

utb.

Elisabeth Seethaler | Silvia Giger
Walter Buchacher (Hrsg.)

Gesund und erfolgreich Schule leben



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Wilhelm Fink · Paderborn
Narr Francke Attempto Verlag · Tübingen
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Ernst Reinhardt Verlag · München
Ferdinand Schöningh · Paderborn
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart
UVK Verlag · München
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen
Waxmann · Münster · New York
wbv Publikation · Bielefeld

Elisabeth Seethaler

Dr. Mag., Hochschulprofessorin an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig.
Schwerpunkte: Pädagogische Psychologie, Lehrerpersönlichkeit, Klassenführung.
E-Mail: elisabeth.seethaler@phsalzburg.at

Silvia Giger

Dr., Leiterin des Instituts für Bildungswissenschaften und Forschung an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig. Schwerpunkte: Schule und Gesellschaft, Schulentwicklung, Beratung und Coaching. E-Mail: silvia.giger@phsalzburg.at

Walter Buchacher

Dr. Mag., Hochschulprofessor an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig.
Schwerpunkte: Allgemeine Didaktik, Führung, Sozialkompetenz, Moderation und Coaching.
E-Mail: Walter.Buchacher@gmx.at

Elisabeth Seethaler
Silvia Giger
Walter Buchacher
(Hrsg.)

Gesund und erfolgreich Schule leben

Praxis und Reflexion für
Lehrerinnen und Lehrer

Verlag Julius Klinkhardt
Bad Heilbrunn • 2019

Online-Angebote oder elektronische Ausgaben zu diesem Buch
sind erhältlich unter www.utb-shop.de

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2019.Kk. © by Julius Klinkhardt.

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Abbildung auf Umschlagseite 1: Walter Buchacher, Salzburg.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart.

Satz: Kay Fretwurst, Spreeau.

Druck und Bindung: Friedrich Pustet, Regensburg.

Printed in Germany 2019.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.

utb-Band-Nr.: 5232

ISBN 978-3-8252-5232-8

Inhalt

Vorwort	7
<i>Elisabeth Seethaler, Silvia Giger und Walter Buchacher</i>	
Einführung	
Gesundheit – Annäherung an einen komplexen Begriff	9
<i>Ursula Buchner und Nicola Sommer</i>	
Lern- und Entwicklungsprozesse	
1 Identitätsentwicklung und Bindung	27
<i>Ulrike Kipman</i>	
2 Selbstwert und seine Bedeutung für mentale Gesundheit und Wohlbefinden	35
<i>Elisabeth Seethaler und Alexandra Michal</i>	
3 Theory of Mind	45
<i>Ulrike Kipman</i>	
4 Selbstwirksamkeit als Ressource für Gesundheit, Erfolg und Wohlbefinden	55
<i>Elisabeth Seethaler und Petra Hecht</i>	
5 Selbstentwicklung und Resilienz	65
<i>Helmut Roth und Karin Roth</i>	
6 Lehrerpersönlichkeit und warum wir uns damit befassen sollten	75
<i>Barbara Pflanzl und Elisabeth Seethaler</i>	
7 Berufseinstieg: Zwischen Tatendrang und Überforderung	83
<i>Katharina Brunner</i>	
Schulkultur im Fokus	
8 Gesunde Schule entwickeln	93
<i>Silvia Giger und Bärbel Linsmeier</i>	
9 Gute Kommunikation fördert die Zusammenarbeit im Netzwerk Schule	101
<i>Andrea Magnus</i>	

10 Unterrichtsrezepte für turbulente Zeiten111
Walter Buchacher

11 Eine gesunde Schul- und Lernkultur braucht eine Kultur der Demokratie121
Ingrid Geier

Kristallisationspunkte im Schulalltag

12 Moralentwicklung durch Dilemmadiskussionen fördern131
Ulrike Kipman und Veronika Hirscher

13 Lob und Strafe im Kontext einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung141
Elisabeth Seethaler und Alexandra Michal

14 Prüfungsangst – wahrnehmen, verstehen und angemessen reagieren151
Sabine Harter-Reiter

15 Ich-Bild/Selbst-Bild/Fremd-Bild –159
Viktoria Buttler und Bärbel Linsmeier

16 Kann man Gesundheit essen?169
Susanne Obermoser

17 Sexualpädagogik an Schulen – eine aufregende Herausforderung?!177
Claudia Depauli

18 Verhaltensauffälligkeiten in Theorie und Praxis: AD(H)S185
Ulrike Kipman

19 Ressourcenorientierter Umgang mit schwierigem Verhalten193
Gudrun Gruber-Gratz und Barbara Herzog

20 STOPP zu häuslicher Gewalt – was Schule tun kann203
Nicola Sommer

21 Gelebte Gewaltprävention – Schule als Ort des Lernens
von Konfliktlösungen211
Angela Faber und Renate Messner-Kaltenbrunner

22 Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen
im Setting Schule219
Nicola Sommer

Epilog: Lernen für – durch – über Gesundheit227
Ursula Buchner und Nicola Sommer

Autorinnen und Autoren235

Vorwort

Gesund und erfolgreich Schule leben – eine Utopie, eine Plattitüde oder eine realistische Vision?

Lehrkräfte sollen Lehren und Lernen erfolgreich gestalten. Die Anforderungen und Aufgaben an Lehrkräfte und an Schule insgesamt werden als herausfordernd, anstrengend und überbordend beschrieben. So fühlen sich alle Beteiligten zuweilen überfordert, belastet und unwohl. Gelingt es jedoch, Schule gesund und erfolgreich zu leben, haben Lehrkräfte überwiegend Freude an ihrem Beruf und stellen sich zuversichtlich den vielfältigen Herausforderungen. Zudem erkennen Schulleiter und Schulleiterinnen ihre wichtige Aufgabe als Leitung. Aus ihrer Führungsfunktion handeln sie leitend, unterstützend und schaffen so ein positives soziales Klima und eine Atmosphäre aktiver Kooperation und Mitwirkung, in der das Kollegium in Planungs- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird.

