



# **Kooperationsprojekt GESUND LEBEN LERNEN –**

# **Abschlussbericht**

# **Inhalt**

- 1. Einführung**
- 2. Projektziele**
- 3. Projektzielgruppen**
- 4. Projektstruktur**
  - 4.1. Zentrale Projektstrukturen**
  - 4.2. Landesbezogene Projektstrukturen**
- 5. Methodisches Vorgehen**
  - 5.1. Niedersachsen**
  - 5.2. Rheinland-Pfalz**
  - 5.3. Sachsen-Anhalt**
- 6. Projektverlauf**
  - 6.1. Vorlaufphase November 2001 bis Juli 2002**
  - 6.2. Abstimmungsphase August 2002 bis Mai 2003**
  - 6.3. Vorbereitungsphase Juni 2003 bis August 2003**
  - 6.4. Entwicklungsphase September 2003 bis August 2005**
    - 6.4.1 Schulauswahl und Strukturaufbau**
    - 6.4.2 Strukturentwicklung und Zieloptimierung**
    - 6.4.3 Prozessentwicklung und –gestaltung**
  - 6.5. Abschlussphase September 2005 bis Juni 2006**
  - 6.6. Evaluationsphase Mai 2003 bis Dezember 2007**
    - 6.6.1 Interne Evaluation**
    - 6.6.2 Externe Evaluation**
- 7. Projektergebnisse**
  - 7.1. Erreichbarkeit und Beteiligung**
    - 7.1.1 Erreichbarkeit**
    - 7.1.2 Beteiligung**
  - 7.2. Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern**
    - 7.2.1 Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum**
    - 7.2.2 Verbesserung des Gesundheitswissens und – verhaltens der Schülerinnen und Schüler**
  - 7.3. Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern**
  - 7.4. Erprobung, Verankerung und Verbreitung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Verantwortlichen und Betroffenen**
  - 7.5. Regionale Beteiligung und Aufwand**
- 8. Projektbewertung**
  - 8.1. Strukturentwicklung**
  - 8.2. Prozessentwicklung**
  - 8.3. Ergebnisentwicklung**
- 9. Ausblick**
- 10. Anlagen**

## 1. Einführung

Gesundheit entfaltet sich im Lebensalltag und in den Lebensräumen der Menschen, in der Familie, bei der Arbeit, in der freien Zeit, im Stadtteil, in der Schule. Gesundheit zu fördern heißt deshalb, in diesen Lebenswelten Bedingungen und Sinnperspektiven zu schaffen, die es den Menschen möglich machen bzw. erleichtern, gesund zu leben. Dieses Anliegen verfolgt der Settingansatz. Bei der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Settings geht es um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip, um die Intervention im sozialen System KiTa bzw. Schule selbst und um die Veränderung bestehender Kommunikationsstrukturen unter Nutzung vorhandener Potenziale und Ressourcen in Kooperation verschiedener Träger. Das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ trägt diesem Gestaltungsansatz Rechnung.

Hauptverantwortliche für gesunde KiTas und Schulen, die den gesellschaftlichen Anforderungen Rechnung tragen können, sind grundsätzlich die Gesundheits- und Kultusbehörden sowie die KiTa- und Schulträger, die die personellen, finanziellen, infrastrukturellen und qualifikatorischen Rahmenbedingungen für Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sicherstellen. Die Leistungsfähigkeit der Settings KiTa und Schule kann weiter gesteigert werden, wenn darin mehr gesundes Spielen, Lernen und Lehren sowie gesundes Aufwachsen ermöglicht werden. Diesem Ziel gelten die Anstrengungen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Bildungseinrichtungen.

Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligen sich gemeinsam mit den Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt mit der Förderung und Umsetzung des Projektes „gesund leben lernen“ an dieser Entwicklung. Gesetzliche Grundlage dafür ist § 20 Abs.1 SGB V, wonach die Leistungen der GKV „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen. Die Projektergebnisse und -erkenntnisse sollen dazu beitragen - aufbauend auf dem Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen<sup>1</sup> und auf den „Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in der Schule“<sup>2</sup> sowie auf den vielfältigen Erfahrungen der Mitarbeiter der Krankenversicherung vor Ort - die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen in diesem Arbeitsfeld weiter zu entwickeln und zugleich interessierte Kooperationspartner zu motivieren, ebenfalls erfolgreiche Wege dieser Art zu gehen.

---

<sup>1</sup> Leitfaden Prävention Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006

<sup>2</sup> Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in der Schule, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen, Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, Bergisch Gladbach und München 2004

## **2. Projektziele**

Für das Kooperationsprojekt wurden folgende Ziele definiert:

- Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern
  - Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum
  - Verbesserung des Gesundheitswissens und -verhaltens der Schülerinnen und Schüler
- Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern
- Erprobung, Verankerung und Verbreiterung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Verantwortlichen und Betroffenen.

## **3. Projektzielgruppen**

Hauptzielgruppe des Vorhabens waren Schülerinnen und Schüler. Das Projekt richtete sich außerdem an Lehrerinnen und Lehrer und Eltern. Darüber hinaus waren in Sachsen-Anhalt auch Kindergartenkinder und Erzieherinnen Zielgruppen des Projektes. Schulträger und regionale Kooperationspartner waren als Partner einbezogen

## **4. Projektstruktur**

Die Mehrzahl der Projektstrukturen war durch den Kooperationsvertrag und die Beschreibung der Teilprojekte angelegt. Einige Strukturelemente entwickelten bzw. modifizierten sich im Projektverlauf. Wir unterscheiden zentrale und landesbezogene Strukturen.

### **4.1 Zentrale Projektstrukturen**

Die zentralen Projektstrukturen beziehen sich auf das Gesamtvorhaben. Sie gliedern das Projekt und bilden so seinen Gestaltungsrahmen.

#### **Projektträger**

„Gesund leben lernen“ ist ein Kooperationsprojekt. Träger sind die sieben Spitzenverbände der GKV und 3 Landesvereinigungen (siehe Anlage)

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- Bundesknappschaft, Bochum
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- IKK Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- VdAK e.V., AEV e.V., Siegburg
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

## **Teilprojekte**

Das Kooperationsprojekt besteht aus drei Teilprojekten, je Bundesland eines:

- Teilprojekt Niedersachsen „Gesundheitsmanagement in Schulen - Schulisches Gesundheitsförderungsprojekt unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler“
- Teilprojekt Rheinland-Pfalz „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“
- Teilprojekt Sachsen-Anhalt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten“.

Die Anzahl der teilnehmenden Bildungseinrichtungen richtete sich nach dem jeweiligen Projektansatz.

## **Länderberatergruppen**

Die Teilprojekte wurden in jedem Bundesland von einer Länderberatergruppe begleitet. Als regionaler Steuerungskreis bestand ihre Aufgabe darin, unter Federführung der jeweiligen LVG die Interventionen zu begleiten und umsetzungsrelevante Grundsatzentscheidungen zu fällen. Die Zusammensetzung und die Häufigkeit der Treffen der Länderberatergruppen richteten sich nach den regionalen Erfordernissen und Möglichkeiten. Neben den regionalen Krankenkassen wurden insbesondere Schulträger, Kultus- bzw. Bildungs- und Sozialministerien, Unfallkassen sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst eingebunden.

## **Koordination**

Koordiniert wurde „gesund leben lernen“ vom IKK Bundesverband und der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. Die Aufgaben der Koordinatoren bestanden in der

- Sicherstellung der Kommunikation und des Erfahrungsaustausches zwischen den Teilprojekten
- Herbeiführung und Abstimmung für alle Teilprojekte verbindlicher Entscheidungen
- Abstimmung gemeinsamer Pressemitteilungen und Publikationen

sowie in der Aufbereitung, insbesondere der redaktionellen Bearbeitung, aller zentralen Verwendungsnachweise, Berichte und Präsentationen bzw. Veröffentlichungen. Dafür war eine regelmäßige Verständigung der Koordinatoren nötig.

## **Fachbeirat**

Die Beratende Kommission der Spitzenverbände fungierte als Beirat, der die Projektumsetzung begleitete (siehe Anlage). Er wurde von den Spitzenverbänden unter Hinzuziehung der Koordinatoren regelmäßig über den Projektverlauf und die Projektergebnisse informiert und unterstützte mit seinen Möglichkeiten die Bekanntmachung und Verbreitung des Projektansatzes.

## **Systeminterne Arbeitsgremien**

Der Projektaufbau erforderte auch die Abstimmung innerhalb der Systeme. Die Spitzenverbände nutzten dafür die regelmäßigen Beratungen der Präventionsreferenten, die LVGs gründeten eine Arbeitsgruppe, die bei Bedarf auch Kollegen anderer Landesvereinigungen – insbesondere die mit eigenen kassenartenübergreifenden Schulprojekten – einbezog (siehe Anlage). Die Koordinatoren wurden ebenfalls bei Bedarf in beide Gremien eingeladen. Aufgabe dieser Gremien war, unter Berücksichtigung der systemischen Pflichten und Interessen sich zu Projektentwicklungen und Kooperationsstrategien zu verständigen.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt von der Universität Hamburg in Kooperation mit GESOMED Freiburg. Deren Aufgabe bestand in der Entwicklung eines auf die Projektansätze bezogenen und mit den weiteren Evaluationsinstrumenten der GKV kompatiblen Untersuchungsdesigns und der Evaluation des Projektes. Die wissenschaftliche Begleitung war insofern Teil des Projektes, als die LVGs an der Entwicklung des Evaluationsdesigns mitwirkten und die Umsetzung in den Projekteinrichtungen begleiteten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellten die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Kooperationsprojektes im Hinblick auf das Erreichen der Ziele mit einem gesonderten Vertrag sicher.

### **Bundesweite Tagungen**

Jährlich fand eine bundesweite Tagung statt. Als Koordinationsaufgabe wurde sie von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. in Abstimmung mit allen Kooperationspartnern geplant und organisiert. Sie richtete sich in erster Linie an Vertreter von Schulen und Krankenkassen sowie an weitere Interessenten und Multiplikatoren für schulische Gesundheitsförderung. Das bundesweite Treffen diente dem Erfahrungsaustausch, der Präsentation von „gesund leben lernen“ und weiteren vor allem kassenartenübergreifenden Schulprojekten, der Bilanzierung der geleisteten Arbeit und der erreichten Ergebnisse.

## **4.2 Landesbezogene Projektstrukturen**

Die Strukturen, die im Laufe der Teilprojekte aufgebaut wurden, weisen scheinbar eine große Schnittmenge auf: Projektschulen, ein Projektmanagement mit internen und externen Bestandteilen, eine begleitende Länderberatergruppe. Unterschiedliche Gremienbezeichnungen – z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Steuerungsgruppe und Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung – sind aber nicht nur sprachliche Besonderheiten, sie verweisen bereits auf die Heterogenität der formalen Ansätze. Die Strukturunterschiede sind aus der Projektanlage und -logik erwachsen und tatsächlich nur bedingt vergleichbar. Eine genaue Beschreibung dieser Teilprojektstrukturen ist im Rahmen dieses Berichtes nicht zu leisten. Sie werden in den Dokumentationen der Teilprojekte näher beleuchtet. Im Folgenden sind sie als Überblick dargestellt.

### **Niedersachsen:**

- 8 Schulen (siehe Anlage)
- Projektmanagement
  - Externes Projektmanagement durch die LVG
  - Internes Gesundheitsmanagement in der Schule mit Steuerungsgruppe und Gesundheitszirkeln
  - Länderberatergruppe
  - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation
- projektinterne Fortbildungen
- offene landesweite Tagungen

## **Rheinland-Pfalz**

- 45 Schulen (siehe Anlage)
- Projektmanagement
  - Externes Projektmanagement durch die LZG
  - Internes Projektmanagement in der Schule über Gesundheitsmoderatoren mit Lotsenfunktion und Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung
  - Regionales Projektmanagement zwischen den Schulen über Netzwerkmoderatoren
  - Länderberatergruppe
  - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation über Regionalgruppen
- projektinterne Ausbildung
- offene landesweite Fortbildungen
- offene landesweite Tagungen

## **Sachsen-Anhalt**

- 2 Projektregionen mit Bildungsstaffeln
- 11 Bildungseinrichtungen, 2 KiTas und 9 Schulen (siehe Anlage)
- Projektmanagement
  - Externes Projektmanagement durch die LVG
  - Internes Projektmanagement in der Schule mit /Koordinator/in, Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel
  - Länderberatergruppe
  - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation
- offene landesweite Fortbildungen
- offene landesweite Tagungen

## **5. Methodisches Vorgehen**

Das Gesamtvorhaben war von hoher Autonomie der Länderprojekte geprägt, die in regionaler Verantwortung realisiert wurden. Projektvorgaben wie – Akquisition regionaler Kooperationspartner, Projektlayout, sprachliche Regelungen etc. – wurden gemeinsam von allen 10 Kooperationspartnern formuliert bzw. getragen. Sie steckten den Rahmen für die Teilprojekte, die durch ein unterschiedliches methodisches Vorgehen und bei aller Übereinstimmung der Zielrichtung auch durch verschiedene Auffassungen zum Arbeitsgegenstand geprägt sind.

### **5.1 Niedersachsen**

Das niedersächsische Projekt baut auf langjährige Erfahrungen in der schulischen Gesundheitsförderung, die von der Teilnahme an BLK-Modellversuchen geprägt sind, auf. Ein Praxisbüro „Gesunde Schule“ hält seit Jahren vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung vor. Für „gesund leben lernen“ wurden 8 Schulen ausgewählt, die über keine bzw. wenig Vorerfahrung in der Gesundheitsförderung verfügten und von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Die Schulen wurden zunächst über eine Ausschreibung akquiriert, teilweise wurden sie auf eine Mitwirkung angesprochen.

Gesundheitsförderung wird im niedersächsischen Projekt als Managementaufgabe begriffen und dem Bereich der Organisationsentwicklung zugeordnet. Entsprechend dem Leitbild der „lernenden Organisation“ wurde im Projekt gesunde Schulentwicklung als Lernprozess definiert. Die Sensibilisierung für Gesundheit und die Bildung einer Steuerungsgruppe sind Basis dieses Lernprozesses, der aus folgenden Schritten besteht:

- Bestandsaufnahme und Ermittlung des Handlungsbedarfs
- Ursachenanalyse und Entwicklung von Maßnahmen in Gesundheitszirkeln
- Entscheidung über die Umsetzung von Maßnahmen
- Umsetzung der Maßnahmen
- Evaluation

Die Evaluation wird als erneute Bestandsaufnahme gesehen, die wiederum Handlungsbedarf ermittelt. Der Lernprozess beginnt erneut bzw. schreitet fort.

Der Projektansatz geht von im Setting Betrieb gemachten Erfahrungen und Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit aus. Die theoretischen Grundlagen, Instrumente und Strategien des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Projektorganisation wurden zur Initiierung von Veränderungsprozessen in der Schule genutzt: Gesetzt wurde auf die Strategien Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration und Projektmanagement. Genutzt wurden u. a. die Instrumente Steuerungskreis, Fragebogen, Projektplan, Problemanalyse und Gesundheitszirkel. Sie wurden formal der BGF entlehnt und auf ihre Tauglichkeit für das Setting Schule geprüft ggf. diesem angepasst.

