

Schulische Gesundheitsförderung wirkt.

Analyse von Studienergebnissen zu gesundheitsfördernden
Interventionen für SchülerInnen im europäischen Raum

Master Arbeit im Rahmen des
Universitätslehrgangs Public Health
der Medizinischen Universität Graz
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Public Health

Verfasserin: Mag^a Doris Kuhness
Matrikelnummer: 9031390

Betreuerin: Mag^a Karin Reis-Klingspiegl
Styria vitalis

Graz, September 2008

Zusammenfassung

Die Schule ist, neben der Familie, eine Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, welche die Gesundheit beeinflusst. Wegen der allgemeinen Schulpflicht in Europa besteht die Möglichkeit, Kinder und Jugendliche aus verschiedenen sozialen Schichten und unterschiedlichen Alters in der Schule zu erreichen. Weiters ist die Schule wegen ihrer langen Tradition in der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen ein beliebter Ort für gesundheitsbezogene Interventionen unterschiedlichster Art. Diese Interventionen zielen mehr oder weniger stark darauf ab, gesundheitsrelevante personale Ressourcen der SchülerInnen direkt zu stärken, die Lebenswelt Schule selbst gesundheitsförderlich zu gestalten und so langfristig Strukturen für mehr Gesundheit in der Schule aufzubauen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob Interventionen, welche die Betroffenen in der Schule (SchülerInnen, LehrerInnen) stärker in die Planung und Umsetzung einbinden und darauf abzielen, nachhaltig Strukturen im Setting Schule gesundheitsförderlich zu gestalten, erfolgreicher sind als solche mit wenig Einbindung der Zielgruppe und ohne Absicht, auch strukturell wirksam zu sein.

Die Analyse von 51 Programmen und Projekten aus Europa zeigte, dass es Interventionen im Setting Schule unabhängig von der Art der Intervention gelingt, in hohem Maße erfolgreich zu wirken. Die Chance auf eine langfristige Wirksamkeit im Sinne von Veränderungen im Setting Schule, gelingt jedoch hauptsächlich jenen Interventionen, die die Betroffenen (SchülerInnen, LehrerInnen) in die Entwicklung und Umsetzung mit einbeziehen oder die Veränderung von Strukturen explizit zum Thema machen. Diese Interventionen unterstützen jedoch auch die Entwicklung von gesundheitsfördernden personalen Ressourcen der SchülerInnen.

Bei den meisten der analysierten Interventionen handelt es sich um Gesundheitserziehungsprogramme, die direkt auf das Verhalten von SchülerInnen abzielen, das Setting Schule (inklusive dem Verhalten der LehrerInnen) als Einflussfaktor auf Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsverhalten jedoch außer Acht lassen. Dies ist bedauerlich, da wissenschaftlich evident ist, dass verschiedene Rahmenbedingungen im Setting Schule stark auf Determinanten von psychosozialer Gesundheit wirken.

Basierend auf der Analyse von 51 Interventionen ist zu empfehlen, bei Interventionen im Setting Schule die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen zum Inhalt zu machen, den Erfolg von Interventionen auf dieser Ebene auch zu evaluieren, dafür angemessene Methoden zu entwickeln und zu publizieren und den Wert von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen als Ergebnisvariable für Gesundheitsförderung anzuerkennen.

Abstract

Beside the family, the school setting is a social environment which has a strong impact on the health of children and young people. Because of the general compulsory education in Europe, the school setting makes it possible to appeal to children and young people from different social classes and ages. Furthermore schools have got a long tradition in the transfer of knowledge relevant for health-related behaviour. Therefore the school is a popular place for different health-promoting interventions. These interventions are designed more or less strongly to strengthen directly personal resources relevant for the health of the pupils (health-related behaviour) and to influence the social environment to build up sustainable structures for better health at school.

The present paper deals with the question whether interventions that strongly involve pupils and teachers in the planning and implementation process of health-promoting projects or programmes and that aim at building up special structures in the school setting are more successful than those doing without participation of the target group and which don't focus on structural changes.

The analysis of 51 programmes and projects from all over Europe showed that interventions in the school setting were effective in many aspects, regardless of the type of intervention. Nevertheless, long-term effectiveness in changes of the school environment is primarily the result of those interventions which involved pupils and teachers in the process of developing and implementing the programme or those that explicitly target the development of health-promoting structures at school. Moreover, these interventions have an effect on the health-promoting personal resources of the pupils (health-promoting behaviour or attitudes).

The school setting (including the behaviour of the teachers) influences the state of health, especially the psychosocial health, health-related behaviour and well-being of pupils. Most of the analysed interventions were health-education programmes which aimed at influencing directly the health-related behaviour of pupils and disregarded health-promoting structures at school, though.

As a conclusion of the analysis of 51 interventions the following recommendations can be made: to ensure sustainable effects on health-promoting structures at schools, more projects or programmes that mainly target the development of health-promoting structures at school should be implemented and evaluated. In order to evaluate those programmes, adequate methods should be developed and the results regarding the change in the school environment should be published. Furthermore it is important that the scientific community and policy makers value health-promoting structures as an important result of health promotion in schools.

Danksagung

„Keine Schuld ist dringender, als die, Dank zu sagen,“ sagte bereits Marcus Tullius Cicero. Ich schulde vielen Menschen Dank und freue mich, dass sie sich mit mir freuen, wenn nun das Thema Masterthesis wieder aus meinem und unseren Leben Abschied nimmt.

Allen voran danke ich meiner Familie - David, Jakob und Judith - die mir sowohl im Public Health Kurs als auch danach, während ich mit meiner Masterthesis beschäftigt war, viel Zeit geschenkt haben. Ich freue mich darauf, sie wieder mit ihnen zu verbringen!

Und ich danke von Herzen Mag^a Karin Reis-Klingspiogl, die mich ermutigt hat, die Public Health-Ausbildung in Graz überhaupt anzufangen und die sich erst als Leiterin der Abteilung Schule bei und dann als Geschäftsführerin von Styria vitalis dafür einsetzte, dass Styria vitalis einen Teil der Ausbildungskosten übernahm. Als Betreuerin dieser Master-These war sie sowohl in inhaltlicher als auch in germanistischer Hinsicht eine große Hilfe. Ein großes Dankeschön auch an Mag^a Sarah Sebinger für die Zeit zur Erstellung des Zweitgutachtens dieser Arbeit.

Viele FreundInnen und KollegInnen aus dem Public Health-Kurs und bei Styria vitalis haben Ups und Downs in der Phase der Fertigstellung dieser Arbeit mit mir erlebt – es hat gut getan, von ihnen begleitet und ermutigt zu werden.

Im Universitätslehrgang Public Health Graz konnte ich vielen interessante, liebenswürdige Menschen – StudienkollegInnen und Vortragende - begegnen, mit ihnen spannende und lustige Stunden verbringen. Mit viel Enthusiasmus und Neugier haben wir gemeinsam gelernt und ich bin dankbar, dass ich mit ihnen und durch sie lernen durfte.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

I	EINLEITUNG	1
II	THEORETISCHER TEIL	3
2.1	Gesundheit	3
2.2	Die Gesundheit von SchülerInnen in Österreich	6
2.2.1	Subjektive Gesundheit, Lebensqualität & Wohlbefinden in der Schule.....	7
2.2.3	Psychisch-emotionale Gesundheit.....	11
2.2.4	Soziale Dimension subjektiver Gesundheit	13
2.2.5	Körperlich-physische Gesundheit	19
2.2.6	Wohlbefinden in Klassenzimmer & Schule.....	21
2.2.7	Gesundheitsbezogenes Verhalten.....	21
2.2.8	Zusammenfassung.....	23
2.3	Einflussfaktoren auf die Gesundheit der SchülerInnen	24
2.3.1	Determinanten für Gesundheit.....	24
2.3.2	Determinanten für Gesundheit von SchülerInnen im Setting Schule.....	25
2.3.3	Auswirkungen des Befindens	29
2.4	Interventionen zur Förderung von Gesundheit im Setting Schule	30
2.4.1	Gesundheitserziehung	31
2.4.2	Prävention	32
2.4.3	Gesundheitsförderung.....	36
2.4.4	Zusammenfassung.....	41
2.5	Evaluation von Interventionen im Setting Schule	45
2.5.1	Evaluation in der Gesundheitsförderung.....	45
2.5.2	Ergebnisse zu Interventionen im Setting Schule	50
III	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	53

IV	EMPIRISCHER TEIL.....	54
4.1	Die Methode.....	54
4.1.1	Auswahl der analysierten Studien.....	54
4.1.2	Analysekriterien	56
4.2	Beschreibung der analysierten Interventionen	58
4.2.1	Herkunftsländer der Interventionen.....	58
4.2.2	Schultyp, für den die Intervention konzipiert ist.....	59
4.2.3	Inhaltliche Schwerpunkte & Dauer der Interventionen.....	59
4.2.4	Globalausrichtung und Zielsetzungen der Interventionen.....	64
4.2.5	Interventionsarten	68
4.2.6	Angewandte Evaluationsart.....	73
4.2.7	Überprüfung von Zielerreichung und Erhebungsmethoden	74
4.3	Ergebnisse.....	77
4.3.1	Anteil positiver Ergebnisse	77
4.3.2	Zusammenhang zwischen Interventionsart und Erfolg einer Intervention	79
4.3.3	Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit.....	80
4.3.4	Zusammenhang zwischen Interventionsart und Nachhaltigkeit auf der SchülerInnen-Ebene	84
4.3.5	Zusammenhänge zwischen Interventionsart und Nachhaltigkeit auf Schulebene	85
4.3.6	Zusammenhänge zwischen Interventionsart und Einflüssen auf das Wohlbefinden	85
V	DISKUSSION	86
5.1.1	Empfehlungen für die Wissenschaft	88
5.1.2	Empfehlungen für die Politik.....	89
5.1.3	Empfehlungen für die Praxis	91
5.1.4	Kritische Reflexion	92
VI	LITERATURVERZEICHNIS.....	94
6.1	Literaturverzeichnis – Theoretischer Teil.....	94
6.2	Literaturverzeichnis – Analytierte Interventionen	98
	ANHANG – Analytierte Interventionen in alphabetischer Reihenfolge.....	104

