Schulen.

Vor allem brauchen wir eine Bildungspolitik, die Gesundheitsförderung als offiziellen Bestandteil des Lehr- und Bildungsplans anerkennt und dementsprechend in die allgemeine Lehrerqualifikation integriert.

Vielleicht kann auch das neu entstandene Deutsche Forum Gesundheitsförderung und Prävention, in dem unter Moderation des Bundesgesundheitsministeriums alle wichtigen Akteure des Landes vertreten sind, die breitenwirksame Entwicklung der gesundheitsfördernden Schule fördern, indem sie den Setting-Ansatz Schule zu einem wichtigen nationalen Gesundheitsthema macht.

¹ GKV-Leitfaden zum Download: www.g-k-v.com/download/leitfaden27-06-01_.doc

² AOK-Bundesverband (Hrsg.): Prävention in der werdenden und jungen Familie – Bericht über das AOK-Satellitensymposium bei der 97.Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin am 14.09.2001 in Freiburg, erhältlich beim AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

³ GKV-Leitfaden (siehe 1, bzw. Anlage)

⁴ Mädchenprojekt „Durch dick und dünn“ der AOK Niedersachsen. Ansprechpartnerin: Stephanie Bauer, E-Mail: stephanie.bauer@nds.aok.de

⁵ Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“; Ansprechpartnerin der AOK MV: Rita Sommer, Regionaldirektion Rostock

Auszug aus dem GKV-Leitfaden

4.1 Setting-Ansatz am Beispiel Gesundheitsfördernde Schule

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention. In der Schule werden Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht, in der bestimmte negative Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten beziehungsweise noch nicht stark ausgeprägt sind. Demzufolge sind bei diesen Zielgruppen die Erfolgchancen für ein entsprechendes Empowerment größer als beispielsweise bei Erwachsenen mit langfristig eingefahrenem Fehlverhalten. Vor allem werden in Grund-, Haupt- und Sonderschulen Kinder und Jugendliche gerade auch aus sozial benachteiligten Familien erreicht.

Zum Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Schule gibt es in Deutschland bisher zwei Modellversuche („Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“¹ von 1993 bis 1997 und „Opus“² von 1997 bis 2000). Die Zwischenergebnisse belegen, daß es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln, das heißt zur positiven Wirkung auf intermediäre Faktoren beizutragen, die wiederum die Gesundheit der in der Schule Lernenden und Lehrenden beeinflussen. Es sollten deshalb weitere Schulen dafür gewonnen werden, und zwar vorrangig solche Schulen, für die Hinweise auf spezifische Häufungen von dort vorliegenden Gesundheitsrisiken/Risikofaktoren und zu erschließende Gesundheitspotentiale vorliegen. Solche Hinweise lassen sich aus Gesundheitsdaten zum Beispiel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Auswertung der Schuluntersuchungen, Daten zur lokalen Gesundheitsversorgung), Unfallstatistiken, vergleichenden Analysen der Kommunen oder der Kultusverwaltung gewinnen.

Die Idee der gesundheitsfördernden Schule sollte an eine ausgewählte Schule herangetragen und Bündnispartner innerhalb und außerhalb der Schule gewonnen werden. Gegebenenfalls ist ein „Schulprojektteam“ zu bilden, das die zur Entwicklung zur gesundheitsfördernden Schule erforderlichen Analyse- und Planungsprozesse begleitet. Darin sollten Vertreter der Lehrerschaft, der Schülerschaft, der Eltern, der Schulleitung, weiterer Mitarbeiter der Schule, des Schulträgers, der Schulaufsicht, der Kommune sowie weitere unterstützende außerschulische Akteure (zum Beispiel Gesundheitsamt) vertreten sein.

Für die GKV muß es darum gehen, im Setting Gesundheitsfördernde Schule für alle Betroffenen erkennbar Gesundheit zu fördern, Gesundheitsbelastungen abzubauen und Gesundheitsressourcen zu erschließen. Dies läßt sich durch Initiativen auf folgenden Zielebenen verwirklichen³:

1. Durch die Gestaltung der Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen und so weiter ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld schaffen.
2. Das gesundheitliche Verantwortungsbewußtsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern.
3. Zur gesunden Lebensweise anhalten und Lernenden wie Lehrenden realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten.
4. Es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential auszuschöpfen und ihre Selbstachtung zu fördern.
5. Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemein-

schaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele stecken.

6. Gute Beziehungen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter den Schülern selbst sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen.
7. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung ausloten.
8. Mit einer die Lernenden aktiv einzubeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen.
9. Den Lernenden das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und die Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können.
10. Die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressource zu begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Folgende Schritte sind im Schulprojektteam zu planen und zu organisieren:

1. Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von schulspezifischen Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarfen und -potentialen bei den betroffenen Gruppen
2. Abgestimmte Priorisierung von Zielen
3. Konkretisierung der Ziele in – gegebenenfalls mehrstufigen – Interventionen
4. Festlegung der Rollen der Akteure, Kooperationspartner und Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb der Schule
5. Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung der Interventionen
6. Durchführung der Interventionen
7. Bewertung der Durchführung und Wirkung der Interventionen und zu ziehende Schlußfolgerungen.

Im Vergleich zum Bereich Betrieb liegen den Krankenkassen bisher für den Bereich Schule nur geringe Erfahrungen im Hinblick auf Definition und Ausgestaltung von Schnittstellen mit den verschiedenen schulspezifisch wichtigen Kooperationspartnern (zum Beispiel Schulleitung, Lehrer-, Schüler- und Elternschaft, Schulaufsicht, außerschulische Einrichtungen wie Gesundheitsamt) vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen daher, den Bereich Schule zunächst im Rahmen von Modellprojekten zu erproben. Dabei ist eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern anzustreben.

¹ Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa – Materialien des Netzwerks gesundheitsfördernde Schulen – Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten, Herausgeber Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, Köln 1995

² Ulrich Barkholz, et. al. (1998): Opus – Erster Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juni 1997 bis 30. Juni 1998, , Flensburg und Lüneburg; Ulrich Barkholz, et. al. (1999): Opus – Zweiter Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juli 98 bis 31. August 1999, Flensburg und Lüneburg

³ Konzept der gesundheitsfördernden Schule des WHO-Regionalbüros Europa 1997, S. 6; Paulus, P. & Brückner, G (2000): Wege zu einer gesünderen Schule: Handlungsebenen – Handlungsfelder – Bewertungen. Tübingen

Protokoll

David Möcker

Vor dem Impulsreferat von Dr. Eberle, AOK Bundesverband, skizziert die Moderatorin, Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, mögliche Fragenkomplexe der anschließenden Diskussion:

- Welche Kooperationsformen kann es zwischen den Krankenkassen und Versicherungen und der Gesundheitsförderung an Schulen geben?
- Welche Partner stehen mit welchen Kooperationsformen zur Verfügung?
- Wer kann die Gesundheitsförderung an Schulen unterstützen?

Sie fordert die Teilnehmer auch auf, Beispiele bereits realisierter Kooperationen und ihr Zustandekommen zu beschreiben.

Nach dem Vortrag fragt Frau Pott die Teilnehmer nach Erfahrungen mit und Forderungen an die Krankenkassen im Hinblick auf die Gesundheitsförderung. Aus dem Auditorium kommt zunächst die Frage, wie ein solches Netzwerk von Schule und Krankenkassen entsteht und wie Win-win-Bedingungen geschaffen werden können. Die Referentin sieht einen wichtigen Erfolgsfaktor in der Person eines Koordinators in den Schulen. Anreiz für die Übernahme dieser zusätzlichen Aufgabe muß das Eigeninteresse der Koordinatoren sein und sich aus dem Bildungsauftrag der Schule ableiten. Allerdings muß Gesundheitsförderung auch die durch Zusatzaufgaben entstandenen Belastungen der Lehrer auffangen. Frau Eberle verweist auf Erfahrungen aus der Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Abminderungsstunden, die von der Schulleitung für betroffene Lehrer gegeben werden können.

Ein weiterer Teilnehmer fragt nach der Auswahl der Krankenkassen durch die Schule. Ferner wird gefragt, ob unter den Krankenkassen die Aufgaben verteilt werden. Frau Eberle antwortet, daß Krankenkassen Schulen ansprechen und umgekehrt wenden sich Schulen an die Krankenkassen. Grundsätzlich kann jede Krankenkasse mit den Schulträgern das Projekt durchführen. Auch sind gemeinsame, kassenübergreifende Projekte durchaus möglich. Es sollte aber möglichst mit einer Krankenkasse gestartet werden, später können eventuell noch andere ins Boot geholt werden. Die Referentin merkt an, daß es in den Bundesländern unterschiedliche Zugangswege zu den Krankenkassen gibt. Wichtig ist, daß die Krankenkassen von sich aus ihre Bereitschaft zur Kooperation signalisieren. Dabei sollte die Gesundheit nicht als Konkurrenz zu anderen Themen bestehen und auch nicht isoliert betrachtet, sondern in den normalen Schulalltag integriert werden, das erhöht auch die Intensität und Nachhaltigkeit.

Nach einem kurzen Exkurs zur Rolle der Werbung im Hinblick auf gesundes Eßverhalten von Kindern kommt die Diskussion auf den Punkt der Finanzierung von Präventionsleistungen. Da die Beitragssätze der Krankenkassen stabil bleiben sollen, kommt nur eine Umschichtung innerhalb der Krankenkassen in Frage. Dazu muß aber auch die Schule nationales Hauptthema werden. Ebenso kann

außerhalb des Gesundheitswesens die Finanzierung durch Stiftungen realisiert werden. Im Moment, so Frau Dr. Eberle, sind allerdings die Gesundheitsämter die einzigen finanziellen Partner.

Auch eine inhaltliche Weiterentwicklung des Setting-Ansatzes an Schulen ist notwendig. Das geht weit über die reine Projektförderung hinaus, schließlich hat man auch mit der Robert Bosch Stiftung den Setting-Ansatz in den teilnehmenden Schulen noch nicht erfolgreich realisiert. Vielmehr ist ein langfristiger Zeitraum notwendig, da nach etwa drei Jahren beispielsweise erst mit der Hauptphase begonnen werden kann. Zur Frage der Finanzierung der Projekte wird noch angeregt, Finanzierungsmöglichkeiten auf der Länderkultusebene zu beschließen oder eventuell Gelder teilweise direkt dem Gehalt der Akteure zuzuschlagen, da dies personenbezogener ist und daher größere Wirkung zeigt.

Ein weiterer Teilnehmer sprach sich dafür aus, den langfristigen Setting-Ansatz in die Lehrerausbildung zu integrieren, was in Schleswig-Holstein teilweise der Fall ist und keine zusätzlichen Kosten verursacht. Allerdings sind die Krankenkassen nicht für die Lehrerausbildung zuständig und können höchstens nachträgliche Zusatzqualifikationen unterstützen. Ein anderer Teilnehmer schlägt vor, über die private Versicherung vieler Lehrer auch private Krankenkassen mit einzubeziehen.