Der vorliegende Band gibt auf Basis des aktuellen Wissens- und Forschungsstandes Auskunft über gesundheitsförderliche Lehr-, Lern- und Entwicklungsprozesse sowie zur Gestaltung von Schulkultur und bietet zahlreiche Anregungen zur praxisbezogenen Umsetzung und Reflexion. In vielerlei Hinsicht beginnen diese Gelingensbedingungen einer *gesunden und erfolgreichen Schule* im Umgang mit uns selbst und im Umgang mit unserem Umfeld.

So werden im Abschnitt *Lern- und Entwicklungsprozesse* die psychische und mentale (Persönlichkeits)Entwicklung behandelt. Theoretisch und praktisch wird aufgezeigt, wie Lehrkräfte im Unterricht ihre Schülerinnen und Schüler in diesem Prozess unterstützen und zu einem erfolgreichen und gesunden Wachstum beitragen können.

Der folgende Bereich *Schulkultur im Fokus* beschäftigt sich mit der Schaffung günstiger Lern- und Arbeitsbedingungen, um eine gesundheitsförderliche Schul- und Unterrichtskultur zu entwickeln, zu implementieren und zu leben.

Im Abschnitt *Kristallisationspunkte im Schulalltag* werden Fragestellungen aus dem schulischen Alltag aufgegriffen und theoretisch fundiert sowie praxisbezogen begründet. Konkrete Handlungsanweisungen zeigen Möglichkeiten auf, wie Personen im pädagogischen Praxisfeld diese Herausforderungen bewältigen können.

Zur besseren Orientierung und Handhabung des Buches finden sich innerhalb der Beiträge Piktogramme, die **T** Tipps, **z.B.** Beispiele, **M** Methoden kennzeichnen. Zusammenfassungen innerhalb oder am Ende eines Artikels werden durch ein **S** dargestellt:



Tipps



Beispiele



Methoden



Zusammenfassungen

Gesund und erfolgreich Schule leben bedeutet, Schule wird zum Ort gesundheitsförderlichen, sicheren Wachstums in einer wertschätzenden Gemeinschaft, in der Schüler und Schülerinnen überwiegend lerneifrig und motiviert bleiben. In diesem Sinne wünschen wir uns, es mögen Sie die theoretischen Bezüge und Anregungen zur praxisbezogenen Umsetzung in diesem Band auf Ihrem Weg begleiten, als Lehrkraft, als Schulleiter, Schulleiterin gesund und erfolgreich Schule zu leben.

Elisabeth Seethaler

Silvia Giger

Walter Buchacher

Salzburg, im September 2019

Einführung

Gesundheit – Annäherung an einen komplexen Begriff

Ursula Buchner und Nicola Sommer

Gesundheit ist ein in historischer und kultureller Hinsicht vielschichtiger Begriff, der je nach Betrachtungsweise unterschiedlich definiert wird. Dieser Beitrag diskutiert Zugangsweisen zu Gesundheit auf individueller und institutioneller Ebene mit dem Ziel, grundlegende Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

Auf die Frage *Was ist Gesundheit?* antworten

Elias (7 Jahre): „Dass ich mich gesund ernähre, dass man nicht so viel vor dem Fernseher sitzt.“

Luca (8 Jahre): „Gesundheit sagt man, wenn jemand niest.“

Lea (11 Jahre): „Dass man viel Gesundes isst und dass man sich bewegt und ab und zu auch eine Pause macht und sich erholt.“

1 Gesundheit – Wissen und Erkenntnis

Das Verständnis von Gesundheit als Ressource des Lebens und das Bemühen, Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen, begleitet die Menschheit seit jeher. So hat sich im Laufe der Geschichte der Menschheit ein enormer Wissensschatz darüber angesammelt, was Menschen im Namen von Gesundheit tun, denken, fühlen, sprechen, schaffen und glauben. Dieses Wissen stammt aus unterschiedlichen Quellen, hat unterschiedliche Reichweite und hat im Sinne eines wissenschaftlich überprüfbareren Wahrheitsgehalts unterschiedlichen Geltungsanspruch (Schipperges, 1990).

Gesundheit zu erhalten und zu fördern ist eine individuelle, soziale und gesellschaftspolitische Herausforderung und somit auch Anliegen von Schule als Ort der Bildung, Erziehung und Kultur. Das Wissen über die Entwicklung des Verständnisses von Gesundheit, des Gesundheitswesens und der Lehre im Fach öffnet den Blick für gesellschaftliche Deutungs- und Wertemuster: das Streben nach Gesundheit „erweist sich als kulturelle Praxis in einem umfassenden Sinn“ (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004, S. 22).

1.1 Gesundheit – Ausdruck transzendentalen Wirkens

Die Vorstellung von Gesundheit als ein Geschehen, das den Bereich des menschlichen Erkennens überschreitet, gibt es in allen Kulturen. Götter und Dämonen, die

einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, Leiden und Heilung haben, werden ebenso, wie überirdische Kräfte und kosmische Gesetzmäßigkeiten, phänomenologisch erschlossen. Mythen und Märchen, Rituale und Metaphern (Götter in Weiß, Tempel der Gesundheit) sind ein Zeugnis davon, wie sehr unser Denken in diesem kulturellen Erbe beheimatet ist.

1.2 Gesundheit – systematische, wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung

Seit alters beforschen Menschen ihre Welt nach den Regeln der Wissenschaft: Sie beobachten, systematisieren und analysieren mit Hilfe der Methoden ihrer Zeit, suchen nach Ursache und Wirkung, inspirieren sich im Austausch über Kultur- und Sprachgrenzen hinweg und bewerten Systemzusammenhänge neu. Die Suche nach allgemein gültigen Grundsätzen führt zu Lehrmeinungen, die über Generationen hinweg Deutungshoheit haben können.

Die *pathogenetische* Perspektive fragt nach Ursachen und Entwicklung von Krankheiten, die *salutogenetische* Perspektive sucht nach Entstehung und Bedingungen für Gesundheit: Warum bleiben Menschen trotz potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen es Menschen, sich von Krankheiten wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastung nicht krank werden? (Antonovsky & Franke, 1997).