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	<i>Subjektive Gesundheit bei 15-jährigen SchülerInnen im Trend 1990-2006. Dür, 2008</i>	8
Abbildung 2	<i>Schulzufriedenheit und „ausgezeichneter Gesundheitszustand“. Dür, Mravlag, 2002</i>	9
Abbildung 3	<i>Zufriedenheit mit der Schule, Prozentangaben. Eder, 2007</i>	10
Abbildung 4	<i>Soziales Selbstkonzept österreichischer SchülerInnen. Eder, 2007</i>	14
Abbildung 5	<i>Klima-Dimensionen, differenziert nach Schultypen im Pflichtschulbereich. Beurteilungen auf 5-stufigen Rating-Skalen. 1= schlechtester Wert, 5=besterWert. Mittelwerte. Eder, 2007.</i>	18
Abbildung 6	<i>Mädchen und Burschen, die mehrmals wöchentlich oder täglich an mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden leiden. Dür, Griebler, 2007.</i>	20
Abbildung 7	<i>Anteil täglich rauchender SchülerInnen. Dür, Griebler, 2007.</i>	22
Abbildung 8	<i>Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 1991) nach einer Darstellung von Styria vitalis.</i>	25
Abbildung 9	<i>Gesundheitsförderung im Setting Schule – Interventionsarten nach Raeburn und Corbett, 2001.</i>	44
Abbildung 10	<i>Das Ergebnismodell von Nutbeam (2000) adaptiert von Gesundheitsförderung Schweiz (2006, www.quintessenz.ch).</i>	48
Abbildung 11	<i>Inhaltliche Schwerpunktsetzungen der Interventionen</i>	63
Abbildung 12	<i>Dauer der Intervention und inhaltliche Ausrichtung</i>	64
Abbildung 13	<i>Genannte Globalziele und inhaltliche Wirkungsrichtungen</i>	66
Abbildung 14	<i>Gesundheitsförderung im Setting Schule – Interventionsarten nach Raeburn, Corbett, 2001</i>	67
Abbildung 15	<i>Interventionsarten der analysierten Studien</i>	68
Abbildung 16	<i>Inhaltliche Ausrichtung und Interventionsart</i>	72

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	<i>Herkunftsländer der analysierten Interventionsstudien</i>	58
Tabelle 2	<i>Schultypen, in denen die Interventionen stattfinden</i>	59
Tabelle 3	<i>Inhaltliche Schwerpunkte der analysierten Arbeiten</i>	60
Tabelle 4	<i>Globalziel und Wirkungsrichtung der Intervention</i>	66
Tabelle 5	<i>Inhaltlicher Schwerpunkt und Art der Intervention</i>	70
Tabelle 6	<i>Zusammenhang zwischen Evaluations- und Interventionsart</i>	73
Tabelle 7	<i>Interventionen nach dem Anteil positiver Ergebnisse kategorisiert</i>	78
Tabelle 8	<i>Thematische Ausrichtung und Anteil positiver Ergebnisse</i>	78
Tabelle 9	<i>Zusammenhang zwischen dem Anteil positiver Ergebnisse einer Intervention und der Art der Intervention</i>	79
Tabelle 10	<i>Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene</i>	81
Tabelle 11	<i>Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf Schulebene</i>	83
Tabelle 12	<i>Zusammenhang zwischen Interventionsart und Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene der personalen Ressourcen (PE)</i>	84
Tabelle 13	<i>Zusammenhang zwischen Interventionsart und Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Schulebene</i>	85

I EINLEITUNG

Nach einer Phase von etwa 100 Jahren, in der sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kontinuierlich verbesserte, mehren sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten Hinweise, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Österreich und in anderen modernen Gesellschaften einem Prozess der stetigen Verschlechterung unterworfen sind (Dür, 2008).

Die Schule ist neben der Familie eine wichtige Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, welche je nach Rahmenbedingungen sowohl Ressource als auch Risiko für eine positive Gesundheitsentwicklung darstellen kann. Aufgrund dieses Faktums und dem engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit müsste die Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zumindest ein implizites Ziel der Schule darstellen (Eder, 2007).

Doch wie kann die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule wirksam gefördert werden? Hat die Schule ihren Beitrag bereits geleistet, wenn es im Unterricht zur ausreichenden Wissensvermittlung in Bezug auf gesundheitsrelevante Themen kommt? Oder sollten spezielle Präventionsprogramme im Setting Schule implementiert werden, um das Auftreten bestimmter Erkrankungen zu verhindern, oder hat die Schule als Organisation einen umfassenden, über die Behandlung von bestimmten Themen im Unterricht hinausgehenden Auftrag, sich mit den Rahmenbedingungen für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auseinander zu setzen?

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele Versuche unternommen, über Interventionen im Setting Schule das Gesundheitsverhalten von SchülerInnen positiv zu beeinflussen, das Auftreten von bestimmten Erkrankungen zu vermeiden oder das Wohlbefinden von SchülerInnen zu fördern und Gesundheitsressourcen aufzubauen. Zahlreiche dieser Interventionen wurden wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Das Ziel der vorliegenden Masterthesis ist es, basierend auf einer Auswahl publizierter Interventionen zu zeigen, welche Ergebnisse in Bezug auf verschiedene Interventionszugänge zur Förderung der Gesundheit von SchülerInnen zu erwarten sind und welchen Beitrag Gesundheitsförderung im Setting Schule für die Gesundheit von SchülerInnen leisten kann.

Im theoretischen Teil folgt nach einer Erörterung des dieser Arbeit zugrunde liegenden Gesundheitsbegriffs (Kapitel 2.1) zunächst ein kurzer Überblick über Daten zum Gesundheitszustand (österreichischer) SchülerInnen (Kapitel 2.2) und über die Faktoren, die diesen Gesundheitszustand beeinflussen (Kapitel 2.3). Anschließend werden Interventionsansätze zur Förderung der Gesundheit von SchülerInnen vorgestellt (Kapitel 2.4). Im darauf folgenden Kapitel sind Möglichkeiten zur Evaluation von Interventionen im Setting Schule eingegangen und Ergebnisse von Überblicksarbeiten zu gesundheitsbezogenen Interventionen im Setting Schule dargestellt (Kapitel 2.5).

Anschließend erfolgt die Bildung von Hypothesen in Bezug auf die Erfolgsaussichten von verschiedenen Interventionsarten (Kapitel III).

Im empirischen Teil der Arbeit folgen zunächst die Beschreibung der Auswahl der analysierten Studien und die Beschreibung der Analysekriterien (Kapitel 4.1). In Kapitel 4.2 werden die analysierten Studien hinsichtlich verschiedener Merkmale (z.B. Herkunftsländer, inhaltliche Schwerpunkte, Dauer der Interventionen, Interventionsarten) zusammenfassend dargestellt. Anschließend es wird berichtet, wie diese Interventionen evaluiert wurden. Im Ergebnisteil ist das Ausmaß des Erfolgs und die Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Personen- und Organisationsebene in Zusammenhang mit den Interventionsarten beschrieben (Kapitel 4.3).

Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und Empfehlungen für Interventionen im Setting Schule und die Evaluation schulischer Gesundheitsinterventionen gegeben. Als letzter Schritt wird die methodische Vorgangsweise in dieser Studie noch einer kritischen Diskussion unterworfen (Kapitel V).

Das Konzept der schulischen Gesundheitsförderung umfasst grundsätzlich auch das Thema LehrerInnen-Gesundheit und die Gesundheit anderer im Setting Schule tätiger Personen. Die vorliegende Master-Arbeit fokussiert aus Gründen der Reduktion von Komplexität jedoch das Thema SchülerInnen-Gesundheit.

II THEORETISCHER TEIL

In diesem theoretischen Teil wird als erster Schritt der dieser Arbeit zugrunde liegende Gesundheitsbegriff erläutert.

Anschließend werden einige epidemiologische Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten österreichischer SchülerInnen präsentiert. Als nächster Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit Determinanten von Gesundheit von SchülerInnen mit besonderem Augenmerk auf das Setting Schule.

2.1 Gesundheit

Eine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit oder Krankheit existiert nicht, vielmehr werden in Abhängigkeit vom jeweiligen Bezugssystem, in dem eine Definition erfolgt, unterschiedliche Aspekte des Gesundheits- oder Krankheitsbegriffs besonders betont. Diese Bezugssysteme können unter anderem die Medizin, die Gesellschaft (Gesetzgebung, Krankenversicherung) oder auch das Individuum mit seinem subjektiven Erleben sein (Schumacher & Brähler, 2004)

Aggleton und Homans (1987) bzw. Ewels und Simnett (1999) beschreiben folgende Dimensionen (zitiert nach Naidoo und Wills, 2003) von Gesundheit:

- die physische, z.B. körperliche Fitness,
- die psychische, z.B. positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung,
- die emotionale, die sich z.B. auf die Fähigkeit, Gefühle ausdrücken zu können, bezieht,
- die soziale, die z.B. das Netzwerk an sozialer Unterstützung, welches zur Verfügung steht, beschreibt,
- die spirituelle, die z.B. das Erkennen moralischer Grundsätze und die Fähigkeit, diese in die Praxis umzusetzen oder Sinn im Leben zu finden, darstellen und
- die sexuelle, welche die Bereitschaft, seine eigene Sexualität befriedigend ausdrücken zu können, betrifft.

Diese Liste von Dimensionen könnte sicherlich noch um andere Gesichtspunkte erweitert werden.

Stark aus dem Bezugssystem des Individuums, die Mehrdimensionalität von Gesundheit ebenfalls hervorhebend und die drei wesentlichen Dimensionen von Gesundheit, nämlich die physische, die psychische und die soziale berücksichtigend, definiert die

Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1946 Gesundheit in ihren Gründungsstatuten folgendermaßen:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 1946, 2006, p.1)

Durch die Definition von Gesundheit als „Wohlbefinden“ wird dem Individuum die Definitionsmacht in Bezug auf die eigene Gesundheit bzw. das Gesundheitsempfinden zugestanden, da Wohlbefinden ein subjektiv wahrgenommener Zustand ist. Kritisch wird dieser Definition, die seit 1946 unverändert in der Konstitution der WHO verankert ist, angelastet, dass sie zu statisch sei und die dynamischen Aspekte der Entstehung von Gesundheit nicht berücksichtigen würde. Des Weiteren bezieht sich diese Definition auf nur das Bezugssystem des Individuums und vernachlässigt objektivierbare Daten. Es könnte nämlich trotz subjektiven Wohlbefindens eine objektive gesundheitliche Gefährdung bestehen (Schumacher & Brähler, 2004). Nichts desto trotz stellt die Definition der WHO eine Vision dar, die als Orientierungsrahmen für die Förderung von Gesundheit gelten kann.

Der deutsche Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann sieht Gesundheit ebenfalls als Befinden, welches jedoch auch objektivierbar ist. Im Spannungsfeld zwischen inneren Möglichkeiten und Zielen und äußeren Lebensbedingungen entstehend, definiert er Gesundheit folgendermaßen:

"Gesundheit ist ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet" (Hurrelmann 1990, Seite 93).