Es wird auf den derzeitigen Umbruch in der Lehrerausbildung und auf die Diskussion um die PISA-Studie eingegangen, die eine Chance beinhaltet, das Thema Gesundheit neben dem Thema Bildung unterzubringen. Ferner verweist die Referentin auf die wichtige Rolle der Evaluierung von Projekten, die manchmal schwierig ist.

Ausgehend von den Erfahrungen einer Teilnehmerin wird die Frage nach dem fehlenden Informationsfluß unter den Krankenkassen zum Thema Gesundheitsförderung in den Schulen gestellt. Frau Eberle erläutert, daß es keine systematische Meldepflicht einzelner Projekte innerhalb der AOK an den Bundesverband gibt. Allerdings fragt der Bundesverband zunehmend nach Rückmeldungen zu einzelnen Aktionen.

Nochmals kommt die Diskussion auf die Frage nach Beispielen gelungener Kooperation zwischen Schule und Krankenkasse und nach Förderungsbedingungen der Krankenkassen. Die Krankenkasse entscheidet, welche Schulen unterstützt werden. Dann wird gefragt, warum die AOK auf die Wünsche der Schulen von Gebiet zu Gebiet unterschiedlich reagiert und ob beispielsweise eine Ernährungsberaterin für übergewichtige Kinder in der Schule von der AOK finanziert werden kann. Zum ersten Punkt, so Frau Eberle, verfügt die AOK regional bedingt mancherorts über höhere Fördergelder und Möglichkeiten zur Unterstützung. Auf die Frage nach einer Beraterin gibt sie zu Bedenken, daß die AOK selbst eigene Fachkräfte hat, die bei solchen Problemen hinzugezogen werden können.

Nun werden, angeregt durch Frau Pott, die Arbeitsthesen der Diskussion formuliert. Die erste These bezieht sich auf die Notwendigkeit von Netzwerken, die den im Setting-Ansatz angelegten Strukturwechsel vorantreiben sollen. Wichtig dabei sind interne Teams, die die Verantwortung haben und Prozesse anstoßen. Das bedeutet, daß die Schule, bei aller Unterstützung durch Dritte, selbst Motor und Initiator sein muß. Die zweite These formuliert die Notwendigkeit der

Festschreibung von Gesundheit ins Schulprogramm, die Schulverfassung, in die Lehrpläne und ins Schulgesetz. Das setzt einen guten Informationsfluß und ein langfristiges Kooperationsinteresse der einzelnen Partner voraus. Kooperationsnetzwerke müssen offen sein, beispielsweise auch für die Verbraucherzentrale und das Jugendamt. Dazu müssen Ansprechpartner aller Partner benannt und bekannt sein.

Die dritte These beschreibt die Einschränkungen einer gelungenen Kooperation, die nach der Ansicht eines Teilnehmers in den Finanzen liegen. Ebenso bestehen Probleme der Breitenwirksamkeit und strukturelle Beschränkungen. Als weiterer wichtiger Punkt wird die fehlende Kontinuität genannt, da die Modellvorhaben oft zu kurzfristig angelegt werden.

Podiumsdiskussion

Teilnehmer:

Dr. Bernhard Stier, Kinder- und Jugendarzt, Butzbach

Ottmar Görge, Deutsche Telekom AG, Oberursel

Heinz-Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart

Dr. Harald Schmid, Agentur für Sport und Kommunikation, Hasselroth

Dr. Gudrun Eberle, AOK-Bundesverband, Bonn

Peter Lankenau, Leiter des Schulzentrums Findorff, Bremen

Helma Schug, Elternbeirätin im Steigerwald-Landschulheim Gymnasium

Wiesentheid

Stefan Nohn, Schülersprecher im Hans-Böckler-Berufskolleg Marl

Moderation: Günter Gerstberger, Robert Bosch Stiftung

Günter Gerstberger:

Wir gehen in die Endrunde mit einer Podiumsdiskussion, zu der wir die fünf Impulsreferenten aus den Arbeitsgruppen auf das Podium gebeten haben. Sie sind Ihnen bekannt, ich muß sie nicht eigens vorstellen. Dazugebeten haben wir drei Vertreter von Schulen und schulischem Umfeld. Es handelt sich um den Schulleiter des Schulzentrums Findorff, Bremen, Peter Lankenau, um eine Elternbeirätin des Steigerwald-Landschulheims Wiesentheid, Frau Helma Schug, und – als einzigen Schüler – Stefan Nohn, Schülersprecher aus dem Hans-Böckler-Berufskolleg in Marl. Alle Schulen werden im Programm „Gesunde Schule“ gefördert.

Wir hatten uns vorgenommen, die Ergebnisse der Arbeitsgruppen in wenigen Thesen aufzuschreiben und hier der Allgemeinheit dergestalt mitzuteilen, daß wir uns in der Diskussion darauf beziehen können. Ich werde sie kurz vorlesen.

Wir beginnen mit den Thesen der Arbeitsgruppe 1, die sich mit den Gesundheitsberufen beschäftigt hat. Sie stellt in den Vordergrund die Öffnung der Schule durch Einbeziehung der Eltern in den täglichen Schulalltag, mehr aufsuchende und begleitende Hilfe und fordert: Schule muß mehr in den Mittelpunkt der Gesellschaft.

Arbeitskreis 2, der sich mit Wirtschaft und Gesundheitsförderung auseinandergesetzt hat, vertritt folgende Thesen: Gesundheit ist mehr als nur das Medizinische; wir brauchen einen erweiterten Bildungsbegriff, der Kunde des Lehrers sollte der Schüler sein; Kommunikation zwischen Schule und Wirtschaft ist notwendig.

Arbeitskreis 3, der sich um die Kommune und die Gesundheitsförderung bemüht hat, formuliert: Schule benötigt klare Ansprechstruktur, bessere Vernetzung der Komm-Strukturen, Kommune als Koordinator, Förderung der gesunden Städte, Nutzung des Arbeitsschutzgesetzes, Einbezug der Politik.

Arbeitsgruppe 4, Familie – Sportvereine, hält fest: Mit einem gesunden Umgang mit Sport, mit Lernen und Leistung so früh wie möglich beginnen; die Schule den Vereinen öffnen; die Eltern der Zukunft gewinnen und vorbereiten.

Die Stichworte der Arbeitsgruppe 5, Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und den Versicherungen: Netzwerke sind wichtig; Setting-Ansatz; Ansätze müssen dauerhafte Strukturen verändern; Schule muß Initiator und Motor sein; mehr Informationsaustausch; langfristige Kooperation; Breitenwirksamkeit; Aufnahme der Gesundheit in die bildungspolitische Diskussion, ins Schulprogramm, in die Lehrpläne; Vernetzung zwischen Bildung und Gesundheit, Lehrerbildung.

Der Gesundheitsbegriff: Gesundheit ist mehr als das Medizinische. Unser Konzept der Gesundheitsförderung geht von der aufklärerisch-optimistischen Prämisse aus, daß über ein geschärftes Gesundheitsbewußtsein ein bewußteres gesundes Verhalten zu erreichen ist. Stimmt das, können Sie dem zustimmen, Herr Dr. Stier?

Bernhard Stier:

Gerne äußere ich mich hierzu. Aber es ist schon wieder bezeichnend, daß man, wenn über Gesundheit geredet wird, sich als Mediziner erst mal angesprochen fühlt, aber meistens auch angesprochen wird. Spätestens, wenn wir über „Gesunde Schule“ oder den neuen Gesundheitsbegriff reden, sollte man davon Abstand nehmen. Ich sehe meine Funktion als Mediziner als ein Element oder eine Facette in diesem ganzen Bereich, der mit Gesundheit zu tun hat. Vorhin kam die Diskussion auf: Soll man nicht „Gesunde Schule“ ganz anders bezeichnen, denn an Gesundheit reibt sich schon wieder Krankheit. Dann sind wir sofort durch die Hintertür wieder bei dieser alten Vorstellung von Gesundheit als Gegensatz von Krankheit. Was versteht eigentlich der einzelne unter Gesundheit? Wir haben die Ottawa-Charta, und wir haben den WHO-Begriff, aber doch ist das Verständnis des einzelnen, auch das Verständnis innerhalb der einzelnen Schule, was Gesundheit angeht, sehr unterschiedlich.

Günter Gerstberger:

Welchen Gesundheitsbegriff würde man denn in der Wirtschaft bevorzugen? Oder welchen Gesundheitsbegriff pflegt man in der Wirtschaft, Herr Görge?

Ottmar Görge:

Wir haben hier die These formuliert: Gesundheit ist mehr als das Medizinische. Die Gesundheitsministerin sagte heute morgen, daß die Grundvoraussetzung für einen gesunden Geist ein gesunder Körper ist und daß Geist und Körper in einer Wechselwirkung stehen. Unter diesem Gesichtspunkt paßt das Thema Werteorientierung, das wir bei uns mit einem Ausbildungsprojekt erarbeitet haben, zum Thema Gesundheit, auch unter dem Gesichtspunkt, welche Vorstellungen wir von Verhaltenskultur haben. Wie gehen wir miteinander um? Körper – Seele – Geist, alles muß im Einklang stehen. Wenn es in diesem Dreieck zu Störungen, zu Verschiebungen kommt, dann wird sich das auch in anderen Bereichen auswirken. Von daher war das für uns der Ansatz, zu sagen, es genügt nicht, nur den Blick auf die körperliche Gesundheit zu richten. Eine bestimmte geistige Einstellung gehört dazu. Wir haben in unserem Arbeitskreis auch von Wir-Gefühl gesprochen. Hier liegt vielleicht auch ein Unterschied zur Schule, denn das Wir-Gefühl in der

Wirtschaft ist etwas stärker ausgeprägt. Vielleicht gibt es eine Möglichkeit, auch in der Schule etwas dafür zu tun. Es muß einfach ein stärkeres Wir-Gefühl erzeugt werden.

Günter Gerstberger:

Es freut mich, daß Sie sozusagen von seiten der Wirtschaft für einen solchen erweiterten Begriff plädieren. Wir haben vielleicht hinterher noch Gelegenheit, dieses mit Beispielen zu unterlegen. Ansonsten wäre man von Seiten der Wirtschaft eher darauf gefaßt, die Forderung nach den harten Fakten, den harten Daten zu hören. Um so schöner, daß Sie den klassischen Bildungsbegriff bemühen. Herr Schulleiter Lankenau, wie sähe der erweiterte Bildungsbegriff, den die Arbeitsgruppe 2 hervorgebracht hat, für Sie aus, immer in Bezug auf Gesundheit?