Die Verbesserung der Gesundheit von Lehrkräften und nicht unterrichtendem Personal wird als Voraussetzung verstanden, Kräfte für Maßnahmen mit Schülern freizusetzen. Dabei wird an bereits Erreichtem angeknüpft und auf vorhandene Ressourcen und Potenziale orientiert. Die Stärkung der Eigenverantwortung steht im Mittelpunkt aller Interventionen.

Zur Umsetzung von Maßnahmen wird das Knowhow regionaler Partner eingebunden.

## **5.2 Rheinland Pfalz**

Das rheinland-pfälzische Projekt baut auf den Erfahrungen des OPUS - Modellversuches auf. Die Basis des Vorhabens bildeten 23 OPUS Schulen, die bereits über Erfahrung in der Gesundheitsförderung verfügten. In zwei Regionalgruppen – Nord und Süd – wurde ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen diesen Schulen gefördert. Weitere 27 Schulen wurden über ein Ausschreibungsverfahren ausgewählt. Das Auswahlverfahren war durch festgelegte Kriterien bestimmt.

Netzwerkarbeit wird in diesem Projekt als eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit nur durch gemeinsames Vorgehen - Vermitteln und Vernetzen – erhalten bzw. gefördert werden kann. Erfahrungsaustausch und gegenseitige Motivation werden neben konzeptioneller Weiterentwicklung, Bewusstseinsbildung und Schaffung einer gemeinsamen Daten- und Evidenzbasis als positive Potenziale der gesundheitsfördernden Netzwerkarbeit im Schulbereich begriffen. Als Basis dieses Vernetzungsprozesses dienen Multiplikatoren: Gesundheitsmoderatoren für die Arbeit in der jeweiligen Schule,

Netzwerkmoderatoren als regionale Ansprechpartner und für die Kooperation zwischen den Schulen.

Das Projekt setzt auf Wissensvermittlung und Kompetenzstärkung, auf Aus- und Fortbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Diese sollen als Gesundheitsmoderatoren gesundheitsfördernde Prozesse und Projekte initiieren, fördern, koordinieren und begleiten. Die Tätigkeit des Gesundheitsmoderators bezieht sich ausschließlich auf die eigene Schule. Er soll seine Kollegen von Gesundheitsförderung begeistern und sie befähigen, praxistaugliche Modelle zur Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern zu entwickeln. Darüber hinaus sollen die Gesundheitsmoderatoren tragfähige gesundheitsfördernde Strukturen an ihren Schulen aufbauen. Als „Lotse“ für Gesundheitsfragen sollen sie auf die Einrichtung einer Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung an ihrer Schule hinwirken. Die Auswahl des/der Gesundheitsmoderators/en soll von der Schulleitung und vom Kollegium getragen werden.

Besonders begeisterte und interessierte Gesundheitsmoderatoren werden weiter zu Netzwerkmoderatoren qualifiziert. Sie sind neben ihrer Aufgabe an der eigenen Schule für die Entwicklung der Gesundheitsförderung von Schulen in einer Region und deren Erfahrungsaustausch und Kooperation zuständig. Die Auswahl wurde im Vorfeld der Qualifizierung der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion kommuniziert.

### **5.3 Sachsen-Anhalt**

Neben langjährigen Erfahrungen in der schulischen Gesundheitsförderung über Landes-, BLK- und Europäische Modellversuche konnte das sachsen-anhaltische Projekt auf eine landesweite Struktur mit regionalem Unterstützungszentrum für Gesundheitsfördernde Schule (RUZ), 8 Knotenpunktschulen und 3 fachlichen Kompetenzzentren zurückgreifen. Die Auswahl der Regionen war von der Ballung sozialer Benachteiligung bestimmt, die Auswahl der Bildungseinrichtungen sollte die Bildungslandschaft (Bildungsstaffel) widerspiegeln. Die Modelleinrichtungen wurden auf eine Beteiligung angesprochen. Zwei Schulen der insgesamt 12 akquirierten Bildungseinrichtungen verfügten über Vorerfahrung in der Gesundheitsförderung.

Gesundheit und Leistung werden in diesem Teilprojekt in ihrer wechselseitigen Bedingtheit als Ausgangspunkt genommen. Die Settings KiTa und Schule werden als Lebenswelten definiert, die ebenso von „Arbeit“ geprägt sind wie Unternehmen und in denen Kinder und Jugendliche, insbesondere jene aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Gesundheit wird zum Thema der gesamten Schulentwicklung gemacht.

Die gesunde Schulentwicklung soll durch folgende Strategien erreicht werden: Veränderung des Schulalltages (Betriebsklima), Stärkung der Persönlichkeit des Einzelnen, (Empowerment), Kompetenzgewinn (Life Skills), Beteiligung und Mitwirkung aller Schulakteure (Partizipation) und Vernetzung mit anderen Partnern (Networking).

Unter Nutzung der Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung in KiTa und Schule sollen erprobte, bewährte und erfolgreiche Praktiken der Gesundheitsförderung unterschiedlicher Settings (Schule, Betrieb, Kommune/Region) zusammengeführt werden. Dabei sollen möglichst alle Instrumente der BGF in ihrer klassischen

Form und ihrem klassischen Ablauf angewandt und auf ihre Tauglichkeit für die beiden Settings geprüft ggf. angepasst werden.

Die zwei Bildungsstaffeln dienen neben der Austestung der Instrumente der BGF in den verschiedenen Bildungsformen einem direkten Vergleich gleicher Bildungseinrichtungen unterschiedlicher Regionen und perspektivisch dem Aufbau von Kompetenzzentren für BGF in KiTa und Schule bzw. von Regionalnetzwerken.

## **6. Projektverlauf**

Das Projekt verlief in fünf Phasen, die von einer sechsten – der Evaluationsphase - begleitet wurden bzw. werden, die geprägt von der wissenschaftlichen Begleitung nur teilweise Bestandteil und Auftrag des Projektes zwischen GKV und LVGs ist.

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Vorlaufphase       | 11.2001 – 07.2002 |
| Abstimmungsphase   | 08.2002 – 05.2003 |
| Vorbereitungsphase | 06.2003 – 08.2003 |
| Entwicklungsphase  | 09.2003 – 08.2005 |
| Abschlussphase     | 09.2005 – 06.2006 |
| Evaluationsphase   | 06.2003 – 12.2007 |

Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hatten die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Den Auftrag, damit insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen, wollten die Krankenkassen durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach dem Settingansatz vorrangig in Schulen erfüllen. Aufgrund zur damaligen Zeit (insbesondere im Vergleich zur Betrieblichen Gesundheitsförderung) noch geringer Erfahrungen im Setting Schule empfahlen die Spitzenverbände zunächst Modellprojekte durchzuführen. Sie plädierten für eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit dabei. Das Bundesversicherungsamt stellte im November 2001 klar, dass keine rechtlichen Einwände gegen eine nicht-versichertenbezogene Leistungsgewährung bei Krankenkassenaktivitäten nach dem Settingansatz bestünden. Damit war ein Rahmen für ein breiteres Krankenkassenengagement geschaffen.

### **6.1 Vorlaufphase November 2001 bis Juli 2002**

In dieser Situation luden die Landesvereinigungen die Spitzenverbände ein, sich die Entwicklung gesundheitsfördernder Schulen in Deutschland aus Sicht der Praktiker anzusehen. Am 29. Januar 2002 präsentierten Landesvereinigungen aus fünf Bundesländern in Magdeburg gesundheitsförderliche Schulprojekte, zwei Schulen – eine Grund- und eine Sekundarschule - gaben Einblicke in ihre Entwicklung zur Gesunden Schule. Im Ergebnis dieser Veranstaltung verständigten sich die Vertreter der Spitzenverbände der GKV und der Landesvereinigungen auf eine Zusammenarbeit.

Die Landesvereinigungen erarbeiteten eine Übersicht innovativer Projektansätze schulischer Gesundheitsförderung, die von ihnen bereits erfolgreich umgesetzt bzw. in der Entwicklung waren, und empfahlen sie zur Nachnutzung bzw. Förderung. Im

Ergebnis wurden drei Ansätze aus drei Bundesländern - Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt – für die Kooperation ausgewählt.

## **6.2 Abstimmungsphase August 2002 bis Mai 2003**

Die Abstimmungsphase war im Wesentlichen von der Vertragsgestaltung geprägt. Interessen wurden ab- und ausgeglichen, „Systemsprachen“ erfuhren eine Anpassung, unterschiedliche Organisationsroutinen wurden erkannt und kompatibel gestaltet. Bei all dem war die Schule als Hauptinterventionsfeld und damit „Vertragsgegenstand“ in ihren systemischen und länderspezifischen Bedingtheiten besonders zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurden die Projektbeschreibungen als Vertragsbestandteile konkretisiert. Die Abstimmungsphase sollte bis 31. März 2003 – mit Projektbeginn laut Vertrag – beendet sein.

Am 13. März 2003 beschlossen die Vorstände der Spitzenverbände, den gemeinsam mit den LVGs erarbeiteten Kooperationsvertrag zu unterzeichnen. Erst im Mai 2003 lag der Vertrag endgültig vor, die Arbeit in den Ländern begann mit zwei Monaten Verspätung, so verständigten sich die Kooperationspartner darauf, das Projektende vom 31. März 2006 auf den 30. Juni 2006 zu verschieben, um eine tatsächliche dreijährige Projektlaufzeit sicher zu stellen. Zum offiziellen Projektstart wurde eine erste gemeinsame Presseinformation herausgegeben.

## **6.3 Vorbereitungsphase Juni 2003 bis August 2003**

Die Vorbereitungsphase verkürzte sich in Folge der Verlängerung der Abstimmungsphase um 2 Monate. Nur bedingt konnten Arbeiten – insbesondere die Schulakquisition, die ursprünglich vor der Sommerpause abgeschlossen sein sollte – in diesem noch vertragslosen Zustand realisiert werden. Diese Phase wurde genutzt, Projektmitarbeiter auszuwählen, Rahmenbedingungen zu gestalten, die KiTa- und Schulträger sowie die Ministerien vom Vorhaben umfassend in Kenntnis zu setzen und die Schulauswahl vorzubereiten.

### **Koordination**

Die Aufgabe der Koordination bestand im Aufbau von Informations-, Organisations- und Abstimmungsroutinen. Diese reichten von der Klärung der Form der Mittelüberweisung und -abrechnung über die Planung und Umsetzung der systeminternen und der Abstimmung zwischen den Kooperationspartnern, über die Erarbeitung sprachlicher und bildlicher Vorgaben zur einheitlichen Projektpräsentation bis zur Organisation der Verständigung zwischen GKV, LVGs und Evaluatoren, die im Juli 2003 begann.

## **6.4 Entwicklungsphase September 2003 bis August 2005**

Die Entwicklungsphase lässt sich in drei wesentliche Abschnitte, die allerdings in den Teilprojekten nicht zeitgleich verliefen, unterteilen:

- Schulauswahl und Strukturaufbau
- Strukturentwicklung und Zieloptimierung
- Prozessentwicklung und -gestaltung.

### **6.4.1 Schulauswahl und Strukturaufbau**

Die Auswahl der Bildungseinrichtungen erfolgte in allen drei Projekten an Hand spezifischer, der jeweiligen Projektintention folgenden Kriterien. Sie wurde in den drei Bundesländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten realisiert und war im Februar 2004 abgeschlossen. Die Länderberatergruppen konstituierten sich zu Beginn des Projektes im Juli 2003. Damit war eine konstante Prozessbegleitung der drei Teilprojekte gesichert (siehe Anlage). Im selben Monat nahmen externe Evaluatoren und Projektträger die Arbeit zur Entwicklung und Abstimmung des Untersuchungsdesigns auf. Die systeminternen Gremien tagten. Der Aufbau der zentralen Projektstrukturen war bis auf den Fachbeirat zum März 2004 abgeschlossen. Die landesbezogenen Projektstrukturen unterlagen dem jeweiligen Projektaufbau und einer hohen Eigendynamik, die nur bedingt planbar war. Die Grundstrukturen, die die Arbeitsfähigkeit in den Teilprojekten sicherten, waren bis Mai 2004 – zeitgleich mit der ersten bundesweiten Fachtagung – in allen Einrichtungen bzw. den drei Bundesländern, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, geschaffen.

#### **Niedersachsen**

Mit Projektbeginn wurden in Niedersachsen die Schulen zunächst über die Bezirksregierung angeschrieben und auf eine Mitwirkung im Projekt angesprochen. Die Länderberatergruppe konstituierte sich am 15.07.2003. Die LVG sichtete mögliche Kooperationspartner im Land und warb für eine Mitwirkung im Projekt. Schulpolitische Veränderungen wirkten sich auf die Schulauswahl bzw. Teilnahmebereitschaft der Schulen aus. Die Auswahl gestaltete sich schwieriger und längerfristiger als geplant. Im Dezember 2003 fand ein erstes Treffen interessierter Schulen statt, das Projekt wurde vorgestellt und für eine Mitwirkung geworben. Das Interesse war groß aber auch Vorbehalte und Bedenken, insbesondere in Bezug auf den Arbeitsaufwand, wurden sichtbar. Um fundierte Entscheidungsfindungen zu ermöglichen, wurde die Ausschreibungsfrist auf den Februar 2004 verschoben. In ihrer Sitzung am 17.02.2004 wählte die Länderberatergruppe die acht Modellschulen aus. Die Arbeit in den Bildungseinrichtungen begann mit einer Fachberatung vor Ort. Der Strukturaufbau in den Schulen begann. Die Mitglieder der Länderberatergruppe wurden um die Anfertigung von Tätigkeitsprofilen gebeten, die Kooperationsmöglichkeiten für Schulen aufzeigen sollten. Zu externen Partnern wurde Kontakt aufgenommen, ihre Angebote und Möglichkeiten wurden geprüft und in eine Liste aufgenommen. So stand den Modellschulen ein Pool von Unterstützungsangeboten zur Verfügung, die ihnen auf Nachfrage vermittelt werden konnten. Am 4. Mai 2004 fand die offizielle Auftaktveranstaltung zum Projekt mit den Vertretern der Modellschulen und den in der Länderberatergruppe zusammengefassten Kooperationspartnern statt.

#### **Rheinland-Pfalz**

Die Länderberatergruppe konstituierte sich in Rheinland Pfalz am 16.07.2003. Zum 29. September lud die LZG alle am Projekt interessierten Schulen – ca. 90 – zu einer Auftaktveranstaltung ein. 76 Schulen folgten der Einladung, 50 wurden Anfang November durch die Länderberatergruppe für das Projekt ausgewählt. Vertragliche Vereinbarungen zwischen LZG und Modellschulen regelten die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit. Die Schulen wurden in sechs Regionalgruppen aufgeteilt. Im Dezember 2003 nahmen diese ihre Arbeit auf. Parallel dazu wurde die Moderatorenausbildung gemeinsam mit dem landeseigenen Lehrerfortbildungsinsti-

tut vorbereitet und mit der Länderberatergruppe abgestimmt. Ab Februar 2004 wurden den Projektschulen zentrale Veranstaltungen zur Ernährung und Bewegung sowie Fortbildungen zu Lärm und Sexualpädagogik angeboten. Am 24. März 2004 begann die Ausbildung von Gesundheitsmoderatoren für zwei Regionalgruppen. Dieser folgten am 28.4. und am 17.5. die Ausbildungszyklen für die restlichen 4 Regionalgruppen. Flankiert wurden diese Maßnahmen von der Erarbeitung einer Internetplattform und Projektpräsentationen.