Da Gesundheit jedoch über die Interaktion des Individuums mit seiner sozialen und physischen Umwelt und über einen aktiven Prozess des Ausgleichens von Belastungen und Verfügbarmachens von Ressourcen durch das Individuum entsteht, ist es notwendig, Gesundheit auch in Bezug auf diese Interaktion als Prozess zu definieren, wie das in modernen Gesundheitskonzepten der Fall ist (Freidl und Neuhold, 2002).

Musmann et al beschreiben in ihrer Definition von Gesundheit diese Prozesshaftigkeit und Faktoren, die Gesundheit beeinflussen:

„Gesundheit ist ein transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potenzial zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt. Dieses Gleichgewicht ist abhängig von der Verfügbarkeit und der Nutzung von gesundheitsschützenden (protektiven) bzw. –wiederherstellenden (restaurativen) Faktoren in der Person und in der Umwelt, die als innere und äußere Ressourcen bezeichnet werden.“

(Mussmann et al,1993, zitiert nach Freidl und Neuhold, 2002, S. 30)

Gesundheit ist nicht Lebenszweck, sondern eine Ressource zur Bewältigung des Lebens. Dies wird in der Definition von Gesundheit, welche die WHO 1984 in ihrer Ottawa-Charter für Gesundheitsförderung verwendet, sichtbar (zitiert nach Naidoo und Wills, 2003):

„Gesundheit ist das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern zu können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit.“ (S. 23)

Gesundheit ist von den Vereinten Nationen auch als Menschenrecht festgeschrieben (WHO, 2005). Sie ist als grundlegende Lebensressource weit über die Medizin hinausgehend für viele Professionen von Interesse. Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass Gesundheit in Abhängigkeit von der Betrachtungsperspektive unterschiedlich definiert werden kann. Der Gesundheitsbegriff der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung gemeinsam mit den Definitionen der WHO und von Mussmann berücksichtigen verschiedenen Dimensionen von Gesundheit eine und deren implizierte Beeinflussbarkeit und Veränderbarkeit durch Individuen oder Gruppen.

Bezogen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedeutet dies, dass sowohl persönliche als auch Ressourcen der Lebenswelten für eine optimale Gesundheitsentwicklung gegeben sein müssen und dass Bedingungen für eine gute Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen herstellbar sind. Das Setting Schule ist in der Lage zu einer positiven Entwicklung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit beizutragen.

Welche epidemiologischen Daten in Bezug auf die Gesundheit österreichischer SchülerInnen vorhanden sind und über welche Faktoren die Schule die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.2 Die Gesundheit von SchülerInnen in Österreich

In Bezug auf Daten zu Gesundheit und Wohlbefinden von SchülerInnen ist die Altersgruppe 11-15 Jahre aufgrund der alle vier Jahre auch in Österreich durchgeführten HBSC-Studie¹ sehr gut untersucht. Hier liegen auch Langzeit-Beobachtungen vor, da diese Studie bereits seit den 1980er Jahren durchgeführt wird. Für jüngere und ältere SchülerInnen gibt es in Österreich keine derartige Gesundheitsberichterstattung. Die Studie von Eder (2007) zum „Befinden von Kindern und Jugendlichen in der österreichischen Schule“, die SchülerInnen der 4. bis 12. Schulstufe (10 – 18-Jährige) mit einbezieht, gibt jedoch Aufschluss über zahlreiche Determinanten, die mit der psychosozialen Gesundheit eng verbunden sind.

Daten zur körperlichen Gesundheit österreichischer SchülerInnen könnten auch Ergebnisse aus den schulärztlichen Untersuchungen liefern. Diese teilweise jährlich durchgeführten Untersuchungen dienen der Feststellung der gesundheitlichen Eignung von SchülerInnen für den Unterricht. Es werden vor allem Seh- und Hörvermögen und der Bewegungs- und Stützapparat überprüft. Bei Auffälligkeiten werden der/die SchülerIn bzw. die Eltern über diese informiert (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005). Die Daten, die im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung erhoben werden, wurden zuletzt für das Schuljahr 1993/94 ausgewertet und werden an dieser Stelle nicht berichtet.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf Ergebnisse der HBSC-Studie (Dür, Griebler, 2007) und jene von Eder (2007) die bei bestimmten Aspekten durch andere relevante Studien ergänzt werden. Im Großen und Ganzen sind Daten fokussiert, die mit dem Setting Schule in Zusammenhang stehen könnten.

¹ Die HBSC-Studie (Health Behaviour in Schoolaged Children) wird in Österreich seit 1983 durchgeführt und ist Teil eines internationalen Projekts, welches in 42 Ländern den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von 11- 15-Jährigen monitorisiert.

Zunächst werden Daten zur subjektiven Gesundheit und Lebensqualität dargestellt. Soweit wie möglich werden dann einige Daten zur physischen Gesundheit österreichischer SchülerInnen präsentiert. Anschließend werden Aspekte der psychisch-emotionalen Gesundheit und die soziale Dimension der Gesundheit österreichischer SchülerInnen beleuchtet.

2.2.1 Subjektive Gesundheit, Lebensqualität & Wohlbefinden in der Schule

Die subjektiv wahrgenommene bzw. „erlebte Gesundheit“ ist ein wesentliches Beschreibungskriterium des Gesundheitszustands.

Zum „Globalmaß“ erhoben, stellt die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes einen guten Prädiktor für die künftige Entwicklung des Gesundheitszustandes dar (Dür, Griebler, 2007). Aus den Daten der internationalen HBSC-Studie geht hervor, dass SchülerInnen ihren subjektiven Gesundheitszustand gut, jedoch über die vergangenen Jahre hinweg tendenziell immer schlechter beurteilen, wie in Abbildung 1 am Beispiel der 15-jährigen SchülerInnen sichtbar wird.

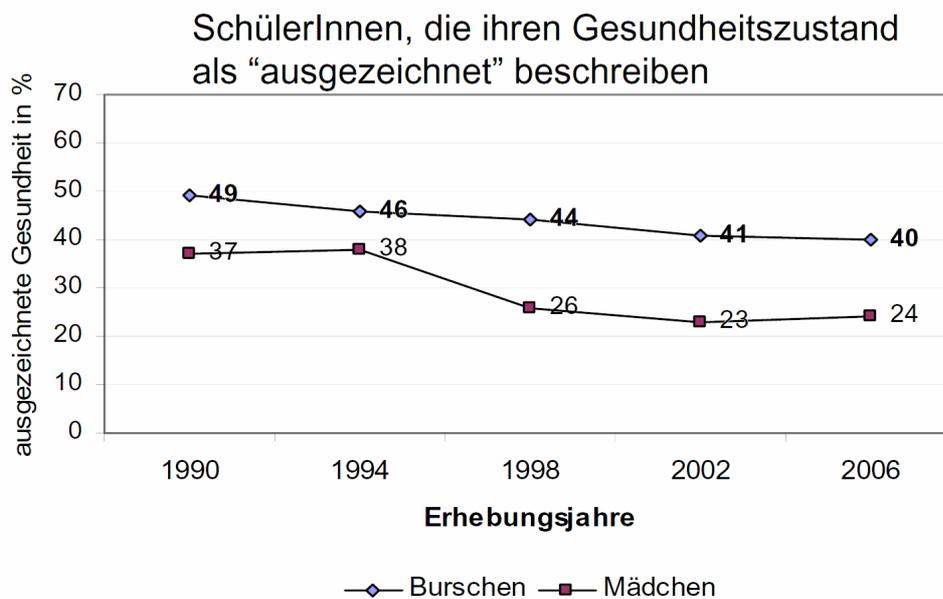


Abbildung 1: Subjektive Gesundheit bei 15-jährigen SchülerInnen im Trend 1990-2006.
Dür, 2008

In Österreich bezeichnen im Jahr 2006 ca. 43 % der 11- 15-jährigen SchülerInnen ihren eigenen Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ und weitere 45 % meinen, dass ihre Gesundheit „gut“ sei. Zwei Prozent der österreichischen SchülerInnen zwischen elf und 15 Jahren beurteilen ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht.

Auffallend ist, dass der Anteil der SchülerInnen, der seinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet einstufen, mit zunehmendem Alter (hier zwischen elf und 15 Jahren) kontinuierlich um ca. 20 % abnimmt und dass zwischen der Einschätzung von Burschen und Mädchen ein großer Unterschied besteht. So bezeichnen 2006 noch knapp 57 % der 11-jährigen Burschen (bzw. 47 % der 11-jährigen Mädchen), jedoch nur mehr 40 % der 15-jährigen Burschen (bzw. 27 % der 15-jährigen Mädchen) ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ (Dür, Griebler, 2007)².

Die berichtete Lebensqualität ist ein wichtiges Maß für die Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens. Sie wird von den österreichischen SchülerInnen im Großen und Ganzen positiv eingeschätzt. Im Jahr 2006 beurteilen die 11-15-Jährigen ihre Lebensqualität mit durchschnittlich 7,8 Punkten auf einer Skala von 0 – 10. Rund 90 % der Schülerinnen und Schüler stufen ihre eigene Lebensqualität als überdurchschnittlich hoch ein (Unicef, 2007). Zwei Prozent der 11-15-Jährigen berichten jedoch eine Lebensqualität zwischen 0 und 2 (Dür, Griebler, 2007). Leider nimmt auch hier, wie bei der subjektiven Gesundheit, mit zunehmendem Alter die Einschätzung der Lebensqualität ab. Es gibt jedoch Daten aus dem europäischen KIDSCREEN-Projekt die Anlass zur Hoffnung geben, dass die Lebensqualität im Alter von 17–18 Jahren wieder stark ansteigt. Das Niveau der 8-Jährigen wird jedoch nicht mehr ganz erreicht (The KIDSCREEN-Group Europe, 2006, zitiert nach Dür, 2008).

Schulzufriedenheit und der subjektive Gesundheitszustand sind Variablen, die eng zueinander in Verbindung stehen, was aus der Abbildung 2, die sich auf Daten der HBSC-Studie aus dem Jahr 2002 bezieht, klar ersichtlich ist. Die SchülerInnen wurden befragt, wie es ihnen zurzeit in der Schule gefiele. Je zufriedener SchülerInnen mit der Schule sind (je besser es ihnen in der Schule gefällt), desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihren Gesundheitszustand „ausgezeichnet“ beurteilen (Dür, Mravlag, 2002).

² Frage: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ – Antwortmöglichkeiten: ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht.