Heute streben *Gesundheitswissenschaften* (Health Sciences) eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinisch-naturwissenschaftlichen und sozial-verhaltenswissenschaftlichen Bezugswissenschaften an, um evidenzbasierte Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen und Interventionen zu schaffen. *Public Health* ist ein multidisziplinärer, integrativer Ansatz, der die Gesamtheit aller sozialen, politischen und organisatorischen Anstrengungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage umfasst. *Gesundheitsförderung* (*Health Promotion*) zielt auf die *Veränderung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen* und *nicht nur* individueller Verhaltensmuster ab (Franzkowiak, 2015; Schwartz et al., 2003).

1.3 Gesundheit – Human Basic Needs und die Entdeckung des Selbstwerts

Die grundlegenden existentiellen Bedürfnisse der Menschen werden in Sozialverbänden gesichert: Wer dort Schutz und Sicherheit findet, hat bessere Überlebenschancen. Neben medizinischen und hygienischen Fortschritten hat auch die digitale Kommunikation und die damit mögliche Verbreitung der Botschaft, dass jedes Individuum einzigartig ist und einen Wert hat, zum Anstieg von Gesundheit beigetragen.

Diese revolutionären Botschaften bewirken eine radikale Umgestaltung des Selbstbildes und der Selbstachtung des einzelnen, der Beziehung zwischen den Menschen und der Familie, die diese Botschaften an die nächste Generation weitergibt. (Sagan, 1992 zitiert nach Scharinger, 1996, S. 16)

Soziale Netzwerke rücken in den Blickpunkt der Gesundheitsforschung. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Nachbarschaften und Gemeinden bilden als sogenannte *Settings* wichtige Räume für die Entwicklung personaler Ressourcen und soziale Schutzfaktoren für die Erhaltung und Weiterentwicklung des individuellen Gesundheitspotentials. Gesundheit wird zum Menschenrecht.

1.4 Gesundheit – eine sozial- und umweltpolitische Aufgabe

Der Pflicht des Einzelnen zum Erhalt der Gesundheit wird die Pflicht und Verantwortung der Obrigkeit (der herrschenden oder besitzenden Klasse, der Kirche, des Staates, der Unternehmen) gegenübergestellt, die ökonomischen Lebensgrundlagen zu sichern, um Krankheiten vorzubeugen und Gesundheit zu erhalten (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung). Diese Solidarkonzepte bilden die Basis des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialen Wohlfahrt in Europa.

Gesundheit wird heute als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und globale Herausforderung erkannt. In der *Präambel der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* wird neben dem Recht des Einzelnen auf Gesundheit auch die Pflicht der Regierung für die Verantwortung der Gesundheit ihrer Völker postuliert (World Health Organization, 1946)er.

Die *Ottawa Charter for Health Promotion 1986* bildet die Grundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (Hildebrandt & Kickbusch, 1986). Sie beschreibt drei grundsätzliche Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder (siehe 5.4). Die *Jakarta Erklärung 1997* wiederholt den Aufruf zum gemeinsamen Handeln, gesundheitsgefährdenden Bestrebungen entgegenzuwirken, gesundheitliche Unterschiede in der Gesellschaft zu bekämpfen, die Menschen zu unterstützen, sich gesund zu erhalten, Gesundheitsdienste auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und zu vernetzen bzw. die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten (World Health Organization, 1986, 1997).

Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, den sozialen, ökonomischen und ökologischen Lebensgrundlagen und der Erschöpfung der Ressourcen sind komplex. Internationale Rahmenziele für die Bewältigung der humanökologischen Krisen werden in der *Agenda 2030* (United Nations, 2015) festgelegt. Sie enthält 17 Ziele für eine Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG), die auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene mit Hilfe von lokalen Nachhaltigkeitsagenden umgesetzt werden sollen. Auch hier wird *solidarisches Handeln* als Voraussetzung zur Sicherung der Lebensgrundlagen – der heute lebenden Menschen wie auch der künftigen Generationen – erkannt.

Abgeleitet daraus definieren Regierungen im Rahmen einer als *Health in All Policies* bezeichneten Strategie auf nationaler Ebene sogenannte *Rahmengesundheitsziele*, die Orientierung für ein abgestimmtes Vorgehen diverser Akteure auf unterschiedlichen Systemebenen (vgl. Beitrag 8) geben.

2 Dimensionen von Gesundheit

ICH – WIR – ALLE: Das Individuum, die diversen Bezugsgruppen und die Menschheit als Gesamtheit schaffen Gesundheit für uns selbst und andere. Dimensionen von Gesundheit werden in zwei grundlegenden Modellen sichtbar.

2.1 Gesundheit als biopsychosoziales Geschehen

Die WHO definiert in der Präambel der Erklärung von 1946 Gesundheit folgendermaßen: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization, 1946). Der Begriff *state* beschreibt keinen starren Zustand, sondern eine aktuelle Befindlichkeit (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018).

Gesundheit ist ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. (Hurrelmann, 1991, S. 16–17)

In beiden Aussagen wird ein *bio-psycho-soziales* Modellverständnis von Gesundheit sichtbar.

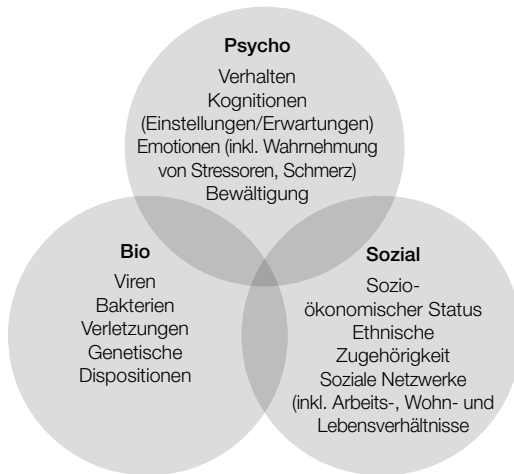


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modellverständnis adaptiert nach Renneberg und Hammelstein (2006, S. 9)

Mit dem Begriff *sozio-psycho-somatische* Gesundheit kann die gleiche Darstellung eine andere Ursachenvermutung bzw. ein anders akzentuiertes Forschungsinteresse ausdrücken (Göpel, 2015).

