



Welchen Einfluss hat die Schulleitung auf das Gesundheitsmanagement?

Ergebnisse einer Onlinestudie in NRW

Prävention in NRW | 59

**Welchen Einfluss hat die Schulleitung
auf das Gesundheitsmanagement?**

Ergebnisse einer Onlinestudie in NRW

Inhaltsverzeichnis

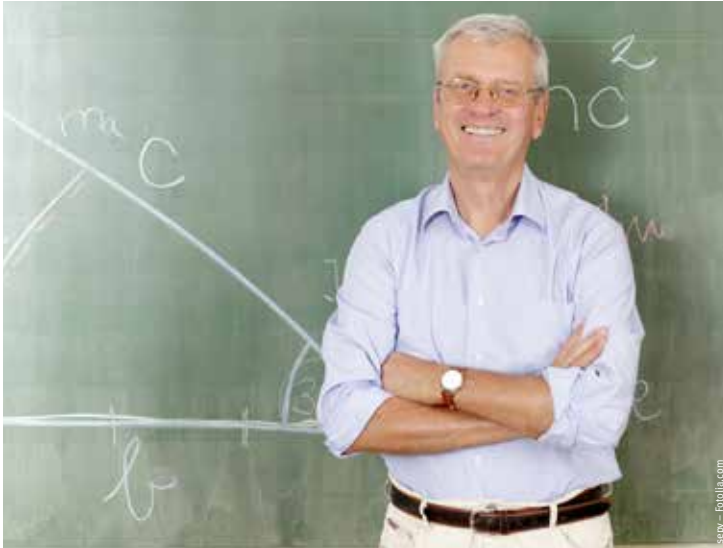
1	Das Wichtigste in Kürze	4
2	Einleitung und Forschungsstand	6
3	Über die Studie	8
4	Ausgewählte Ergebnisse aus NRW	14
4.1	Das schulische Gesundheitsmanagement aus Sicht der Schulleitungen	14
4.2	Persönliche Einstellungen und Co.: Schulleitungsfaktoren unter der Lupe	16
4.3	Der Einfluss von Schulleitungen auf das schulische Gesundheitsmanagement	22
5	Zusammenfassung und Konsequenzen für die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention	26
6	Literaturverzeichnis	30
	Impressum	32

1 Das Wichtigste in Kürze

Schulleitungen¹ spielen in Forschung und Praxis der schulischen Gesundheitsförderung bislang eine eher untergeordnete Rolle, weshalb nur wenige Erkenntnisse zum Einfluss dieser Berufsgruppe auf solche Maßnahmen vorliegen. Mit dem Ziel, Schulleitungen stärker in den Blickpunkt der schulischen Gesundheitsförderung zu rücken, wurde Ende 2012 eine umfangreiche Studie zur Rolle von Schulleitungen in der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen durchgeführt (n~2.000). In dieser Broschüre werden ausgewählte Befunde zum Einfluss der Schulleitung auf die schulische Gesundheitsförderung vorgestellt. Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gesundheitsmanagement hat aus Sicht der Schulleitungen in vielen Schulen eine hohe Bedeutung. Zwar wird der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ein hoher Stellenwert beigemessen, jedoch mangelt es oftmals an regelmäßigen Fortbildungen zu gesundheitsrelevanten Themen.
- Schulleitungen geben an, dass sie ein hohes Interesse an der Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte haben. Auch schätzen sie die potenziellen Wirkungen, die Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit haben können, hoch ein. Darüber hinaus ist die wahrgenommene Verantwortung für gesundheitliche Belange sehr hoch.
- Die höchsten Erwartungen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen und umzusetzen, nehmen die Befragten vonseiten des Kollegiums wahr. Schulleitungen weisen zudem eine hohe Bereitschaft auf, diesen Erwartungen zu entsprechen.

¹ Wenn vorliegend von Schulleitung die Rede ist, dann sind hiermit nach nordrhein-westfälischem Schulgesetz die Schulleiterin oder der Schulleiter sowie die ständige Vertretung gemeint. Zudem können auf Zulassung des Ministeriums weitere Personen der Schulleitung angehören (erweiterte Schulleitung).



- Mit Blick auf die wahrgenommenen Kompetenzen bestehen z. T. deutliche Unsicherheiten im Hinblick auf die Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention. Dies gilt insbesondere für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lernbedingungen.
- Mit Hilfe der persönlichen Einstellungen, der moralischen Verantwortung und der Verhaltenskontrolle (d. h. der persönlichen Kompetenzen und der beruflichen Selbstwirksamkeit) lassen sich über ein Drittel der Intention der Schulleitungen, zukünftig Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen, erklären. Unter Einbezug der Intention, persönlicher Kompetenz und beruflicher Selbstwirksamkeit lassen sich zudem etwa 30 Prozent der Varianz des Gesundheitsmanagements aus Sicht der Schulleitungen aufklären.

Die Ergebnisse dieser Studie bieten wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und Prävention durch Schulleitungen. Schulleitungen sollten vor allem beim Erwerb und Ausbau von Kompetenzen sowie beim Aufbau einer gesundheitsförderlichen Einstellung unterstützt werden.

2 Einleitung und Forschungsstand

Lange Zeit wurde in der schulischen Gesundheitsförderung der Schwerpunkt auf die Erforschung und Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen gelegt, also auf Aktivitäten, welche nachweislich eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben. Diese Perspektive ist von hoher Bedeutung, da sie Auskunft darüber gibt, was genau zu tun ist, um die Gesundheit aller schulischen Personengruppen (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, nicht unterrichtendes Personal) angemessen zu fördern. Dennoch bildet diese Perspektive nur eine Seite der Medaille ab, denn neben dem WAS gilt es auch zu klären, WIE Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung umzusetzen sind, damit sie zum gewünschten Erfolg führen. Unter der Bezeichnung „Implementationsforschung“ findet seit einigen Jahren eine Hinwendung zur Frage des WIE statt (z. B. Samdal & Rowling, 2013). Im Vordergrund stehen hierbei die Bedingungen und Prozesse, die zu berücksichtigen sind, um eine Maßnahme (das WAS) erfolgreich umzusetzen und möglichst dauerhaft zu verankern.