SchülerInnen, die ihren Gesundheitszustand als "ausgezeichnet" bezeichnen

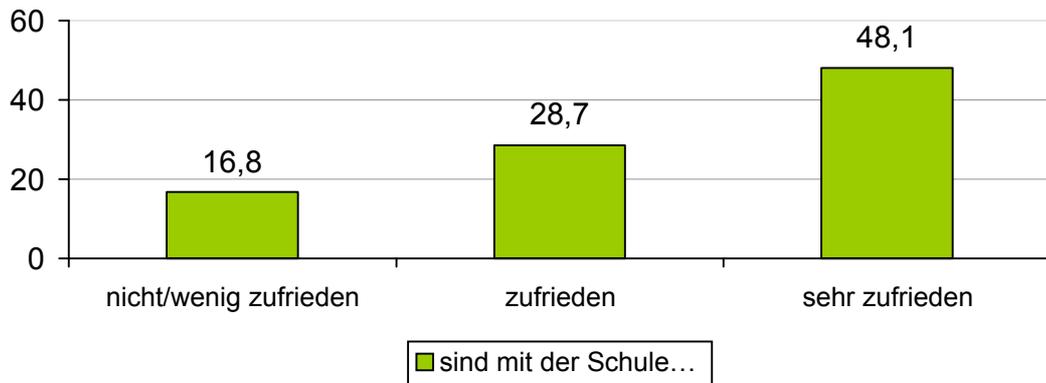


Abbildung 2: Schulzufriedenheit und „ausgezeichneter Gesundheitszustand“.
Dür, Mravlag, 2002

Im Jahr 2006 gefällt es ca. 37 % der 11–15-Jährigen in der Schule sehr gut. Mädchen gefällt es durchgehend etwas besser als Burschen. In der Altersgruppe der 11-Jährigen sind es im Jahr 2006 knapp 55 %, die angeben, dass es ihnen in der Schule „sehr gut gefällt“. Mit 13 Jahren geben dies nur mehr knapp 25 % der SchülerInnen an. Unter den 15-Jährigen sind es bereits wieder 31 %, die angeben, dass es ihnen in der Schule sehr gut gefällt, was auch mit dem von vielen vollzogenen Schulwechsel und Eintritt in einen neuen Schultyp in Zusammenhang stehen dürfte (Dür, Griebler, 2007).

Auch nach den Erhebungen von Eder (2007) gefällt es der Mehrheit der SchülerInnen (4. – 12. Schulstufe) in der Schule gut. 18 % der Burschen und 23 % der Mädchen gefällt es in der Schule sogar sehr gut. Am zufriedensten sind die SchülerInnen der 4. Klasse Volksschule mit der Schule: 62 % der befragten SchülerInnen dieser Schulstufe geben an, sehr zufrieden zu sein. Dieser Anteil sinkt in der Hauptschule jedoch auf 37 % ab. Sieben Prozent der HauptschülerInnen sagen sogar, sie seien mit der Schule sehr unzufrieden. Leider ist die Hauptschule auch der Schultyp, in dem am meisten SchülerInnen, nämlich 13 %, angeben, sehr ungern zur Schule zu gehen (Eder, 2007). Insgesamt sind Mädchen häufiger mit der Schule zufrieden bzw. seltener unzufrieden (siehe Abbildung 3, Eder 2007).

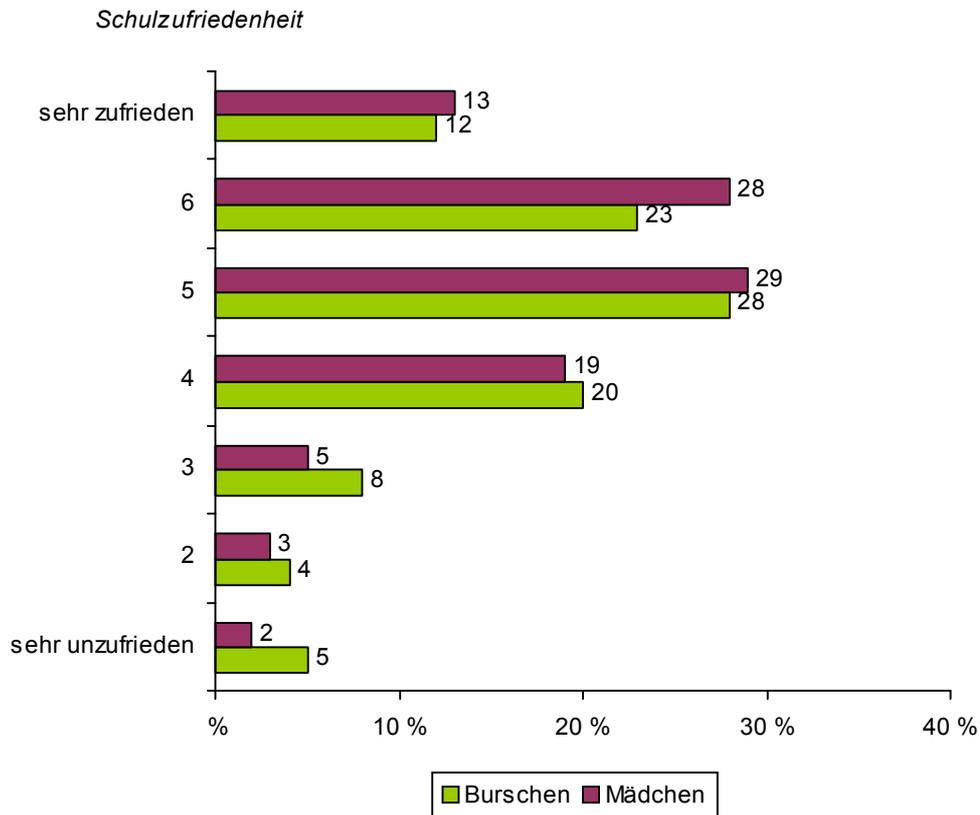


Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Schule. Prozentangaben. Eder, 2007

Dür und Griebler berichten, dass 5 % der 11–15-Jährigen angeben, dass es ihnen in der Schule „gar nicht gut gefällt“ und 10,6 % stimmen dem Item „Ich freue mich darauf, in die Schule zu gehen“ gar nicht zu (Dür, Griebler, 2007). Auch hier lässt sich ein Tiefpunkt bei den 13-Jährigen feststellen.

Der subjektive Gesundheitszustand, Lebensqualität und Wohlbefinden in der Schule können als Globalmaße für die Beschreibung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gesehen werden.

Im Sinne von Gesundheit als mehrdimensionalem Konzept werden im Folgenden einige Daten zur psychischen, sozialen und körperlichen Gesundheit österreichischer SchülerInnen dargestellt.

2.2.3 Psychisch-emotionale Gesundheit

In Bezug auf die psychisch-emotionale Gesundheit wird im folgenden Abschnitt zuerst auf die Wahrnehmung der eigenen Person in Bezug auf das Selbstwertgefühl und das eigene Leistungskonzept eingegangen. Anschließend wird erörtert, wie stark österreichische SchülerInnen wahrnehmen, ihre eigene Umwelt beeinflussen zu können. Abschließend werden auf Bereiche wie die Wahrnehmung von Angst oder Stress in und durch die Schule eingegangen, die ebenfalls eine Auswirkung auf das psychisch-emotionale Wohlbefinden von SchülerInnen haben.

2.2.3.1 Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept

Selbstwahrnehmung und Selbstwert werden von Ravens-Sieberer (2007) als eine für Kinder und Jugendliche besonders relevante Dimension psychisch-emotionalen Wohlbefindens gesehen.

Eder erhob 2005 als Indikatoren für die Selbstsicherheit der SchülerInnen deren allgemeines Selbstwertgefühl und das Leistungsselbstkonzept³. Das allgemeine Selbstwertgefühl bleibt im Altersverlauf - im Gegensatz zum Leistungsselbstkonzept - welches in Bezug auf die Schulstufen einem Abwärtstrend unterliegt, auf einem stabil-überdurchschnittlichen Niveau. Auffallend ist vor allem der rapide Rückgang des Leistungsselbstkonzeptes beim Übertritt von der Grundschule in die Sekundarstufe I. Sowohl in Bezug auf das allgemeine Selbstwertgefühl als auch auf das Leistungsselbstkonzept schätzen sich Burschen etwas besser als Mädchen ein (Eder, 2007).

Dür und Griebler (2007) erheben in der HBSC-Studie nicht das Selbstwertgefühl, sondern die Selbstwirksamkeitserwartung der SchülerInnen. Diese „*definiert das Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, Probleme, die ihr im Alltag begegnen, lösen zu können*“ (Schwarzer, 1992, 2004, zitiert nach Dür und Griebler (2007), S. 22).

Diese Selbstwirksamkeitserwartung wird anhand von sechs Aussagen, die auf einer 5-stufigen Rating-Skala zustimmend oder ablehnend bewertet werden, erhoben. SchülerInnen beurteilen ihre Selbstwirksamkeitserwartung überdurchschnittlich gut (der Mittelwert liegt bei 3,8 von möglichen 5 Punkten). Zwischen drei und sieben Prozent der befragten SchülerInnen stimmen den Items, die die Selbstwirksamkeitserwartung mes-

³ Mehrere Items, denen auf einer 4-stufigen Rating-Skala zugestimmt werden konnte.

sen, jedoch nicht“ oder überhaupt nicht zu, meinen z.B. also, dass ihnen in Schwierigkeiten normalerweise keine Lösung einfällt oder dass sie sich nicht in der Lage fühlen, schwierige Probleme zu lösen, auch wenn sie sich darum bemühen (Dür, Griebler, 2007).

Anders als bei den Daten von Eder (2007), bei denen Mädchen zwischen der 7. und 9. Schulstufe ein deutlich geringeres allgemeines Selbstwertgefühl berichten, ergeben sich bei Dür und Griebler (2007) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder Altersgruppen.

2.2.3.2 Angst und Schulstress

Angst tritt in Bezug auf Schule am häufigsten in Zusammenhang mit Prüfungssituationen oder der Aufregung, vor anderen zu sprechen, auf. Am wenigsten Angst machend sind Situationen, in denen das Thema Angst vor MitschülerInnen angesprochen wird. Trotzdem geben 9 % der SchülerInnen (4. – 12. Schulstufe) an, dass es in der Schule vieles gäbe, was ihnen Angst mache (Eder, 2007).

Etwa 19 % der 11-15-Jährigen fühlen sich durch die Schule stark belastet. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der SchülerInnen, die sich durch die Schule stark belastet fühlen, an: 10 % der 11-Jährigen geben an, sie seien durch die Schule stark belastet, bei den 15-Jährigen ist es schon ein Viertel, das angibt, sich durch die Schule stark belastet zu fühlen (Dür, Griebler, 2007). Die meisten SchülerInnen meinen, die Anforderungen der Schule „mittel“ bewältigen zu können, ca. 10 % können sie schwer oder sehr schwer bewältigen, ca. 40 % wiederum leicht oder sehr leicht (Eder, 2005). Insgesamt beurteilen die meisten SchülerInnen von der 4. bis zu 12. Schulstufe (68 % der Mädchen und 64 % der Burschen) zwar die Leistungsanforderungen, die an sie in der Schule gestellt werden, als „gerade richtig“, 29 % der Burschen und 27 % der Mädchen meinen jedoch, dass in der Schule „viel zu viel“ verlangt würde. Die Einschätzung, wie leicht SchülerInnen die Anforderungen in der Schule bewältigen können, ist überdurchschnittlich groß, nimmt jedoch über die Schulstufen hinweg kontinuierlich ab (Eder, 2007).