Peter Lankenau:

Wir haben versucht herauszustreichen, daß es nicht nur um irgendwelche Grundfertigkeiten geht, die auch durch PISA in den Vordergrund gerückt werden. Wir werden über Lesekompetenz, mathematische Kompetenz, Naturwissenschaftskompetenz sprechen hören, einfach, weil das im Augenblick Thema ist. Wir haben herausgearbeitet, daß der Bildungsbegriff sehr viel weiter gehen muß und daß wir auch gesellschaftliche Strömungen, gesellschaftliche Bedingungen sehen müssen. Wirtschaft, haben wir gedacht, muß mit Leistung zu tun haben. Doch dann hörten wir von einem ganz tollen Beispiel, das uns die Frage stellen ließ, ob so etwas eigentlich noch im Gesundheitsbegriff enthalten sei. Natürlich ist ein Antirassismus-Programm, das beispielsweise die ganze Schule einschliesse – in dem Fall war es ja die Telekom – in einem hohen Maße gesundheitlich relevant, denn eine Schule, in der der Rassismusedanke nicht Fuß fassen kann, eine Schule, in der die Ideen des Antirassismus vertreten sind, ist auch in einem hohen Maße gesund oder gesünder als andere. Das war dieser erweiterte Bildungsbegriff.

Günter Gerstberger:

Herr Schmid, das Publikum wird es sicherlich interessieren, wie Sie mit der Umsetzung des anspruchsvollen Themas der Suchtprävention in dem Projekt „Kinder stark machen“ im Sportverein vorangekommen sind und ob es in irgendeiner Form ein Transfermodell wäre.

Harald Schmid:

Als Spitzensportler bin ich gleich in Verdacht geraten, das Projekt müsse ausschließlich mit Leistung zu tun haben. „Kinder stark machen“ kommt in den Sportvereinen sehr gut an, besonders bei Übungsleitern und Trainern, die bei Kindern und Jugendlichen etwas bewirken können. Sie geben ihnen vieles mit, was man im Leben gut gebrauchen kann. Natürlich kam der Einwand: Bei dem Leistungsdruck in der Schule ist das nie umsetzbar, wir müssen doch gute Noten schreiben und unser Abitur schaffen. Dem habe ich entgegnet: Als Leistungssportler muß man auch über Hürden laufen, muß eine Medaille gewinnen, mit dem Leistungsdruck klarkommen. Was hat das jetzt mit Gesundheit und Suchtprävention zu tun? Ich

habe mir Ihre Äußerungen angehört und muß sagen: Eigentlich paßt das alles genau dorthin. Viele Menschen geraten in eine Abhängigkeit, weil sie in vielen Situationen überfordert sind. So ist es auch mit dem Leistungsdruck im Leistungssport oder in der Schule. Wenn man mit Anforderungen nicht klarkommt, nicht weiß, wie man eine Niederlage bewältigt, ob im Sport oder in der Schule. Jeder strebt ja eigentlich nach guten Gefühlen, will gelobt werden von den Eltern und von den Lehrern oder von den Zuschauern oder der Presse als Sportler. Wenn man nicht weiß, wie damit umzugehen ist, wenn einem niemand zur Seite steht, dann wird es gefährlich für die Gesundheit. Deswegen haben wir formuliert, daß man einen gesunden Umgang mit Leistung lernen muß, im Sport und beim Lernen. Diesen richtigen Umgang lernt man fürs Leben.

Günter Gerstberger:

Können Sie die Grenze ziehen, wo Leistungsbereitschaft ungesund wird? Oder lassen Sie mich zuvor einen Schlenker machen. Heute früh in der Darstellung unseres Evaluators wurde angedeutet, es habe auch Lehrer gegeben, die habe die „Gesunde Schule“ krank gemacht, gewissermaßen durch den Leistungsdruck, den wir über die „Gesunde Schule“ hereingebracht hätten. Also, wie läßt sich das definieren, wo Leistung, wie weit Leistung gesund ist und wo sie krank macht?

Harald Schmid:

Es ist hier die Frage, wie weit sie für sich selbst gehen. Man muß auch seine eigenen Grenzen akzeptieren lernen. Und das ist ein wichtiger Bestandteil unseres Programms: Man muß lernen, sich selbst zu akzeptieren, was man kann und was man nicht kann. Genau das ist auch im Leistungssport wichtig. Man muß für seinen eigenen Körper wissen, will ich diese persönliche Grenze, die ich in mir erkenne, überschreiten, zum Beispiel mit Dopingmitteln, oder erkenne ich sie an. Hilft mir dabei mein Umfeld? Das, glaube ich, trifft auch auf Schüler zu oder auf Mitarbeiter in Unternehmen, daß man für sie das Richtige findet und daß man sie nicht über die Grenze, die ihnen eigentlich gesetzt ist, hinaustreibt, weil sie dadurch unglücklich würden. So passiert das auch im Spitzensport. Diejenigen, die Spitzenleistungen durch irgendwelche Mittel oder Methoden über das, was sie eigentlich können, hinaustreiben, belügen sich selbst und werden nie glücklich werden im Leben.

Günter Gerstberger:

Frau Eberle, wie sieht das bei Ihnen aus? Spielt das Leistungsthema, das Leistungsproblem in Ihren Projekten eine Rolle?

Gudrun Eberle:

Das könnte ich vom Leistungsthema weniger sagen. Lassen Sie mich aber verdeutlichen, daß wir – und das gilt nicht nur für die AOK, sondern für alle Krankenkassen – bei dem Gesundheitsbegriff immer darauf achten müssen, daß sich Gesundheit nicht nur durch ein gesundes Verhalten der Menschen artikuliert, son-

dern daß diese Menschen auch gesunde Verhältnisse brauchen, um überhaupt ein gesundheitsgerechtes Verhalten entwickeln zu können. Wir haben von den Kollegen gehört, daß sich manche Lehrer durch dieses neue Thema überfordert fühlen, weil immer mehr und mehr auf sie zukommt. So darf es nicht sein. Gesundheit darf kein Additivum sein. Gesundheit darf nicht polarisiert, darf nicht gegen Bildungsinhalte ausgespielt werden. Es muß von oberster Stelle erkannt werden, das heißt auch bei den Kultusbehörden, daß Gesundheit und Bildung untrennbar zusammengehören. Wir haben Studien, die deutlich machen, daß die schulische Leistung deutlich besser ist, wenn ich mich als Kind, als Jugendlicher ausreichend bewege. Von daher war es der Gruppe ein großes Anliegen, und ich würde das auch aus der Sicht der Krankenkassen voll unterstützen, daß wir die Kultusbehörden der Länder dazu motivieren, den Bereich Gesundheitsförderung als ein wesentliches Aktionsfeld in der Schule zu sehen. Das könnte seinen Ausdruck darin finden, daß man zum Beispiel Gesundheitsfragen ganz offiziell in den Lehrplan aufnimmt und auch in die Routine-Lehrerqualifikation mit einschließt. Gesundheitsförderung muß Selbstverständlichkeit werden und nicht irgendwas Exotisches sein. Wir müssen sie in unseren Schulalltag einbauen: Eine Bewegungspause kann auch der Mathematiklehrer machen, da muß ich nicht auf den Sportlehrer oder den Biologielehrer warten. So könnte man sich viele Dinge denken.

Günter Gerstberger:

Das ist gewiß richtig. Nun hat man aber im allgemeinen von einer zu starken Pädagogisierung in der Gesundheitsförderung abgeraten. Welche anderen Formen haben Sie entwickelt und von Ihrer Einrichtung aus in die Schulen hineingetragen?

Gudrun Eberle:

Ich meine, man sollte eigentlich überhaupt nichts in Schulen hineintragen. Man sollte in Schulen gehen und mit den Akteuren, mit den betroffenen Lehrern, Eltern, Schülern ins Gespräch kommen und den Bedarf herausfinden. Dieser ist sicherlich an den einzelnen Schulen völlig unterschiedlich. Die Krankenkassen sehen ihre Rolle nicht so, daß sie mit einem fertigen Konzept unter dem Arm in die Schule kommen, das nur noch umgesetzt werden braucht. Wir sehen uns mehr im Sinne eines Moderators oder Coach. Wir müssen die richtigen Fragen stellen und herausfinden, wo die Schule, das Team in der Schule das Problem sieht.

Günter Gerstberger:

Herr Ohm, Sie sind ja in einer ähnlichen Lage im Gesundheitsamt. Wie definieren Sie die Beziehung zu den Schulen? Ich habe aus unseren Vorgesprächen noch in Erinnerung, daß Sie Schulprojekte ganz ähnlich betrieben haben oder betreiben, wie es die Robert Bosch Stiftung tut.

Heinz-Peter Ohm:

Ja, das ist richtig, wobei wir das schon trennen müssen. Auf der einen Seite gibt es natürlich die klassischen Angebote eines Gesundheitsamtes in der Prävention, und die sind ganz wichtig, weil sie Anlässe sind, in die Schule zu gehen. Auf der ande-

ren Seite versuchen wir aber auch, die Schulen so, wie Sie das auch gemacht haben, über einen längeren Zeitraum zu unterstützen, so daß sie sich weiterentwickeln können. Mir kommt es besonders auf die Schülerbeteiligung an. Sie muß in festen Strukturen verankert sein. Als ich heute morgen durch den Markt der Möglichkeiten gegangen bin, sind mir die Gesundheits-, die Kinderkonferenzen aufgefallen. Das sind Bereiche, die wir weiter fördern wollen. Und das passiert auch in unseren Projekten.

Günter Gerstberger:

Nun beruht die These, die Sie hier gemeinschaftlich äußern, man müsse den Schulen die Initiativkraft überlassen, die Schule sei der Motor, eigentlich auf der sehr optimistischen Voraussetzung, daß die Schule auch dazu in der Lage ist. Ich schlage durchaus selbstkritische Töne an, wenn ich feststelle, daß wir in der „Gesunden Schule“ deutlich gemerkt haben, daß bei einem Nachlassen unserer Unterstützung auch die Schulen in der Entwicklung und Umsetzung erlahmen. Die Frage ist also, wie weit wir solche Dinge den Schulen zumuten können. Kommen Sie nicht an ihre Grenzen? Diese Frage würde ich jetzt gerne an Stefan Nohn richten.

Stefan Nohn:

Ich sehe da schon Möglichkeiten, wie die Schulen auf Gesundheitsämter oder Betriebe zugehen können. Bei uns in der Schule ist es im letzten halben Jahr beispielsweise dazu gekommen, daß sämtliche Schüler, die einen pädagogischen Ausbildungsgang gewählt haben, einen Infektionsschutzlehrgang gemacht haben, der vom Gesundheitsamt unterstützt wurde. Darüber hinaus wird gesundheitlich präventiv gearbeitet, etwa daß in den Einrichtungen der Essensausgabe auf Sauberkeit geachtet wird.

Günter Gerstberger:

Ein Berufskolleg ist hier vielleicht in einer etwas privilegierteren Lage, weil, wie wir auch heute früh festgestellt haben, eine solche Schule sehr viel exponierter ist und sehr viel stärker auf Zuspruch und Vernetzung im Umfeld angewiesen ist. Erfahrt Ihr tatsächlich tatkräftige Mithilfe von draußen, etwa von Betrieben?