### **Sachsen-Anhalt**

In Sachsen-Anhalt konstituierte sich die Länderberatergruppe am 8.7.2003. In Folge der direkten Ansprache von Bildungseinrichtungen in den beiden Projektregionen war die Auswahl Anfang Oktober 2003 abgeschlossen, 12 Einrichtungen hatten ihre Bereitschaft zur Mitwirkung erklärt und die formal nötigen Schritte wie Kuratoriums- und Schulkonferenzbeschlüsse sowie Abstimmungen mit den Trägern realisiert bzw. eingeleitet. Die KiTa-Träger und Schulämter waren in den Auswahlprozess aktiv einbezogen. Am 15. und 16. Oktober fanden die beiden Auftaktveranstaltungen in den Projektregionen statt. Die Unfallkasse wurde als ein Hauptkooperationspartner für das Projekt gewonnen. Im November fanden die ersten einrichtungsinternen Fortbildungsveranstaltungen statt. Im Dezember gründeten als erste die Grundschulen Arbeitskreise Gesundheit für Lehrerinnen und Lehrer. Im Januar 2004 erfolgte eine Dokumentation der Einrichtungszustände per Foto. Ab Februar wurden die Schüler erstmals im Projekt mit Projekttagen für Gesundheitsfragen sensibilisiert. Teilweise, insbesondere in den Kitas und Grundschulen, wurden Eltern in diese Veranstaltungen einbezogen. Die Unfallkasse nahm ihre Arbeit auf und analysierte die baulichen Gegebenheiten in den Modelleinrichtungen. Am 1. März erteilte die Stadtverwaltung Gräfenhainichen ihre endgültige Zustimmung zur Teilnahme der KiTa „Sonnenblume“, damit lagen alle notwendigen Beschlüsse die Teilnahme der Bildungseinrichtungen betreffend vor. Im März 2004 bildete die LVG Moderatoren für Gesundheitszirkel aus. Die erste landesweite offene Fachtagung „gesund leben lernen“ wurde am 17.03.2004 durchgeführt, neben den Modelleinrichtungen nahmen weitere interessierte Kitas und Schulen teil.

### **Erste bundesweite Fachtagung - Projektpräsentation**

Am 04. und 05. Mai 2004 fand die erste bundesweite Fachtagung zum Projekt „gesund leben lernen“ in Hannover mit 123 Teilnehmern statt. Neben der Projektvorstellung bot ein Markt der Möglichkeiten vielfältige Anregungen zur schulischen Gesundheitsförderung. In 10 Workshops konnten die Teilnehmer am zweiten Veranstaltungstag Wissen erwerben und Erfahrungen austauschen. Die Workshops befassten sich u. a. mit Strukturelementen der drei Teilprojekte und dem Aufbau von kassenartenübergreifenden Schulprojekten anderer Bundesländer und LVGs.

### **Koordination**

Neben der Planung und Organisation der ersten bundesweiten Fachtagung befassten sich die Koordinatoren in diesem Abschnitt mit vielfältigen Aufgaben: regelmäßige Information der Kooperationspartner, Vorbereitung von Präsentationen und Veröffentlichungen, Erstellung und redaktionelle Bearbeitung von Berichten. Darüber hinaus mussten die Organisationskulturen aufeinander abgestimmt und eingespielt werden. Irritationen und Missverständnisse waren zu beseitigen, Erwartungshaltungen abzuklären und zielführende Umgangsweisen zu entwickeln.

## **6.4.2 Strukturentwicklung und Zieloptimierung**

Mit dem Aufbau der Grundstrukturen war zwar der Rahmen für die Projekte gesetzt, aber die Strukturentwicklung keinesfalls abgeschlossen. Als ein Ziel des Vorhabens – Aufbau praxistauglicher Strukturen – standen sie im gesamten Projekt im Mittelpunkt, wurden permanent geprüft und angepasst und unterlagen in besonderer Weise dem Controlling. Strukturen und deren Entwicklung waren eine „Maßnahme“ neben Interventionen zur Bewegungsförderung, Lärmbekämpfung und gesunden Ernährung, um nur einige zu nennen. Ziel dieser „Maßnahmen“ war die langfristige Implementierung von Gesundheitsförderung in den Schulalltag und als Teil des Bildungsauftrages.

In allen Bildungseinrichtungen wurden der jeweiligen Situation und dem Entwicklungsstand angemessene Strukturen aufgebaut bzw. entwickelten sich; dementsprechende Ziele wurden formuliert. Die Projekt“vorgaben“ wurden als Rahmen verstanden, der gefüllt werden konnte und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhob. Gesundheitsförderung wurde im besten Sinne als ergebnisoffener Prozess praktiziert. Das erforderte bei allen Beteiligten ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz und an Durchhaltevermögen.

Mit der Zieloptimierung nutzten die 64 Bildungseinrichtungen die Möglichkeit, die Projektvorgabe zur Eigenentwicklung zu machen. Auch hier verweisen alle drei Teilprojekte und die Prozesse in den Schulen auf eine hohe Eigendynamik und sind in ihrer Qualität nicht vergleichbar. KiTa und Schule aus dem Blickwinkel des Ergebnisses von gesundheitsfördernder Entwicklung (Gesunde KiTa/Schule als Vision) zu betrachten oder gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. gesunde Schulversorgung) zu initiieren sind zwei nicht vergleichbare Wege, die zwar Schnittmengen aufweisen, aber andere Wirkungen zur Folge haben.

Die gesamte Entwicklungsphase war von der Ausgestaltung der Strukturen und permanenter Zieloptimierung geprägt. Wesentlich bestimmt wurde der Prozess von diesen Aufgaben bis Mitte 2005. Dann waren alle wesentlichen Strukturelemente der drei Teilprojekte eingeführt und konnten sich entwickeln.

### **Zweite bundesweite Fachtagung - Zwischenbilanz**

Am 21. April 2005 stellten die Schulvertreter in Mainz ihre Zwischenbilanz von „gesund leben lernen“ vor. Die 100 Teilnehmer konnten sich ein eindrucksvolles Bild von den aufgebauten Strukturen und den vielfältigen Einzelinterventionen machen. War die erste Tagung noch stark von der Darstellung durch das externe Projektmanagement geprägt, zeigten hier bereits die Pädagogen selbst, woran sie in ihren Bildungseinrichtungen arbeiteten und welche Meilensteine sie inzwischen erreicht hatten. In drei Länderworkshops konnten sich die Teilnehmer über die Teilprojekte und ihre Vorgehensweise informieren. Unter dem Titel „Schule hat Zukunft“ referierte Otto Herz nicht nur begeistert, die Tagung stand ganz im Zeichen des Erfahrungsaustauschs über eine gesunde, zukunftsfähige Schule.

### **Koordination**

Die regelmäßige Projektinformation war zu diesem Zeitpunkt zu einer Routineaufgabe geworden. Die Abläufe waren für alle Kooperationspartner transparent, Anfragen und die Bereitstellung von Materialien wurden umgehend realisiert. Die Planung und Organisation der zweiten bundesweiten Fachtagung wurden vor dem Hintergrund der Erfahrungen und der Erkenntnisse der ersten Tagung realisiert. Regelmäßig wurden

die LVG-Geschäftsführer über die Projektentwicklung informiert. Ein Erfahrungsaustausch aller kassenartenübergreifenden Schulprojekte fand statt.

### **6.4.3 Prozessentwicklung und –gestaltung**

Der Schwerpunkt der Arbeit verlagerte sich im zweiten Halbjahr 2005 auf die Prozessgestaltung. Die für tauglich befundenen Strukturen wurden genutzt, um die Entwicklung der Schulen voran zu bringen. Etliche Maßnahmen waren bereits realisiert bzw. in der Umsetzungsphase. Der Prozess erfuhr zunehmend eine Eigendynamik, insbesondere dann, wenn die Schulen Erfolge hatten und erlebten, dass sie etwas bewirken konnten. Wichtig war die Erkenntnis, dass zum Projektmanagement auch die „Inszenierung“ von Erfolg gehörte, da dadurch die Akzeptanz des Projekts erhöht und die Weiterarbeit daran vorangetrieben wurde. Auch die Teile der Kollegien, die dem Projekt anfangs skeptisch bis ablehnend gegenüber gestanden hatten, konnten jetzt verstärkt zur Mitarbeit bewogen werden.

Abhängig von den jeweiligen Möglichkeiten und Bedingungen gelangen Interventionen oder scheiterten. So erlebten Schulen z. B. Durststrecken, u. a. weil sie die Arbeit im Steuerungskreis „schleifen“ ließen, weil die Arbeit ja „lief“. Hier waren externe Beratung und Moderation nötig, um die Zielausrichtung oder deren Neuformulierung (wieder) in Gang zu bringen. Teilweise versuchten die Schulen auch auf zu vielen „Baustellen“ gleichzeitig zu arbeiten oder versäumten, Erfolge schulintern und/oder öffentlich herauszustellen, um dem Prozess dadurch neue Schubkraft zu geben. Zur Entwicklung gehörte beides: Gelingen und Scheitern, auch die Akzeptanz, manches Problem nicht bzw. noch nicht lösen zu können, z. B. wenn ein Kollegium nicht bereit war, Kommunikations- und Interaktionsprobleme zu bearbeiten.

Die Identifikation mit dem Projekt und mit der jeweiligen Bildungseinrichtung stieg bei den Beteiligten - insbesondere bei den Projektaktiven – spürbar an. Die Eigenverantwortung nahm zu. Die Arbeit in den Steuerungskreisen wurde immer häufiger von den Akteuren in den Schulen selbst übernommen, in Niedersachsen z. B. von den gewählten Sprecherinnen.

In Rheinland-Pfalz sind hier besonders die Netzwerkmoderatoren zu nennen, die sich immer stärker beim Strukturaufbau und der Weiterentwicklung des Netzwerkes engagieren. Die Kenntnis der Schulen über potenzielle Kooperationspartner nahm zu. Neue Kooperationspartner wurden selbständig und erfolgreich gesucht, insbesondere nach der Erfahrung, dass es auch Interesse unterschiedlicher Partnerinnen und Partner daran gab, Förder- und Hauptschulen zu unterstützen. In Sachsen - Anhalt arbeiteten die Projektkoordinatoren in den KiTas und Schulen zunehmend selbständiger mit den Mitgliedern ihrer Arbeitskreise Gesundheit und unterstützten gemeinsam mit den Leitungen ihrer Einrichtung den Umsetzungsprozess in den einzelnen Projekten. Wenn es gelang, die für die praktische Umsetzung notwendigen personellen und materiellen Ressourcen in einem zumutbaren Kräfteaufwand zu organisieren, waren gute Voraussetzungen für ein Gelingen gegeben. Dazu gehörten, Akzeptanz bei den Beteiligten zu finden, Partner zur Mitwirkung zu gewinnen und überschaubare und machbare, der jeweiligen Einrichtungssituation angemessene Aufgaben zu formulieren. Ungünstig waren überzogene Erwartungshaltungen bei den Beteiligten, nicht ausreichende Motivation und Mobilisierung der Betroffenen sowie äußere Rah-

menbedingungen wie Schulfusionierungen, Personalverschiebungen, Budgetkürzungen durch die Schulträger, ungeplante Reparaturen und Renovierungsarbeiten.

Der Prozess war kleinschrittig. Das sorgte am Anfang für Unzufriedenheit. Nun wurden die hart erarbeiteten Lösungsansätze sichtbar. Sie begannen im Schulalltag zu wirken. Mit der Potenzialerschließung oder Problemlösung wuchsen neue Arbeitsansätze und Interventionsmöglichkeiten. Der Gesundheitsbegriff erweiterte sich, so dass die Bandbreite der Problembearbeitung größer wurde. Standen zu Anfang mehr Themen der „klassischen“ Prävention auf der Agenda der Schulen (Ernährung, Bewegung, Stressreduktion), wurden im Laufe der Zeit weitere Bereiche der Organisation Schule in den Fokus genommen (Gesundheit der Lehrkräfte, Verhaltensmodifikation und Regeln für das Zusammenleben, Kommunikation im Kollegium, Rolle der Schulleitung). Jede erfolgreich umgesetzte Maßnahme stärkte das Vertrauen der Akteure, den Schulalltag nach eigenen Vorstellungen umgestalten zu können, konstruktiv mitzuwirken und sich dabei wohl zu fühlen. Die von Schülerinnen und Schülern angenommenen Veränderungen des Schulalltages wie bewegter Unterricht oder bewegte Pause machten Mut, nach weiteren und neuen Formen zu suchen, z.B. in anderen Fächern. Der Einsatz von neuen Unterrichts- und Entspannungsräumen zog veränderte Unterrichtsformen und/oder Freizeitgestaltungen nach sich. So hatte z.B. der Bau eines grünen Klassenzimmers nicht nur den Unterricht im Freien zur Folge, sondern erforderte auch eine Anpassung von Methodik und Didaktik des Unterrichts.

Die Entwicklungsphase überschneidet sich mit der Abschlussphase. Während die Abschlussphase im September 2005 begann, hielt die Prozessgestaltung unvermindert an. Die Netzwerkmoderatoren in Rheinland-Pfalz leiteten die Regionalgruppen inzwischen eigenständig und organisierten sowohl den fachlichen Austausch unter den Gesundheitsmoderatoren der Schulen als auch Fortbildungen, je nach regionalem Bedarf. Darüber hinaus betrieben sie aktive Werbung an weiteren Schulen in den Regionen für die Beteiligung am Netzwerk und unterstützten die interessierten Schulen bei der Umsetzung vor Ort in den Bildungseinrichtungen – in Bezug auf die Maßnahmenmenge und -vielfalt – erhöhte sich.

Alle drei Projekte verzeichneten eine Interventionsdichte, die zunehmend als Schulentwicklungsarbeit erlebt wurde. Das bedeutete zum einen, dass die Dokumentation nicht mehr so akribisch erfolgte, zum anderen, dass die Bildungseinrichtungen erworbenes Wissen und nun vorhandene Kompetenzen auch in anderen Feldern – die auf den ersten Blick nichts mit dem Projekt zu tun hatten bzw. von ihnen nicht als Projektfolge gesehen wurden – nutzten. So verbanden Schulen ihre Bemühungen zur Gesundheitsförderung mit dem Ausbau ihrer Umweltbildung und vereinbarten z.B. Anschluss- bzw. Nachfolgeprojekte mit dem NABU. Auch die Integration von Gesundheitsförderung in die inhaltliche Ausgestaltung ihres Ganztagschulkonzeptes oder die Verknüpfung von Gesundheit, Leistung und Schulqualität – in Sachsen-Anhalt z.B. die Zertifizierung mit dem Audit Gesunde Schule - gehörten dazu.

Zum Ende des dritten Abschnittes der Entwicklungsphase waren die Tendenzen der Eigeninitiative und „Abnabelung“ vom externen Projektmanagement bereits deutlich sichtbar, der Prozess trat in eine neue Qualität.

## **6.5 Abschlussphase September 2005 bis Juni 2006**

Neben den formalen Aufgaben, die eine Abschlussphase prägen, sorgten Maßnahmedichte, interne Evaluation, Abschlusskonferenz und Gespräche, wie die Erfahrungen und Erkenntnisse nach dem Projektende in die Fläche getragen werden könnten, für eine hohe Arbeitsbelastung aller Beteiligten.