Ein nicht unbeträchtlicher Anteil von SchülerInnen (31 % der Burschen und 26 % der Mädchen) ist mit seiner Leistung in der Schule wenig oder überhaupt nicht zufrieden. Während der Pflichtschulzeit nimmt die Zufriedenheit mit der eigenen Leistung kontinuierlich ab und erreicht mit dem 9. Schuljahr einen Tiefpunkt. Dieser Rückgang betrifft vor allem jene SchülerInnen, die mit ihrer Leistung „sehr zufrieden“ sind (Eder, 2005).

In der Steirischen Jugendstudie 2007 geben über 57% der Jugendlichen (zwischen 10 und 20 Jahren) schulische Probleme als größten Sorgenbereich ihres Lebens an. Weit dahinter bereiten Beruf und Ausbildung (10%), familiäre Probleme (7%) und Beziehungsprobleme (7%) Jugendlichen Sorgen und Stress. Terror- und Kriegsangst (3%), Umweltprobleme (2%) und Suchtprobleme (2%) liegen im „Sorgenranking“ abgeschlagen zurück (Ehetreiber und Scharinger, 2007).

Im Großen und Ganzen weisen österreichische SchülerInnen ein hohes Selbstwertgefühl auf und meinen auch, schwierige Lebenssituationen meistern zu können. Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung sind über verschiedene Altersstufen hinweg relativ stabile Eigenschaften, während das Leistungsselbstkonzept einem stetigen Abwärtstrend unterliegt. Die Schule als wichtige Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen zählt zum größten Sorgenbereich, mehr als ein Viertel der SchülerInnen findet, dass in der Schule zu viel verlangt wird und ist mit den eigenen Leistungen nicht zufrieden.

2.2.4 Soziale Dimension subjektiver Gesundheit

Die soziale Gesundheit bzw. das soziale Wohlbefinden ist die zweite wichtige Dimension von Gesundheit. Im Folgenden werden Daten zum sozialen Selbstkonzept österreichischer SchülerInnen, deren Beziehungen zu KlassenkameradInnen und zu Lehrpersonen und auch deren Einschätzung des Klassen- und Schulklimas berichtet.

2.2.4.1 Soziales Selbstkonzept

In der Studie von Eder (2007) wurde auch das soziale Selbstkonzept der österreichischen SchülerInnen über die Beantwortung mehrere Items auf einer 4-stufigen Rating-Skala erhoben. Ähnlich wie das allgemeine Selbstwertgefühl liegt das soziale Selbstkonzept auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau. Abbildung 5 zeigt die Bewertung verschiedener Items zum sozialen Selbstkonzept von SchülerInnen der 4.–8. Schulstufe, wo sich lediglich in Richtung der Einschätzung der eigenen Beliebtheit bei anderen Unsicherheiten zeigen.

Soziales Selbstkonzept - Anteil der SchülerInnen, die den Aussagen auf einer 4-stufigen Rating-Skala mit 3 oder 4 zustimmen.

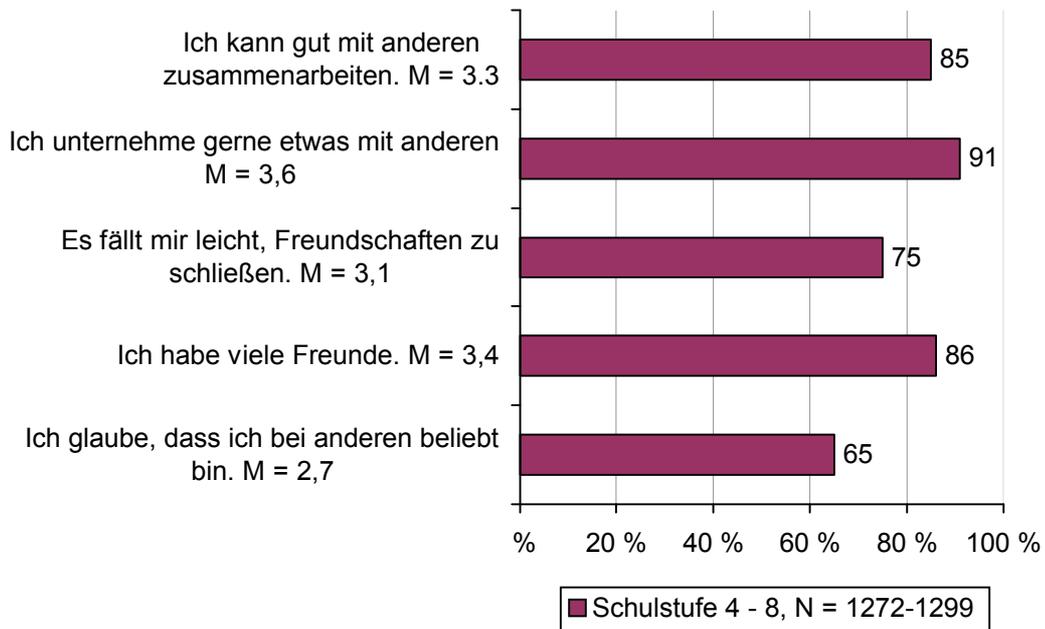


Abbildung 4: Soziales Selbstkonzept österreichischer SchülerInnen. Eder, 2007

2.2.4.2 Beziehungen zu den KlassenkameradInnen

Für viele Kinder und Jugendliche ist die Möglichkeit, mit den KlassenkameradInnen zusammen zu sein, die wichtigste Qualität von Schule überhaupt (Eder, 2007). Daher ist die Beziehung zu den MitschülerInnen und die Integration in die Gruppe eine wichtige Dimension sozialer Lebensqualität im Setting Schule.

Viele Kinder und Jugendliche (79 % der 11-15-Jährigen) sind mit ihren KlassenkameradInnen sehr gerne oder gerne zusammen (Dür, Griebler, 2007). 87 % der Mädchen und 81 % der Burschen freuen sich, wenn sie am Wochenende ihre MitschülerInnen wieder treffen (Eder, 2007).

Der Großteil der in der Studie von Eder (2007) befragten SchülerInnen fühlt sich „off“ oder „immer“ von seinen MitschülerInnen unterstützt (75 % der Mädchen und 65 % der Burschen). Dem Statement „Wenn es einem Schüler/einer Schülerin in der Klasse schlecht geht, versuchen die anderen ihm/ihr zu helfen“ stimmen knapp 79 % der 11-15-Jährigen zu (Dür, Griebler, 2007). Der Anteil derjenigen, die dem Statement mit „stimmt genau“ zustimmen, nimmt jedoch mit zunehmendem Alter ab und ist bei den

Mädchen durchgehend größer als bei den Burschen (43 % absolute Zustimmung bei den 11-jährigen Mädchen – 15 % absolute Zustimmung bei den 15-jährigen Burschen).

Dass SchülerInnen in der Klasse respektvoll miteinander umgehen, finden jedoch weniger 11-15-Jährige. Nur 15,5 % stimmen diesem Item⁴ mit „stimmt genau“ zu – davon wieder am meisten 11-jährige Mädchen (26 %) und am wenigsten 15-jährige Burschen (8 %).

In der Schule gibt es jedoch natürlich auch Belastungen der sozialen Beziehungen, die in Form von Konflikten sichtbar werden. Nach Eder (2007) geben 4 % der Burschen und nur 2 % der Mädchen an, dass sie oft in den Pausen ernsthaft mit MitschülerInnen Streit haben. 16 % der Burschen und 12 % der Mädchen geben an, manchmal ernsthaft in den Pausen zu streiten. Der Großteil der Mädchen und Burschen hat jedoch selten oder nie ernsthaften Streit in den Pausen.

Des Weiteren fühlen sich 4 % der Mädchen und 5 % der Burschen „oft“ von Mitschülern (Burschen) belästigt, während dies nur für 1 % der Mädchen und 3 % der Burschen bei Mitschülerinnen (Mädchen) der Fall ist.

Burschen wie Mädchen fühlen sich viel häufiger durch Burschen als durch Mädchen belästigt. Eine besondere Form von Belästigung ist das Bullying als „systematisches Schikanieren“. Viele Kinder (ca. 60 %) sind nie an Bullying-Aktionen beteiligt oder Opfer von Bullying in der Schule. Eine kleine Gruppe (ca. 5 %) ist jedoch sogar mehrmals wöchentlich Täter oder Opfer in Bezug auf bzw. von Bullying-Attacken (Dür, Griebler, 2007).

Insgesamt zeigt sich, dass Mädchen über alle Schulstufen hinweg besser integriert sind als Burschen, wobei das Ausmaß der Integration über die Schulstufen hinweg abnimmt, jedoch auf hohem Niveau bleibt (Eder, 2007). In Bezug auf Konflikte ist zu sehen, dass diese generell im Schulstufenverlauf abnehmen und dass Burschen etwas häufiger von Konflikten berichten als Mädchen (Eder, 2007).

⁴ Item: „Die Schüler/innen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.“ – 5-stufige Rating-Skala von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“

2.2.4.3 Beziehungen zu den LehrerInnen

Viele SchülerInnen (ca. 70 %) haben zu einigen LehrerInnen ein gutes Verhältnis. 14 % der Burschen und 20 % der Mädchen sagen sogar, zu allen LehrerInnen ein gutes Verhältnis zu haben. Wenige (9 % Burschen und 4 % Mädchen) geben an, zu keinem/r ihrer LehrerInnen ein gutes Verhältnis zu haben (Eder, 2007).

10 % der SchülerInnen haben jedoch vor einigen Lehrpersonen ziemlich Angst, und 15-20 % fühlen sich ungerecht behandelt, sind verunsichert und leiden unter ständigen Nörgeleien. Ungefähr ein Viertel der SchülerInnen denkt, bei einigen LehrerInnen unbeliebt zu sein (Eder, 2007).

In der HBSC-Studie wird das SchülerInnen-LehrerInnen-Verhältnis ebenfalls genau beleuchtet. Hier wird die Bereitschaft von Lehrpersonen, auf Fragen der SchülerInnen einzugehen, am besten beurteilt. 73 % der 11-Jährigen und knapp 50 % der 15-Jährigen stimmen der Aussage „In meiner Klasse kann ich im Unterricht Fragen stellen, wenn ich etwas wissen will oder nicht verstanden habe.“ mit „stimmt genau“ zu.