Dabei spielen Schulleitungen in der Erforschung des WIE der schulischen Gesundheitsförderung eine untergeordnete Rolle. Dies ist insofern erstaunlich, als dass die Hauptverantwortung für alle die Schule betreffenden Belange bei der Schulleitung liegt (Dadaczynski & Paulus, 2011a). So zeigen eine Reihe von Studien aus der Schul- und Bildungsforschung, dass Schulleitungen als „Gatekeeper“ schulischer Veränderungen einen wichtigen Stellenwert einnehmen (Fullan, 2001; Huber, 1999). In der schulischen Gesundheitsförderung begnügt man sich hingegen oftmals lediglich mit der Zuweisung der Verantwortlichkeit an Schulleitungen, ohne zugleich zu klären, unter welchen Bedingungen diese Rolle am besten ausgefüllt werden kann.

Einige Studien geben Hinweise darauf, wie Schulleitungen den Prozess der schulischen Gesundheitsförderung beeinflussen. So wurde etwa auf der Basis eines Projektes zur Förderung der Lehrergesundheit und Schulqualität untersucht, welche Faktoren die Veränderungsbereitschaft von Lehrkräften und somit den Erfolg von gesundheitsförderlichen Veränderungsprozessen beeinflussen (Nieskens & Schumacher, 2010). Dabei konnten die Autoren zeigen, dass der von Lehrkräften



erwartete Gewinn des Projektes von der Schulleitung abhing oder mit anderen Worten: Je stärker das Projekt durch die Schulleitung gefördert wurde, desto höher wurde der Gewinn durch die Lehrkräfte eingeschätzt. Deren positive Einschätzung wirkte sich wiederum förderlich auf das Engagement im Projekt aus. Weitere Ergebnisse kommen aus dem norwegischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen. Sie zeigen u. a., dass eine positive Einstellung gegenüber gesundheitsförderlichen Veränderungsprozessen und die Fähigkeit, das Kollegium für solche zu motivieren, erfolgsrelevante Bedingungen auf Seiten der Schulleitung darstellen (Viig & Wold, 2005). Schließlich sind die Ergebnisse einer umfangreichen Analyse internationaler Forschungsliteratur anzuführen, auf deren Basis acht prozessrelevante Faktoren für die schulische Gesundheitsförderung identifiziert werden konnten (Samdal & Rowling, 2013). Unter der Bezeichnung „Führungs- und Managementpraktiken“ wird der Schulleitung eine Hauptrolle in der Initiierung und Begleitung von gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsprozessen zudedacht. Neben wichtigen Führungsfähigkeiten (z. B. Vermittlung einer Vision, Förderung der Veränderungsbereitschaft, Aufbau und Pflege der Kommunikation und Kooperation) betonen die Autoren den hohen Stellenwert von Managementfähigkeiten (z. B. Sicherstellung von finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen). An der Spitze eines erfolgreichen gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsprozesses steht demzufolge eine Schulleitung, deren Führungs- und Managementfähigkeiten in einer ausgeglichenen Balance stehen.

3 Über die Studie

Vor dem Hintergrund der begrenzten Erkenntnislage sollte mit Hilfe der Studie untersucht werden, welchen Einfluss Schulleitungen auf die schulische Gesundheitsförderung und Prävention haben. Hierbei galt es, konkrete Einflussfaktoren zu identifizieren. Diese Fragestellung war Teil eines umfassenden Untersuchungsvorhabens, bei dem auch andere Aspekte der Tätigkeit sowie die Gesundheit von Schulleitern und Schulleiterinnen untersucht wurden.

Theoretische Basis

Zur Untersuchung des Einflusses von Schulleitungen auf die schulische Gesundheitsförderung und dessen Bedingungen fand die so genannte Theorie des geplanten Verhaltens seine Anwendung. Diese ursprünglich von Ajzen und Fishbein (1980) entwickelte Theorie geht davon aus, dass der Ausführung eines Verhaltens immer eine Intention bezüglich des Verhaltens vorangeht. Die Entstehung einer Intention kann wiederum durch folgende Faktoren erklärt werden:

- **Persönliche Einstellungen** werden verstanden als subjektive Einschätzungen von Verhaltensweisen, die auf Überzeugungen im Hinblick auf die Konsequenzen des Verhaltens beruhen. So hängt die persönliche Einstellung zu einer gesünderen Ernährungsweise u. a. von den wahrgenommenen positiven oder negativen Folgen ab (positiv: höheres Wohlbefinden durch Gewichtsabnahme; negativ: Genusseinbußen durch Verzicht).
- Die **subjektive Norm** bezieht sich auf die Erwartungen wichtiger Bezugspersonen (Freunde, Verwandte, Kollegium) im Hinblick auf ein bestimmtes Verhalten (z. B. die Erwartung des Kollegiums, nicht vor dem Schulgelände zu rauchen) und der persönlichen Bereitschaft, diesen Erwartungen auch zu entsprechen.
- Unter **wahrgenommener Verhaltenskontrolle** wird die Überzeugung einer Person verstanden, ein bestimmtes Verhalten unter den gegebenen Umständen auch ausführen zu können (Glaube an die eigenen Fähigkeiten).





- In Verhaltenssituationen mit einer moralischen Dimension kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass die wahrgenommene moralische Verpflichtung gegenüber Dritten einen Einfluss auf die Bildung einer Intention hat. Dieser Faktor wird als **moralische Verantwortlichkeit** bezeichnet.

Mittlerweile liegen Arbeiten vor, in denen die Theorie des geplanten Verhaltens auf Führungskräfte angewendet wurde. So überprüften Wilde und Kollegen in ihrer Studie (2009), inwiefern die soeben vorgestellten Faktoren einen Einfluss auf die gesundheitsförderliche Führung nehmen. Von hoher Bedeutung erwiesen sich die persönlichen Einstellungen, die den stärksten Einfluss auf die Intention, zukünftig gesundheitsförderlich zu führen, hatten.