Gesundheit als leiblich-seelische, soziale und spirituelle *Ganzheit* ist – wie die Geschichte der Gesundheit aufzeigt – als Konzept nicht neu. Wenn in Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsförderung von *Ganzheitlichkeit* gesprochen wird, bezieht sich diese nicht nur auf den *ganzen* Menschen mit seinen gedachten Dimensionen, sondern auch auf das Tätigkeitsfeld desselben eingebettet in Systembeziehungen des Mehrebenenmodells (siehe Kap. 5.4)

2.2 Bedingungen für Gesundheit: das Determinantenmodell

Die Gesundheit der Menschen wird von sozio-ökonomischen, kulturellen und physikalischen Umweltbedingungen beeinflusst. Dahlgren und Whitehead (1991, 2007) stellen in einem *Regenbogenmodell* die in wechselseitigen Abhängigkeiten stehenden Determinanten von Gesundheit dar. Die sozioökonomischen Determinanten werden mit einer humanökologischen Perspektive auf die Gesundheit des Menschen erweitert (Dahlgren & Whitehead, 1991, 2007; Richter & Hurrelmann, 2018).

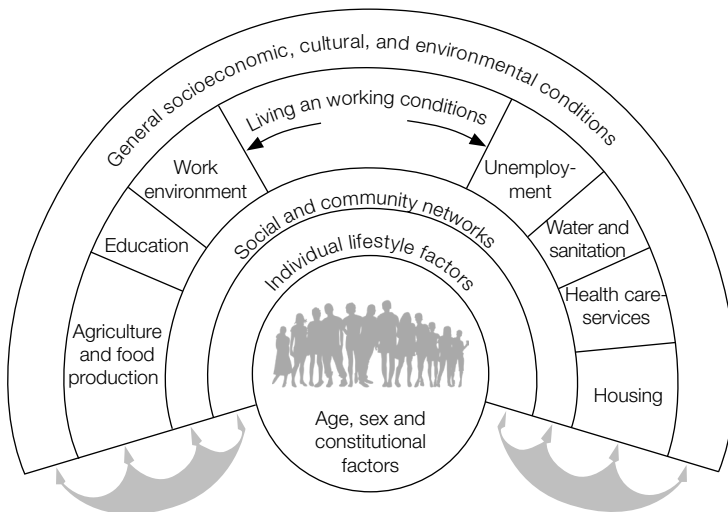


Abb. 2: Das Determinantenmodell nach Dahlgren, Whitehead und WHO (2007, S. 20)

Genetische Disposition, Geschlecht und Alter bilden einen weitgehend festgelegten und doch sensiblen Kern des Modells (z. B. Mutagene durch radioaktive Strahlung). Körperliche Konstitution und Persönlichkeitsstruktur bilden die inneren Anforderungen im dynamischen Bewältigungsmodell (siehe Kap. 5). Die soziale Umgebung (Familie, Freunde, Arbeitskollegium) bedingt Gesundheit sowohl als direkter Schutzfaktor als auch indirekt, indem sie ein Gesundheitsverhalten (Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Suchtmittelkonsum, Gewalt) fördert. Am

stärksten beeinflussen wirtschaftliche Lebensbedingungen (Einkommen, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Zugang zu medizinischer Versorgung) den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften. Neben der medizinischen und hygienischen Versorgung (z. B. Mutter-Kind-Vorsorge, Impfschutz, Trinkwasser usw.) tragen vor allem die Verbesserung der sozialen Lage, der Wohn- und Einkommenssituation zu Gesundheit bei. Auch die Ziele der Nachhaltigkeitsagenda (siehe Kap. 1.4) nennen die Bekämpfung von Armut als erstes Entwicklungsziel.

Gesundheitsförderung befasst sich damit, Determinanten für Gesundheit in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Maßnahmen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen einwirken (*Verhaltensprävention*) und solchen, die sich mit der Gestaltung von Verhältnissen (*Verhältnisprävention*) befassen.

3 Merkmale von Gesundheit

Merkmalsbeschreibungen von *gesund* sind ohne Abgrenzung von *krank* nicht möglich, d. h. jede Definition von Gesundheit schließt auch Annahmen darüber ein, wie die beiden Zustände in Beziehung stehen.

- *Dichotom*: Gesundheit und Krankheit als einander ausschließende Zustände. Diese eindeutige Abgrenzung hat mit Blick auf sozial- und arbeitsrechtliche Konsequenzen (Krankschreibung, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Rentenbezüge usw.) Bedeutung.
- *Bipolar*: Gesundheit und Krankheit als einander entgegengesetzte Pole auf einem (mehrdimensionalen) Kontinuum des (Un-)Wohlbefindens.
- *Orthogonal*: gesundheitserhaltende Bedingungen (individuelle und gesellschaftliche Schutzfaktoren) und krankmachende Einflüsse (Umweltschadstoffe, Gewalt, Krisen wie Arbeitslosigkeit, Armut usw.) als zwei unabhängige Variablen (Franke, 2017).

Problemlagen können sich aus der Diskrepanz zwischen subjektiv wahrgenommenen und objektivierbaren Gesundheitsindikatoren ergeben.

3.1 Gesundheit und individuelle Lebensqualität

Gesundheit wird von Menschen mit einer positiven emotionalen Qualität verbunden, mit Schmerzfreiheit, körperlichem und geistigem Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude (Bergdolt, 2011). Die *subjektiven Konzepte* von Gesundheit variieren je nach Lebensalter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage und sozio-kultureller (einschließlich religiöser) Orientierung und beeinflussen die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, Ursachenzuschreibungen für Gesundheit und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten (Hurrelmann et al., 2004; Fran-

ke, 2017). Untersuchungen zu Laienvorstellungen von Gesundheit sehen in ihr vor allem ein Aktionspotential zur Überwindung der Lücke zwischen Wissen und gesundheitsrelevantem Verhalten. Dementsprechend werden in der Prävention subjektive Theorien von Gesundheit (Annahmen über ihre Entstehung, Gefährdung und Wiederherstellung) als bedeutsam eingeschätzt, um dem Grundsatz der personenzentrierten Gesprächsführung nach C. Rogers ... entsprechend, die Menschen „dort abzuholen, wo sie stehen“ (Faltermaier, 2015, S. 3).