Stefan Nohn:

Eine Zusammenarbeit mit Betrieben findet schon statt, zum Beispiel mit Degussa-Hüls, einem großen chemischen Werk in Marl. Es gibt etwa regelmäßig Veranstaltungen, bei denen den Auszubildenden Abenteuerpädagogik angeboten wird, um Identitätsfindung, Gruppendynamik, Gruppenverhalten zu erlernen. Es gibt schon eine rege Zusammenarbeit, auch in anderen Bereichen. Die technischen Ausbildungsgänge pflegen eine sehr intensive Zusammenarbeit mit den Betrieben und es gibt einen regen Austausch zwischen Lehrern, Schülern und den Betrieben.

Günter Gerstberger:

Das heißt, die Abenteuerpädagogik fällt auch unter den großen, massiv erweiterten Gesundheitsbegriff?

Stefan Nohn:

Natürlich, zum Beispiel in der Drogenprävention mit dem Ziel der Ich-Findung. Auf diese Weise erlebt man, man kann was, man muß nicht auf Hilfsmittel wie Doping oder eben im Alltag zum Verdrängen auf Drogen zurückgreifen.

Günter Gerstberger:

Aber wie weit geht diese Abenteuerpädagogik?

Stefan Nohn:

Es gibt auch sehr einfache Methoden. In jeder Turnhalle steht das Arbeitsmaterial dafür zur Verfügung, um die Leistungskraft des eigenen Körpers zu erleben oder die Notwendigkeit, in der Gruppe, in der Mannschaft zusammenzuarbeiten.

Günter Gerstberger:

Es ist also ein durchaus gebremstes Abenteuer. Jetzt habe ich Sie, Frau Schug, ganz ausgelassen, aber ich habe Sie nicht vergessen. Für Sie habe ich mir die Generalfrage dieser ersten Runde aufgespart: Was ist die Rolle der Eltern in diesen Schulprojekten, hier speziell Gesundheitsprojekten? Auf mehreren Tafeln taucht dieses auf: Die Eltern müssen mit rein. Ja, wie denn?

Helma Schug:

Die Eltern können nur das leisten, was sie selber erfahren haben. Man kann nicht von allen Eltern Utopisches erwarten, daß sie etwa ihre Kinder toll erziehen, daß die gesundheitlich top drauf sind. Sie können nur das weitergeben, was sie selber erfahren haben und was sie an Werten haben. Bei uns in Wiesentheid im Steigerwald-Landschulheim sind schon Möglichkeiten der Schulöffnung da. Durch den Elternbeirat, an Projekttagen arbeiten wir mit der Schule zusammen. Wir haben Projekte wie „Gesundes Pausenbrot“, wo Mütter kommen, verschiedene Rezepte vorstellen und sie gemeinsam mit den Schülern zubereiten. Eltern können sich so gut einbringen. Aber ich denke, daß Schule überfordert ist, wenn sie meint, sie könne die Defizite, die bei manchen Elternhäusern da sind, auffangen.

Günter Gerstberger:

Das glaube ich auch. Ich meine, wir haben ja bei den Eltern genauso wie bei den Lehrern die aktiven und die sehr engagierten, doch sie sind die löbliche Minderheit. Dann haben wir die vielen, die sich in Zurückhaltung üben. Wie kommen Sie an diese inaktive, abwartende Mehrheit heran?

Peter Lankenu:

Wir haben keine Probleme, an Eltern heranzukommen. Was man erreichen muß, ist, daß eine Schule sich als Kristallisationspunkt in einem Stadtteil darstellt. Und wenn das gewährleistet ist, wenn eine hohe Zusammenarbeit zum Beispiel zu den Zuliefererschulen oder zu den Abnehmerschulen da ist, dann hat man eine „Community“ hergestellt. So ist es auch möglich, an Eltern direkt heranzukommen, über die Kontaktpflege. Das ist notwendig, setzt aber in jedem Fall eine aktive

Lehrerschaft voraus, die bereit ist, diesen Weg zu gehen. Das geht um so besser, je mehr eine Schule in einem bestimmten Umfeld integriert ist. Wenn sie sich dort als Fremdkörper vorstellt oder nicht die Bezüge zu der Umwelt herstellt, hat sie keine Chance. Aber ich denke, Eltern sind per se erst mal nicht abgeneigt, Schule zu unterstützen. Es ist häufig ein schwieriger Weg, aber es ist ein sehr lohnender, und man muß ihn gehen.

Helma Schug:

Es gibt an unserer Schule einen Initiativkreis, der Vorträge anbietet, Vorträge über Probleme mit Schülern, zum Beispiel über Eß-Brechsucht, über Lernschwierigkeiten. Das sind natürlich heiße Themen, die auch die Eltern interessieren, die dann wirklich kommen und froh sind, daß die Schule solche Möglichkeiten bietet, daß Beratungslehrer da sind, an die man sich wenden kann.

Günter Gerstberger:

Das heißt, Sie beurteilen diese Zusammenarbeit durchaus positiv. Es ist nicht so, daß Sie da eine eher renitente Mehrheit hinter sich verspürten?

Helma Schug:

Ich denke, wir sind einfach froh um die Aktiven, die da mitmachen und hoffen auf diese Multiplikationswirkung. Sicherlich gibt es da einen ganzen Berg Eltern hintendran, die sich dafür nicht stark machen können, aber ich denke, die, die sich interessieren, die sind dabei und die machen einfach immer mehr, und ich hoffe, daß das auch so weitergeht.

Peter Lankenau:

Eine Bemerkung noch zu der Elternbeteiligung: Ein Problem jeder Schule ist natürlich, an unwillige Eltern heranzukommen. Viele dieser Eltern, wenn sie dann in die Schule kommen, hören dann häufig nur Negatives über ihre „Problemkinder“. Es wird dann gewissermaßen ein Kübel Pech über ihrem Kopf ausgeschüttet. Man muß versuchen, diese Eltern mit positiven Beispielen zu holen und ihnen Hilfe und Lösungen anbieten. Eine Möglichkeit kann sein, nicht einen allgemeinen Elternabend durchzuführen, sondern explizit meinetwegen nur die Eltern der Problemkinder einzuladen, nicht die übrigen, die sowieso immer kommen. Dann ist es zunächst eine kleinere Gruppe, und man weiß, man ist unter sich und hat nicht diese Übereltern dabei, die ohnehin immer angesprochen sind und meistens auch sehr aktiv sind.

Günter Gerstberger:

Sie greifen damit ein Stichwort auf, das in der PISA-Debatte stark diskutiert wird. Der Bildungsjournalist Reinhard Kahl wird nicht müde herauszustellen, daß die erfolgreichen Schulen, in Finnland und Schweden etwa, eine Anerkennungskultur in der Schullandschaft pflegen, wohingegen er in Deutschland eine Beschämungskultur feststellt. Woanders gilt offenbar mehr als hierzulande das „positive reinforcement“, die Ermunterung, aus den Fehlern, die man macht, zu lernen und das

Richtige, das man ja schließlich auch macht, zur Richtschnur zu nehmen. Jetzt möchte ich aber der Frage nachgehen, ob die Sportvereine in irgend einer Form günstigere Voraussetzungen haben als Schulen, und was an Erfahrungen vielleicht auf Schulen übertragen werden könnte.

Harald Schmid:

Wie schon gesagt, wollen wir in Sportvereinen den Kindern etwas mitgeben fürs Leben, zum Beispiel Durchsetzungsvermögen, Selbstbewußtsein, Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Umgang mit Niederlagen und dergleichen. Von der Schule kam der Einwand: Wir Lehrer sind überhaupt nicht dafür ausgebildet, um so etwas in der Schule umzusetzen. Diesem Einwand begegne ich durch den Hinweis, daß in den Sportvereinen alle pädagogische Laien sind. Sie haben freilich ein paar Vorteile: Sie sind viel enger an Kindern und Jugendlichen dran. Sie können auf einer ganz anderen Ebene mit ihnen kommunizieren. Sie sind in vielen Fällen auch Vertrauensperson und werden angesprochen und sind da, wenn es um Probleme geht. Sie sind auch als Vorbilder anerkannt.

Günter Gerstberger:

Kommen Sie auch an die Eltern heran, oder spielt das in Sportvereinen gar keine Rolle?

Harald Schmid:

Weniger. Es gibt Eltern, die sind immer da. Sie fahren ihre Kinder zu den Sportplätzen und zu den Veranstaltungen und helfen sonst mit. Andere wiederum halten mit dem Auto grade so vor der Turnhalle an, die Tür geht auf und sind die Kinder draußen, sind auch die Eltern schon wieder weg. Es ist in der Tat eine ernste Frage, welche Rolle die Eltern heute eigentlich spielen und wie sie – auch für ihre Erziehungsaufgaben – wieder zu gewinnen sind. Sie kommen ja nicht wie die Trainer zu uns zur Lizenzverlängerung, die Eltern machen keine Lizenz, sie lernen das Erziehen ja gar nicht. Irgendwann müßte man aber mal damit anfangen. Warum nicht mit den Schülern, die jetzt in der Schule sind, die ja irgendwann mal Eltern werden? In den Sportvereinen lernen die Kinder, wie man mit Kindern umgeht. Es wäre gut, wenn sie es in der Schule auch lernen würden, dann sind sie in 25 Jahren, wenn sie die nächste Generation heranwachsen lassen, so weit.

Günter Gerstberger:

Wir marschieren darauf zu und werden noch viele Hürden nehmen. Jetzt würde ich gerne eine These von der Tafel aufgreifen, die in ihrer Selbstverständlichkeit schon wieder diskussionswürdig ist: Der Kunde des Lehrers sollte eigentlich der Schüler sein.

Ottmar Görge:

Diese These ist ganz zum Schluß geboren worden. Es ging darum, wie Verantwortung übertragen, wie ein Wir-Gefühl hergestellt werden kann. Der Blickwinkel im Rahmen der Ausbildung bei der Deutschen Telekom ist eindeutig: für uns sind

unsere Auszubildenden die Kunden. Wenn ich auf der einen Seite diesen Blickwinkel als Mitarbeiter der Telekom habe, und schaue mir auf der anderen Seite an, wie erleben das meine Kinder, dann habe ich schon sehr oft festgestellt, daß dieser Kundengedanke eigentlich nicht gegeben ist. Und ich vermisse ihn. Wenn ich in ein Geschäft gehe, dann habe ich die Erwartung, daß ich eine entsprechende Fachberatung bekomme, weil ich ein Produkt kaufen will, mit dem ich einem Mangel abhelfe. Ich möchte ernst genommen werden mit meinen Belangen. Ich bin mir nicht sicher, ob der Schüler durchweg dieses Gefühl des Ernstgenommenseins in der Schule hat.

Günter Gerstberger:

Freilich kann sich der normale Schüler seinen „Dienstleister“ nicht aussuchen. Er hat ja nicht die Möglichkeit der freien Wahl. Es ist ein faszinierender Gedanke, sich einen Bildungsmarkt vorzustellen, auf dem ein solches freies Austauschverhältnis herrschte. Aber läuft es einem echten Pädagogen nicht eiskalt über den Rücken, wenn er hört: Kunde, Produkt...?