Durchführung der Studie

Die Umsetzung der Studie erfolgte im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen von November bis Dezember 2012 in Form einer Onlinebefragung. Zielgruppe waren Schulleitungen sowie stellvertretende Schulleitungen an einer öffentlichen Schule in Nordrhein-Westfalen.

Soweit möglich, erfolgte die Erfassung der untersuchungsrelevanten Variablen mit Hilfe von wissenschaftlich elaborierten Verfahren und Skalen (u. a. Abele et al., 2000; Harazd et al., 2009; Wilde et al., 2009). Sofern notwendig, wurden ergänzend eigene Skalen und Items neu formuliert. Im Gegensatz zur Theorie des geplanten Verhaltens stellte in dieser Untersuchung nicht das individuelle Verhalten den zu erklärenden Faktor dar, sondern der Umsetzungsstand des schulischen Gesundheitsmanagements. Entsprechend der im letzten Abschnitt erläuterten Annahmen wurde untersucht, inwiefern sich der Umsetzungsstand des Gesundheitsmanagements durch die Intention der Schulleitung, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zukünftig zu unterstützen, vorhersagen lässt. Zur Erklärung der Intention wurden die oben beschriebenen vier Bedingungsfaktoren herangezogen. Die umseitige Tabelle gibt eine Übersicht über die in der Studie eingesetzten Fragebogenskalen.

Über die Studie

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte jederzeit abgebrochen werden. Abhängig vom jeweiligen Untersuchungsbereich umfasste die Stichprobe bis zu 2.032 Teilnehmer bzw. Teilnehmerinnen. Mit 59 Prozent nahmen an der Befragung deutlich mehr Schulleiterinnen als Schulleiter teil. Mit Blick auf die Schulform überwiegen Grundschulleitungen (44 Prozent), gefolgt von Schulleitungen aus der Förderschule (14,6 Prozent) und der Realschule (9,3 Prozent).

Tab. 1: Darstellung der eingesetzten Fragebogenskalen zum Untersuchungsbereich

Skala	Beispiel	Items
Umsetzungsstand des Gesundheitsmanagements	In unserer Schulentwicklungs- bzw. Steuerungsgruppe ist Gesundheitsförderung ein Thema.	14
Intention von Schulleitungen	Ich habe die Absicht, Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention an meiner Schule zu unterstützen.	3
Persönliche Einstellungen		
persönliche Einstellungen	Die Gesundheit meines Kollegiums und meiner Schüler/-innen liegt mir sehr am Herzen.	6
Ergebniserwartung	Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben meiner Meinung nach einen positiven Einfluss auf das Klima der gesamten Schule.	5
Subjektive Norm		
normative Erwartungen	Wie hoch schätzen Sie die Erwartung des Kollegiums ein, an Ihrer Schule Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchzuführen/zu unterstützen?	6
Compliance	Wie hoch ist Ihre Bereitschaft, den Erwartungen des Kollegiums bezüglich der Durchführung/Unterstützung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention zu entsprechen?	6
Wahrgenommene Verhaltenskontrolle		
persönliche Kompetenzen	Ich bin mir unsicher, wie ich mich so verhalten kann, dass es förderlich für die Gesundheit meines Kollegiums ist.	3
berufliche Selbstwirksamkeit	Schwierigkeiten im Büro sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.	6
Moralische Verantwortung		
moralische Verantwortung	Ich finde, als Führungskraft bin ich auch verantwortlich für die Gesundheit meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.	3



Definition schulisches Gesundheitsmanagement:

Schulisches Gesundheitsmanagement kann verstanden werden als die systematische und nachhaltige Entwicklung schulischer Rahmenbedingungen, schulischer Strukturen und Prozesse, die auf die gesundheitsangemessene bzw. gesundheitsgerechte Gestaltung von Lehren, Lernen und Organisation sowie die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten aller in der Schule involvierten Personengruppen abhebt (Dadaczynski & Paulus, 2011b, S. 168).

4 Ausgewählte Ergebnisse aus NRW

4.1 Das schulische Gesundheitsmanagement aus Sicht der Schulleitungen

Anhand von 14 Aspekten zum schulischen Gesundheitsmanagement wurden die Schulleitungen gebeten einzuschätzen, in welchem Ausmaß diese Aspekte auf ihre Schule zutreffen bzw. in ihr umgesetzt wurden. Alle Aspekte konnten auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden, wobei höhere Werte eine höhere Zustimmung anzeigen (1 = trifft nicht zu; 4 = trifft zu). Den Ergebnissen zufolge kommt der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zu.

Mehr als 80 Prozent der Befragten stimmen dieser Aussage eher oder voll zu. Voll oder eher stimmen zudem etwa zwei Drittel der Schulleitungen der Aussage zu, dass Gesundheitsförderung und Prävention ein wichtiges Thema in der Schulentwicklungs- bzw. Steuerungsgruppe ist. Demgegenüber scheinen regelmäßige Fortbildungen zu gesundheitsre-

Tab. 2: Umsetzungsstand des schulischen Gesundheitsmanagements differenziert nach Geschlecht und Schulform

	Mittelwert
Geschlecht	
männlich	2,68
weiblich	2,85
Schulform	
Grundschule	2,88
Förderschule	2,86
Gesamtschule	2,74
Gymnasium	2,66
Hauptschule	2,64
Berufskolleg	2,60
Realschule	2,58

Anm.: Mittelwerte (M): 1 = trifft nicht zu, 4 = trifft zu

levanten Themen weniger relevant: Etwa 60 Prozent geben an, dass dieser Aspekt eher nicht oder überhaupt nicht auf die eigene Schule zutrifft. Selbiges gilt auch für die kontinuierliche Beteiligung an Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Klasse2000, Lions Quest, MindMatters), der über die Hälfte der Befragten nicht zustimmt.

Für die nebenstehende Tabelle wurde ein Gesamtmittelwert aller abgefragten Aspekte errechnet, der mit $M = 2,78$ für einen tendenziell guten Umsetzungsstand des schulischen Gesundheitsmanagements in den Schulen der Befragten spricht.