Im September begannen die LVGs – als externe Projektmanager – mit der Planung des Abschlusses als Neubeginn. Nicht nur die Verpflichtung zur Nachhaltigkeit bedingte diesen Ansatz, ein Projekt ist nur dann wirklich erfolgreich, wenn es nach Abschluss der Förderphase weiter in den geschaffenen Strukturen leben kann und damit vom Projektstatus in die Alltagsroutine wechselt. Das bedeutet nicht, dass diese keine Begleitung mehr benötigen. Es erfordert aber eine neue Form der Arbeit, die vorbereitet sein muss.

Hierzu gehörte u.a.:

- Lösungen für die beteiligten Bildungseinrichtungen zu finden, die sich von der intensiven Begleitung zu Unterstützung bei Bedarf, Weitergabe des Erlernten und Erfahrenen bis hin zu neuen Entwicklungsoptionen (z.B. als Kompetenzzentrum) bewegen.
- Information und Hilfe für interessierte andere Bildungseinrichtungen im Bundesland und darüber hinaus anzubieten.
- Die Öffentlichkeit von den Projekterkenntnissen und -ergebnissen zu informieren und insbesondere der Fachöffentlichkeit zu ermöglichen, diese zu nutzen.
- Den Abschluss als Höhepunkt der vergangenen Projektarbeit und als Auftakt fürs Weitermachen und Vertiefen zu gestalten.
- Landesweite Strukturen (Länderberatergruppe) und bundesweite Kooperationen (GKV, LVGs, Beirat) auf den Prüfstand zu stellen und ggf. zukunfts nutzbar zu gestalten.

### **Dritte bundesweite Fachtagung - Bilanz**

Die dritte bundesweite Fachtagung am 29. und 30. März in Magdeburg, Burg und Gommern dokumentierte die Projektentwicklung in eindrucksvoller Weise. Selbstbewusst und mit hoher Fachkompetenz stellten sich die Bildungseinrichtungen der bundesweiten Kritik der 150 Teilnehmer. Neben den bewährten Länderworkshops boten Workshops vor Ort in 5 Bildungseinrichtungen die Möglichkeit, eingesetzte Instrumente – vom Gesundheitszirkel bis zur Zertifizierung – live zu erleben und in den Erfahrungsaustausch mit den Praktikern zu treten.

### **Fortsetzung der Arbeit**

Die Länderberatergruppen einigten sich auf eine Fortsetzung ihrer Arbeit in allen drei Bundesländern. Die LVGs verständigten sich mit den Spitzenverbänden zu Abschluss und Neubeginn, zur Fortsetzung der gemeinsamen Arbeit, die eine Vertiefung der Erkenntnisse und eine Verstetigung und Ausweitung geschaffener Strukturen bedingen soll.

### **Abschlussarbeiten**

Alle drei Projekte wurden in landesbezogenen Dokumentationen von den LVGs aufgearbeitet und sind auf der Projektinternetseite (<http://www.gesundlebenlernen.com>) und auf den Internetseiten der LVGs abrufbar: Niedersachsen: <http://www.gesundheitsnds.de/arbeitsschwerpunkte/uebersicht/gesundheitsmanagementinschulen.htm>; Rheinland-Pfalz: [www.lzg-rlp.de/gesundleben](http://www.lzg-rlp.de/gesundleben); Sachsen-Anhalt: [http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/service/aktuell\\_brosch.php](http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/service/aktuell_brosch.php). Außerdem wurden teilpro-

jektbezogene Handlungsempfehlungen zur gesundheitsförderlichen Arbeit in KiTas und Schulen formuliert. Die Handlungsempfehlungen und dieser Abschlussbericht stellen die übergreifenden Erfahrungen und Erkenntnisse von „gesund leben lernen“ zusammen. Die Projektabrechnung erfolgte per 30. Juni 2006.

### **Koordination**

Aufgabe der Koordination war erneut die Planung und Organisation der Bundestagung. Als ein Bilanzinstrument sollte sie vor allem dem großen Bedarf nach Einblicken in die Praxis gerecht werden. Diese Erwartungshaltung erforderte einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die Entwürfe für die Handlungsempfehlungen für die GKV und den Abschlussbericht wurden von der LVG Sachsen-Anhalt erarbeitet und zunächst mit den Beteiligten, dann mit allen LVGs sowie den Vertretern der Spitzenverbände abgestimmt. Die Endredaktion lag in der Verantwortung der Koordinatoren. Zur Präsentation des Gesamtprojektes wurde ein Projektordner entwickelt, der alle dokumentierten Projektergebnisse bündelt und ausgewählten Multiplikatoren zur Verfügung gestellt wird.

## **6.6 Evaluationsphase Mai 2003 bis Dezember 2007**

Diese Phase begleitete das gesamte Projekt und weist noch darüber hinaus. Sie war und ist von Dokumentation und Analyse bzw. Bewertung geprägt und durch interne und externe Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisbeurteilung gekennzeichnet.

### **6.6.1 Interne Evaluation**

Die interne Evaluation der LVGs war unterschiedlich aufgebaut. Während in Niedersachsen jede Schule eigene Befragungen ihrer Zielgruppen vornahm und Experteninterviews im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt wurden, befragte die LZG Rheinland-Pfalz alle Projektschulen. In Sachsen-Anhalt wurden die Instrumente der BGF besonders unter die Lupe genommen.

Quantitative und qualitative Zielabgleiche nahmen alle drei Teilprojekte vor. Gesundheits- und Arbeitsschutz wurden teilweise durch Analysen der Unfallkassen betrachtet, bewertet und auf ihre Umsetzung geprüft. Insgesamt kamen ca. 10 unterschiedliche Verfahren zur Prüfung von Einzelaspekten zum Einsatz. Dazu gehörten u. a. Begehung, Befragung, Fotodokumentation, Verkostung, Interview. (siehe Landesdokumentationen)

### **6.6.2 Externe Evaluation**

Am 18.7.2003 informierten sich die externen Evaluatoren bei den LVGs über den Aufbau und das methodische Vorgehen in den Teilprojekten. Damit begann eine intensive Auseinandersetzung zur Entwicklung eines angemessenen Untersuchungsdesigns und praktikabler Instrumente, die nicht nur für alle Bildungseinrichtungen und die drei Teilprojekte tauglich, sondern darüber hinaus generell für Schulprojekte nutzbar sein sollten. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergab sich aus dem Anspruch, Kompatibilität zu anderen Evaluationsinstrumenten für die GKV herzustellen.

Regelmäßige Abstimmungen und Treffen kennzeichneten diese Phase. Wissenschaftliche Methodenkenntnis, Praxiswissen und Wirkungserwartungen wurden unter Nutzung vorhandener Entwicklungen, z.B. Fragebögen der BGF in Einklang gebracht, ein Unterfangen, das schwierig und zeitaufwendig war. Die ersten Instrumente, die entwickelt wurden, waren der Maßnahmedokumentationsbogen und der Fragebogen zu Fortbildungsveranstaltungen. Denen folgte im November 2003 der Strukturbogen. Im Dezember begann die Arbeit an den Schüler- und Lehrerfragebogen, die sich bis Sommer 2004 hinzog. Ende Januar 2004 lagen die ersten beiden der insgesamt sechs entwickelten Instrumente zur Abstimmung vor. Im April 2004 fand die Verständigung zum Beobachtungsbogen statt. Erst im Herbst 2004, anderthalb Jahre nach Projektbeginn, wurde die Entwicklung der Instrumente abgeschlossen.

Entwickelt wurden

- Erfassungsbogen zur Beschreibung gesundheitsfördernder Schulen
- Fragebogen für Schülerinnen und Schüler
- Fragebogen für Lehrerinnen, Lehrer und pädagogisches Personal
- Beobachtungsbogen „Entwicklungsprobleme“
- Kurzfragebogen für Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen
- Dokumentationsbogen für Fortbildungen
- Maßnahmendokumentation „Gesundheitsfördernde Schule“

Das Instrumentarium wurde im Projekt „gesund leben lernen“ der Spitzenverbände der Krankenkassen durch Erhebungen in den drei Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt erstmals eingesetzt. Die Konstruktion und Abstimmung der Instrumente erfolgte von Herbst 2004 bis Frühjahr 2005, die behördlichen Genehmigungen der Landesministerien, Bezirksregierungen und Landesdatenschutzbeauftragten sowie – in einem Bundesland – die Zustimmung des Landespersonalrats zogen sich bis zu fünf Monaten hin; der wichtigste Verzögerungsfaktor war, dass in einem Bundesland die zuständigen Verwaltungsgänge zur Antragszeit umstrukturiert wurden und der Antrag daher mehrfach zwischen verschiedenen Verwaltungsebenen wechselte, bis die Antragsteller selbst eine Abstimmung zwischen diesen Ebenen unterstützten und herstellten.

Die erste Befragung - zunächst der Pädagogen – begann im Dezember 2004, dieser folgte die Schülerbefragung. Nur ausgewählte Bildungseinrichtungen wurden in die Befragungen einbezogen. Bei der Initiierung des Projektes war von einer Vollerhebung ausgegangen worden. Die Befragungsergebnisse sollten in den Einrichtungen ursprünglich als Ausgangsanalyse zu Projektbeginn, also als Gesundheitsbericht, genutzt werden. Dies war nicht leistbar. Die Ursachen hierfür waren vielfältig: sie reichten von zu großen Beteiligungszahlen über inhomogene Gruppen (3Jährige bis 19Jährige, Kinder mit Einschränkungen bzw. Förderbedarf bis Gymnasiasten) bis zu unklaren bzw. erst allmählich abgestimmten Erwartungshaltungen.

Die Ergebnisse der Instrumentenauswertung (von der Fortbildungsbeurteilung bis zur Schülerbefragung) wurden den Bildungseinrichtungen und Projektträgern zeitnah zur Verfügung gestellt bzw. zur Kenntnis gegeben.

Im Mai 2006 erfolgte die Zweitbefragung. 2007 soll mit der dritten Befragung u. a. untersucht werden, wie nachhaltig die aufgebauten Projektstrukturen der Bildungseinrichtungen wirken.

## **7. Projektergebnisse**

### **7.1 Erreichbarkeit und Beteiligung**

#### **7.1.1 Erreichbarkeit**

Alle definierten Zielgruppen - Kinder und Jugendliche, insbesondere sozial benachteiligte, Erzieher und Lehrkräfte, Eltern und regionale Partner – wurden von gesund leben lernen erreicht. Erreichbar waren in den Ländern – abhängig von der Menge der Bildungseinrichtungen und den demografischen Daten - unterschiedlich große Gruppen. Die nachfolgenden Zahlen mussten teilweise geschätzt werden, das geschah in der Regel auf Grund vorliegender Strukturdaten. So wurden nur Elternhäuser (nicht Eltern) in die Berechnung einbezogen und unter Berücksichtigung einer Geschwisterquote die Anzahl der Elternhäuser berechnet.

#### **Erreichbare Personen (Kinder, Schüler, Pädagogen, Elternhäuser)**

Ca. 3.615 Erreichte Personen in Niedersachsen (bei 1,46 Kinder pro Elternhaus)

Ca. 54.900 Erreichte Personen in Rheinland Pfalz (bei 1,7 Kinder pro Elternhaus)

Ca. 7.814 Erreichte Personen in Sachsen-Anhalt (bei 1,46 Kinder Pro Elternhaus)

#### **davon Kinder / Schülerinnen und Schüler**

ca. 55 % in Niedersachsen (2.000)

ca. 60 % in Rheinland Pfalz (33.000)

ca. 56 % in Sachsen-Anhalt (4.399)

#### **davon Benachteiligte Kinder und Jugendliche** (die Angaben sind Schätzungen nach der Schülerzusammensetzung der beteiligten Bildungseinrichtungen)

ca. 85 % in Niedersachsen (1.700)

ca. 55 % in Rheinland Pfalz (18.000)

ca. 37 % in Sachsen-Anhalt (1.610)

#### **davon Pädagogen**

ca. 1,2 % in Niedersachsen (245)

ca. 4,6 % in Rheinland Pfalz (2.500)

ca. 4,0 % in Sachsen-Anhalt (402)

#### **Elternhäuser**

Die Zahlen zeigen, dass die Zielgruppe Elternhäuser mit ca. 38 % in Niedersachsen (1.370), ca. 35,3 % in Rheinland Pfalz (19.400) und ca. 38,6 % in Sachsen-Anhalt (3.013) in der Erreichbarkeit einen relativ großen Stellenwert einnahm.

Inwieweit die Eltern tatsächlich vom Projekt erreicht wurden, kann nur vermutet werden, während z.B. in Kindertagesstätten und Grundschulen durch Informationen, die persönlich oder schriftlich übermittelt wurden und teilweise abgezeichnet werden mussten, eine relativ hohe Erreichbarkeit gesichert war, kann davon ausgegangen werden, dass in den höheren Schulformen die Erreichbarkeit zwar de facto gegeben war, aber nur bedingt realisiert wurde.

#### **Regionale Partner**

Im Vertrag waren folgende Partner als wünschenswert definiert: neben den Krankenkassen insbesondere Schulträger, Kultus- bzw. Bildungs- und Sozialministerien, Unfallkassen sowie Öffentlicher Gesundheitsdienst. Diese Regionalpartner wirkten in allen drei Teilprojekten mit. Darüber hinaus gab es in jeder Region weitere Kooperationspartner wie z.B. Stiftungen, Hochschulen, Sportvereine und –verbände, Beratungsstellen und private Unternehmen. In den Dokumentationen der drei Teilprojekte sind die jeweiligen Regionalpartner aufgelistet. In Niedersachsen gibt es in der in den Schulen verteilten Broschüre zu „Gesund leben lernen“ eine Liste der Kooperationspartner und –partnerinnen.

### **7.1.2 Beteiligung**

Die Beteiligung der Zielgruppen am Projekt muss differenziert betrachtet werden, da keine entsprechende Messung vorgenommen wurde. Es kann vorsichtig eingeschätzt werden, dass bestimmte Gruppen in bestimmten Bildungsformen in größerem Umfang beteiligt werden konnten. Das hat unterschiedliche Ursachen und belegt einmal mehr, dass die Entwicklung einer Einrichtung nicht pauschal mit der einer anderen verglichen werden kann. Die Beteiligung aller Zielgruppen wuchs – sofern sie nicht von Beginn an 100 % umfasste - mit dem Projektfortschritt.

#### **Kinder**

Die Beteiligung von Kindern in den beiden KiTas erfolgte zu 100 %. Prozessarbeit (Gesundheitszirkel) bezog einen Teil der Kinder ein (z.B. eine Gruppe mit 24 Kindern), diese beteiligte sich zu 100 %. Maßnahmen (z.B. Frühsport) richteten sich an alle Kinder und beteiligte Kinder in der Regel (außer z.B. bei Krankheit) ebenfalls zu 100 %.