Der Wahrnehmung der SchülerInnen nach, interessiert sich ein Fünftel der LehrerInnen nicht für die SchülerInnen „als Personen“. Dem Statement „Meine LehrerInnen interessieren sich für mich als Person“ stimmen knapp 20 % der befragten 11-15-Jährigen „nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu.

Doch im Großen und Ganzen wird das Verhältnis zu den LehrerInnen positiv eingeschätzt. Die meisten SchülerInnen meinen, dass sie fair und gerecht behandelt werden (63 %)⁵, finden die meisten LehrerInnen nett (75 %), fühlen sich von den LehrerInnen akzeptiert (80 %), mögen ihre LehrerInnen (59 %)⁶ und finden auch, dass die MitschülerInnen der Klasse ihre LehrerInnen mögen (44 %).

Das Verhältnis zwischen SchülerInnen und LehrerInnen in der Schule ist im Großen und Ganzen positiv zu beurteilen. Im Vergleich zum Jahr 1994 hat sich die Beziehung zwischen SchülerInnen und LehrerInnen etwas verbessert – vor allem der Tiefpunkt in der Sekundarstufe 1 zeigt im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1994 einen abgemilderten Verlauf (Eder, 2005). Der überwiegende Teil der SchülerInnen erlebt die Beziehung zu seinen Lehrpersonen durchwegs positiv, ein kleiner Teil, ca. 10 % der SchülerInnen, erlebt diese Beziehung jedoch durchgehend negativ (Eder, 2007).

⁵ Zustimmung mit „stimmt genau“ oder „stimmt“ auf einer 5-stufigen Rating-Skala

⁶ Beurteilung mit „trifft auf alle zu“ oder „trifft auf die meisten zu“

2.2.4.4 Einschätzungen von Schul- und Klassenklima

Eder (2007) untersucht das Thema Schul- und Klassenklima im Pflichtschulbereich in Bezug auf vier Dimensionen:

- Die Dimension *Sozial- und Leistungsdruck* erfasst das Ausmaß, in dem sich SchülerInnen in der Schule als eingeschränkt und unter Druck und Leistungsstress erleben.
- Die Dimension *Schülerzentriertheit* erfasst das Ausmaß, in dem sich SchülerInnen in der Schule akzeptiert, unterstützt und aktiv einbezogen erleben.
- Die Dimension *Lerngemeinschaft* erfasst das Ausmaß, in dem sich SchülerInnen als eine gute und lernorientierte Gemeinschaft in der Klasse erleben.
- Die Dimension *Rivalität und Störung* erfasst das Ausmaß, in dem sich die SchülerInnen als eine rivalisierende und zu lernfremden Tätigkeiten neigende Gruppe erleben.

Das Schulklima wird in der 4. Klasse Volksschule deutlich besser eingeschätzt als in der Sekundarstufe 1: Die Schülerzentriertheit ist höher und die erlebte Restriktivität von Seiten der Lehrpersonen deutlich niedriger und die Rivalität in der Klasse ebenfalls geringer – Hauptschulen werden von den SchülerInnen deutlich strenger beschrieben, jedoch wird auch das pädagogische Engagement der Lehrpersonen als größer wahrgenommen. Weiters wird wahrgenommen, dass LehrerInnen in der Hauptschule die SchülerInnen stärker als in anderen Schultypen kontrollieren. Insgesamt sind die Klima-Unterschiede zwischen den Schultypen nicht sehr groß (Eder, 2007).

Abbildung 5 zeigt eine Übersicht über die Einschätzung des Schulklimas im Pflichtschulbereich.

Schulklima-Dimensionen und Schultypen

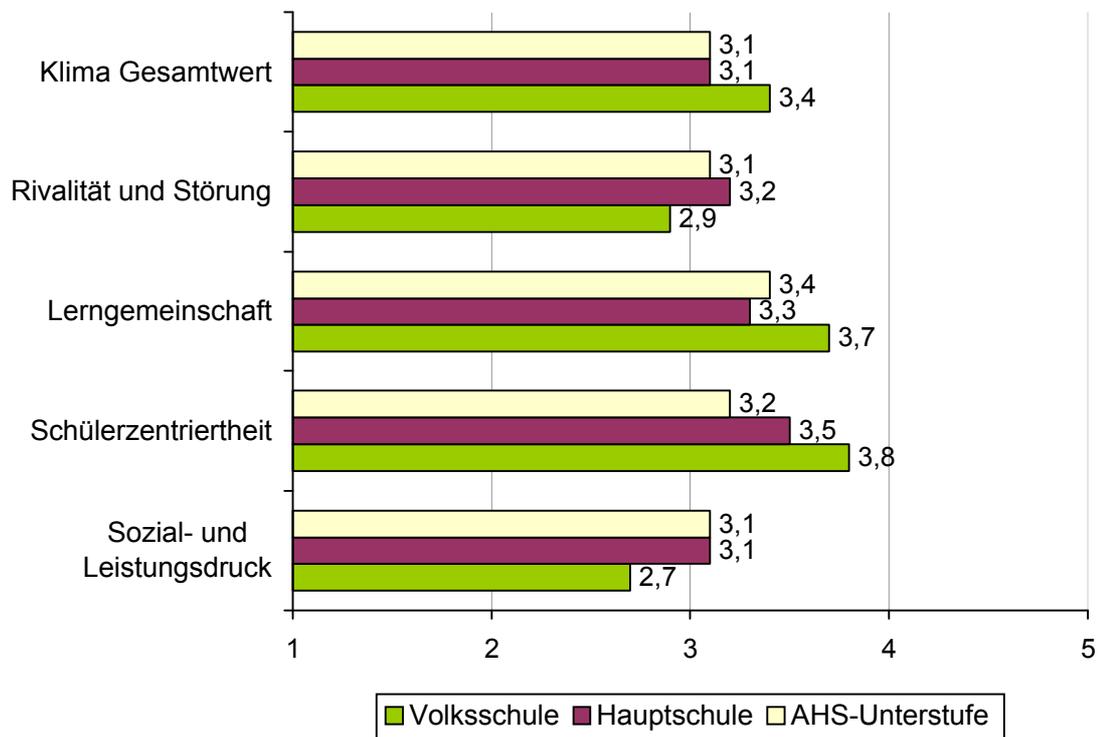


Abbildung 5: Klima-Dimensionen, differenziert nach Schultypen im Pflichtschulbereich. Beurteilungen auf 5-stufigen Rating-Skalen. 1= schlechtester Wert, 5=bester Wert. Mittelwerte. Eder, 2007.

Im Vergleich zum Jahr 1994 zeigt sich, dass es in den Hauptschulen und AHS deutliche Steigerungen in Bezug auf Leistungsdruck und Störneigung der SchülerInnen sowie zu einem Rückgang der Mitsprachemöglichkeiten und der Schülerbeteiligung gekommen ist, wobei vor allem die Zunahme des Leistungsdrucks in einer praktisch bedeutsamen Größenordnung liegt. Die Hauptschulen haben sich jedoch im Vergleich zur AHS zwischen 1994 und 2005 positiver entwickelt – hier ist es zu einem höheren pädagogischem Engagement der Lehrpersonen und einer etwas höheren Vermittlungsqualität gekommen – die AHS zeigt in diesen beiden Bereichen eher Rückschritte gegenüber der Erhebung im Jahr 1994 (Eder, 2007).

Insgesamt bestehen innerhalb des Schulsystems extreme Unterschiede in den von den SchülerInnen wahrgenommenen Lernbedingungen – sowohl im Pflichtschulbereich als auch in der 9. – 12. Schulstufe (Eder, 2007).

2.2.5 Körperlich-physische Gesundheit

Im Folgenden werden Daten zu körperlichen Erkrankungen und Problemen von SchülerInnen berichtet. Kindheit und Jugend sind Altersabschnitte, die von einem hohen Maß an Gesundheit geprägt sind. Nichts desto trotz gibt es einige Kinder, die bereits mit körperlichen oder psychosomatischen Problemen konfrontiert sind.

2.2.5.1 Häufige Krankheiten in der Kindheit und Jugend

An chronischen Krankheiten oder Behinderungen leiden in der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen bereits 14,5 % der SchülerInnen (Dür, Griebler, 2007). In Kärnten, wo es einen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht für 10–22-Jährige gibt, sind es sogar 17 %, wobei Allergien das Hauptproblem darstellen (Dür et al, 2006). Pro Jahr werden in Österreich ca. 250 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit der Diagnose Krebs konfrontiert (im Vergleich dazu ca. 20.000 Erwachsene), ca. 1/3 davon mit der Diagnose Leukämie (Zoubek, 2000).

Eine mit teilweise starken körperlichen und psychosozialen Beschwerden behaftete und eine größere Anzahl von Kindern betreffende Krankheit ist die Adipositas (starkes Übergewicht). Sie ist durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet. Rund acht Prozent der österreichischen 6–14-Jährigen leiden unter Adipositas (Zwieauer, 2007). Nicht außer Acht zu lassen ist jedoch, dass beinahe ebenso viele Kinder Untergewicht aufweisen. Untergewicht ist jedoch, wenn nicht mit Magersucht oder Unterernährung in Verbindung stehend, nicht in gleichem Ausmaß die Gesundheit beeinträchtigend wie die Adipositas.

Trotz des relativ hohen Anteils normal- und sogar untergewichtiger Kinder, glauben nur knapp 50 % der 11-15-Jährigen, das richtige Gewicht zu haben (Dür, Griebler, 2007) bzw. befinden 49 % der 15-jährigen Mädchen und 31 % der 15-jährigen Burschen, dass sie zu dick seien.

Die oben genannten Erkrankungen stehen mit der Schule als Lebenswelt wenig in Zusammenhang und können durch die Gestaltung des Settings Schule wohl kaum positiv beeinflusst werden. Chronische Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen können aber die Leistungsfähigkeit von SchülerInnen beeinträchtigen.

SchülerInnen leiden jedoch auch in nicht allzu kleinem Ausmaß unter psychovegetativen Beschwerden, deren Ursachen sowohl in der psychisch-emotionalen als auch in der sozialen Befindlichkeit in der Schule liegen könnten.

2.2.5.2 Psychovegetative Beschwerden

Ein nicht unerheblicher Anteil der SchülerInnen ist durch verschiedene psychovegetative Beschwerden oder Schulstress stark oder extrem belastet: Von Schulstress fühlen sich fünf Prozent der SchülerInnen der 4.–8. Schulstufe extrem und weitere 18,5 % dieser Altersgruppe stark belastet.