Peter Lankenau:

Das ist natürlich eine überspitzte Formulierung, die in dem Zusammenhang zustande kam, daß wir sagten, es sei etwas anderes, ob wir nun über Schüler sprechen oder über Auszubildende, die in einem Verhältnis 1:20 eingestellt werden. Wir müssen Schüler aufnehmen, sie werden uns zugeführt. Eine Telekom kann natürlich, das ist dargestellt worden, für jeden Ausbildungsplatz 20 Leute anschauen und entsprechend auswählen. Dennoch ist diese Idee, daß Schüler einen Kundenstatus haben, daß sie ernst genommen werden und Wertschätzung genießen, von der Schule überhaupt nicht zu negieren. Dies zeichnet gute Schule aus. Es ist notwendig, daß Lehrer akzeptieren, daß Schüler so etwas wie einen „Kundenstatus“ haben. Ich muß das nicht nur als Schule, sondern auch als Dienstleister so empfinden.

Günter Gerstberger:

Stefan, fühlst Du Dich in Deiner Schule gut bedient? Oder was hieße es, gut bedient zu sein in einer Schule?

Stefan Nohn:

Gut bedient zu sein in einer Schule hieße, daß die Klassen nicht zu groß sind, genügend Lehrer da sind, qualifizierte Lehrer, die mit Herz und Seele dabei sind und nicht einfach ihre Zeit absitzen, um hinterher mit dem Geld nach Hause zu gehen, und natürlich auch gewisse Freiheiten. Schule ist für mich auch ein Stück Lebensraum. Ich verbringe anteilig am Tagesgeschehen mehr als 50 Prozent meiner Zeit in der Schule. Für mich muß Schule Freiräume bieten, damit ich mich selber entwickeln kann.

Günter Gerstberger:

Ist das dann eine Ganztageschule? Ganztageschule ist im Gefolge von PISA – jenseits von Gesamtschule und gegliedertem Schulsystem – wieder stark in die öffent-

liche Diskussion gebracht worden. Welche Form muß eine Schule haben, um eine „Gesunde Schule“ zu sein? Gibt es äußere Bedingungen, die wir schaffen können?

Gudrun Eberle:

Die Schule muß selber wissen, was sie braucht und was ihr guttut. Ich würde sagen, es hängt nicht von ganztags oder halbtags ab, es hängt von den Rahmenbedingungen ab. Ein ganz wichtiger Punkt ist, daß Lehrer Zeit haben. Ich kann nicht erwarten, daß sich Lehrer um die Kommunikation mit Schülern, mit Eltern und anderen Bereichen kümmern, ohne daß das irgendwo in den Zeitplan mit eingebaut wird. Deswegen sind wir dafür, daß das Thema Gesundheitsförderung in den Lehrplan eingebaut wird, denn nur dann hat der Lehrer dafür offiziell Zeit. Das kann nicht alles so nebenher laufen, denn dann wird es nicht gut gemacht.

Günter Gerstberger:

Ich habe Schwierigkeiten mit dem Begriff „offiziell“. Das hört sich schon wieder nach Verordnung an: Ihr sollt Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung machen. Dafür kriegt Ihr besondere Stunden. Wir geraten damit wieder in die alte Diskussion um Lehrerstundenreduzierung. Nicht, daß ich diese Problematik völlig ausblenden würde, aber ich würde sie ungern an die vorderste Stelle setzen. Kann man „Gesunde Schule“ nicht auch in einem informelleren „staatsferneren“ Rahmen betreiben?

Gudrun Eberle:

In unserer betrieblichen Gesundheitsförderung haben wir die Erfahrung gemacht, daß eine „Win-win-Situation“ in der Schule entstehen muß, das heißt, alle Beteiligten, also Schüler, Lehrer und Eltern, müssen davon etwas haben. Ich meine jetzt keine materiellen Vorteile, aber in den Ergebnissen. Das muß deutlich werden. Dann muß auch für die Lehrer etwas getan werden, sie können nicht nur als römischer Brunnen betrachtet werden, der nur zu geben hat, auch sie müssen für ihre Gesundheit etwas tun können, und sie müssen aus diesen Programmen auch für sich Kraft schöpfen.

Günter Gerstberger:

Ich möchte diese Frage jetzt noch einmal an das gesamte Podium richten, die Frage nach den äußeren Rahmenbedingungen. Welche wie geartete und wie strukturierte Schule kommt Ihrer Meinung nach an das Ideal der „Gesunden Schule“ heran?

Stefan Nohn:

Für mich gehört da ein Stück weit Autonomie dazu, daß die Schule sich Lehrer freier aussuchen kann, daß sie nicht Lehrer zugewiesen bekommt. Dann gehört für mich dazu, daß der Unterricht freier gestaltet werden kann, daß zum Beispiel mehr Lehrer angestellt werden, um mehr Unterricht anzubieten, oder daß sie Unterrichtsformen, unterschiedliche Methoden verwenden kann; daß Lernen nicht ortsgebunden ist und daß man auch Ausbildungsinhalte in außerschulischen Veranstaltungen und an anderen Lernorten vermitteln kann.

Heinz-Peter Ohm:

Ich würde das gerne ergänzen. Schule sollte viel mehr fächerübergreifend arbeiten, in einem offeneren System und darauf den Lehrplan abstimmen. Also als Beispiel: Das Gesundheitsthema Ernährung kann ich über Chemie, aber auch über Biologie vermitteln, auch im Sport. Ich kann es in einen Gesamtzusammenhang bringen. Langfristig gesehen macht es nur so Sinn. Frau Pott nannte vorhin das Thema Lehrgesundheit. Lehrer sind in unserer Gesellschaft häufig frühverrentet, sie sind hochbedroht von Burn-Out-Syndromen. Wir müssen auch Lehrer stark machen. Nur wenn wir gesunde Lehrer haben, haben wir auch gesunde Schüler. Allerdings müssen die Lehrer die Gesundheitsförderung auch zu ihrem eigenen und persönlichen Anliegen machen – schon in ihrem eigenen körperlichen Interesse.

Günter Gerstberger:

Wie könnte man Lehrer gesünder machen? Herr Stier.

Bernhard Stier:

Für mich geht es weniger um die Frage, wie man Lehrer gesünder machen könnte als darum, was „Gesunde Schule“ bedeutet. Dazu gehört einmal, daß die Schule sich als eine Institution erkennt, die in der Gesellschaft eingebunden ist, das heißt primär in ihrer Kommunität. Das wirkt auf die Schule, und die Schule wirkt auf die Kommunität. Es muß eine laufende Auseinandersetzung geben, die bisher viel zu wenig stattgefunden hat. Dieser Austausch gibt der Schule die Möglichkeit, „Gesunde Schule“ zu definieren und sie erkennt plötzlich die Probleme, die in ihrem Umfeld liegen und über die Schüler und die Lehrer in sie hineingetragen werden. Schule muß in erster Linie allen Beteiligten Spaß machen. Spaß hat etwas mit Gesundheit zu tun. In dem Moment, wo Sie sich freuen, wo Sie gern hingehen und wo die Schüler merken, da sind Lehrer, denen macht Schule Spaß, da haben Sie für die Gesundheit schon sehr viel erreicht – jedenfalls mehr als mit einem großen Vortrag über gesunde Ernährung. Aber ich will noch etwas sagen, etwas ganz Entscheidendes, das in dem Vortrag von Frau Pott beinahe unterging. Ich weiß nicht, wie vielen von Ihnen aufgefallen ist, daß ein wesentlicher Risikofaktor für Gesundheit heute Armut und kinderreiche Familien sind. Kinder haben ist ein Armutsrisiko in einer Gesellschaft, die letztendlich davon lebt, daß sie von unten nach oben wächst! Wir ereifern uns über Prävention von Erwachsenenkrankheiten. Wir müssen aber in der Prävention da ansetzen, wo sie hingehört, in die Phase der Kindheit und frühen Jugend. Da bekommt für mich die Schule einen ganz entscheidenden Stellenwert. Wenn wieder im allgemeinen Bewußtsein verankert ist, daß das Kind die entscheidende Person ist, um die es bei Gesundheitsförderung geht, dann werden wir das Problem wieder auf die Beine stellen. Momentan stehen wir in der Sache völlig auf dem Kopf.

Günter Gerstberger:

Sie bringen die Forderung nach der „Spaßschule“ mit soviel Ernst vor, daß ich gar nicht in Versuchung komme, Sie der Parteinahme für Kuschelpädagogik zu zeihen, oder zu unterstellen, Sie meinten eine allgemeine Wohlfühlschule. In dieser Gefahr

stecken wir ja: Schule soll Spaß machen, aber sie soll sich gleichwohl von der allgemeinen Fun-Gesellschaft distanzieren, einen Spaß sozusagen eigener Kultur entwickeln. Ich will damit andeuten, daß wir hier natürlich auch terminologisch in Schwierigkeiten kommen.

Peter Lanckenau:

Wir haben in letzter Zeit viel darüber nachgedacht, was sich an der Schule ändern müßte. Ich hatte jetzt in einer Schulleiterfortbildung die Gelegenheit, mit einer Gruppe von Kollegen sowohl Kanada als auch Holland und Schweden zu besuchen. Ich habe den Eindruck, unser zentrales Problem ist einmalig auf der Welt, es ist dieses Halbtagsystem. Wir machen uns krank mit der Praxis, morgens soviel Unterricht wie möglich in einen sehr engen Zeitraum hineinzupressen. Wir haben zum Teil sieben Stunden am Vormittag, fangen um Viertel vor acht an, gehen bis Viertel nach zwei. In dieser Zeit haben wir durch die löbliche Initiative von Eltern eine geringe Möglichkeit, etwas zur Verpflegung anzubieten, aber es gibt keine Mensa, es gibt keine entsprechende Pause. Uns fehlt diese Entspanntheit, die ich in Kanada und Schweden gesehen habe. Schüler vagabundieren – im positiven Sinne – durch das Schulgebäude. Das ist bei uns überhaupt nicht möglich, nicht nur in Bremen, sondern überall in Deutschland.

Wir müssen, und das ist ein Investitionsfaktor erster Ordnung, unsere Schule umbauen in Richtung Lebensraum. Es kann nicht sein, daß Sie morgens kommen, sich in eine Klasse setzen und bleiben, bis es Mittag wird. Das ist eine zentrale Forderung. Gleichzeitig müssen wir, und das sage ich wirklich gegen die eigene Kollegenschaft, von unserer Arbeitszeit weg. Es kann nicht sein, daß ein deutscher Lehrer morgens um halb neun in die Schule kommt und um Viertel nach elf wieder nach Hause geht. Das ist undenkbar auf der Welt. In den besuchten Ländern wurden wir, als wir von den deutschen Verhältnissen berichteten, nur ungläubig angeschaut. Dazu fällt mir zum Schluß ein gutes Beispiel ein: Eine Lehrerin in Göteborg – sie war 62 Jahre alt und man sah es ihr wirklich nicht an – erzählte mir, daß sie seit zehn Jahren dieses neue Arbeitszeitmodell haben. Seit sie sich 35 Zeitstunden in der Schule aufhalte, davon, glaube ich, 17 Zeitstunden Unterricht, befände sie sich nicht mehr im Burn-Out. Mit 50 wollte sie die Schule eigentlich hinschmeißen. Ich habe sie im Februar zu einer Lehrerfortbildung bei uns eingeladen, denn ich kann es mir nicht vorstellen, wie so etwas funktioniert, das muß ich ganz ehrlich sagen. Es ist eine zentrale Aufgabe unserer Politiker und vor allem auch der Gewerkschaften – ich bin selbst mal in der Gewerkschaft Mitglied gewesen, habe mich wegen eines Ärgers abgekoppelt –, daß es in die Köpfe hineingeht, daß so, wie wir Lehrer beschäftigen, sie automatisch in diese Falle hineinlaufen...