#### **Schülerinnen und Schüler**

Es kann an dieser Stelle nicht belegt werden, wie hoch die Schülerbeteiligung in jeder der 62 Modellschulen war. Die drei methodischen Ansätze und die Verschiedenheit der Bildungseinrichtungen haben unterschiedliche Beteiligungszahlen zur Folge. Das externe Projektmanagement beobachtete sehr unterschiedliche Tendenzen. Allgemein lassen sich folgende Aussagen treffen:

- Die Bereitschaft zur Beteiligung an Prozessarbeit (Steuerungskreis, Gesundheitszirkel) beruhte auf Freiwilligkeit und Machbarkeit. In Rheinland-Pfalz war das Projekt nicht vorrangig auf die Beteiligung der Schülerinnen und Schüler angelegt. Dennoch wurden sie zum Teil mit in die Planung und Umsetzungsprozesse eingebunden (siehe z.B. „Beispiele für Aktivitäten von Projektschulen“ in der Projektdokumentation). In Niedersachsen wurden im Projektzeitraum nur an einzelnen Einrichtungen Gesundheitszirkel mit Schülern erprobt. Die Beteiligung von Schülerinnen und Schülern kann aber an der Mitarbeit in den Steuerungskreisen gemessen werden. In Sachsen-Anhalt erprobten alle Bildungseinrichtungen Gesundheitszirkel und bis auf die KiTas auch Arbeitskreise. Hier war die Beteiligung entsprechend höher.
- Bei der Beteiligung an Maßnahmen ist zwischen „verpflichtenden“ Angeboten (z.B. bewegter Unterricht) gleich 100 % Beteiligung und „freiwilligen“ Angeboten mit geringer (z.B. Erarbeitung eines Gestaltungskonzeptes für die Schulflore) bis hoher (z.B. Projekttag) prozentualer Beteiligung bezogen auf die Gesamtschülerzahl zu unterscheiden.

- Das Interesse von Schülerinnen und Schülern an der Bearbeitung arbeitsorganisatorischer Probleme (z.B. Schulklingel, Aufsichtsregelungen, Regeln für ein wertschätzendes Miteinanderumgehen) war besonders groß. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mitwirkung u. a. deshalb gelang weil sich die eingesetzten methodischen Verfahren vom Schulalltag unterschieden, weil externe Kräfte positiv wirkten und weil Schule und Unterricht vermutlich besser klappen, wenn Schüler mehr mitbestimmen dürfen und aktiver einbezogen werden.

### **Pädagogen**

Hier reichen die Beteiligungsquoten von einem Aktiven (Einzelkämpfer) bis zu 100 % (ganzes Kollegium). In allen drei Teilprojekten wurde festgestellt, dass es eine hohe Beteiligungsbereitschaft und -quote bei den Sonderschulen gibt. Auch in KiTas und Grundschulen sowie in Ganztagschulen scheinen sich Kollegien schneller für eine Mitwirkung zu entscheiden. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Eine höhere Angebotsdichte, ein stärkerer Leistungsbezug und eine entsprechende Selbstbewusstheit bzw. ein anderes Rollenverständnis in weiterführenden Schulformen sind nur einige vermutete Aspekte. Auch hier sind die Strukturvorgaben prägend für die Beteiligung. Sie reichen vom Gesundheitsmoderator oder beauftragten Lehrer, der zunächst in vielen Fällen Einzelkämpfer ist, über Steuerungs-/Arbeitskreise mit Partnern, die etliche Kollegen einbeziehen, bis hin zu ganzen Kollegien, die mitwirken.

### **Eltern**

Die Beteiligung der Eltern reichte von der Mitwirkung in Arbeitskreisen Gesundheit (Prozessarbeit) bis zur Umsetzung von Maßnahmen (Vesper, Elternstammtisch) oder Übernahme von Verantwortung für Projekttag. Über die Kuratorien bzw. Schulkonferenzen wurden Elternvertreter von Beginn an beteiligt.

### **Beteiligte regionale Partner**

In allen drei Teilprojekten gelang es, jeweils ca. 50 regionale Partner aktiv in die Arbeit mit den Schulen einzubeziehen. Es ist festzustellen, dass nur ein Teil der tatsächlichen Kooperationspartner der Bildungseinrichtungen dem externen Projektmanagement bekannt wurde und die Zahl erheblich größer war. Sie beteiligten sich in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlicher Form an den Projekten. Im Wesentlichen kristallisierten sich folgende Handlungsfelder für Regionalpartner heraus:

- Finanzielle Förderung
- Bereitstellung von Sachmitteln (z.B. Räume, Lebensmittel)
- Leistungsbereitstellung (z.B. Präventionsangebote, Veröffentlichungsmöglichkeiten)
- Personelle Unterstützung (z.B. Moderation von Gesundheitszirkeln, Mitwirkung an Projekttagen, Workshops zu ausgewählten Themen).

## **7.2 Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern**

Eine Krankenstandsanalyse oder die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen zu Projektbeginn und Projektende waren nicht vorgesehen und wurden auch nicht durchgeführt. Um die Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Kindern bzw. Schülerinnen und Schülern zu messen, definierten die Kooperationspartner die Kriterien „Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum“ und „Verbesserung des

Gesundheitswissens und -verhaltens“ als Messgrößen. Beide Kriterien haben quantitative und qualitative Aspekte. Die externe Evaluation wird vermutlich weiterführende Aussagen – insbesondere auch zum subjektiven Ressourcen- und Belastungsempfinden – als die nachfolgenden zu den genannten Zielen nach Abschluss aller Befragungen treffen können.

### **7.2.1 Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum**

Eine gesunde Lebenswelt ist von Strukturen gekennzeichnet, die Gesundheit ermöglichen und fördern. Hierzu gehören ein zeitgemäßes Management, durchschaubare und nachvollziehbare Arbeitsorganisation, zielgerichtete Kommunikation, wertschätzender Umgang, Beteiligung der Betroffenen, hohe Problemlösungskompetenzen, Freiwilligkeit im Engagement, Identifikation mit der Bildungseinrichtung, Qualitätssicherung und -entwicklung, Bereitschaft zur Veränderung (lernende Organisation) und Beachtung der Entwicklungen durch politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit (Nachfrage).

Alle beteiligten Bildungseinrichtungen weisen diese Strukturelemente bzw. Teile von ihnen auf. Pauschal kann gesagt werden, dass alle beteiligten KiTas und Schulen an der Entwicklung einer gesunden Lebenswelt arbeiten. Zur Bewertung dieser Entwicklung muss allerdings jede Einrichtung separat betrachtet werden.

Berücksichtigt man die Vielzahl der eher verhältnisorientierten bzw. organisationsentwickelnden Maßnahmen wie

- Gestaltung von Innen- und Außenräumen
- Beseitigung von Unfallquellen
- Umsetzung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen
- Schaffung von grünen Klassenzimmern und Entspannungsorten

wird deutlich, dass die Lebenswelten KiTa und Schule selbst als Orte, an und in denen Gesundheit produziert oder gefährdet wird, stärker ins Blickfeld der Interventionen geraten sind bzw. genommen wurden. Jede einzelne Maßnahme, die sich im Schulalltag bewährt hat und gelebt wird, fördert und stabilisiert eine gesunde Lebenswelt. Die beteiligten Bildungseinrichtungen setzen in der Regel mehrere solcher Maßnahmen um. In Niedersachsen haben die acht Modellschulen z. B. insgesamt mehr als 90 Maßnahmen umgesetzt.

Die Entwicklung gesunder KiTas und Schulen fördert neben der Gesundheit der Kinder und Schülerinnen und Schüler auch die der Pädagogen und des nicht unterrichtenden Personals.

### **7.2.2 Verbesserung des Gesundheitswissens und –verhaltens der Schülerinnen und Schüler**

Wissenserwerb und -vertiefung sowie Kompetenzentwicklung sind zentrale Aufgaben von KiTa und Schule in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen, allerdings beziehen sich diese nicht vorrangig auf Gesundheitsthemen. Eine verstärkte Einbeziehung von Gesundheitsfragen in die Bildungsarbeit und eine Sensibilisierung aller Zielgruppen

für den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit, sind daher Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen und Leben.

Alle Bildungseinrichtungen boten ihren Kindern und Jugendlichen Maßnahmen zum Wissenserwerb und zur Wissensvertiefung an. Viele dieser Maßnahmen richteten sich an alle Kinder bzw. Schüler der jeweiligen Einrichtung, so dass davon auszugehen ist, dass zumindest bei einem Teil der beteiligten Kinder und Jugendlichen das Gesundheitswissen erweitert wurde.

Die Vielfalt der umgesetzten Maßnahmen ermöglichte neben dem Wissenszuwachs auch Kompetenzförderung bei allen Zielgruppen.

Verbesserungen im Gesundheitsverhalten ließen sich bei den Schülerinnen und Schülern immer dann beobachten, wenn sie gut in ein Projekt eingebunden und an der Umsetzung von Maßnahmen beteiligt waren. Dann wurden Ernährungsangebote von Schülern für Schüler besonders gut angenommen, ein bewegungsfreundlicher Schulhof intensiv genutzt oder neu erarbeitete Verhaltensregeln eingehalten.

Die Lehrkräfte machten das eigene Gesundheitsverhalten (z.B. Kommunikationsstrukturen und Arbeitsorganisation) zunächst weniger zum Thema, z. T. lehnten sie es sogar ab, sich damit zu beschäftigen. Im Vordergrund stand häufig die Aussage: „Wenn es den Schülerinnen und Schülern gut geht, geht es auch den Lehrkräften gut.“ Erst gegen Ende der Projektlaufzeit änderte sich diese Einstellung, in einigen Schulen wurde die Aussage jetzt umgekehrt. Viele Kollegien erlebten das veränderte Arbeiten und die Ergebnisse in ihren Schulen auch als Verbesserung der eigenen Situation. Teilweise waren die Kollegien erstaunt darüber, wie viel an Veränderung sie bewirken konnten. Dadurch wurde eine andere Einstellung zur Arbeit und zur eigenen Rolle erreicht.

In beiden Zielgruppen konnte eine z. T. deutlich höhere Identifikation mit der eigenen Schule, ein gestiegenes Selbstbewusstsein (wenn z. B. Schülerinnen einer Förderschule Schülerinnen aus einem benachbarten Gymnasium ihre in Eigenarbeit umgestalteten Toilettenräume vorführten) und allgemein Stolz auf das Erreichte festgestellt werden. Insbesondere Schülerinnen und Schüler von Förderschulen, die vorher möglichst verschwiegen hatten, wo sie lernten, sagten zum Projektende: „Wir kommen von der XXX – Förderschule.“

### **7.3 Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern**

Durch die hohe Beteiligung von Kindern und Jugendlichen unterprivilegierter Schichten (Niedersachsen ca. 1.700, Rheinland-Pfalz ca. 18.000, Sachsen-Anhalt ca. 1.610 Kinder und Jugendliche) kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheitschancen gerade für diese Klientel eröffnet wurden.

Mit der Unterbreitung und Inanspruchnahme von kostenfreien Angeboten in den Bildungseinrichtungen, der Gleichbehandlung aller Kinder und Jugendlichen in den Projekten und den Mitwirkungsmöglichkeiten sowie der tatsächlichen Beteiligung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sind Voraussetzung für die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit geschaffen worden. Beispielhaft seien hier für Nieder-

sachsen genannt: die Arbeit von Fachhochschulstudentinnen und –studenten in und mit einer Förderschule bei deren räumlicher Umgestaltung, die Milchshake-Seminare des Milchwirtschaftverbandes oder auch die intensiven Beratungen u. a. durch die Fördergemeinschaft Gutes Licht oder den GUV. Für Rheinland–Pfalz sind die zahlreichen Ernährungs- oder Bewegungsangebote in den Schulen zu nennen, die gesunde Ernährung und Bewegung von Lehrkräften und Schülern zum Ziel hatten. Für Sachsen-Anhalt: der kostenfreie Zugang zu Salat- und Speisenbuffets bei Projekttagen zur gesunden Ernährung, die kostenfreie Nutzung von Bewegungsanlagen und -geräten, Entspannungsräume und -materialien sowie die Ausbildung zu Schülermoderatoren.

Die Aussage der Lehrerin einer beteiligten Förderschule, dass es ein Erfolg des Projekts war, dass die Kinder nicht mehr hungrig im Unterricht sitzen, macht die Dimension Armut und soziale Vernachlässigung deutlich, die in einigen Modellschulen bearbeitet werden musste. Wissensvermittlung und -aneignung fanden in vielfältigen Zusammenhängen statt. Diese reichten von Seminaren zu Fachthemen wie ADHS und Zeitmanagement bis zur Ausbildung von Gesundheitsmoderatoren. Schulverweigerung und die Auseinandersetzung mit Medien sowie dem eigenen Konsumverhalten zeigen die inhaltliche Spannweite der Projektarbeit.

Die Ansprache und Einbeziehung aller Zielgruppen als Experten ihrer Situation war eine Grundvoraussetzung für diese breite Zielstellung.

#### **7.4. Erprobung, Verankerung und Verbreitung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Verantwortlichen und Betroffenen**

Instrumente und strukturierende Module wurden erprobt bzw. angewandt. Die bestehenden gesundheitsfördernden Strukturen in den jeweiligen Regionen wurden mit Blick auf Gesundheitsförderung und Setting Schule erkundet und analysiert. Eine Zukunftswerkstätte wurde mit interessierten Einrichtungen organisiert. Vereinbarungen und darin beinhaltete Konzepte und Projektvorhaben wurden geschlossen.

Bei der Durchführung der Projekte wurden Steuerungsgruppen und Gesundheitszirkel angeregt und in den jeweiligen Einrichtungen errichtet. Gesundheitsmoderator/innen (Lehrkräfte mit der Zusatzqualifikation Moderator/in für Gesundheit), Netzwerkmoderator/innen (sie organisieren Gesundheitsförderung auch an anderen Schulen und knüpfen regionale Netzwerke) wurden ausgebildet. Verhaltenspräventive Maßnahmen (insbesondere personalentwickelnde Maßnahmen) und verhältnispräventive Maßnahmen (insbesondere organisationsentwickelnde Maßnahmen) wurden in Angriff genommen. Gesundheits- und –projekttag wurden realisiert. Praktiker/innen in den Settings Schule und Kita wurden ausgebildet, Fortbildungsveranstaltungen zur kontinuierlichen Qualitätssicherung wurden angeboten. Regionale Netzwerke zum fachlichen Austausch und für die Realisierung gemeinsamer Weiterbildung wurden angeregt, geknüpft und zukunfts fest in Schulregionen verankert. Beratergruppen auf Länderebene zum fachlichen und strukturellen Austausch trugen wesentlich zum Erfolg der Projekte bei. Die Projekte wurden dokumentiert und evaluiert. Dabei fanden diverse Verfahren Anwendung.

Festzustellen ist, dass in allen drei Teilprojekten teilweise gleiche Begrifflichkeiten verwandt wurden, aber nicht immer dasselbe Instrument bzw. dieselbe Methode gemeint sind. Während z.B. das sachsen-anhaltische Projekt eine sehr starke Erprobungskomponente in Bezug auf die Instrumente der BGF, die relativ klar definiert sind, für sich formuliert hatte, befasste sich Niedersachsen mit dem Aufbau von Managementstrukturen in den Schulen. In Rheinland-Pfalz wurden bewährte schulische Praktiken zur Gesundheitsförderung systematisiert angewandt und der Schwerpunkt auf die Entwicklung tragfähiger Netzwerkstrukturen gerichtet. Das zeigt, dass die Länderentwicklungen und Erprobungs- bzw. Anwendungscharaktere nicht vergleichbar sind.

Ganz allgemein lässt sich sagen, dass alle erprobten und angewandten Instrumente praxistauglich sind bzw. gestaltet werden können. Sie bedürfen bestimmter Modifikationen, da z.B. der Gesundheitszirkel in der KiTa immer anders praktiziert werden wird als einer mit Gymnasiasten.