Mit der Definition von Gesundheit als Wohlbefinden (*physical, mental and social well-being*) werden aber auch Ängste der Verweichlichung geschürt. Die Warnung vor Genussucht und Leistungsverweigerung steht im Raum und Gesundheit erhält weitere Merkmalszuschreibungen wie Disziplin (*Lehren vom rechten Maß*: Achtsamkeit, Konzentration, Verzicht, Askese, Abhärtung) und die Fähigkeit zur Selbstregulation. Individuelles Wohlbefinden wird zur schier uferlosen Zielscheibe für zahlreiche Angebote am Gesundheitsmarkt (siehe Kap. 6).

3.2 Gesundheit im Bezugssystem Medizin

Im biomedizinischen Ansatz ist Krankheit der *positive* Wert: es liegen Befunde (Symptome, Syndrome) vor, Abweichungen von einer als Norm erkannten Funktionalität werden mittels internationaler Klassifikationskataloge für Krankheiten und Syndrome (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) definiert. Ob ein Phänomen aber als Krankheit anerkannt wird oder nicht, hängt von gesellschaftlichen Wertungen ab. Der kulturelle Wandel dessen, was als *gesund* interpretiert wird, lässt sich am Umgang mit Behinderung, mit chronischen Krankheiten, sexueller Orientierung usw. ablesen.

Wer Ursachen für Krankheiten kennt, kann sie auch ausschalten, beseitigen, vermeiden – das ist die Schlüsselidee von *Primärprävention* und *gesundheitlicher Aufklärung*. Die biomedizinische Forschung (z. B. Genomforschung) dringt in immer kleinere Funktionseinheiten vor, die fortschreitende Entwicklung technischer Möglichkeiten einer Diagnose bringt immer detailliertere Erkenntnisse zutage. Auf diese Weise können zunehmend mehr potentielle Risiken identifiziert werden. In der Interpretation werden diese allerdings oft nicht als Wahrscheinlichkeiten, sondern als faktisch angenommen, womit einer Pathologisierung gesellschaftlicher und sozialer Problemlagen und Medikalisierung von Lebensphasen Vorschub geleistet wird (Kickbusch & Hartung, 2015).

3.3 Gesundheit im Bezugssystem Gesellschaft

Merkmale von Gesundheit der Bevölkerung werden an unterschiedlichen Indikatoren gemessen. Drei klassische Indikatoren sind Mortalität, Morbidität und Invalidität. In den *Gesundheitsstaterhebungen* werden Risikofaktoren (aus Lebensweise und Gesundheitsverhalten, aus dem sozialen, ökologischen oder beruflichen Umfeld, für spezielle Personengruppen) erfasst. Die Verknüpfung der Daten mit

sozioökonomischen Merkmalen zeigt, wie sehr gesundheitliche Ungleichheit ein Merkmal von sozialer Ungleichheit (in Bezug auf Wissen, Macht, Geld und Prestige) ist (Franke, 2017).

Der Aufbau einer funktionierenden Gesundheitsversorgung und der Zugang der Menschen zu entsprechenden Einrichtungen ist ein Merkmal von *Lebensqualität*, einem Konzept zur Messung der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. Wie aus der Zufriedenheitsforschung bekannt ist, führen gute objektive Lebensbedingungen nicht unbedingt zu einem subjektiv als *besser* empfundenen Leben und umgekehrt. Die individuelle Fähigkeit, dem Leben Qualität abzugewinnen, hängt auch von Persönlichkeitsfaktoren wie z. B. optimistischer Grundhaltung, Selbstwirksamkeitserwartung und interner Kontrollüberzeugung ab. Diese werden als bedeutsam für Gesundheit angesehen (Noll, 2017) und sind auch im Konzept *Resilienz* (vgl. Beitrag 5) enthalten. Darunter wird eine dynamische Lernfähigkeit einer Person, sich auch unter widrigen Bedingungen gesund zu entwickeln, verstanden (Lyssenko & Bengel, 2016).

4 Funktionen von Gesundheit

Gesundheit wird nicht als Selbstzweck, sondern als Ressource verstanden, um die inneren und äußeren Anforderungen des Lebens bewältigen zu können. Welche Funktion Gesundheit für die Entwicklung von Personen, Organisationen, der Gesellschaft und der Welt hat, bestimmt auch ihre Wahrnehmung als Pflicht und Verantwortung.

4.1 Gesundheit als Wert

Gesundheit fordert zur Auseinandersetzung mit grundlegenden Fragen zum Sinn des Seins, zu Werten, zu Prioritäten und zum Schutz des Lebens heraus. Insofern hat Gesundheit eine pädagogische Funktion: Barmherzigkeit (eine Pflicht in allen Weltreligionen) und Fürsorge (z. B. Caritas, Diakonie) für jene, die nicht ausreichend für sich selbst sorgen können (Selbstsorge), sind ein Gradmesser der Humanität einer Gesellschaft. Diese zeigt sich im Umgang mit Kindern, Alten, Kranken, Behinderten und sozial ausgegrenzten Personen.

Es stellt sich die Frage, ob Gesundheit nun das vielzitierte *höchste Gut* (ein absoluter Wert) oder ein *relativer* Wert (bezogen auf Vergangenheit, Vergleichspersonen oder andere Sinndimensionen wie Verwirklichung im Beruf, Streben nach materiellem Wohlstand, Schutz der Natur, Engagement im Laiengesundheitssystem usw.) ist.

4.2 Gesundheit als Kapital und Ausdruck der Leistungsfähigkeit

Die Gesundheit der Mitglieder einer Gesellschaft wird über ihre Funktion für das soziale System bestimmt. Gesund ist, wer seinen Rollen und Verpflichtungen nachkommen kann.

„Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parson, 1967 zitiert nach Franke, 2017, S. 44).

Gesund ist demnach nicht der Mensch an sich, sondern die Person in Erfüllung ihrer Pflichten. Diese Bedeutsamkeit spiegelt sich auch im Arbeitsethos wider. Der Wunsch, den Erwartungen gerecht zu werden und damit auch sozial anschlussfähig zu bleiben, kann gesundheitsgefährdendes Arbeitsverhalten ebenso provozieren wie Arbeitslosigkeit Krankheit. Die Ideologie der Rollenerfüllung ist vor allem aus Sicht der Frauengesundheit kritisch beforcht worden.