Günter Gerstberger:

Der Beifall im Publikum zeigt die breite Zustimmung, die Ihr Plädoyer für ein anderes Lehrerarbeitszeitmodell auslöst. Auch ich kann meine Zustimmung nicht verhehlen und bin Ihnen dankbar, daß Sie dieses so deutlich aussprechen.

Peter Lankenau:

Es ist sehr schwer, das durchzusetzen, denn wir haben die Verbände dagegen. Uns wird immer wieder auf Konferenzen entgegengehalten: Du willst die Lehrer nur in die Pfanne hauen. Das ist völlig falsch. Ich bin der felsenfesten Überzeugung, daß ein Kollege, der in einer ruhigen Atmosphäre arbeiten kann, nach mehr Stunden Schule auch entspannter nach Hause geht. Und am Ende bringen die Kinder Leistungen, die wir nicht mal ansatzweise hinkriegen. Ein Fünftkläßler in Schweden kann Englisch schreiben; das kann in Deutschland keiner.

Günter Gerstberger:

Es ist eine gewaltige Wende, die wir im Kopf vollziehen müssen, die Einsicht nämlich, daß vermeintliche Belastungen, vermeintliche Mehrbürden für den Lehrer eine entlastende Wirkung haben. In diesem Fall bedeutet das Mehr an Stunden eben nicht eine größere Belastung, sondern das Geschäft zu entspannen, anders zu strukturieren und damit erfolgreicher zu gestalten.

Peter Lankenau:

Lassen Sie mich hier noch mal verdeutlichen: nicht mehr Unterricht mit Schülern. Das Unterrichtsdeputat ist in Kanada und in Schweden nicht größer als bei uns. Aber während der Arbeitszeit in der Schule, die wir ja alle so als Einzelkämpfer irgendwann mal so nebenbei machen, sind sie hochengagiert. Viele Kollegen bei uns sitzen stundenlang und arbeiten für sich selbst. Unsere Gesprächspartner in Nordeuropa halten das für vollkommen absurd. Sie machen es im Team, sitzen nachmittags zusammen und arbeiten hochentspannt. Es ist völlig normal, daß man bis fünf Uhr in der Schule sitzt, ohne daß die Schüler zum Schluß noch da sind. Dies ist mein Ansatz für eine Gesunde Schule. Anders kommen wir nicht weiter.

Günter Gerstberger:

So, jetzt sind wir ganz tüchtig in die Schulreformdiskussion im Zusammenhang mit PISA gekommen: das war auch durchaus beabsichtigt. Eine Frage wollte ich zum Schluß noch an Sie richten, auf die mich eine Meldung aus der Zeitung dieser Tage gebracht hat. Da wird vermeldet, „Junk Food“ wird aus den Schulen verbannt. Mehrere Schulbezirke in den USA wollen das Übergewicht junger Leute dadurch bekämpfen, daß sie ein Verkaufsverbot von wenig gesundheitsförderlichen Nahrungsmitteln verhängen. Soll man angesichts der Gefährdungen nicht auch in Deutschland zu solchen Maßnahmen greifen?

Helma Schug:

Ich persönlich bin absolut dafür, daß „Junk Food“ verboten und alternative Nahrung angeboten wird. Ich weiß nicht, was die Mehrheit der Eltern darüber denken würde. Ich würde mir wünschen, daß sich die Schule öffnet, die Eltern einlädt mitzuarbeiten, diesen Lebensraum Schule mit zu gestalten. Da könnte natürlich auch das Thema Ernährung, Sport, Gesundheit von Eltern mit gestaltet werden. Es wäre mein Traum, daß wir die Kinder nach der Schule nicht abgeben, sondern auch den Elternhäusern die Hilfe anbieten, die sie brauchen. Auch den Eltern scha-

det es nichts, sich mit ihren Kindern sportlich zu betätigen. Ja, das wäre mein Traum, daß die Eltern noch mehr eingebunden werden, und ich denke, wenn wir sie lassen würden, daß ein Großteil dazu auch wirklich bereit wäre.

Günter Gerstberger:

Halten Sie es für möglich, beispielsweise an den Schulen ein allgemeines Rauchverbot zu verfügen, Herr Schmid?

Harald Schmid:

Es wäre nicht das Schlechteste, wenn man es wenigstens versuchen würde. Ich kann mich an ein Seminar erinnern, auf dem ich eine 17jährige Schülerin direkt auf ihr Rauchen ansprach und sie mir erklärte, daß für sie das Wichtigste am Schulhof war, bei der Gruppe der Älteren dabeistehen zu dürfen und zu dieser Gruppe zu gehören. Bei dieser Gruppe war es ein Ritual, in der Pause zu rauchen; also habe sie begonnen zu rauchen. Schon allein diese Wirkung könnte man vielleicht ausschalten. Mir wird dann allerlei Ausweichendes entgegengehalten. Ich glaube wirklich, es wäre nicht das Schlechteste, ein allgemeines Rauchverbot an den Schulen zu erlassen.

Stefan Nohn:

Ich denke, das ist hier ähnlich wie im Mittelalter: Der Bote bringt die schlechte Nachricht und wird dafür vom König getötet. Hier ist das Rauchen ein Bote, daß irgend etwas im Argen liegt. Ich denke, man bekämpft die Symptome, und die Ursachen bleiben trotzdem; ist das eine Symptom behandelt, dann sucht man sich das nächste. Man sollte mehr ganzheitlich dran gehen, also die Ursachen bekämpfen, die Schüler stärken, sie zu Persönlichkeiten machen.

Günter Gerstberger:

Ja, möglicherweise, aber ich merke, das sind etwas abwiegelnde Antworten, Entschuldigung. Ich komme noch einmal zurück auf diesen kleinen Artikel aus den USA. Da wurde festgestellt, daß das Verbot von dieser Sorte Essen eigentlich vor dem Hintergrund der Erkenntnis zu sehen ist, daß 30 Prozent der kalifornischen Schüler an Übergewicht leiden und 77 Prozent keine gute Kondition haben. Frau Pott, bei uns waren es deutlich weniger, glaube ich. Daraus schließe ich, daß unsere noch relativ liberale oder offene Haltung in dem Punkt einfach damit zu tun hat, daß wir noch nicht „gewichtig“ genug sind, verzeihen Sie die Polemik, die ich jetzt doch nicht verhalten kann. Wir haben ein Problem, und wir sollten es auch angehen.

Heinz-Peter Ohm:

Ich muß wieder auf die Kommune zu sprechen kommen, weil für die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen wir leben, die Kommune einen entscheidenden Faktor darstellt. Wenn wir unsere Städte und die Orte, wo wir leben und arbeiten, so gestalten, daß sie gesundheitsförderlich sind, dann würde uns von vornherein viel erspart bleiben. Das würde eben bedeuten: viel weniger Verkehr in den

Städten, viel mehr Grünflächen, daß sich die Menschen draußen auf der Straße aufhalten können und wir die Straße nicht nur als Autoverkehrsweg haben. Wir versuchen das natürlich in Stuttgart, aber es ist wahnsinnig schwer, über den Gesundheitssektor hinaus Stadtplanung, Umweltplanung und so weiter für diese Themen zu gewinnen. Wir müssen ständig weiterarbeiten und uns engagieren.

Bernhard Stier:

In unserer Arbeitsgruppe wurde beispielsweise von einer Schule berichtet, an der geraucht wurde, obwohl die Schule als rauchfreie Schule deklariert war. Die Schüler protestierten dann, weil auch einige Lehrer rauchten. Man soll nicht glauben, daß wir ein System dadurch verändern, daß wir nur etwas verbieten; dann läuft es unerschrocken weiter. Wir müssen wirklich anders ran, ob das jetzt Ernährung ist oder das Rauchen. Die Schulen müssen sich ein Ziel setzen. Das Ziel kann heißen: in fünf Jahren ist diese Schule rauchfreie Schule! In dem genannten Beispiel war das ein Konsens zwischen Schülern, Lehrern, Eltern, allen Beteiligten; ein Drogenbeauftragter war auch dabei. Alle haben ein Statut unterschrieben: In fünf Jahren ist diese Schule rauchfreie Schule. Dann sind sie von einem Fünfjahresplan ausgegangen und haben Stufen festgelegt, wo sie nach einem, zwei, drei et cetera Jahren sein wollen, um das gesetzte Ziel zu erreichen. Ich denke, das ist letztendlich die bessere Methode. Das ist genau das, was wir in vielen Bereichen machen können, daß wir nämlich hingehen, ein Ziel formulieren: Da wollen wir hin, und dann von diesem Ziel zurückrechnen: Was müssen wir die Jahre tun, um dieses Ziel zu erreichen? Ob es Gesundheitsförderung ist oder was auch immer.

Günter Gerstberger

Wir wollen unser Symposium „Jugend und Gesundheit“ pünktlich beschließen und müssen darum auch hinter dieses erfreulich lebhaftes Podiumsgespräch einen Schlußpunkt setzen.

Es mußte bei einer Stichwortsammlung und einem Meinungsaustausch bleiben, freilich in der Absicht und Hoffnung, daß er Sie und uns alle auf dem Weg der „Gesunden Schule“ weiterbringt und motiviert. Für uns, für die Robert Bosch Stiftung, war das eine überaus ergiebige Veranstaltung. Wir werden, wie schon angedeutet, unsere „Gesunde Schule“ bis 2005 in der bekannten Form durchführen. Wir wollen auch den Schulen, die in den Projektverbänden in der Phase II mit dabei sind, einen weiteren Schub und Ruck in der Begleitung geben, denn so ganz allein kann man die Schulen, so autonom sie sein mögen, eben doch noch nicht lassen. Darüber hinaus wollen wir uns in der Stiftung weiter Gedanken machen, was in der Gesundheitsförderung getan werden kann. Gesundheitsförderung in der Schule, aber nicht nur in der Schule, muß wohl eben doch mit einem stärkeren medizinischen oder präventiven Bezug angegangen werden.