Differenziert nach Schulform zeigt sich, dass Grund- und Förderschulleitungen einen höheren Realisierungsgrad der schulischen Gesundheitsförderung angeben, während den Angaben der Realschulleitungen zufolge das Umsetzungsniveau an dieser Schulform am niedrigsten ist. Mit Blick auf das Geschlecht sehen Schulleiterinnen Aspekte der schulischen Gesundheitsförderung an ihrer Schule häufiger als erfüllt, was für einen höheren Umsetzungsstand spricht. Diese Unterschiede erweisen sich statistisch als signifikant.

Darüber hinaus wurden die Schulleitungen nach ihrer Intention gefragt, zukünftig Aktivitäten zur Förderung der Schüler- und Lehrer*innen-Gesundheit durchzuführen bzw. zu unterstützen. Erwartungsgemäß äußern die Befragten ihre starke Absicht, Aktivitäten der schulischen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Auch hier treten Geschlechts- und Schulformunterschiede auf: bei weiblichen und Gesamtschulleitungen ist die Intention am stärksten, bei Realschulleitungen am geringsten ausgeprägt.



4.2 Persönliche Einstellungen und Co.: Schulleitungsfaktoren unter der Lupe

Persönliche Einstellungen

Wie bereits beschrieben, kann davon ausgegangen werden, dass persönliche Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich positiver oder negativer Folgen eines Verhaltens einen Einfluss darauf haben, ob eine Person dieses ausführt oder nicht. In der Studie wurden Schulleitungen daher gefragt, welche Bedeutung sie der Gesundheit von Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern sowie der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention beimessen. Die Beantwortung erfolgte fünfstufig, wobei höhere Werte für eine stärker ausgeprägte gesundheitsförderliche Einstel-

lung sprechen. Der Gesamtmittelwert von $M = 4,53$ verweist auf eine stark ausgeprägte gesundheitsförderliche Einstellung. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass sich in den positiven Ergebnissen auch ein gewisses Ausmaß an sozialer Erwünschtheit widerspiegelt. Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Schulleitungen sind zwar gering, deuten jedoch darauf hin, dass Schulleiterinnen eine stärker ausgeprägte Einstellung aufweisen.

Als ein weiterer Aspekt wurde erfasst, in welchem Ausmaß Schulleitungen der Überzeugung sind, dass Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention auch zu erwünschten, also positiven Wirkungen führen. Diese Überzeugungen wurden mittels einer 5-Item umfassenden Liste erfasst, die auf einem vierstufigen Format (1 = sehr unwahrscheinlich; 4 = sehr wahrscheinlich) zu beantworten waren. Die in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Schulleitungen über alle zu beurteilenden Aspekte von einer hohen Ergebniserwartung ausgehen, d. h. Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung ein hohes Wirkpotenzial zuschreiben.

Tab. 3: Wahrgenommene Wirkung von schulischer Gesundheitsförderung und Prävention

Wirkung von schulischer Gesundheitsförderung auf ...	Mittelwert
... die Leistungsfähigkeit des Lehrerkollegiums	3,41
... die Schulleistung der Schüler und Schülerinnen	3,24
... das Wohlbefinden und die Gesundheit des Kollegiums und der Schüler/-innen	3,48
... das Klima der gesamten Schule	3,43
... die krankheitsbedingte Fehlzeit des Lehrerkollegiums	3,07

Anm.: Mittelwerte (M): 1 = sehr unwahrscheinlich, 4 = sehr wahrscheinlich

Einzig hinsichtlich der Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten geben die Befragten hier eine geringere Wahrscheinlichkeit positiver Wirkungen an. Im Hinblick auf das Geschlecht und die Schulform finden sich an dieser Stelle keine nennenswerten Unterschiede.

Subjektive Normen

Außer nach den eigenen Erwartungen wurden die Schulleitungen danach befragt, welche Erwartungen andere Personen bezüglich der schulischen Gesundheitsförderung an sie haben und wie stark ihre Bereitschaft ist, diesen Erwartungen zu entsprechen. Angenommen wurde, dass Schulleitungen umso stärker bereit sind, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu unterstützen, je höher die Erwartungen wichtiger Bezugspersonen diesbezüglich sind und je höher ihre individuelle Bereitschaft ist, diesen Erwartungen auch nachzukommen.

Beispiel:

Fall 1: Die Elternvertretung setzt sich dafür ein, dass an der Schule regelmäßig ein gesundes Schulfrühstück organisiert wird. Ihrer Erwartung verleiht die Elternvertretung auf Treffen mit Schulleiter H. vehement Ausdruck. Dieser hört sich die Vorschläge wiederholt an, findet die Umsetzung jedoch zu teuer. Außerdem ist ein regelmäßiges gemeinsames Frühstück aus Sicht des Schulleiters H. zu zeitintensiv und hält die Kinder zu sehr vom Lernen ab.

Anders im Fall 2: Das Kollegium beschwert sich gehäuft über die schlechten Sitzmöbel in den Klassenzimmern, da diese Rückenschmerzen verursachen. Der Forderung nach ergonomischen Stühlen kommt Schulleiterin S. anfänglich nicht nach, da das Schulbudget bereits erschöpft bzw. eigentlich für andere Anschaffungen vorgesehen ist. Erst als eine Lehrkraft wegen eines Bandscheibenvorfalles längere Zeit ausfällt und mittlerweile auch die ersten Eltern die harten Sitzmöbel ihrer Kinder beklagen, beschließt Schulleiterin S., hier tätig zu werden. Gemeinsam mit einigen Kolleginnen und Kollegen und engagierten Eltern gelingt es der Schulleiterin, Fördergelder einzuwerben, um die ersten Klassenräume umzugestalten und einen Rückenschulkurs anzubieten.