Aus niedersächsischer und rheinland-pfälzischer Sicht sind viele Ansätze und Tools aus betrieblichem Gesundheitsmanagement und Projektorganisation mit geringfügigen Anpassungen an die Organisation Schule nutzbar, besonders Steuerungskreise, verschiedene Erhebungsverfahren und Befragungen, bevor eine Maßnahme begonnen wird, die Aufstellung von Projektplänen, mit Einschränkungen die Arbeit in Gesundheitszirkeln. Allerdings muss man den Schulen Zeit zum Erlernen dieser Instrumente geben. Bis das neue Lernfeld Gesundheitsmanagement in den Schulen erfasst und durchdrungen ist, bedarf es eine Zeitlang externer Beratung und Unterstützung.

Die Anpassung der Instrumente sollte am sinnvollsten in der jeweiligen Schule stattfinden, denn nur sie kann z.B. festlegen, wie ihr Steuerungskreis zusammengesetzt sein muss, was Partizipation der Betroffenen in der Arbeit mit Förderschülern und Eltern bedeutet, d. h. welche Arbeitsmethoden und welche Sprachebene verwendet werden kann, in welchem Umfang sie Erhebungsbögen einsetzen und auswerten kann oder ob sie eine externe Moderation von Zirkeln zulassen will bzw. für welche Gruppen in der Schule Gesundheitszirkel überhaupt nur sinnvoll sind.

Der Einsatz und die Ausbildung sowohl von Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren als auch der Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren haben sich aus rheinland – pfälzischer Sicht als strukturbildende Elemente sehr bewährt. Der Erfahrungsaustausch und die gezielte Weiterbildung in den Regionalen Netzwerken stellen eine wichtige Unterstützung für die Arbeit in den einzelnen Schulen dar. Die Gesundheitsmoderatoren erhalten in diesem Netzwerk die nötige Unterstützung, um das Thema Gesundheitsförderung dauerhaft im Schulalltag und Leitbild der Schule zu verankern. Wichtig für eine nachhaltige Verankerung des Projektes ist die Rolle der Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren, die als Lehrkräfte einen guten Zugang zu den Schulen haben.

Sachsen-Anhalt hat einen Abgleich aller Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die in KiTa und Schule eingesetzt wurden, vorgenommen. Dabei wurden Parallelen herausgearbeitet und Unterschiede aufgezeigt (vgl. dazu Projektdokumentation Sachsen-Anhalt, S. 16 – 20 und S. 62/63).

Nicht alle Instrumente wirken in gleichem Maße und müssen sich in ihrer Nachhaltigkeit auch weiter beweisen. Sie scheinen aber alle mehr oder minder stark einer gesunden Schulentwicklung zu dienen und sind in diesem Sinne einzusetzen. Hervorzuheben ist die Bedeutung der Steuerungskreise, die aus niedersächsischer Sicht unverzichtbar sind, die Arbeit mit Projektplänen und zumindestens eine zeitweise externe Beratung und Betreuung der Schulen, die im Lernfeld Gesundheitsmanagement Unterstützung und Zeit zum Lernen brauchen.

Eins zu eins übertragbar ist aus Sicht der externen Prozessbegleitung kaum etwas, nachnutzbar vieles. Wenn der Begriff der Übertragbarkeit in diesem Sinne verstanden wird, belegt „gesund leben lernen“ drei mögliche Wege mit unterschiedlichem Aufwand und unterschiedlichen Wirkungsintensitäten zur gesunden Schulentwicklung, die nutzbar sind. Die frühe Öffnung des Projektes – Beteiligungs- und Informationsmöglichkeiten über „gesund leben lernen“ auch für Nicht-Modelleinrichtungen – ermöglichte, dass besonders interessierte und engagierte Bildungseinrichtungen bereits während des Projektes eine Nachnutzung anstrebten.

## **7.5 Regionale Beteiligung und Aufwand**

Betrachtet man die Kostenverteilung im Projekt ist festzustellen, dass das Ziel, regionale Ressourcen für die Teilprojekte zu erschließen, erreicht wurde. Laut Kalkulation sollten ca. 33 % der geplanten Mittel durch die LVGs und die Bildungseinrichtungen eingeworben werden. Mit 40,3 % Regionalmitteln zu 59,7 % GKV Budget wurde dieses Ziel deutlich überboten.

Allgemein lässt sich weiterhin feststellen, dass je mehr Schulen im Projekt erreicht werden, desto geringer die aufzuwendende Finanzierungssumme pro Einrichtung ist. Je geringer die Schulanzahl, umso größer sind die pro Schule eingeworbenen Mittel.

Die Interventionsmengen an den Schulen differieren erheblich. Für Sachsen-Anhalt mit ca. 605 Interventionen über 3 Jahre an 11 Bildungseinrichtungen beispielhaft errechnet, ergibt sich ein durchschnittlicher Aufwand pro Intervention von gesamt ca. 566 Euro, aus GKV-Mitteln 377 Euro. Hierbei wurde nicht nach Größe und Aufwand der Intervention unterschieden, dieser Durchschnittspreis gilt z.B. für einen Projekttag mit der ganzen Schule, also Angebote für 300 Kinder ebenso, wie für eine ganztägige schulinterne Lehrerfortbildung oder anderthalb Stunden Gesundheitszirkel. Nicht berücksichtigt hierbei wurde, dass ein großer Teil der eingeworbenen Mittel von den Bildungseinrichtungen für die Anschaffung von Gegenständen wie „Möbiliar“ für ein grünes Klassenzimmer, Sonnensegel, Farbe etc. verwandt wurde. Unberücksichtigt blieben auch Materialien, die erstellt wurden (Spiele, CDs, Broschüren, Plakate etc.) bzw. Leistungen, die „eingekauft“ wurden (Analysen, Fotodokumentation, Pressearbeit). Bezieht man diese Aspekte mit ein, verringert sich der Leistungspreis für die Einzelintervention noch einmal erheblich. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Beteiligungsquoten und Erreichbarkeitsgrößen kann von einer hohen Rentabilität ausgegangen werden.

Inwieweit der „Nutzen“, also der gesundheitliche Gewinn, diesen Aufwand rechtfertigt, muss die externe Evaluation belegen.

## 8. Projektbewertung

Alle drei Vorgehensweisen haben spezifische Vor- und Nachteile (siehe Projektdokumentationen und Handlungsempfehlungen). Diese können hier nicht im Einzelnen dargelegt werden. Für den jeweils länderspezifischen Weg sind dafür konkrete Handlungsempfehlungen und Leitfäden für die Schulen sinnvoll; in Niedersachsen soll hierzu eine neue Broschüre für alle Schulen erarbeitet werden. Ein Vergleich ist auf Grund der Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen nicht angebracht. Trotzdem lassen sich grundlegende übergreifende Aussagen treffen.

### 8.1 Strukturentwicklung

Die **Strukturbildung und Verstetigung von Gesundheitsförderung** in den KiTas und Schulen muss differenziert betrachtet werden. Sie wurde in allen drei Teilprojekten angestrebt und erreicht, allerdings in unterschiedlichem Maße. Inwieweit das auf die unterschiedliche Vorgehensweise zurückzuführen ist, wird die externe Evaluation zeigen.

In allen Bildungseinrichtungen und quer durch alle Zielgruppen agierten zunächst die ohnehin schon Aktiven. Das hing u. a. mit der vorrangigen Ansprache – z.B. von Schüler- und Elternvertretern – zusammen, aber auch mit individuellen Rahmenbedingungen wie zeitliche Belastung, geringe Ressourcen oder Distanz zur Bildungseinrichtung. Teilweise wurden bestehende Strukturen genutzt. Die **Gesundheitsmoderatoren, Steuerungsgruppen bzw. Arbeitskreise Gesundheit** unterstützen dieses Prinzip.

Die **Nutzung eines „vorhandenen“ Instrumentariums** eines anderen Settings (Betrieb) bzw. bewährter Methoden (z.B. Projektmanagement) waren erfolgreich. Mit Modifikationen sind diese in KiTa und Schule anwendbar und erweitern das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten für Bildungseinrichtungen (siehe 7.4.). Ein systematischer Vergleich mit anderen teilweise ähnlichen Instrumenten schulischer Gesundheitsförderung erfolgte nicht.

Der **Strukturaufbau** wurde zunächst nicht von allen Akteuren als gesundheitsförderlich erlebt und nicht als zwingende **Voraussetzung zur Projektentwicklung** verstanden. Ein aktionsbezogenes, zeitlich befristetes Arbeiten – geprägt durch den „normalen“ KiTa- bzw. Schulalltag – steht dem Aufbau von selbstlernenden Managementstrukturen scheinbar entgegen. Man könnte spekulieren, dass das Beharrungsvermögen von Personen und Organisationen an ihre gewohnten Alltagsabläufe nachwirkt. Neue, veränderte Formen, Strukturen und Abläufe brauchen Zeit, bis sie sich durchsetzen können. Sie werden anfangs z. T. als zusätzlich empfunden. Erst wenn sich Erfolge einstellen und von den Beteiligten erlebt wird, dass sie selbst Veränderungen bewirken können (Selbstwirksamkeitserfahrung), erschließt sich die Bedeutsamkeit von Strukturen, in denen Gesundheitsförderung effektiver stattfinden kann. Die im Modellversuch ausprobierten Formen und Instrumente sind eine solche Alternative zur Schulwirklichkeit, ob sie nachhaltig installiert werden können über den Modellversuch hinaus, ist offen und muss untersucht werden.

Die Steuerung bzw. **Entwicklung von Strukturen** über extern ausgebildete Gesundheitsmoderatoren (wie in Rheinland-Pfalz) unterliegen einer anderen Dyna-

mik als der interne Aufbau von Arbeitskreisen Gesundheit (in Sachsen-Anhalt) bzw. Steuerungsgruppen (in Niedersachsen). Aus niedersächsischer Sicht bringt die Arbeit mit Steuerungskreisen die Schulen intensiv in Bewegung und konfrontiert sie sehr schnell mit ihren Problemen und Defiziten, befördert aber auch die Sicht auf Erfolge und schon Geleistetes.

Alle drei Ansätze belegen, dass Schule **externe Unterstützung** für die Gesundheitsförderung benötigt und Begleitstrukturen für eine kontinuierliche Umsetzung und Weiterentwicklung aufzubauen und vorzuhalten sind.

Die Strukturen für das gesamte Projekt „gesund leben lernen“ haben sich ebenfalls bewährt. Trotz der Unterschiedlichkeit der drei Teilprojekte gelang es, ähnliche strukturelle Verankerungen umzusetzen und mit Hilfe einer zentralen Koordination Gemeinsamkeiten von Beginn an sichtbar zu machen. Hierfür waren die unterschiedlichen **Organisationslogiken und -kulturen der Träger (GKV und LVGs)** zu berücksichtigen und aufeinander abzustimmen.

## 8.2 Prozessentwicklung

Die **tatsächliche Beteiligung der verschiedenen Zielgruppen** am Projekt bzw. seinen Teilschritten war in den Projektansätzen und in den Bildungseinrichtungen sehr unterschiedlich.

**Umfang, Geschwindigkeit und Vielfalt der Interventionen variierten** in den KiTas und Schulen deutlich.

Förder- und Sonderschulen reflektierten ihre Mitwirkungsmöglichkeit besonders positiv und engagierten sich entsprechend stark. Ihr ohnehin **ganzheitlicher Ansatz** in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erleichterte ihnen die Einführung von Gesundheit in den Schulalltag. Ein hoher Leistungsbezug und -druck und eine Vielfalt der Bildungs- und Entfaltungsmöglichkeiten erschweren an berufsbildenden Schulen und Gymnasien diese Prozessentwicklung.

Die **Motivationslagen zur Projektmitwirkung** waren sehr heterogen. Sie reichten von der Abwendung von Schließungen über besondere Belastungen im Umfeld bzw. in der Bildungseinrichtung selbst bis hin zu einer angestrebten Schulentwicklung. Dementsprechend wurden die Prozesse gestaltet. Die individuellen und gemeinschaftlichen Erwartungshaltungen bezogen auf eine mögliche Gewinnsituation durch Beteiligung spielten ebenfalls eine große Rolle.

Die Ausgangsbedingungen aller 64 Bildungseinrichtungen waren nicht nur auf Grund ihrer Bildungsform sehr unterschiedlich, auch der Prozess in den Bildungsstätten verlief ungleich und war von **vielfältigen Einflussvariablen** abhängig.

Die **Erwartungen der Zielgruppen** divergierten teilweise zu den Projektintentionen. Insbesondere die Ergebnisoffenheit der Projekte sorgte am Beginn des Prozesses für Irritationen. So war zunächst zu klären, dass eine gesundheitsförderliche Schulentwicklung nicht vorgegeben werden kann, sondern erst durch die Mitwirkung aller Zielgruppen erreicht wird. Auch die Erwartung des Einsatzes umfangreicher finanziel-

ler Mittel, mit denen Schule saniert wird, mussten korrigiert werden. Das sorgte zunächst für Ernüchterung.

Der Prozess wurde teilweise nicht als Voraussetzung für die angestrebte Entwicklung begriffen. Der Umsetzung von **Maßnahmen wurde eine größere Beachtung zuteil als der Strukturbildung**, die zunächst eher als unnötiger Aufwand angesehen wurde.

Die **Prozesserfahrung** war demzufolge sehr unterschiedlich. Betrachtet man die Prozesse in den einzelnen Bildungseinrichtungen, zeigt sich zum einen, wie einrichtungsbezogen Prozesse und Ergebnisse sind, zum anderen, wie bereichernd KiTas und Schulen gerade dieses an ihre jeweiligen Bedürfnisse und Problemlagen angepasste Vorgehen erlebten, bei dem die beteiligten Akteursgruppen die Erfahrung gemacht haben, dass sie ernst genommen wurden, das Tempo des Veränderungsprozesses bestimmen und die Erfahrung machen konnten, dass sie ihre Einrichtung gestalten konnten.

### 8.3 Ergebnisentwicklung

Das Projekt „gesund leben lernen“ hat seine Hauptzielstellung, **Gesundheit als Organisationsprinzip** in Bildungseinrichtungen zu etablieren, erreicht. Mit allen drei Ansätzen wurden Zugänge für schulische Gesundheitsförderung gefunden, erprobt und eröffnet.

Für die aktiv Mitwirkenden waren die Effekte besonders spürbar. Ihr **individuelles Belastungsempfinden reduzierte sich** nach eigenen Aussagen.

Die **Verbesserung von KiTa und Schulklima** in den beteiligten Einrichtungen haben zur Herausbildung von gesundheitsfördernden, partizipativen Organisationskulturen beigetragen und werden von allen Zielgruppen mehr oder minder stark wahrgenommen.

Besonders profitierten von den Projekten die aktiv Beteiligten. Sie konstatierten neben dem Gewinn für die eigene Einrichtung auch eine **erhöhte persönliche Zufriedenheit** unter anderem durch aktive Mitgestaltungsmöglichkeiten und den **Abbau von Konflikten zwischen den Zielgruppen**.

Besonders beachtenswert ist die **Beteiligung von Kindern und Jugendlichen unterprivilegierter Schichten**, die ohne Stigmatisierung oder Vereinzelung u. a. mit Hilfe von Gesundheitszirkeln erreicht wurden (siehe die auf der Projekt-Homepage von RLP eingestellte Dokumentation).

**Gesundheit wurde als Querschnittsthema erlebt** und zunehmend als Teil bzw. Voraussetzung und Folge der Organisationsentwicklung von KiTa und Schule verstanden.