In Bezug auf psychovegetative Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindelgefühle, Appetitlosigkeit) fühlen sich 21,5 % stark belastet und weitere 3,4 % der SchülerInnen dieser Altersgruppe extrem belastet (Eder, 2007).

Mädchen dieser Altersgruppe fühlen sich insgesamt weniger häufig „ausgezeichnet“ gesund und haben weitaus häufiger als Burschen verschiedenste psychosomatische Beschwerden. So leiden z.B. 14 % der Burschen, jedoch 24 % der Mädchen wöchentlich oder öfter an mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden (Dür, Griebler, 2007). Der Anteil der SchülerInnen, der an psychosomatischen Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Magen/Bauchschmerzen, allgemein schlechtes Befinden, Gereiztheit, Nervosität, Schlafstörungen, Müdigkeit/Erschöpfung) leidet, nimmt im Laufe des Alters zu (siehe Abbildung 6).

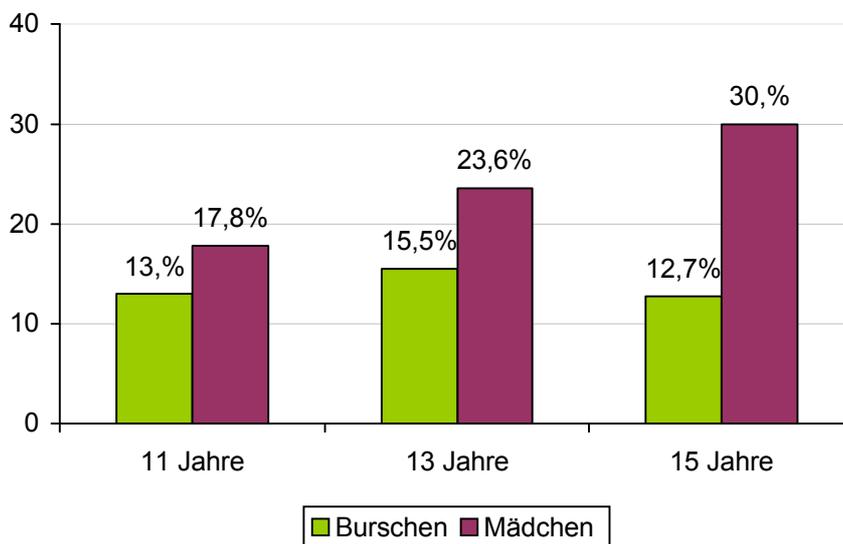


Abbildung 6: Mädchen und Burschen, die mehrmals wöchentlich oder täglich an mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden leiden. Dür, Griebler, 2007.

Verschiedene Datenquellen zeigen auch einen deutlichen Anstieg von psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen – allen voran das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADHS und die Angststörungen (Atkinson & Horny, 2002; Steinhauser, 2002; Katschnig, 2002, zitiert nach Dür, 2008).

2.2.6 Wohlbefinden in Klassenzimmer & Schule

Was den Arbeitsplatz Schule aus der Sicht der SchülerInnen betrifft, berichten 63 % der SchülerInnen, dass sie am Ende eines Schultages „oft müde und abgespannt“ sind und dass die Pausen zu kurz wären, um sich zu erholen (Eder, 2007). Für ca. 12 % ist auch die Größe der Möbel nicht passend (zu groß oder zu klein). Zwei Drittel der SchülerInnen sind mit dem Aussehen der eigenen Klasse zufrieden (weitaus mehr VolksschülerInnen als SchülerInnen weiterführender Schulen) – 10 % empfinden die Klasse jedoch als unangenehm und ungemütlich und weitere 23 % als nicht sehr gemütlich (Eder, 2007).

2.2.7 Gesundheitsbezogenes Verhalten

Abschließend seien hier einige Daten zu gesundheitsbezogenem Verhalten von SchülerInnen in Österreich berichtet. Gesundheitsbezogenes Verhalten sagt noch nichts über die Gesundheit oder Lebensqualität von SchülerInnen aus, ist jedoch als eine Determinante für die künftige Gesundheitsentwicklung zu sehen, da bestimmte Verhaltensweisen (z.B. zu wenig häufiges Zähneputzen, Tabakkonsum, übermäßiger Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungsverhalten oder auch Drogenkonsum) mit der Entstehung von Krankheiten assoziiert sind (z.B. Adipositas, Krebserkrankungen).

In Österreich rauchen bereits 20 % der 15-Jährigen täglich (siehe Abbildung 6). Seit 2001 ist der Anteil der 11- und 15-jährigen täglich rauchenden SchülerInnen zurückgegangen (vor allem bei den 15-jährigen Mädchen), der Anteil der 13-jährigen Täglichen-Rauchenden ist jedoch leicht gestiegen.

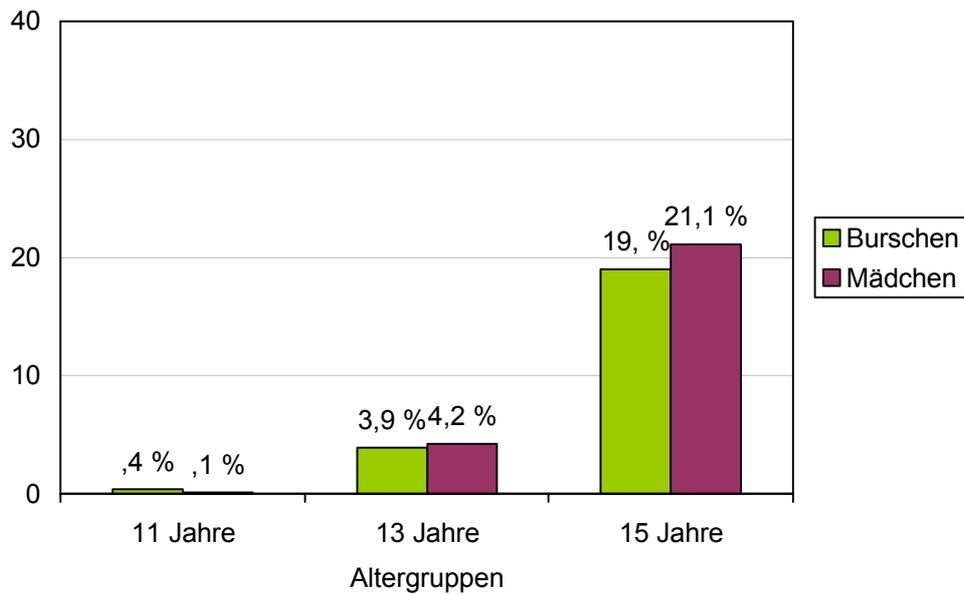


Abbildung 7: Anteil täglich rauchender SchülerInnen. Dür, Griebler, 2007.

Regelmäßiger Alkoholkonsum ist auch bei unter 16-Jährigen in Österreich leider keine Seltenheit. 31,8 % der 15-jährigen Burschen und 26 % der 15-jährigen Mädchen geben in der Befragung an, in den vergangenen 30 Tagen mindestens einmal betrunken gewesen zu sein. Diese Angabe machen sogar schon 8,1% der 13-jährigen Burschen bzw. 6,2 % der 13-jährigen Mädchen sowie 3,9 % der 11-jährigen Burschen und 1 % der 11-jährigen Mädchen. Bereits 30 % der 15-jährigen Burschen geben an, wöchentlich oder öfter Bier zu trinken, und 20 % der 15-jährigen Burschen und Mädchen trinken wöchentlich oder öfter Alcopops. Insgesamt konsumieren Burschen häufiger Alkohol als Mädchen und geben auch an, häufiger betrunken zu sein (Dür, Griebler, 2007).

Auch in Bezug auf das Ernährungsverhalten gibt es Handlungsbedarf. Der Empfehlung, fünf Mal am Tag Obst oder Gemüse zu sich zu nehmen, kommen sehr wenige SchülerInnen nach: Die Hälfte der SchülerInnen isst an weniger als fünf Tagen pro Woche Obst, 21 % sogar nur maximal ein Mal pro Woche – der Konsum von Gemüse ist vergleichsweise noch seltener der Fall, dafür werden Süßigkeiten und gezuckerte Limonaden häufig konsumiert (Dür & Griebler, 2007).

Der Konsum von Süßigkeiten gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Karies. 58 % der 12-Jährigen sind kariesfrei, der durchschnittliche D3MFT-Wert (Zahl der kariösen, wegen Karies gezogenen oder gefüllten bleibenden Zähne) liegt bei 1,04 Zähnen. Bedenklich ist jedoch dass ein Viertel der Kinder und Jugendlichen ca. 80 % der Schäden in sich vereinigen, wobei Bildungsstatus und Migrationshintergrund der Eltern große

Unterschiede bewirken (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, 2008). Drei Viertel der SchülerInnen zwischen 11 und 15 Jahren putzen sich mehrmals täglich die Zähne, ca. 22 % tun dies jedoch nur einmal am Tag (Dür & Griebler, 2007).

In Bezug auf regelmäßige Bewegung ist ebenfalls Entwicklungspotenzial zu erkennen: Kindern und Jugendlichen wird empfohlen, täglich 60 Minuten körperlich so aktiv zu sein, dass sie auch ins Schwitzen kommen. Diesen Empfehlungen kommen 25 % der 11-Jährigen, jedoch nur mehr 11 % der 15-Jährigen nach (Dür, Griebler, 2007).

Sowohl in Bezug auf Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum) als auch in Bezug auf passiv-sitzende Verhaltensweisen (Fernsehkonsum, Beschäftigungen am Computer) sind die Prävalenzen in den vergangenen 20 Jahren stark bis explosionsartig angestiegen (Dür, 2008).

2.2.8 Zusammenfassung

Insgesamt ist der Gesundheitszustand österreichischer Kinder und Jugendlicher gut, jedoch in verschiedenen Bereichen (z.B. subjektiver Gesundheitszustand, psychovegetative Beschwerden, Leistungsselbstkonzept, gesundheitsrelevantes Verhalten) auf einem verbesserungswürdigen Niveau.

Auffallend sind große Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen in verschiedenen Bereichen und unterschiedliche Entwicklungen der verschiedenen Dimensionen von Gesundheit im Altersverlauf.

Möchte man Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen über die Gestaltung des Settings Schule positiv beeinflussen, ist es wichtig, mehr über die Determinanten von Gesundheit zu erfahren.

2.3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit der SchülerInnen

2.3.1 Determinanten für Gesundheit

Die Ursachen für die Erhaltung von Gesundheit und die Entstehung von Krankheit sind sehr komplex. Genetische Prädispositionen, individuelle Verhaltensweisen, soziale und ökologische Bedingungen der Lebensumwelt leisten ihre Beiträge zur Entwicklung der Gesundheit von Menschen (Dahlgren und Whitehead, 1991, zitiert nach Naidoo und Wills, 2003).