Ich hoffe, daß auch Sie, die Sie hier sitzen, und die Partner, die aus den unterschiedlichen Institutionen kommen, die Gedanken weitertragen und weiterpflegen, auf Kooperationen sinnen oder vielleicht auch heute schon auf einzelne Kooperationen mit Schulen gekommen sind und diese in der nächsten Zeit umsetzen. „Gesunde Schule“ ist prinzipiell, wir haben es festgestellt, auf Kooperation und

Vernetzung hin angelegt. Anders ist im übrigen ja auch Schule nicht denkbar. Es ist keine Angelegenheit des Staates, es ist eine Angelegenheit von uns allen. Wir alle müssen dazu beitragen und noch viel mehr, als es bisher der Fall ist, die Eltern und außerschulischen Partner mit einbeziehen. Darüber wäre noch sehr viel zu sagen – aber nicht heute.

Ich möchte nicht versäumen, herzlich Dank zu sagen den Mitarbeitern, die sich ins Zeug gelegt haben, daß diese Veranstaltung heute in dieser kompakten und reibungslosen Form stattfinden konnte. Ich danke der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, daß Sie uns hier aufgenommen haben. Ich sage dieses ausdrücklich, obwohl wir Miete bezahlt haben, denn hier zu sein und hier zu wirken, ist wirklich etwas Besonderes. Ich hoffe, Sie haben es ebenso empfunden. Und damit sage ich Dankeschön und auf Wiedersehen.

Anhang

Referenten

Arbeitsgruppe 1: Gesundheitsberufe und Gesundheitsförderung

Dr. Bernhard Stier, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

Bernhard Stier ist Beauftragter für Jugendmedizin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Hessen und Leiter der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Gewalt gegen Kinder“. Seine Arbeitsschwerpunkte im Medizinbereich liegen unter anderem in der Jugendmedizin und in neuen Präventionsstrategien. Er engagiert sich in Projekten gegen Gewalt gegen und unter Kindern und Jugendlichen, ist Mitglied einer Arbeitsgruppe „Arzt-Lehrer Kooperation“ und initiierte den 1. Hessischen Gesundheitstag 1998.

Arbeitsgruppe 2: Wirtschaft und Gesundheitsförderung

Ottmar Görge, Oberursel, Regionalbeauftragter für Ausbildung der Deutschen Telekom AG

Nach einem Studium der Nachrichtentechnik übernahm Ottmar Görge eine Lehrtätigkeit in der Berufsausbildung zum Fernmeldehandwerker und der Ausbildung von Fachoberschulpraktikanten der Deutschen Bundespost. Es folgten dort Tätigkeiten als Ausbildungsbeauftragter und Bezirksbeauftragter für Ausbildung. Seit 2002 ist Ottmar Görge Regionalbeauftragter für Ausbildung der Deutschen Telekom AG und in dieser Funktion zuständig für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation inhaltlicher und organisatorischer Maßnahmen der konzernweiten Ausbildung.

Arbeitsgruppe 3: Kommune und Gesundheitsförderung

Heinz-Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart

Der Diplom-Sozialwirt Heinz-Peter Ohm arbeitete zunächst als Präventionsberater bei einer Krankenkasse, ehe er 1998 zum Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart wechselte. Dort ist er Sachgebietsleiter Gesundheitsförderung. Außerdem obliegt ihm die Geschäftsführung des Vereins „Gesunde Stadt Stuttgart“.

Arbeitsgruppe 4: Familie/Verbände und Gesundheitsförderung

Dr. Harald Schmid, Agentur für Kommunikation und Sport, Hasselroth

Der international erfolgreiche Leichtathlet und promovierte Diplom-Sportlehrer Harald Schmid führt seit 1994 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die bundesweite Kampagne zur Suchtprävention „Kinder stark machen“ durch. Dabei ist er verantwortlich für Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und Training und hält Vorträge zu Themen wie Motivation, Kommunikation und Kooperation sowie Gesundheit und Sport.

Arbeitsgruppe 5: Krankenkassen/Versicherungen und Gesundheitsberufe

Gudrun Eberle, Leiterin der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband Bonn

Gudrun Eberle ist Diplom-Sozialwirtin und war zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit Schwerpunkten in den Bereichen Gesundheitsförderung/Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung im Wissenschaftlichen Institut der AOK beschäftigt. Sie übernahm anschließend die Leitung der Abteilung für Prävention im AOK-Bundesverband, in der die Bereiche Primärprävention, Sekundär- und Tertiärprävention, Setting Schule, der AOK-Service Gesunde Unternehmen und Selbsthilfe angesiedelt sind.

Teilnehmer

Name	Institution
Augustin, Dorit	Grundschule Augsburgener Straße, Bremen
Aulenbacher, Jens	Regionale Schule Altenglan
Bach, Astrid	Berufsbildende Schulen des Landkreises Bitterfeld
Bachmeier, Georg	Staatliche und kommunale berufliche Schulen Vilshofen
Bader, Stefanie	Hermann-Hesse-Realschule, Reutlingen
Barz, Andrea	Wolfgang-Borchert-Gymnasium, Langenzenn
Bauer, Sonja	Richard-Wossidlo-Gymnasium, Waren
Becker, Pia	Glantalschule, Glan-Münchweiler
Beckmann, Nike	Schulzentrum des Sekundarbereichs II Walle, Bremen
Bentz, Elke	Kreis Unna, Fachbereich Gesundheit und Verbraucher
Berg, Dieter	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Berghausen, Cathrin	Paul-Gerhardt-Grundschule, Bonn
Bernauer, Beate	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Bienstein, Christel	Universität Witten/Herdecke
Blum, Brigitte	Stadt Bad Wilsnack,
Bockhorst, Rüdiger	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Bode, Sabrina	Deutsche Telekom, Dortmund
Bögner, Frank	Sekundarschule Arneburg
Boll, Dr. Herbert	Leitender Werksarzt der Robert Bosch GmbH, Stuttgart
Bongardt, Barbara	Paul-Gerhardt-Grundschule, Bonn
Bornefeld, Harald	Realschule Bonn-Beuel
Bornefeld, Tobias	Realschule Bonn-Beuel
Brandenburg, Dr. Uwe	Volkswagen AG, Wolfsburg
Büchler-Stumpf, Margit	Pädagogisches Institut Starkenburg, Seeheim- Jugenheim
Busch, Fabian	Berlin
Cammans, Klaus	Berufsbildende Schulen Varel
Dahl, Dr. Gisela	Landesärztekammer Baden-Württemberg
Dornhuber, Matthias	Wolfgang-Borchert-Gymnasium, Langenzenn
Dreissigacker, Franz	Friedrich-Ebert-Schule, Frankenthal
Eberle, Dr. Gundrun	AOK Bundesverband, Bonn
Ehrhardt, Karsten	Staatliche Regelschule Johann Gutenberg, Jena
Ehrhardt, Viola	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
Einfeld, Steffen	Institut für Lehrerfortbildung, Hamburg
Erdikmen, Sarah	Schule Griesstraße, Hamburg

Name	Institution
Erlacher, Dr. Willibald	Interuniversitäres Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Klagenfurt
Ermertz, Dr. Edmond	z-link, Zürich
Ertle, Prof. Dr. Christoph	Pädagogische Hochschule Ludwigsburg
Etschenberg, Prof. Dr. Karla	Universität Flensburg
Feldmann, Christian	Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
Fricke, Corinna	Bezirksamt Lichtenberg-Hohenschönhausen, Berlin
Ganswindt, Stephanie	Schule Griesstraße, Hamburg
Gasteiger, Brigitte	Integrierte Gesamtschule Bonn-Beuel
Geene, Dr. Raimund	Gesundheit Berlin e. V.
Genrich-Michael, Antje	Grundschule Augsburgener Straße, Bremen
Gerber, Winfried	Hauptschule Auf der Hohl, Regionale Schule Oberstein, Idar-Oberstein
Gerstberger, Günter	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Gierz, Martin	Bayerische Turnerjugend, München
Goerlich, Gabriele	Europaschule Bornheim
Görge, Ottmar	Deutsche Telekom
Hassanzadeh, Mojgan	Schule Griesstraße, Hamburg
Hauck, Gisela	Dr. Wilhelm Harnisch Schule, Bad Wilsnack
Hauff, Karen	Berlin
Hegner, Susanne	Gesundheitsamt Ludwigslust
Heims, Doris	Astrid-Lindgren-Schule, Soest
Heinemann, Horst	Büro „Gesunde Stadt Essen“
Heinrich, Siegfried	IKK Bundesverband, Bergisch Gladbach
Hennke, Gudrun	Gesundheitsamt Münster
Hesse, Grit	Sekundarschule Arneburg
Hillig, Hedda	Bezirksamt Mahrzahn-Hellersdorf
Hofmann, Hildegard	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin
Hollmann, Herbert	Institut für Lehrerfortbildung, Hamburg
Horbach, Annegret	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Jahn, Holger	Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule (IPTs)
Jansen, Olaf	Hans-Böckler-Berufskolleg, Marl
Kadura, Gudrun	Grundschule Admiralstraße, Bremen
Kahle, Dr. Hans Joachim	Lausitzer naturkundliche Akademie, Cottbus
Kern, Susanne	Stuttgart
Kiezler, Susanne	Grundschule Grumbrechtstraße, Hamburg
Kilian, Holger	Gesundheit Berlin e.V.
Kislik, Monika	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz
Kitzmann, Beate	Förderverein Naturschutzstation Malchow e.V.

Name	Institution
Klinck, Doris	Regionale Schule Altenglan
Köhler, Steffi	Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt
Kolbe, Martina	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg
Kratz, Dr. Hildegard	Gesundheitsamt Dortmund
Kraus, Angelika	Stadtverwaltung Saarbrücken
Kriegler, Andreas	Berufsbildende Schulen des Landkreises Bitterfeld
Krohn, Heike	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern
Krohn, Rosmarie	Käthe-Kollwitz-Grundschule, Waren
Kröll, Dorothea	Gesamthochschule Kassel, Praktisches Lernen und Schule
Kühlke, Rainer	Grundschule Grumbrechtstraße, Hamburg
Kurz, Carina	Regionale Schule Altenglan
Lamberg, Dr. Jörg	Volkswagen AG, Gesundheitsschutz, Wolfsburg
Lanfranconi, Edith	Radix Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern
Lankenau, Peter	Schulzentrum Findorff, Bremen
Larisch, Barbara	Schulzentrum des Sekundarsbereichs II Walle, Bremen
Leier, Gaby	Schulzentrum Findorff, Bremen
Luksch, Elmar	Schulzentrum des Sekundarbereichs II Walle, Bremen
Maasberg, Angelika	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Mack, Harald	Bosch BKK, Stuttgart
Markl, Ute	Deutsche Sportjugend, Frankfurt
Maywald, Helga	Integrierte Gesamtschule Bonn-Beuel
Meinung, Werner	Städtisches Gymnasium Olpe
Merfert-Diete, Christa	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Prävention und Beratung, Hamburg
Mock, Christa	Erich-Kästner-Schule, Bochum
Möcker, David	Berlin
Moebes, Dr. Eleonore	Gesundheitsamt Krefeld
Möhringer, Andrea	Organisation
Moncorps, Kerstin	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Morgenstern, Christine	Gesundheits- und Hygieneamt Gera
Müller-Heck, Elisabeth	Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin
Müller-Senfleben, Bernd	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
Muras, Dr. Gunhild	Gesundheitsamt Hamburg
Nauroth, Georg	Städtisches Gymnasium Olpe
Nehls, Antje	Richard-Wossidlo-Gymnasium, Waren