Schule wurde stärker als Ganzes wahrgenommen. Der **Zusammenhang von Gesundheit und Leistung** wurde erfahren und fand zunehmend Beachtung bei der Bildungsarbeit. Das didaktische Instrumentarium für die verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten reicht bisher aber offensichtlich noch nicht aus. Auf Schü-

lerseite wird dieser Zusammenhang bisher wenig reflektiert und kaum in entsprechendes Handeln umgesetzt.

Mit der angestrebten Schülerbeteiligung an der Lösung struktureller und arbeitsorganisatorischer Fragen wurden diese zu einem Perspektivenwechsel angeregt. Das gleiche trifft auf die Pädagogen zu, die sich und die Kinder und Jugendlichen in günstigen Augenblicken als **Experten ihrer Situation** erlebten und gleichberechtigt an der Lösungsfindung arbeiteten. Diese Form der Zusammenarbeit ist für Schule ungewohnt. Häufig wird Schule noch als Einrichtung erlebt, in der Lehrerinnen und Lehrer bestimmen, was für die Schülerinnen und Schüler – auch in Bezug auf deren Gesundheit – gut und richtig ist, dazu sind sie schließlich ausgebildet worden! Dass die Ideen, Wünsche und Kenntnisse der Schülerinnen und Schüler eine Ressource zur Veränderung der Organisation Schule ist, muss in der Schule erst erfahren und erlebt werden.

**Kommunikation und Transparenzschaffung** wurden als Aufgaben verstanden und angenommen, was sich in einer aktiveren Öffentlichkeitsarbeit der Bildungseinrichtungen niederschlug.

KiTa und Schule haben gelernt, sich **regionale Potenziale über Partner** zu erschließen.

Kranken- und Unfallkassen banden sich mit ihren Möglichkeiten in die Teilprojekte ein und unterstützten die Entwicklung der Bildungseinrichtungen. Besonders positiv hierbei war die **Akzeptanz unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen der Bildungseinrichtungen** und das unbürokratische Umgehen mit diesen, was KiTa und Schule sehr entgegenkam und sie entlastete.

Damit haben sich die **Wirkungserwartungen** in Bezug auf den Gesundheitsgewinn für alle Zielgruppen, die Nutzbarkeit vorhandener Instrumente, die Einbindung regionaler Akteure und auf die Eröffnung von Gesundheitschancen für benachteiligte Kinder und Jugendliche bestätigt.

Das Projekt hat bundesweit viel Beachtung gefunden und einen hohen **Bekanntheitsgrad** in den beteiligten Einrichtungen und bei Fachleuten erreicht.

## 9. Ausblick

Gesundheitsfördernde Bildungseinrichtungen können und müssen ihren eigenen Weg zur Erreichung ihrer gesundheitlichen Zielsetzungen finden. Dabei können ihnen Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit hilfreich zur Seite stehen.

Eine Intervention von außen trägt nur dann Früchte, wenn sie von KiTa bzw. Schule gewollt ist und innere Entwicklungsprozesse anschiebt.

Entwicklung kostet Zeit. Wie der Begriff bereits sagt, geht es letztendlich darum, das, was in den Einrichtungen vorhanden ist, nutzbar zu machen und dafür Partner zu gewinnen. Gesundheitsförderliche Schulentwicklung ist ein höchst anspruchsvoller

Prozess, der nicht nur von Erfolgen gekennzeichnet ist. Er beruht auf der Beteiligung aller Akteure und der kontinuierlichen Verfolgung selbst gestellter Ziele.

Neue Strukturen und die Akzeptanz der Selbstermächtigung aller Zielgruppen sowie die Anerkennung des jeweiligen Expertenstatus erfordert und bedingt eine neue Ki-Ta- bzw. Schulkultur.

Die Probleme in KiTa und Schule werden mit dem Beschreiten gesundheitsförderlicher Wege nicht weniger, höchstens andere. Anders werden aber vor allem die Umgangsweisen und Kompetenzen. Damit entwickelt sich auch ein neues Qualitätsbewusstsein, das den Herausforderungen unserer Zeit gewachsen ist.

In den kommenden zwei Jahren wollen die Spitzenverbände der GKV und die LVGs aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt „gesund leben lernen“ weiteren Bildungseinrichtungen zugänglich machen. Dafür sollen u. a. Partner geschult und Kompetenzzentren aufgebaut werden.

## **10. Anlagen**

Kooperationspartner  
Projektmanagement  
Beirat  
Bildungseinrichtungen  
Bundesweite Öffentlichkeitsarbeit  
Projektinternetseiten  
Projektberichte  
Interne Arbeitstreffen  
Landesweite Veranstaltungen/ Länderberatergruppen (ohne Fortbildung)  
Literatur

## **Kooperationspartner**

AOK-Bundesverband  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Dr. Hans-Jürgen Ahrens  
Kotrijker Straße 1  
53177 Bonn

BKK Bundesverband  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Wolfgang Schmeinck  
Kronprinzenstraße 6  
45128 Essen

Bundesknappschaft  
vertreten durch den Geschäftsführer  
Rolf Stadié  
Königsallee 175  
44799 Bochum

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen  
vertreten durch den Verbandsgeschäftsführer  
Harald Deisler  
Weissensteinstr. 72  
34131 Kassel

IKK Bundesverband  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Rolf Stuppardt  
Friedrich-Ebert-Straße (Technologie Park)  
51429 Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse  
vertreten durch den Vorsitzenden der Geschäftsführung  
Albert Göbel  
Reimertswiete 2  
20457 Hamburg

VdAK e.V., AEV e.V.  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Dr. Doris Pfeiffer  
Frankfurter Straße 84  
53721 Siegburg

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
vertreten durch den Geschäftsführer  
Thomas Altgeld  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.  
vertreten durch die Geschäftsführerin  
Martina Kolbe  
Badestr. 2  
39114 Magdeburg

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.  
vertreten durch den Geschäftsführer  
Jupp Arldt  
Karmeliterplatz 3  
55116 Mainz

## **Projektmanagement**

AOK-Bundesverband  
Karin Scheiner-Kürten

BKK Bundesverband  
Margot Wehmhöner

Bundesknappschaft  
Stefan Glahn

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen  
Ulrike Kiehl

IKK Bundesverband  
Siegfried Heinrich  
Dr. Volker Wanek

See-Krankenkasse  
Lars Köster

VdAK e.V., AEV e.V.  
Karin Niederbühl

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Thomas Altgeld  
Irmtraud Windel  
Claudia Bindl  
Angelika Maasberg

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.  
Martina Kolbe  
Dr. Ulrich Schwabe  
Susanne Zemlin  
Anja Krüger bis 31.03.2005

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.  
Jupp Arldt  
Sandra Brüning bis 30.04.05  
Michael Thierbach ab 01.05.2005  
Ulrike Brandt  
Anke Hecking

## **Beirat**

Dipl.-Psych. Fritz Bindzius  
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)  
Alte Heerstr. 111  
53754 Sankt Augustin

Helmut Breitkopf  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

Dr. rer. soc. Karl Kuhn  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin  
Grundsatzabteilung  
Friedrich-Henkel-Weg 1-25  
44149 Dortmund

Harald Lehmann  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln

Dr. Uwe Prümel-Philippsen  
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe)  
Heilsbachstraße 30  
53123 Bonn

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Gemeinnützige Gesellschaft mbH  
Reichpietschufer 50  
10785 Berlin

## Bildungseinrichtungen

### Niedersachsen (8)

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Volle Halbtagsschule                  | Grundschule Edeweicht, Edeweicht   |
| Haupt- und Realschule                 | Haupt- und Realschule Bösel, Bösel   |
| Förderschulen für Lernhilfe           | Albrecht-Dürer-Schule, Hannover<br>Pestalozzi-Schule Uelzen, Uelzen<br>Fröbelschule Wunstorf, Wunstorf<br>Christian-Andersen-Schule, Hannover<br>Fröbelschule Delmenhorst, Delmenhorst |
| Förderschule für geistige Entwicklung | Peter-Pan-Schule, Wolfsburg  |

### Rheinland Pfalz (45)

|                        |  |
|------------------------|--|
| Grundschulen           | Grundschule Burgen, Burgen<br>Grundschule Daun, Daun<br>Grundschule Eich, Eich<br>Grundschule Kastellaun, Kastellaun<br>Pestalozzi Grundschule, Landau<br>Thomas-Nast-Grundschule, Landau<br>Grundschule St. Walburgis, Leubsdorf<br>Grundschule Löff, Löff<br>Grundschule Nußbach, Nußbach<br>Grundschule Idarwald, Rhaunen<br>Grundschule Steinweiler, Steinweiler<br>Ernst-Ludwig-Grundschule, Worms<br>Staudingerschule Worms, Worms |
| Hauptschulen           | Hauptschule Kirn, Kirn<br>Hauptschule Mitte Zweibrücken, Zweibrücken   |
| Regionale Schulen      | Regionale Schule Altenglan, Altenglan<br>Goetheschule Contwig, Contwig<br>Glantalschule, Glan-Münchweiler<br>Herzog-Christian-Schule, Herschweiler-Pettersheim   |
| Realschule             | Bischöfliche Realschule Marienberg in Trägerschaft des Bistums Trier, Boppard<br>Erich Kästner Realschule, Hermeskeil  |
| Gesamtschulen          | IGS-Kurt-Schumacher, Ingelheim<br>IGS Anna Seghers, Mainz  |
| Gymnasien              | Priv. Gymnasium Weierhof am Donnersberg, Bolanden/<br>Weierhof<br>Pamina-Gymnasium, Herxheim<br>Leibniz-Gymnasium, Pirmasens<br>Dietrich-Bonhoeffer-Gymnasium, Schweich<br>Gymnasium Bischöfliches Angela-Merici-Gymnasium,<br>Trier   |
| Berufsbildende Schulen | Fachschule für Sozialwesen, Bad Kreuznach<br>BBS Germersheim, Germersheim  |

|               |  |
|---------------|--|
|               | BBS Germersheim Standort Wörth, Wörth  |
|               | Berufsbildende Schule Wirtschaft, Idar-Oberstein                             |
|               | Berufsbildende Schule Ingelheim  |
|               | BBS Am Jugendwerk St. Josef. Landau  |
|               | Berufsbildende Schule III, Mainz   |
|               | BBS Pirmasens, Pirmasens   |
|               | Berufsbildende Schule für Ernährung, Hauswirtschaft und Sozialpflege, Trier  |
|               | Berufsbildende Schule Westerburg   |
| Sonderschulen | Ludwigsschule SoS Förderschule, Edenkoben                                    |
|               | Hermann-Nohl-Schule SoS „Gruppe Wickinger“, Kirchheimbolanden                |
|               | Jakob-Muth-Schule Förderschwerpunkt Lernen und Sprache, Kusel                |
|               | Jakob-Weber-Schule Förderschwerpunkt Lernen, Landstuhl                       |
|               | SFL Schloß-Schule, Ludwigshafen  |
|               | Schule mit Förderschwerpunkt Motorische Entwicklung, Ludwigshafen-Oggersheim |
|               | St. Martinus-Schule (Förderschwerpunkt Lernen und Sprache), Reinsfeld        |

### **Sachsen-Anhalt (11)**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Kindertagesstätten | Kindertagesstätte „Käte Duncker“, Burg                                |
|                    | Kindertagesstätte „Sonnenblume“, Gräfenhainichen                      |
| Grundschulen       | Grundschule „Albert Einstein“, Burg                                   |
|                    | Grundschule „Katharina von Bora“, Pratau                              |
| Sekundarschulen    | Sekundarschule „Carl von Clausewitz“, Burg                            |
|                    | Sekundarschule „Ferropolis“, Gräfenhainichen                          |
| Gymnasien          | „Europaschule“ Gymnasium Gommern, Gommern                             |
|                    | Paul-Gerhardt-Gymnasium, Gräfenhainichen                              |
| Berufsschule       | BBS III Chaponschule, Dessau  |
| Förderschulen      | Förderschule für Geistigbehinderte „Lindenschule“, Burg               |
|                    | Förderschule für Lernbehinderte „An der Lindenallee“, Gräfenhainichen |

## Bundesweite Öffentlichkeitsarbeit (ohne Projektregionen und eigene Medien)

| Wann         | Was   |
|--------------|---|
| 12.06.2003   | Presseinformation<br>„Gesund leben lernen“ – Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit fördern gemeinsam Gesundheit in Schulen in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt, <i>Gemeinsame Presseerklärung Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt</i> |
| 01.09.2003   | Präsentation<br>Kolbe, M., gesund leben lernen, <i>Fachveranstaltung für Schulgesundheit, Berlin</i>  |
| 01.10.2003   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Kassel</i>  |
| 05./06.12.03 | Präsentation<br>Kolbe, M., gesund leben lernen – eine Kooperation für mehr Gesundheit in der Schule, <i>Kongress „Armut und Gesundheit“ , Berlin</i>  |
| 2003         | Veröffentlichung<br>Kolbe, M. (2003) gesund leben lernen, <i>Stadtunkte Nr. 4. Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg, S. 4-5</i>   |
| 2003         | Veröffentlichung<br>Kolbe, M. (2003), Gesundheitsförderung - ein Schlüssel für Integration und Kooperation insbesondere in sozialen Brennpunkten, <i>E &amp; C Fachforum, Vernetzung - Macht - Gesundheit, Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten, Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin, S. 113 – 116</i>              |
| 2003         | Veröffentlichung<br>Kolbe, M. (2004) gesund leben lernen - eine Kooperation für mehr Gesundheit in der Schule; <i>Armut und Gesundheit Strategien der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag GmbH, S. 53-54</i>  |
| 04.05.2004   | Presseinformation<br>„gesund leben lernen“ – Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit fördern seit einem Jahr gemeinsam Gesundheit in Schulen, <i>Gemeinsame Presseerklärung Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt</i>                                      |

| <b>Wann</b>    | <b>Was</b>   |
|----------------|--|
| 04./05.05.04   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>1. Bundestagung Hannover</i>   |
| 13./14.05.04   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>1. Tagung des DNBGF-Forums Bildung und Erziehung, Haltern am See</i>   |
| 10./11.05.04   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Binz</i>   |
| 19.09.2004     | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Köln</i>   |
| 22.-24.09.04   | Präsentation<br>Windel, I., gesund leben lernen, <i>40. Jahrestagung der DGSM, Magdeburg</i>   |
| 18./19.10.04   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>2. Tagung des DNBGF-Forums Bildung und Erziehung, Bad Honnef</i>   |
| 01./02.12.2004 | Präsentation<br>BBS III Dessau, Projektarbeit bei gesund leben lernen, <i>Bundestagung zum Berufsvorbereitenden Jahr, Hannover</i>   |
| 12.2004        | Präsentation<br>Kolbe, M., Schreiner-Kürten, K., gesund leben lernen - Strukturen und Netzwerke als Basis von Gesundheitschancen, <i>Kongress „Armut und Gesundheit“, Berlin</i>         |
| 2004           | Veröffentlichung<br>Windel, I. (2004) Gesundheit lernen, <i>Nds. Ärzteblatt, Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nds. und der Kassenärztlichen Vereinigung Nds., 77.Jg., 7/2004, S. 22f</i> |
| 2004           | Veröffentlichung<br>Windel, I. (2004) Gesund lernen und lehren, <i>Public Health Forum 12 (45), S. 27-28</i>   |
| 2004           | Veröffentlichung<br>Kolbe, M. (2004) Von der Prävention in Kindergärten zu Gesunden KiTas, <i>Public Health Forum 12 (45), S. 28</i>   |
| 2004           | Veröffentlichung<br>Windel, I., Altgeld, T. (2004) Gesund leben lernen - Gesundheitsmanagement in Schulen, <i>gesundheitsziele.de - mit Maßnahmen</i>                                    |