Die Ergebnisse zu den Erwartungen wichtiger Bezugspersonen und der Bereitschaft von Schulleitungen, diesen nachzukommen, finden sich in der nachfolgenden Tabelle. Sowohl die Erwartungen als auch die individuelle Bereitschaft wurden auf einer fünfstufigen Antwortskala erfasst, wobei höhere Werte auch eine höhere Erwartung bzw. eine hohe Umsetzungsbereitschaft anzeigen. Wie in der Spalte „Erwartungen“ zu sehen ist, gehen nach Wahrnehmung der Schulleitungen die stärksten Erwartungen vom Lehrerkollegium aus, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Mit einem Mittelwert von $M = 4,46$ weisen Schulleitungen hier auch die stärkste Bereitschaft auf, den Erwartungen der Lehrkräfte zu entsprechen. Anders sieht es bei den Kolleginnen und Kollegen anderer Schulen aus, von denen die geringste Erwartung ausgeht und den gegenüber Schulleitungen auch die geringste Bereitschaft aufweisen. Die größte Differenz zwischen Erwartungshaltung einerseits und Umsetzungsbereitschaft andererseits findet sich schließlich bei Schülerinnen und Schülern. Zwar nehmen Schulleitungen seitens dieser Gruppe eine geringere Erwartung hinsichtlich der Umsetzung von Aktivitäten der schulischen Gesundheitsförderung wahr, jedoch ist die Bereitschaft, entsprechenden Erwartungen nachzukommen, auf Seiten der Schulleitungen sehr hoch.

Tab. 4: Wahrgenommene soziale Erwartungen und Umsetzungsbereitschaft von Schulleitungen

	Wahrgenommene Erwartungen wichtiger Bezugsgruppen*	Bereitschaft, den Erwartungen nachzukommen**
Schulbehörde/Schulministerium	3,15	3,23
Eltern/Elternvertretung	3,28	3,94
Kollegium	3,82	4,46
Schülerinnen und Schüler	2,82	4,31
Kollegen/-innen anderer Schulen	2,31	2,32
externe Personen/Einrichtungen (z. B. Unfallkasse, Erziehungsberatungsstellen)	3,60	3,08

Anm.: Mittelwerte (M): *1 = keine Erwartungen, 5 = hohe Erwartungen; **1 = keine Bereitschaft, 5 = hohe Bereitschaft

Verhaltenskontrolle

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle bezieht sich auf die Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten auch ausführen zu können. Um diesen wichtigen Teilbereich zu erfassen, wurden die Schulleitungen mittels dreier Items nach ihren persönlichen Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention befragt. Im Unterschied zur stark ausgeprägten persönlichen Einstellung fällt die persönliche Kompetenzeinschätzung hier deutlich geringer aus (Tabelle 5).

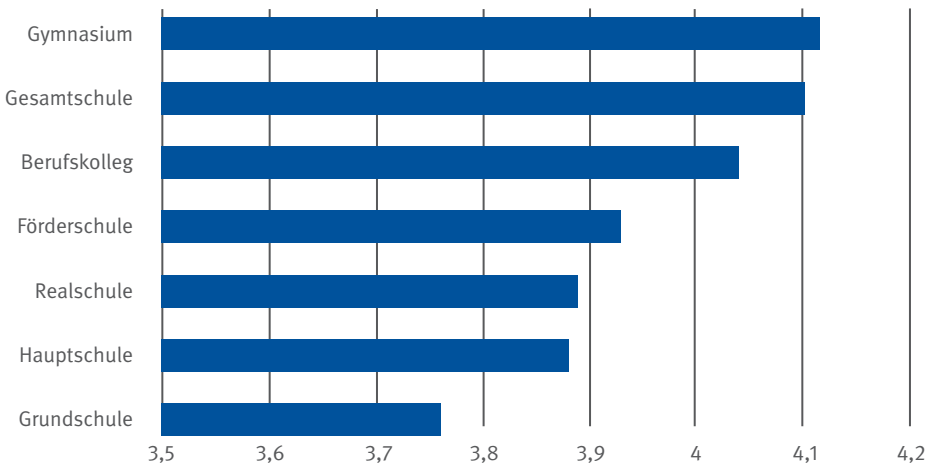
Dies gilt insbesondere für die wahrgenommene Fähigkeit, die Arbeits- und Lernbedingungen des Kollegiums und der Schülerschaft gesundheitsförderlich zu gestalten. Annähernd die Hälfte der Schulleitungen ist sich unsicher, ob sie über entsprechende Kompetenzen verfügt. Lediglich 31 Prozent der Befragten sind sich sicher, wie sie Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen können. Hinsichtlich des eigenen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens schreiben sich die Befragten hingegen eine höhere Kompetenz zu. Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen den Schulformen lassen sich hier nicht feststellen.

Tab. 5: Wahrgenommene Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (in Prozent)

	stimme völlig/eher zu	teils/teils	stimme weniger/ gar nicht zu
Ich bin mir unsicher, wie ich mich so verhalten kann, dass es förderlich für die Gesundheit meines Kollegiums ist.	37,4	23,6	39,0
Ich bin mir unsicher, wie ich die Arbeits- und Lernbedingungen meines Kollegiums und meiner Schüler/-innen so gestalten kann, dass sie förderlich für ihre Gesundheit sind.	47,3	25,9	26,8
Ich bin mir unsicher, wie ich Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention an meiner Schule unterstützen kann.	41,4	27,9	30,7

Neben der Kompetenzeinschätzung wurde in dieser Befragung auch die berufliche Selbstwirksamkeit berücksichtigt. Hierunter wird die Überzeugung einer Person verstanden, die an den Beruf gestellten Anforderungen auch erfüllen zu können. Höhere Werte (1 bis 5) sprechen für eine höhere berufliche Selbstwirksamkeit. Auf der Ebene einzelner Items zeigt sich, dass Schulleitungen hoch motiviert sind, berufliche Schwierigkeiten zu meistern. Demgegenüber stimmen nur etwas weniger als die Hälfte der Aussage zu, dass sie die an den Beruf gestellten Anforderungen tatsächlich erfüllen können. Während hinsichtlich des Geschlechts keine Unterschiede zu finden sind, unterscheidet sich die Ausprägung der beruflichen Selbstwirksamkeit zwischen den Schulformen. Grundschulleitungen haben demnach das geringste und Gymnasial- und Gesamtschulleitungen das höchste Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Berufliche Selbstwirksamkeit von Schulleitungen nach Schulform