Mit der Kostendiskussion über das Gesundheitssystem und Einrichtungen der sozialen Wohlfahrt rücken auch das *Laiengesundheitssystem* und damit die Care-Arbeit (Kinderbetreuung, Altenpflege, Freundschaftsdienste, häusliche Pflege), die in familiären und nachbarschaftlichen Netzwerken geleistet wird, in den Vordergrund. Eine verbesserte Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit, Familien- und Sorgearbeit, Freizeit und zivilgesellschaftlichem Engagement wird angestrebt.

5 Gesundheitsbezogene Prozesse

Wie entwickelt sich Gesundheit? Kann man Gesundheit lernen? Das Konzept der Lebenskompetenzen (vgl. Beitrag 5) geht davon aus, dass Gesundheit förderbar ist. Damit wird sie zu einem wichtigen Inhalt schulischen Lernens.

5.1 Gesundheit – ein dynamisches Geschehen

Seit alters existieren Vorstellungen darüber, dass es ein *mehr oder weniger* an Gesundheit gibt, dessen Quantität und Qualität sowohl individuell (leiblich-seelisch) als auch sozio-kulturell bestimmt wird. Während *Homöostase-Modelle* auf einen Zustand von Ausgeglichenheit hinarbeiten, betonen *Heterostase-Modelle* die Fähigkeit der Anpassung, des dynamischen Sich-Veränderns.

Im Wechselspiel von physischen, psychischen und sozialen Belastungs- und Schutzmechanismen wird Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht verstanden, das ständig neu ausbalanciert werden muss. Damit wird Gesundheit zu einem *Zustand*, der einem nicht schicksalhaft zustößt, sondern nach aktivem Engagement verlangt.

Gesundheit bezeichnet einen Prozess der Anpassung. Sie ist nicht das Ergebnis instinktiven Verhaltens, sondern autonomer, wenngleich kulturell geformter Reaktionen auf eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, erwachsen und älter zu werden, im Falle einer Verletzung oder Krankheit zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben begreift Gesundheit auch die Zukunft mit ein, daher gehören zu ihr auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben. (Illich, 1975 zitiert nach Scharinger, 1996, S. 17)

Das derzeit bekannteste Heterostase-Modell ist das Modell der Salutogenese nach Antonovsky. Ein zentrales Konzept darin ist das *Kohärenzgefühl* (sense of cohe-

rence), eine Grundorientierung, die ein dauerhaftes und dynamisches Vertrauen darin ausdrückt, dass das Leben und seine Anforderungen Sinn erfüllen und zu gestalten sind. Es setzt sich aus den drei Teilkomponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness) zusammen (Antonovsky & Franke, 1997).

In der Persönlichkeitspsychologie haben sich Selbstaktualisierungsmodelle durchgesetzt, die dynamische Persönlichkeitseigenschaften wie Offenheit, Spontanität, Entwicklung und Unabhängigkeit als Eigenschaften gesunder Menschen bezeichnen (Hurrelmann, 2000; Franke, 2017) und einer gesundheitsförderlichen Pädagogik ein Ziel weisen.

5.2 Gesundheit – ein erlerntes Verhalten

Stressoren sind eine omnipräsente Lebensrealität: Arbeitsbelastungen, soziale Konflikte, innerpsychische Krisen, eine körperliche Erkrankung, der unerwartete Tod eines geliebten Menschen – besonders für den Bereich der psychosozialen Gesundheitsförderung tritt die Suche nach Aktivierungspotentialen vorhandener individueller Ressourcen in den Vordergrund.

Gesundheit kann als erlerntes Verhalten verstanden werden, welches in Lebensstilen sichtbar wird. Gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen werden als zwei Pole ein und derselben Verhaltensklasse verstanden, die typische altersmäßige Entwicklungsverläufe in den diversen Bereichen (Hygiene, Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum usw.) zeigen (Pinquart & Silbereisen, 2002; Hurrelmann et al., 2004).

Während im Kindesalter das Gesundheitsverhalten stark durch elterliches Vorbild geprägt und über elterliche Kontrolle der diversen Lebensbereiche (Ernährung, Bewegung, Schlaf, Sicherheit) reguliert wird, wird jugendliches Gesundheitsverhalten aus entwicklungspsychologischer Sicht als Mittel für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (z. B. Unabhängigkeit von Eltern, Entwicklung von Ich-Identität, Zugang zu Bezugsgruppen) interpretiert (Pinquart & Silbereisen, 2002).

Riskantes Gesundheitsverhalten ändert sich bei der Mehrheit der Menschen, wenn die mit der Erwachsenenrolle verbundene Verantwortung (z. B. in der Partnerschaft, im Beruf, für die eigenen Kinder) übernommen wird. Allerdings gibt es in der Entwicklung des Gesundheitsverhaltens auch bedeutsame interindividuelle Unterschiede, deren Ursachen sowohl im sozialen Umfeld (z. B. elterliches Erziehungsverhalten, Vertrauen und Verlässlichkeit in Beziehungen, schulische Erfolge und berufliche Integration) als auch in Persönlichkeitsfaktoren wie z. B. Probleme der Selbststeuerung (Impulskontrolle, Fähigkeit zu Verzicht und Aufschub von Befriedigung) erkannt werden (Bauer, 2015).

Gesundheitsverhalten steuern

Individuelles Gesundheitsverhalten wird mit Hilfe verschiedener Verfahren gesteuert. Hurrelmann et al. (2004, S. 37) unterscheiden

- *Edukative Verfahren:* Über Aufklärung und Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen soll die individuelle Gesundheitskompetenz gefördert werden.
- *Normativ-regulatorische Verfahren:* Über gesetzliche Ge- und Verbote samt Sanktionsandrohung bei Missachtung werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen eingefordert.
- *Ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme:* Hier wird versucht, über Steuern und finanzielle Anreize das Nachfrage- und Konsumverhalten zu ändern.

Soziales Marketing, welches Gesundheit über öffentliche Gesundheitskampagnen, Mitmach-Aktionen usw. als attraktives Produkt quasi *verkauft* oder via Nudges (Wahlmöglichkeiten so präsentieren, dass individuelle Entscheidung beeinflusst wird) *anstubst*, verändert die Akzeptanz von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhalten ebenso wie die Kommunikation über soziale Medien und Meinungsbildung über *Social Influencer*.