Name	Institution
Neuhäuser-Dausch, Roswitha	Glantalschule, Glan-Münchweiler
Nohn, Stefan	Hans-Böckler-Berufskolleg, Marl
Oefner, Dr. Gabriele	Gesundheitsamt der Stadt Kassel
Ohm, Heinz-Peter	Gesundheitsamt Stuttgart
Parusel, Imke	Grundschule Admiralstraße, Bremen
Paulus, Prof. Dr. Peter	Universität Lüneburg, Institut für Psychologie
Pergande, Bianka	Berlin
Pfau, Dieter	Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
Pfleider, Peter	Erich-Kästner-Schule, Bochum
Pfordt, Maria	Grundschule Bergheim-Ahe
Plathe, Hildegard	Kindertagesstätte Zwergenstübchen, Jarchau
Pott, Dr. Elisabeth	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Prinz, Renate	Steigerwald-Landschulheim Gymnasium, Wiesentheid
Pullner, Regine	Staatliche Regelschule Johann Gutenberg, Jena
Render, Julia	Glantalschule, Glan-Münchweiler
Rieder, Stephanie	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Rothenfluh, Ernst	Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Bewegungs- und Sportwissenschaften, Zürich
Rotte, Anja	Gesamtschule Bergheim
Satrapa-Schill, Dr. Almut	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Sättele, Ann-Katrin	Hermann-Hesse-Realschule, Reutlingen
Sauermann, Antonia	Schule Am Weidedamm; Bremen
Schädlich, Isolde	Grundschule Augsburger Straße, Bremen
Schaufelberger, Dörthe	Städtische Gesamtschule Soest
Schausten, Lena	Städtische Gesamtschule Soest
Schink, Simone	Europaschule Bornheim
Schlieckau, Traudel	Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
Schmid, Dr. Harald	Agentur für Sport und Kommunikation, Hasselroth
Schneider, Dr. Gabriela	Landessportbund Brandenburg
Schneider, Prof. Dr. Volker	Pädagogische Hochschule Freiburg
Schöneburg, Beate	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg
Schöninger, Heinz	Hermann-Hesse-Realschule, Reutlingen
Schreiber, Gudrun	Grundschule Sanne
Schröck, André Martin	Regionale Schule Altenglan
Schubert, Roland	Mörrike-Schule, Tübingen
Schug, Helma	Steigerwald-Landschulheim Gymnasium, Wiesentheid
Schulz, Anneliese	Landratsamt Ludwigslust

Name	Institution
Schulze, Susann	Grundschule Sanne
Schumacher, Christina-Maria	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt
Schumacher, Veronika	Europaschule Bornheim
Schwebke, Martin	Erich-Kästner-Schule, Bochum
Schwerdt, Dr. Ulrich	Universität Paderborn, Lehrerausbildungszentrum
Sedelmayr, Carolin	Berlin
Semmerling, Rüdiger	Lehrer, Oldenburg
Sigusch, Kathrin	Stadtverwaltung Erfurt
Staeck, Prof. Dr. Lothar	Technische Universität Berlin, Institut für Gesellschaftswissenschaften und historisch-politische Bildung
Steffen-Selzer, Reinhild	Astrid-Lindgren-Schule, Soest
Steigner, Marianne	Regionale Schule Altenglan
Steinbach, Barbara	Volkshochschulverband Baden-Württemberg
Stender, Klaus-Peter	Gesunde Städte-Netzwerk, Hamburg
Stier, Dr. Bernhard	Kinder- und Jugendarzt, Butzbach
Syska, Steffi	Berufsbildende Schulen des Landkreises Bitterfeld
Töbelmann, Andrea	Schulzentrum Findorff, Bremen
Wagner, Dr. Karin	Universität Köln, Abt. Medizinische Soziologie
Walter, Dr. Christoph	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Walz, Leopold	Steigerwald-Landschulheim Gymnasium, Wiesentheid
Wehmhöner, Margot	BKK Bundesverband, Essen
Weniger, Maurice	Hans-Böckler-Berufskolleg, Marl
Wessels, Dörte	Realschule Bonn-Beuel
Weyel, Volker	Gerhart-Hauptmann-Schule, Griesheim
Weyrich, Klaus-Peter	Hauptschule Auf der Hohl, Regionale Schule Oberstein, Idar-Oberstein
Wichterich, Dr. Heiner	Landesinstitut für Schule, Soest
Winnenburg, Herbert	Kurverwaltung Hiddesen GmbH, Detmold
Wirsching, Hartmut	Mörike-Schule, Tübingen
Wirth, Dieter	Wolfgang-Borchert-Gymnasium, Langenzenn
Wolf, Joachim	BKK Ruhrgas, Essen
Wollny-Hagemann, Margret	Astrid-Lindgren-Schule, Soest
Wolz, Monika	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Wurdack, Martin	Berufliches Schulzentrum Schwandorf
Zelazny, Dr. Beate	Hessisches Landesinstitut für Pädagogik
Zetzmann, Christine	Bayerische Turnerjugend, Bad Rodach
Ziegler, Gerhard	Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Zink, Michael	Staatliche und kommunale berufliche Schulen Vilshofen

Literatur

Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Grundlagen und Ziele. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 1997 (vergriffen)

Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Beispiele gelingender Praxis, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2000

Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“. Ergebnisse der Zwischenevaluation. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2002

Pressemitteilung

Was können unsere Schulen für die Gesundheit ihrer Schüler tun? Erstes Symposium „Jugend und Gesundheit“ mit rund 200 Fachleuten in Berlin

Rund 200 Teilnehmer kommen heute auf Einladung der Robert Bosch Stiftung zum Symposium „Jugend und Gesundheit“ nach Berlin. Erstmals treffen Schulleiter und Lehrer mit Vertretern aus Medizin, Wirtschaft, Kommunen, Verbänden und Krankenkassen zusammen. Ziel ist es, die Schulen in der Gesundheitsförderung von Schülern und Lehrern besser zu unterstützen. In verschiedenen Arbeitsgruppen diskutieren die Teilnehmer die Chancen der Zusammenarbeit. Der elfte Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung vom Februar 2002 zeigt dabei unter anderem folgende Herausforderungen: Viele Jugendliche haben falsche Ernährungsgewohnheiten, die zu Übergewicht und Eßstörungen insbesondere bei Mädchen führen. Und Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum sind weit verbreitet. Mehr als ein Drittel aller 12- bis 25jährigen raucht und ein Drittel aller Jugendlichen trinkt regelmäßig Alkohol. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt spricht auf dem Symposium ein Grußwort und Elisabeth Pott, die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, befaßt sich in ihrem Vortrag mit Grundfragen der „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“.

Die Robert Bosch Stiftung leistet mit ihrem Programm „Gesunde Schule“ seit Mitte der neunziger Jahre einen eigenen Beitrag, um den Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schulen in Gesundheitsfragen zu verdeutlichen. Bis heute sind in diesem Programm Mittel in Höhe von rund 2,3 Millionen Euro geflossen. Es haben sich 44 Schulen beteiligt. In einer ersten Phase förderte die Stiftung 22 ausgewählte Grund-, Haupt- und Sonderschulen, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien und berufsbildende Schulen. Von diesen Schulen wurden zehn in eine Transferphase aufgenommen, in der sie ihre Erfahrungen an jeweils bis zu fünf Partnerschulen weitergeben. Die ersten fünf Jahre der Stiftungsförderung wurden von einem Team des Interuniversitären Instituts für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung in Klagenfurt evaluiert.

Die Ergebnisse dieser Evaluation sind ein zentraler inhaltlicher Beitrag für das Symposium „Jugend und Gesundheit“ in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Wichtig für den Erfolg der Gesundheitsförderung in der Schule – so die Resultate – sind das soziale Umfeld (Stadtteil, Bevölkerungsstruktur), das Interesse der kommunalen Politik und Verwaltung an diesem Thema und die Präsenz der Schule in der Öffentlichkeit. Eine Einbindung der Eltern in die Gesundheitsprojekte gelingt unterschiedlich gut. Für viele Schulen stellte die Förderung der Robert Bosch Stiftung einen Anstoß dar, ihren Unterricht und die internen Abläufe neu zu organisieren. Die meisten Schulen stellen positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten von Schülern und Lehrern fest. Diese reichen von konkreten Verhaltensänderungen im Bereich Ernährung und Bewegung bis hin zu einer höheren sozialen Kompetenz und einem stärkeren Selbstbewußtsein. Als Problemfelder definieren die Schulen die Bereiche Sucht und Drogen, hier vor

allem das Rauchen. Trotz teilweise kreativer Herangehensweisen konnten noch keine zufriedenstellenden Lösungen gefunden werden. Auch stellten die Befragten selbstkritisch fest, daß sowohl die Schulen als auch die Lehrer nicht ausreichend auf die Umsetzung einer Gesunden Schule vorbereitet sind.

Die Robert Bosch Stiftung ist eine der großen unternehmensverbundenen Stiftungen in Deutschland. Im Jahre 2001 bewilligte die Stiftung 40,1 Millionen Euro für gemeinnützige Vorhaben. Das Programm „Gesunde Schule“ verbindet die Satzungszwecke der öffentlichen Gesundheitspflege und der Bildung und Erziehung miteinander.

Die Robert Bosch Stiftung

Die Robert Bosch Stiftung verkörpert die sozialen Bestrebungen des Firmengründers und Stifters Robert Bosch (1861–1942). Sie wurde 1964 gegründet und ist heute eine der großen unternehmensverbundenen Stiftungen in Deutschland. Rund 92 Prozent des 1200 Millionen Euro betragenden Stammkapitals der Robert Bosch GmbH gehört der Robert Bosch Stiftung GmbH, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Die Dividende der Robert Bosch GmbH fließt der Robert Bosch Stiftung GmbH anteilig zu. Von 1964 bis 2002 stellte die Stiftung etwa 580 Millionen Euro für Förderungsvorhaben bereit. Im Jahr 2002 wurden rund 41 Millionen Euro bewilligt.

Die Robert Bosch Stiftung setzt Förderungsschwerpunkte, entwickelt eigene Programme und greift modellhafte Einzelprojekte auf in den Gebieten: Gesundheitspflege (mit den stiftungseigenen Einrichtungen Robert-Bosch-Krankenhaus, Dr. Margarete-Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie und Institut für Geschichte der Medizin in Stuttgart), Völkerverständigung, Wohlfahrtspflege, Bildung und Erziehung, Kunst und Kultur, Geistes-, Sozial- und Naturwissenschaften.

Impressum

Herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung
Redaktion: Beate Bernauer

Zur Erleichterung der Lektüre wurde bei Substantiven als Einheitsform das Maskulinum gewählt.

© Copyright: Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Robert Bosch Stiftung.

Dezember 2002