Anm.: Mittelwerte (M): 1 = geringe Selbstwirksamkeit, 5 = hohe Selbstwirksamkeit

Moralische Verantwortung

Gerade bei dem Thema Schulleitung und Gesundheit kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft, unterstützend aktiv zu werden, auch von der moralischen Verpflichtung gegenüber dem Lehrerkollegium sowie den Schülerinnen und Schülern getragen wird. Dieser Aspekt wurde in der Studie durch drei Items erfasst, die auf einer fünfstufigen Skala (1 = geringe Verpflichtung, 5 = hohe Verpflichtung) zu beantworten waren. Mit einem über alle Fragen gebildeten Mittelwert von $M = 4,57$ ist die von Schulleitungen wahrgenommene moralische Verpflichtung hinsichtlich der Verantwortlichkeit für gesundheitliche Belange sehr hoch ausgeprägt. Auch an dieser Stelle ist nicht auszuschließen, dass sich in den positiven Ergebnissen auch ein gewisses Ausmaß an sozialer Erwünschtheit widerspiegeln könnte. Schulleiterinnen fühlen sich geringfügig, jedoch signifikant stärker verantwortlich als ihre männlichen Kollegen.

4.3 Der Einfluss von Schulleitungen auf das schulische Gesundheitsmanagement

An dieser Stelle sei noch einmal in Erinnerung gerufen, dass Schulleitungen generell eine „Gate Keeper“-Funktion für schulische Innovationen und Veränderungsprozesse haben. Ob also Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention oder gar ganzheitliche Schulentwicklungsansätze (z. B. die gute gesunde Schule) dauerhaft Eingang in die Schule finden, wird auch wesentlich davon abhängen, wie sich die Schulleitungen dazu positionieren und entsprechende Prozesse unterstützen. Die Bereitschaft zur Unterstützung ist in diesem Zusammenhang nicht auf einen einzelnen Faktor zurückzuführen, sondern Ergebnis eines komplexen Geflechts von Bedingungen. Diese Studie hat vier solcher Bedingungen näher unter die Lupe genommen: persönliche Einstellungen, soziale Normen, Verhaltenskontrolle sowie moralische Verantwortung.



Um zu prüfen, in welchem Ausmaß diese Faktoren die Intention von Schulleitungen, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung zu unterstützen und auf den von Schulleitungen wahrgenommenen Stand des schulischen Gesundheitsmanagements bedingen, müssen komplexere statistische Verfahren herangezogen werden. Ein häufig eingesetztes Analyseverfahren ist die so genannte Regression. Diese erlaubt es, die Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen anzugeben. Zur Prüfung der Stärke des Zusammenhangs wird der standardisierte Regressionskoeffizient berechnet. Dieser kann Werte von +1 bis -1 annehmen, wobei der Zusammenhang umso größer ist, je weiter der Wert von 0 entfernt ist. Das jeweilige Vorzeichen regelt die Richtung der Interpretation: in unserem Fall würde ein positives Vorzeichen vor dem Faktor „persönliche Kompetenzen des Schulleiters“ anzeigen, dass mit größeren Werten für diesen Faktor auch die Intention von Schulleitungen steigt, Gesundheitsmanagement an ihrer Schule zu unterstützen. Zu beachten ist allerdings, dass damit keine Aussagen über die Kausalität, d. h. über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge möglich sind.

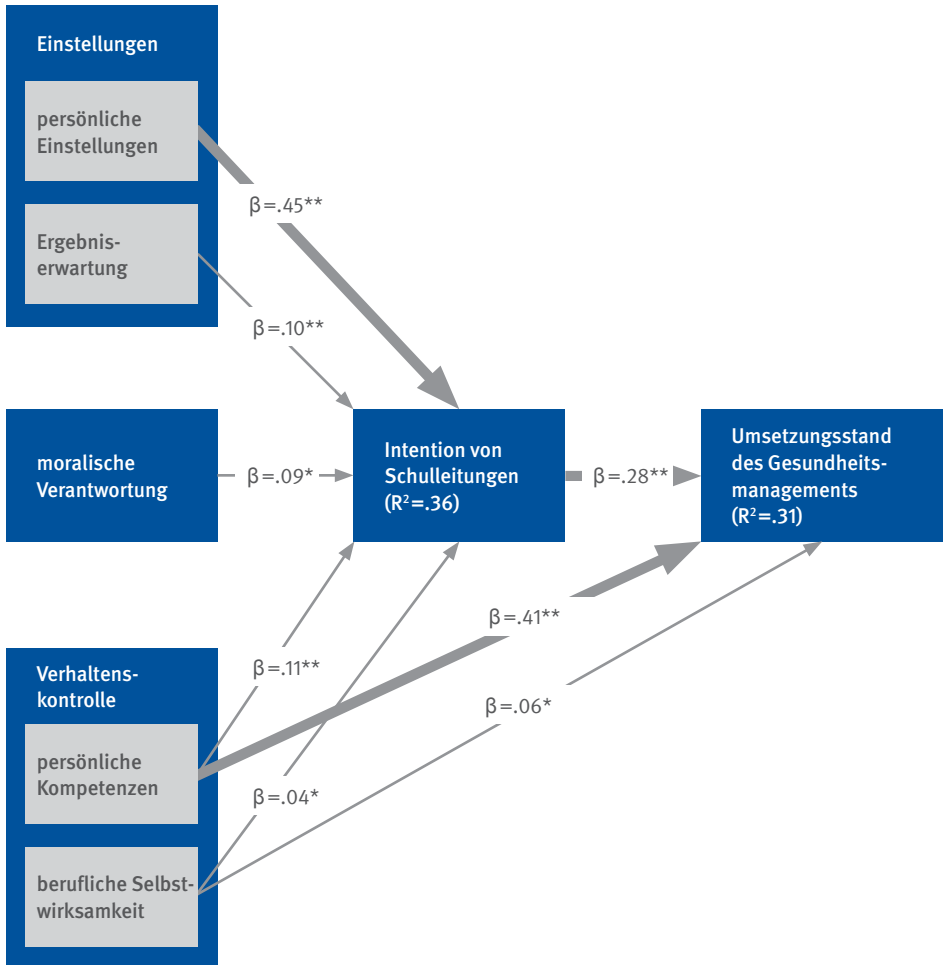
Die Ergebnisse der Prüfung des zuvor beschriebenen Zusammenhangs finden sich in der nebenstehenden Abb. 2. Auf der linken Seite sind die schulleitungsbezogenen Faktoren aufgeführt, die signifikant mit der Intention und dem von Schulleitungen eingeschätzten Umsetzungsstand des Gesundheitsmanagements in der eigenen Schule zusammenhängen. Interessanterweise spielt die soziale Norm bei der Vorhersage der Intention von Schulleitungen keine Rolle, weshalb dieser Faktor aus den Analysen ausgeschlossen wurde.