Gesundheitsverhalten ändern

Interventionen zur Änderung von Gesundheitsverhalten gehen von der zentralen Annahme aus, dass Menschen Phasen durchlaufen, in denen unterschiedliche soziale und kognitive Einflüsse wirksam und spezifische Faktoren der Unterstützung wichtig sind. Stellvertretend sei das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Modell, HAPA) von Schwarzer (2004) erwähnt, das ausgewählte theoretische Konstrukte (z. B. Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartung) zur Erklärung von Gesundheitsverhalten in ein Phasenmodell (Motivations-, Volitionsphase, aktionale und postaktionale Phase) integriert. Therapeutische Interventionen, die eine Änderung des Gesundheitsverhaltens bei vorliegender Diagnose und medizinischer Indikation zum Ziel haben, überschreiten das Handlungsfeld im Lehrberuf, weshalb hierorts nicht weiter darauf eingegangen wird.

5.3 Gesundheit fördern – das Konzept der Lebenskompetenzen

Das Konzept der Förderung von Lebenskompetenzen ist eine Umsetzungsstrategie mehrerer Theorien des Gesundheits- und Risikoverhaltens und fokussiert die personalen und kontextgebundenen Entstehungs- und Erhaltensbedingungen von Gesundheit (Bühler & Heppekausen, 2005).

„Life skills“ are defined as psychosocial abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. They are loosely grouped into three broad categories of skills: cognitive skills for analyzing and using information, personal skills for developing personal agency and managing oneself, and inter-personal skills for communicating and interacting effectively with others. (World Health Organization, 1999, p. 1)

Lebenskompetenzen ermöglichen einen angemessenen Umgang, sowohl mit unseren Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben,

ohne auf Risikoverhalten ausweichen zu müssen. Im deutschen Sprachraum werden aus den unten angeführten fünf Basisbereichen zehn Lebenskompetenzen gelistet.

The WHO Department of Mental Health identified five basic areas of life skills that are relevant across cultures:

- ✓ decision-making and problem-solving;
- ✓ creative thinking and critical thinking;
- ✓ communication and interpersonal skills;
- ✓ self-awareness and empathy;
- ✓ coping with emotions and coping with stress. (World Health Organization, 1999, p. 1)

Lebenskompetenzprogramme in der Schule sind als universelle Erziehungsprogramme zu verstehen und grenzen sich damit von Verhaltenstrainingsprogrammen ab, die im Rahmen therapeutischer Interventionen für spezielle Zielgruppen konzipiert werden. In Lebenskompetenzprogrammen werden herkömmliche Verhaltensweisen bewusst gemacht und in ihren (gesundheitlichen und sozialen) Folgen reflektiert. Neue personale und soziale Fertigkeiten werden eingeübt, die sich im alltäglichen Handeln bewähren müssen (Hallmann, 2015).

5.4 Gesundheitsförderung als Prozess

Der einzelne Mensch ist alleine nicht in der Lage, prekäre Arbeitsbedingungen, krankmachende Umwelteinflüsse oder soziale Ausgrenzung zu bewältigen. Strukturelle Bedingungen wie Gewalt und Diskriminierung, Korruption und Verantwortungslosigkeit der zuständigen Personen lassen sich nicht durch pädagogische Arbeit mit den Betroffenen lösen, sondern nur durch politisches Engagement. Das Wissen um die Bedingtheit der Gesundheit führt zur Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung, dem *Setting-Ansatz*.

Gesundheitsförderung bedeutet dabei *nicht* in erster Linie, Interventionen *in* den verschiedenen Settings (z. B. aufsuchende Sozialarbeit) durchzuführen, sondern eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten zu bewirken. Das schließt die Anstrengung ein, auch über die Systemgrenzen hinaus, Hindernisse zu identifizieren, die einer gesundheitsgerechten Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen und Möglichkeiten zu finden, Hemmnisse und Interessensgegensätze zu überwinden (World Health Organization, 1986).

Health promotion policy requires the identification of obstacles to the adoption of healthy public policies in non-health sectors, and ways of removing them. The aim must be to make the healthier choice the easier choice *for policy makers as well* [Hervorhebung durch die Verfasserinnen]. (World Health Organization, 1986, p. 2)

Die Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung sind auf mehreren Ebenen angesiedelt, Gesundheitsförderung durch solidarisches Handeln verlangt Ansätze in vertikaler und horizontaler Richtung.

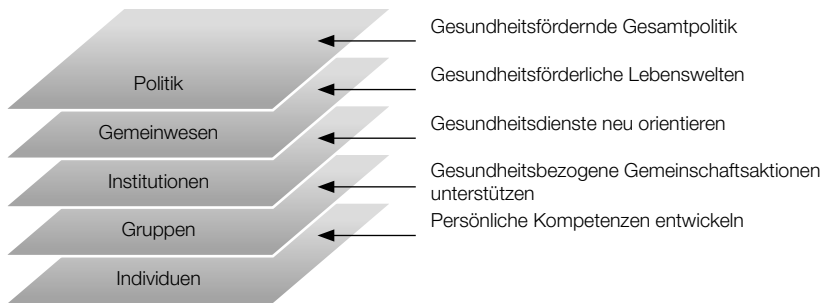


Abb. 3: Das Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung nach Kaba-Schönstein (2018, S. 2)

Für Interventionen innerhalb und zwischen den Ebenen benennt die Ottawa-Charta 1986 drei Grundprinzipien der Gesundheitsförderung:

- *Interessen vertreten (advocacy)*: Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, ökologische Faktoren durch aktives anwaltschaftliches Eintreten positiv beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.
- *Befähigen und ermöglichen (enable)*: Bestehende Ungleichheiten verringern sowie Voraussetzungen schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential verwirklichen.
- *Vermitteln und Vernetzen (mediate)*: Koordiniertes Zusammenwirken der verantwortlichen Entscheider und Berufsgruppen unter Beteiligung der betroffenen Menschen (World Health Organization, 1986).

Damit werden der Grad der Partizipation, das Einbeziehen der Betroffenen bei Situationsanalysen, Problemdefinitionen, Maßnahmenentwicklung und -realisierung sowie Ergebnisbewertung zu Indikatoren für die Evaluation von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung. Auch Lehrkräfte, die im Rahmen von Gesundheitsförderung im Setting Schule tätig sind, verpflichten sich zu einem konsistenten, wissenschaftlichen und ethischen Handeln, indem sie Analyse, Planung und Durchführung von Interventionen einer Evaluation unterziehen (Göpel, 2017).