| <b>Wann</b>    | <b>Was</b>  |
|----------------|---|
|                | <i>ins Ziel, GVG-Informationdienst 303, 12/2004, S. 19ff</i>  |
| 2005           | Veröffentlichung<br>DNBGF-Forum Bildung und Erziehung, Verbundprojekt „gesund leben lernen“ der Gesetzlichen Krankenversicherung, <i>Internet</i>   |
| 2005           | Veröffentlichung<br>Brüning, S., Handschuch, M., Kolbe, M., Windel, I., Zemlin, S. (2005) Gesundheitsförderung in Schulen - das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“, <i>Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung Dokumentation 2003, S. 54, MDS</i>   |
| 2005           | Veröffentlichung<br>Windel, I. (2005) Gesund leben lernen – Gesundheitsmanagement in Schulen. Schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler, <i>Gesundheitswesen 67(2), 137-140</i>   |
| 23./24.02.05   | Präsentation<br>Rieman, K., Qualitätsentwicklungen im Bereich schulischer Gesundheitsförderung, Evaluation der GKV-Schulprojekte „Gesund leben lernen“, <i>2. Tagung des DNBGF-Forums ,Bildung und Erziehung, Münster</i>   |
| 21.04.2005     | Presseinformation<br>„gesund leben lernen“ – Halbzeitbilanz in Mainz, 63 Schulen dreier Länder auf dem Weg zum gesunden Lern- und Lebensraum, <i>Gemeinsame Presseinformation Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt</i> |
| 21.04.2005     | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>2. Bundestagung, Mainz</i>  |
| 24.-26.04.05   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Konstanz</i>  |
| 06.10.2005     | Präsentation<br>Kolbe, M., gesund leben lernen, <i>Amtsärztefortbildung der Akademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Wünsdorf</i>   |
| 25./26.10.2005 | Präsentation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliche, T., Qualitätssicherungsverfahren für Kindergarten und Schule</li> <li>• Kolbe, M., Niederbühl, K., Gesund leben lernen - Kassenarten-</li> </ul>  |

| Wann         | Was   |
|--------------|---|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>übergreifendes Kooperationsprojekt im Setting Schule</li> <li>• Windel, I., Busker, F., Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule</li> <li>• Thierbach, M., Borg, S., Immel, B., Netzwerkarbeit in Schulen</li> <li>• Kliche, T., Heinrich, H., Einsatz und Erprobung von Evaluationsinstrumenten im kassenartenübergreifenden Schulprojekt in den Ländern Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz</li> </ul> <p><i>Kongress GesundLernen, Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin</i></p> |
| 08.11.2005   | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Kassel</i>  |
| 02./03.05.06 | Präsentation<br>gesund leben lernen, <i>Geschäftsführer-Arbeitstagung der LVGs, Dresden</i>   |
| 2006         | Veröffentlichung<br>Kolbe, M., Thierbach, M., Windel, I., Zemlin, S., (2006) Aktueller Überblick über Gesundheitsförderung in Schulen - das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“, <i>Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung Dokumentation 2004 S. 49-58, MDS</i>   |
| 2006         | Veröffentlichung<br>Kolbe, M. (2006), Vorläufige Bilanz zum Projekt „gesund leben lernen“, <i>Stadtunkte Nr.2, Mai 2006, S. 12-13</i>   |
| 20.02.2006   | Präsentation<br>Kolbe, M. (2006) Zukunft der Prävention, Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen: Erfahrungen und Ergebnisse des Kooperationsprojektes „gesund leben lernen“ von GKV- Spitzenverbänden und Landesvereinigungen für Gesundheit, <i>Kongress der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Berlin</i>   |
| 28.03.2006   | Presseinformation<br>3. bundesweite Tagung „gesund leben lernen“ in Magdeburg: Schulen auf dem Weg zur gesunden Lern- und Lebenswelt <i>Gemeinsame Presseinformation Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt</i>  |
| 28./29.03.06 | Präsentation<br>Heyse, H., u.a. gesund leben lernen, <i>3. Tagung des DNBGF-Forums ,Bildung und Erziehung, Münster</i>  |

| <b>Wann</b>             | <b>Was</b>   |
|-------------------------|--|
| 29./30.03.06            | Präsentation<br>gesund leben lernen, 3. <i>Bundestagung Magdeburg, Burg und Gommern</i>  |
| 2006                    | Veröffentlichung<br>Kolbe, M., Schwabe, U., Zemlin, S. (2006), Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten in Sachsen-Anhalt, <i> Projektdokumentation der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.</i>   |
| 2006                    | Veröffentlichung<br>Hrsg. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (2006), gesund leben lernen - In KiTa und Schule Betriebliche Gesundheitsförderung, <i> Handlungsempfehlung für Schulen, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.</i>   |
| 2006                    | Veröffentlichung<br>Hrsg. Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V. (2006), Netzwerk Schulen für Gesundheit 21 „GESUND LEBEN LERNEN“ Dokumentation des Projektes, <i> Projektdokumentation der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)</i>   |
| 2006                    | Veröffentlichung<br>Hrsg. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2006), gesund leben lernen - Gesundheitsmanagement in Schulen - Schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler, <i> Projektdokumentation der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.</i> |
| 2006                    | Veröffentlichung<br>Heinrich, S., Kolbe, M., Schwabe, U., Thierbach, M., Wanek, V., Windel, I., gesund leben lernen Lebensräume gestalten - gesundes Handeln ermöglichen, <i> Jahrbuch für kritische Medizin</i>   |
| Voraussichtlich<br>2006 | geplante Veröffentlichung<br>gesund leben lernen – Projektentwicklung im Jahr 2005 (Arbeitstitel), <i> Dokumentation MDS</i>   |

## Projektinternetseiten

|                 |  |
|-----------------|--|
| Niedersachsen   | <a href="http://www.gesundheit-nds.de/arbeitschwerpunkte/uebersicht/gesundheitsmanagementinschulen.htm">www.gesundheit-nds.de/arbeitschwerpunkte/uebersicht/gesundheitsmanagementinschulen.htm</a> |
| Rheinland-Pfalz | <a href="http://www.gesund-leben-lernen.de">www.gesund-leben-lernen.de</a>   |
| Sachsen-Anhalt  | <a href="http://www.gesundlebenlernen.com">www.gesundlebenlernen.com</a>   |

## Projektberichte

| Wann       | Was  |
|------------|--|
| 11.07.2003 | Sachstandsbericht  |
| 16.09.2003 | Sachstandsbericht  |
| 20.11.2003 | Sachstandsbericht  |
| 31.12.2003 | Zwischenbericht  |
| 14.01.2004 | Sachstandsbericht  |
| 14.03.2004 | Sachstandsbericht  |
| 07.05.2004 | Sachstandsbericht  |
| 08.07.2004 | Sachstandsbericht  |
| 08.09.2004 | Sachstandsbericht  |
| 08.11.2004 | Sachstandsbericht  |
| 31.12.2004 | Zwischenbericht  |
| 14.01.2005 | Sachstandsbericht  |
| 09.03.2005 | Sachstandsbericht  |
| 11.05.2005 | Sachstandsbericht  |
| 08.07.2005 | Sachstandsbericht  |
| 15.09.2005 | Sachstandsbericht  |
| 20.12.2005 | Sachstandsbericht  |
| 01.02.2006 | Sachstandsbericht  |
| 30.06.2006 | Abschlussbericht und Handlungsempfehlungen für die GKV <ul style="list-style-type: none"><li>• 3 Projektberichte (je Bundesland einer)</li><li>• Handlungsempfehlungen je Bundesland</li></ul> |

## **Interne Arbeitstreffen**

| <b>Wann</b> | <b>Was</b>                               |
|-------------|--|
| 18.07.2003  | LVGs, Evaluatoren, Magdeburg             |
| 05.09.2003  | Koordinatoren, LVGs, Evaluatoren, Kassel |
| 29.10.2003  | Koordinatoren, Magdeburg                 |
| 08.12.2003  | LVGs, Hannover                           |
| 03.03.2004  | LVGs, LVGs anderer Bundesländer, Kassel  |
| 16.04.2004  | Koordinatoren                            |
| 03.09.2004  | LVGs, Kassel                             |
| 09.11.2004  | Koordinatoren                            |
| 17.02.2005  | Halbzeitbilanz LVGs und GKV              |
| 20.04.2005  | LVGs, Mainz                              |
| 20.07.2005  | LVGs, Kassel                             |
| 08.09.2005  | LVGs, Kassel                             |
| 12.09.2005  | Koordinatoren, GKV, Beirat, Siegburg     |
| 08.11.2005  | LVGs nur GF, Kassel                      |
| 29.11.2005  | LVGs und GKV, Köln                       |
| 30.01.2006  | LVGs und GKV, Essen                      |
| 13.02.2006  | LVGs, LVGs anderer Bundesländer, Kassel  |

## **Landesweite Veranstaltungen/ Länderberatergruppe (ohne Fortbildung)**

| <b>Wann</b>   | <b>Was</b>  |
|---------------|---|
| 08.07.2003    | Konstituierung Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt           |
| 15.07.2003    | Konstituierung Länderberatergruppe Niedersachsen            |
| 16.07.2003    | Konstituierung Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz          |
| 29.09.2003    | Informationsveranstaltung für Schulen, Rheinland-Pfalz      |
| 15.10.2003    | Auftaktveranstaltung Region Gräfenhainichen, Sachsen-Anhalt |
| 16.10.2003    | Auftaktveranstaltung Region Burg, Sachsen-Anhalt            |
| 04.11.2003    | Länderberatergruppe Niedersachsen                           |
| 05.11.2003    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 10.12.2003    | Informationsveranstaltung für Schulen, Niedersachsen        |
| 25.03.2004    | offene Landesfachtagung, Sachsen-Anhalt                     |
| 28.01.2004    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 24.02.2004    | Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt                          |
| 17.02.2004    | Länderberatergruppe Niedersachsen                           |
| 04.05.2004    | Auftaktveranstaltung für Niedersachsen                      |
| 15.06.2004    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 22.06.2004    | Länderberatergruppe Niedersachsen                           |
| 14.07.2004    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 01.09.2004    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 16./ 17.09.04 | Tagung für Modellschulen, Niedersachsen                     |
| 02.11.2004    | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                         |
| 10.11.2004    | Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt                          |
| 29.11.2004    | Länderberatergruppe Niedersachsen                           |

|              |   |
|--------------|---|
| 13.12.2004   | Landesweites Regionalgruppentreffen Rheinland-Pfalz |
| 12.01.2005   | offene Landesfachtagung, Sachsen-Anhalt             |
| 16.02.2005   | Tagung für Modellschulen, Niedersachsen             |
| 16.03.2005   | Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt                  |
| 22.02.2005   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 13.06.2005   | Länderberatergruppe Niedersachsen                   |
| 30.06.2005   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 14.10.2005   | Länderberatergruppe Niedersachsen                   |
| 09.11.2005   | Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt                  |
| 09.11.2005   | offene Landesfachtagung, Sachsen-Anhalt             |
| 14.11.2005   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 28.11.2005   | Landesweites Regionalgruppentreffen Rheinland-Pfalz |
| 08.02.2006   | Länderberatergruppe Niedersachsen                   |
| 08.02.2006   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 09.05.2006   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 18. 05. 2006 | Tagung für Modellschulen, Niedersachsen             |
| 09.05.2006   | Länderberatergruppe Rheinland-Pfalz                 |
| 04.07.2006   | Länderberatergruppe Niedersachsen                   |
| 11.07.2006   | Länderberatergruppe Sachsen-Anhalt                  |

## Literatur

AG Spik, (2004) Empfehlung zur Gesundheitsförderung in Schulen, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen, Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, Bergisch Gladbach und München 2004

AG Spik, (2006) Leitfaden Prävention Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006, Bergisch Gladbach 2006

Brüning, S., Handschuch, M., Kolbe, M., Windel, I., Zemlin, S. (2005) Gesundheitsförderung in Schulen - das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“, Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung Dokumentation 2003, S. 54

GesundLernen (2005) Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung. GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen. 2. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. 25. und 26. Oktober 2005 in Berlin. Veranstaltet vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) und der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA),. Tagungsband, Berlin

Heinrich, S., Kolbe, M., Schwabe, U., Thierbach, M., Wanek, V., Windel, I. (2006) gesund leben lernen Lebensräume gestalten - gesundes Handeln ermöglichen. Jahrbuch für kritische Medizin: Prävention. Hamburg.

Kliche, T., Egger, N., Varró, R. et al. (2006), Prozess und Ergebnisevaluation des Projekts „Spannende Schule – entspanntes Miteinander. Gesundheitsförderung im Schulalltag durch konstruktive Stress- und Konfliktbewältigung“ der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG): Abschlussbericht, 8. Mai 2006, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Kolbe, M., Schwabe, U., Zemlin, S. (2006), Betriebliche Gesundheitsförderung in Ki-Ta und Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten in Sachsen-Anhalt, Projektdokumentation der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg 2006

Kolbe, M., Thierbach, M., Windel, I., Zemlin, S., (2006) Aktueller Überblick über Gesundheitsförderung in Schulen - das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“, Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung Dokumentation 2004, S. 49-58

Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ (2003) Vereinbarung, Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Landesvereinigungen für Gesundheit (LVGs), Anlagen 1 bis 4, Bergisch Gladbach und Magdeburg 2003

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2006), gesund leben lernen - Gesundheitsmanagement in Schulen - Schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler, Projektdokumentation der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover 2006

MEDIEN-AGENTUR SÜDWEST (2006), Netzwerk Schulen für Gesundheit 21 „Gesund leben Lernen“ Dokumentation des Projektes, Projektdokumentation der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) Mainz 2006

Robert Bosch Stiftung (2006) Gesunde Schule ein Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung (1994 – 2006), Ergebnisse und Empfehlungen, Kurzfassung, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2006

Roggenbach, B. (2006) Gesundheitsförderung im Schulalltag durch konstruktive Stress- und Konfliktbewältigung, Spannende Schule – entspanntes Miteinander, Dokumentation 2003 – 2006, Hrsg. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Hamburg 2006

Sachstandsberichte und Zwischenberichte 2003 bis 2006, Landesvereinigungen aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt, 2003, 2004, 2005, 2006

Seibt, R., Khan, A., Thinschmidt, M. et al. (2005) Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden 2005

Schwabe, U., Bernhardt, I., Häberer, H. et al. (2004) Audit Gesunde Schule, Ein Leitfaden. Version 3 vom 30.06.2004, Hrsg. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

Sommer, D.; Altenstein, C., Kuhn, D., Wiesmann, U. (2006) Gesunde Schule. Gesundheit, Qualität, Selbständigkeit. Frankfurt am Main 2006

Windel, I. (2004) Gesund lernen und lehren, Public Health Forum 12 (45), S. 27-28

## **Impressum**

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.  
Bandwirkerstraße 12  
39114 Magdeburg

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.  
Karmeliterplatz 3  
55116 Mainz

**Stand: Februar 2008**