Betrachten wir zunächst die Intention der Schulleitung, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung zukünftig zu unterstützen, so lassen sich insgesamt 36 Prozent der Unterschiede in der Intention durch die drei Faktoren: persönliche Einstellungen, moralische Verantwortung und Verhaltenskontrolle erklären. In anderen Worten: Mit Hilfe dieser Faktoren lässt sich zu mehr als einem Drittel klären, ob die Schulleitungen die Absicht aufweisen, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Mit Blick auf die Regressionskoeffizienten zeigt sich, dass die persönlichen Einstellungen den wichtigsten Faktor darstellen. Alle anderen Faktoren stehen zwar in einem signifikanten Zusammenhang, sind aber weit weniger bedeutsam.

Schließlich wurde überprüft, wie sich die Intention und die Verhaltenskontrolle von Schulleitungen auf den Umsetzungsstand des schulischen Gesundheitsmanagements auswirken. Insgesamt lassen sich 31 Prozent der Unterschiede des Gesundheitsmanagements durch die drei Variablen (Intention, persönliche Kompetenzen und berufliche Selbstwirksamkeit) aufklären. Die von Schulleitungen wahrgenommene Kompetenz ist hier der stärkste Prädiktor².

² Eingrenzend ist darauf hinzuweisen, dass dieses Vorgehen lediglich eine erste Annäherung in der Analyse der Rolle der Schulleitung im schulischen Gesundheitsmanagement darstellt. Durch die isolierte Betrachtung von Intention und Umsetzungsstand mittels zweier, getrennter Regressionen werden Abhängigkeiten der Variablen möglicherweise nicht hinreichend abgebildet.

Abb. 2: Schulleitungsbezogene Bedingungen des schulischen Gesundheitsmanagements



(Die Dicke der Pfeile gibt die Stärke des Zusammenhangs an, d. h. dicke Pfeile sprechen für einen stärkeren Zusammenhang.) Signifikanzniveau, $** p \leq .001$; $* p \leq 0.05$

5 Zusammenfassung und Konsequenzen für die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention

Waren Schulleitungen bislang kaum Thema der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland, liegen mit der hier vorgestellten Studie nun umfangreiche Erkenntnisse zur Rolle dieser Berufsgruppe in der schulischen Gesundheitsförderung vor. Auch wenn die Ergebnisse nicht repräsentativ sind, so basiert die aktuelle Studie auf einer umfangreichen Stichprobe, welche je nach Untersuchungsbereich etwa 2.000 Schulleitungen umfasst.

Zusammenfassend geben die Befunde Anlass, Schulleitungen als „Change Agent“ gesundheitsförderlicher Aktivitäten in der Schule zu begreifen. Ob einzelne Aktivitäten oder ganzheitliche Schulentwicklungsansätze der Gesundheitsförderung und Prävention Eingang und dauerhafte Verankerung finden, hängt entscheidend von den Einstellungen und Fähigkeiten der Schulleitung ab. Im Rahmen der hier vorgestellten Studie wurden vier Faktoren näher unter die Lupe genommen: persönliche Einstellungen, subjektive Norm, wahrgenommene Verhaltenskontrolle und moralische Verantwortung. Während persönliche Einstellungen in Form von wahrgenommenen Wirkungen der schulischen Gesundheitsförderung sowie der subjektiven Bedeutung, die Schulleitungen der Gesundheit von Schülern, Schülerinnen und Lehrkräften beimessen, erfasst wurden, ging es bei der subjektiven Norm vor allem um die Erwartungen wichtiger Bezugspersonen und -gruppen sowie um die Bereitschaft von Schulleitungen, diesen Erwartungen zu entsprechen. Hingegen bezieht sich die Verhaltenskontrolle auf die wahrgenommenen Kompetenzen im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention sowie auf die Überzeugung, die an den Beruf gestellten Anforderungen bewältigen zu können. Schließlich wurde mit der moralischen Verantwortung auch das Ausmaß an Überzeugung erfasst, inwiefern Schulleitungen gegenüber dem Lehrerkollegium und der Schülerschaft eine moralische Verpflichtung zur Förderung der Gesundheit wahrnehmen.

Die ersten Analysen zeigen, dass drei der vier berücksichtigten Faktoren signifikant mit der Intention, zukünftig vermehrt Maßnahmen der

schulischen Gesundheitsförderung zu unterstützen, verbunden sind. Einzig für die subjektive Norm konnten solche Zusammenhänge nicht belegt werden. Die Ursachen hierfür können vielfältiger Natur sein: So ist z. B. möglich, dass wichtige Bezugsgruppen (Lehrkräfte, Schülerschaft, Eltern) lediglich geringe Erwartungen in komplexe Schulentwicklungsvorhaben haben bzw. sich die Erwartungen nicht mit der erfassten Intention von Schulleitungen decken. Hingegen sind die persönlichen Einstellungen von größter Bedeutung. Ob also eine Schulleitung die Absicht entwickelt, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen, hängt wesentlich davon ab, ob ihr die Gesundheit des Kollegiums und der Schülerinnen und Schüler am Herzen liegt oder ob sie z. B. der Meinung ist, dass die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für die schulische Leistungsfähigkeit darstellt.