6 Abgrenzung und kritische Entwicklungen

Anti-Aging, *Wellness* und *Life-Style-Medizin* haben eine große wirtschaftliche Bedeutung und gesundheitsbezogene Dienstleistungen lassen nicht nur Freizeitwirtschaft und Tourismus boomen. Die Verinnerlichung der Norm, dass Gesundheit vor allem eine individuelle Angelegenheit von Fitness und Selbstdisziplin ist, dass Gesundheit und damit auch Krankheit in der persönlichen Verantwortlichkeit liegt, wird als *Healthismus* (Kühn, 1993) bezeichnet. Auch Kinder werden zur Projektionsfläche einer rigiden Gesundheitsdoktrin und permanenten Selbstoptimierung.

Self-Tracking (Erfassung von Daten zur Selbstbeobachtung) wird zunehmend durch Organisations-Tracking ergänzt. Unter dem Deckmantel der Sorge um Sicherheit und Gesundheit werden bürgerliche Freiheitsrechte eingeschränkt: *Verhaltensverfehlungen* werden zu persönlichem Versagen, Schuld und Pflichtverletzung uminterpretiert, was zur Entsolidarisierung der *Gesundheitseliten* mit Einrichtungen der sozialen Wohlfahrt beiträgt (Franke, 2017; Kickbusch & Hartung, 2015).

S Gesundheit ist ein mächtiger Begriff, der vielschichtige Bedeutungen umfasst. Sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene kann man sich einer Argumentation mit *Gesundheit* schwer entziehen: sei es als Zielperspektive zur Rechtfertigung von Maßnahmen und Einsatz von Mitteln als auch normativ-evaluativ in alltäglichen Interaktionen. „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, play and love.“ (World Health Organization, 1986, p. 3)

In pluralen Gesellschaften wird es immer ein plurales Verständnis von Gesundheit samt den damit verbundenen Ambivalenzen und Ambiguitäten geben. Für Personen, die in der schulischen Gesundheitsförderung tätig sind, ist ein multi-, inter- und transdisziplinäres Wissensverständnis unumgänglich. Um handlungsfähig zu sein, braucht es beides: den Blick auf *das große Ganze* von Gesundheit und Gesundheitsförderung (Überblick) und die Vertiefung (Expertise) in ausgewählten Handlungsfeldern des Lehrerberufs.

Literatur

- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bauer, J. (2015). *Selbststeuerung. Die Wiederentdeckung des freien Willens*. München: Karl Blessing.
- Bergdolt, K. (2011). *Zur Kulturgeschichte des Gesundheitsbegriffs*. Abgerufen von http://www.kas.de/upload/Publikationen/2004/Herder_Grenzen_der_Gesundheit_bergdolt.pdf
- Bühler, A. & Heppekaussen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrum für gesundheitliche Aufklärung.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.
- Dahlgren, D., Whitehead, M. & World Health Organization (WHO). (2007). *European Strategies for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling Up Part 2*. Abgerufen von <http://www.thehealthwell.info/node/91930>
- Faltermair, T. (2015). *Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i119-1.0>
- Franke, A. (2017). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Franzkowiak, P. (2015). *Gesundheitswissenschaften/Public Health*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i061-1.0>
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheit*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i023-1.0>
- Göpel, E. (2015). *Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i120-1.0>

- Göpel, E. (2017). *Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i057-1.0>
- Hallmann, J. (2015). *Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i070-1.0>
- Hildebrandt, H. & Kickbusch, I. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Hurrelmann, K. (1991). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2018). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i033-1.0>
- Kickbusch, I. & Hartung, S. (2015). *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Bern: Hans Huber.
- Kühn, H. (1993). *Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Abgerufen von <http://hdl.handle.net/10419/122887>
- Lyssenko, L. & Bengel, J. (2016). *Resilienz und Schutzfaktoren*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i101-1.0>
- Noll, H.-H. (2017). *Das Konzept Lebensqualität*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i072-1.0>
- Pinquart, M. & Silbereisen, R.K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (11), 873–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0492-2>
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2018). *Determinanten von Gesundheit*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i008-1.0>
- Scharinger, C. (1996). *Kann Gesundheitsförderung Schule machen? Eine Analyse am Beispiel des „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“, 2/96*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Sektion II.
- Schipperges, H. (Hrsg.). (1990). *Geschichte der Gesundheit in Schlaglichtern*. Mannheim: Meyers Lexikonverlag.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.). (2003). *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- United Nations. (2015). *17 Sustainable Development Goals (SDGs) of the Agenda 2030 for Sustainable Development*. Abgerufen von <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Abgerufen von <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Abgerufen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Health Organization (1997). *Die Jakarta Deklaration zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. Abgerufen von http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf
- World Health Organization (1999). *Partners in Life Skills Education. Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting*. Abgerufen von http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf

Wenn es gelingt, Schule gesund und erfolgreich zu leben, bleiben Schüler und Schülerinnen lerneifrig und motiviert. Lehrkräfte haben Freude an ihrem Beruf und stellen sich zuversichtlich den vielfältigen Herausforderungen.

Schule wird zum Ort eines gesundheitsförderlichen, sicheren Wachstums in einer wertschätzenden Gemeinschaft.

Dieser Band gibt auf Basis des aktuellen Wissens- und Forschungsstandes Auskunft über Lehr-, Lern- und Entwicklungsprozesse und zur Gestaltung von Schulkultur. Er bietet zahlreiche Anregungen zur praxisbezogenen Umsetzung und Reflexion.

Das Buch richtet sich an Lehrkräfte, Lehramtsstudierende und Referendare aller Schularten, insbesondere wird die Primarstufe berücksichtigt.

Dies ist ein utb-Band aus dem Verlag Klinkhardt. utb ist eine Kooperation von Verlagen mit einem gemeinsamen Ziel: Lehrbücher und Lernmedien für das erfolgreiche Studium zu veröffentlichen.

ISBN 978-3-8252-5232-8



9 783825 252328



QR-Code für mehr Infos und Bewertungen zu diesem Titel

utb-shop.de