Bei der Erklärung des von Schulleitungen eingeschätzten Gesundheitsmanagements konnten vor allem zwei bedeutsame Faktoren identifiziert werden: die persönliche Kompetenz sowie die Intention von Schulleitungen. So ist die Absicht von Schulleitungen eine wichtige Voraussetzung, Maßnahmen der Gesundheitsförderung tatsächlich im Schulalltag zu unterstützen. Noch wichtiger sind jedoch die wahrgenommenen Kompetenzen in diesem Bereich: Je ausgeprägter Schulleitungen ihre Kompetenzen im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention einschätzen, desto höher ist auch der Umsetzungsstand des Gesundheitsmanagements an ihrer Schule. Allerdings zeigen sich in diesem Bereich die stärksten Defizite: So sind mehr als 40 Prozent der Befragten unsicher, wie sie Arbeits- und Lernbedingungen des Kollegiums und der Schülerinnen und Schüler gesundheitsförderlich gestalten oder wie sie allgemein Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention an ihrer Schule unterstützen können.

Betrachtet man die aktuellen Umsetzungsprozesse der schulischen Gesundheitsförderung, ist dieses Ergebnis wenig überraschend. Mit Ausnahme der komplexen systemischen Schulentwicklungsansätze (z. B. Landesprogramm Bildung und Gesundheit) ist Gesundheitsförderung



und Prävention vielerorts das Ergebnis der Initiative einzelner, besonders engagierter Personen (vor allem Lehrkräfte oder Elternvertretungen). Schulleitungen sind aufgrund ihrer mannigfaltigen Verpflichtungen oftmals nur unzureichend in entsprechende Vorhaben eingebunden. Ist der erste Enthusiasmus verfliegen, stellt sich eine nachhaltige Verankerung ohne Beteiligung der Schulleitungen meist als schwieriges Unterfangen dar. Dementsprechend gibt es bislang keine systematisch angebotenen Unterstützungsstrukturen, die Schulleitungen befähigen könnten, in diesem Feld verstärkt aktiv zu werden. Neben laufenden Fortbildungen wäre das Themenfeld der Gesundheitsförderung und Prävention bereits in der Lehrerausbildung sehr viel stärker zu integrieren. Einen weiteren Ansatz bietet die seit dem Schuljahr 2008/2009 in

NRW eingeführte Leitungsqualifizierung, die Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung als Teilaspekt eines Moduls integriert hat (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW [MSW NRW], 2012). In Anbetracht der Bedeutsamkeit ist jedoch zu prüfen, Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsaufgabe in allen Modulen zu verankern. Neben Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten sind Schulleitungen zudem systematisch in ihren Projektvorhaben zu begleiten (z. B. in Form von Supervision und Coaching).

Schließlich sind verstärkt Aktivitäten zur Förderung einer gesundheitsförderlichen Einstellung zu unternehmen. Dies kann z. B. in Form von Printmaterialien erfolgen, in denen die Vorteile und Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention zusammengefasst werden oder über die Einrichtung eines regelmäßigen, kollegialen Austauschs mit Schulleitungen, die bereits vielfältige Erfahrungen mit schulischer Gesundheitsförderung und Prävention gemacht haben (Schulleitungen als Rollenmodell).

Wenn es zukünftig gelänge, Schulleitungen stärker als bislang als Schlüsselperson in allen Phasen durch gezielte Maßnahmen zu unterstützen, ließe sich ein wertvoller Beitrag in der systematischen Implementierung und der nachhaltigen Verankerung von schulischer Gesundheitsförderung und Prävention leisten.

6 Literaturverzeichnis

Abele, A. E., Stief, M. & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 145-151.

Aijzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2011a). Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen: Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 58, 306-318.

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2011b). Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In: W. Dür & R. Felder-Puig. (Hrsg.). *In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 164-187). Bern: Hans Huber.

Fullan, M. G. (2001). *The new meaning of educational change* (3rd ed.). New York: Teachers College and Routledge Falmer.

Harazd, B., Gieske, M. & Rolff, H.-G. (2009). *Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrer*gesundheits als neue Aufgabe der Schulleitung*. Köln: Wolters Kluwer.

Huber, S. G. (1999). Was macht Schule wirksam? *Schulmanagement*, 30, 10-17.

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2012). *Schulleitungsqualifizierung in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: MSW NRW.

Nieskens, B. & Schumacher, L. (2010). Erfolgsfaktoren organisationaler Veränderungs- und Lernprozesse in Projekten zur Förderung der Lehrer*gesundheits. In: F. Müller, A. Eichenberger, M. Lüders & J. Mayr (Hrsg.), *Lehrerinnen und Lehrer lernen*. (S. 311-326). Münster: Waxmann.

Samdal, O. & Rowling, L. (Ed.) (2013). *The Implementation of Health Promoting Schools. Exploring the theories of what, why and how.* Milton Park: Routledge.

Viig, N. G. & Wold, B. (2005). Facilitating teachers' participation in school-based health promotion – A qualitative study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49, 83-109.

Wilde, B., Hinrichs, S., Bahamondes Pavez, C. & Schüpbach, H. (2009). Führungskräfte und ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter – Eine empirische Untersuchung zu den Bedingungsfaktoren gesundheitsförderlichen Führens. *Wirtschaftspsychologie*, 02/2009, 74-89.

Impressum

Herausgeber

Unfallkasse NRW
Sankt-Franziskus-Straße 146
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 9024-0
Telefax 0211 9024-1355
E-Mail info@unfallkasse-nrw.de
Internet www.unfallkasse-nrw.de

Autor

Dr. Kevin Dadaczynski,
Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften,
Leuphana Universität Lüneburg

Redaktion

Dr. h. c. Heinz Hundeloh
Sebastian Stammsen
Karin Winkes-Glüssenkamp

Gestaltung

saga werbeagentur GmbH, Münster

Druck

F&D, Lichtenfels

3. durchgesehene Auflage Oktober 2015

500 Exemplare

Bestellnummer

PIN 59

Unfallkasse NRW

Sankt-Franziskus-Str. 146
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 9024-0
www.unfallkasse-nrw.de