Es wird geschätzt, dass Gesundheit in modernen Gesellschaften weitestgehend (zu etwa 70 %) von Verhaltensweisen, sozialen, kommunalen Netzwerken und Lebens- und Arbeitsbedingungen und nur zu etwa 30 % von genetischen Prädispositionen und der medizinischen Versorgung abhängt (Dür, Griebler, 2007).

Dahlgren & Whitehead (1991) skizzieren in ihrem „Policy Rainbow“-Modell (siehe Abbildung 8) die vier Einflussbereiche auf die Gesundheit, welche durch Interventionen verändert werden können:

- Faktoren individueller Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen
- Soziale und kommunale Netzwerke
- Lebens- und Arbeitsbedingungen und
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.



Abbildung 8: Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 1991) nach einer Darstellung von Styria vitalis.

Diese vier Einflussbereiche können auch in Bezug auf den Einfluss des Settings Schule auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen herangezogen werden.

2.3.2 Determinanten für Gesundheit von SchülerInnen im Setting Schule

Die Schule stellt für SchülerInnen einen wichtigen Lebensraum dar, der durch soziale Netzwerke und die dort vorherrschenden Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen geprägt ist.

Natürlich gibt es auch eine Reihe von Determinanten für deren Gesundheitsentwicklung, die außerhalb des Einflussbereiches der Schule liegen: Armut bzw. soziale Ungleichheit, das Ausmaß an Zuwendung der Eltern sowie die Familienkonstellation und der Einfluss von Peers sind Determinanten für verschiedene Dimensionen erlebter Gesundheit sowie für das Gesundheitsverhalten (Dür, Griebler, 2007). Insbesondere das Geschlecht ist, wie im vorhergehenden Kapitel bereits erwähnt, eine für Jugendliche relevante Gesundheitsdeterminante: beispielsweise haben Mädchen (11–15 Jahre) gegenüber Burschen durchgehend eine geringere Wahrscheinlichkeit, sich ausge-

zeichnet gesund zu fühlen, keine regelmäßigen psychosomatischen Beschwerden zu haben, eine überdurchschnittliche Lebensqualität zu berichten, nicht zu rauchen oder an mehr als vier Tagen pro Woche körperlich aktiv zu sein. Mädchen haben jedoch auch eine größere Chance, nie an Bullying-Attacken beteiligt zu sein oder nie betrunken gewesen zu sein (Dür, Griebler 2007).

Es gibt jedoch eine Reihe von Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden, das Ausmaß psychovegetativer Beschwerden oder die Lebensqualität, welche durch die und in der Schule wirken.

Sowohl in der Arbeit von Dür & Griebler (2007) als auch in der Studie von Eder (2005) wurden Bedingungsfaktoren (Determinanten) für die berichtete Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und das Ausmaß psychovegetativer Beschwerden gesucht und gefunden.

Es sind dies vor allem

- die Beziehungen zwischen SchülerInnen untereinander und zwischen SchülerInnen und LehrerInnen,
- das Klima in der Klasse,
- der von den SchülerInnen erlebte soziale Druck,
- der von den SchülerInnen erlebte Leistungsdruck,
- das Gefühl des Sich-Auskennens im Unterricht,
- das eigene Leistungsniveau und die Zufriedenheit mit diesem,
- die Schülerzentriertheit des Unterrichts (der sich wiederum positiv auf das Selbstwertgefühl auswirkt),
- die Qualität des schulischen Arbeitsplatzes (ergonomische Qualität, „Bequemlichkeit“ des Arbeitsplatzes),
- der Umstand, ob SchülerInnen meinen, dass die gewählte Schule zu ihnen passt

(Eder, 2007; Dür, Griebler, 2007).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, welche Vorstellungen die jungen Menschen selbst über die fördernden und hemmenden Bedingungen für Gesundheit in Zusammenhang mit der Schule haben.

Die Studie von Harden et al des EPPI-Centers (Evidence for Policy and Practice Intervention, 2001) zum Thema „Young people and mental health“ fand heraus, dass SchülerInnen aus Großbritannien Themen wie „psychische Erkrankung“ oder „psychische

Gesundheit“ als für ihr Leben nicht relevant sehen, jedoch Zustände wie „sich traurig, allein, niedergeschlagen fühlen“ oder „in Schwierigkeiten sein“ leichter auf sich beziehen können. Kinder und Jugendliche haben eine Reihe von Sorgen. Sie reichen von „ungesunden Praktiken“ in der Schule über Sorgen in Bezug auf Umweltverschmutzung und auf Armut. Die Bereiche, die junge Menschen am meisten belasten, sind die Schule (z.B. LehrerInnen, Arbeitsbelastungen) und Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu Freunden (z.B. die Ablehnung von Freunden). Außerdem beschäftigt Kinder und Jugendliche das Fehlen verschiedener Ressourcen, wie z.B. gute Leistungen in der Schule, Möglichkeiten, Arbeit zu finden, Freizeitmöglichkeiten.

Junge Menschen wenden eine Reihe von Bewältigungsstrategien an, um mit den psychischen Belastungen des Alltags fertig zu werden, wie z.B. Musik hören, sich selbst belohnen (z.B. mit Schokoladeessen), Bewegung, Drogen- und Alkoholkonsum. Mit jemandem zu sprechen, ist nicht für alle Jugendlichen eine Hilfe, da manche vor Eltern oder LehrerInnen Angst haben. Die Vorstellungen von Unterstützung, die befragte Kinder und Jugendliche selbst nennen, sind

- die Unterstützung bei der Verarbeitung von Verlustsituationen,
- besser verfügbare Unterstützung in Bezug auf relevante Informationen und Beratung (z.B. solche, die von jungen Menschen gemacht werden und die eher Verhaltenstipps geben als das Problem selbst zu fokussieren),
- mehr Geld für Services wie z.B. ChildLine (entspricht dem österreichischen Rat auf Draht) und
- Menschen zu begegnen, die dem Bedürfnis von Kindern und Jugendlichen nachkommen, gehört und verstanden zu werden (Harden et al, 2001).

In Bezug auf Essen und Ernährung gibt es eine ebenso umfangreiche Arbeit des EPPI-Centers (Shepherd et al, 2001), die sich unter anderem auch mit der Frage nach der Sicht der Kinder und Jugendlichen selbst in Bezug auf die Determinanten für gesundes Essen im Setting Schule beschäftigt.

Hier sehen sie LehrerInnen, die zu selten eine gute Informationsquelle in Bezug auf gesunde Ernährung darstellen, als einen hemmenden Faktor, sich im Setting Schule gesund zu ernähren. Weiters empfinden SchülerInnen die nicht vorhandene Möglichkeit, in der Schulkantine gesundes Essen zu bekommen, und eine mangelhafte Kennzeichnung der Speisen als hemmende Faktoren für gesunde Ernährung im Schulalltag. Kinder und Jugendliche assoziieren positive Gefühle wie Entspannung, Freude und Sozialkontakte mit ungesundem Essen. Freunde werden aus der Sicht Jugendlicher weder als Informationsquelle für gesundes Essen genutzt, noch sind sie bei der Verän-

derung von Ernährungsgewohnheiten hilfreich. Hier werden die Erwachsenen (vor allem die Familie) und ihre Essgewohnheiten als unterstützende Bedingungen gesehen (Shepherd et al, 2001).

Zum Thema Bewegung fanden die ForscherInnen des EPPI-Centers heraus, dass Kinder und Jugendliche „Bewegung“ mit Sport und Turnen verbinden und beides mit „harter Arbeit“ assoziieren. Sport im Speziellen wird mit Wettbewerb und der Notwendigkeit von speziellen Begabungen in Zusammenhang gebracht (Rees et al, 2001).

Für viele junge Frauen ist Bewegung keine wichtige Freizeitbeschäftigung. Junge Männer können Bewegung leichter in ihre Freizeit integrieren und empfinden sich selbst als „fitter“ als junge Frauen, selbst wenn sie es nach objektiven Maßstäben nicht sind (Rees et al, 2001).

Außerdem halten junge Männer viele Vorurteile in Bezug auf Frauen und Sport aufrecht. Als hemmende Faktoren, sich zu bewegen oder Sport zu betreiben, sehen die Befragten am häufigsten die Folgenden:

- sich selbst nicht kompetent genug fühlen, um mitzumachen
- negative Reaktionen von Peers in Bezug auf die Fähigkeiten oder die Wahl der Aktivität
- das eigene Körperbild
- Verbote von Eltern, die manchmal mit Sicherheitsbefürchtungen in Zusammenhang stehen
- fehlende finanzielle, zeitliche und angebotsbezogene Ressourcen
- negative Erfahrungen mit dem Sportunterricht in der Schule
- Ablehnung von hoch strukturierten, von Erwachsenen vorgegebenen, Aktivitäten

(Rees et al, 2001)

Die meisten dieser Aussagen treffen für Mädchen stärker als für Burschen zu.

Motivierend sehen Kinder und Jugendliche

- die Möglichkeit, angenehme Zeit mit Freunden zu verbringen,
- die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten zu präsentieren und
- Stress abzubauen.

Als Ideen, die zu mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen beitragen könnten, formulierten die Befragten folgende:

- die Schaffung von mehr Fahrradwegen,
- leistbare Angebote,
- die Möglichkeit, körperliche Aktivität mit Sozialkontakten zu verknüpfen,
- weniger widersprüchliche Informationen in Bezug auf den Gesundheitsgewinn von Bewegung und Sport zur Verfügung stellen (Rees et al, 2001).

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass SchülerInnen im Setting Schule eine Reihe von hemmenden und fördernden Determinanten für ihr psychisches und ein Stück weit auch für ihr körperliches Wohlbefinden sehen.

Das psychische und soziale Wohlbefinden wird durch die Gestaltung des Unterrichts und die Beziehungen zwischen den Menschen in der Schule stark determiniert.

Das körperliche Wohlbefinden kann durch die Möglichkeit, im Schulalltag zu gesundem Essen zu kommen, positiv beeinflusst werden, wobei im englischen Schulsystem SchülerInnen weitaus mehr Zeit in der Schule verbringen als in Österreich und das Mittagessen immer in der Schule eingenommen wird.

In Bezug auf Bewegung trägt aus der Sicht der SchülerInnen die Erfahrung mit dem Sportunterricht zur Bewegungsfreude bei. Das Selbstvertrauen und Selbstbild entwickelt sich auch durch Erfahrungen mit den Peers – Erfahrungen, welche wiederum das Bewegungsverhalten beeinflussen.

2.3.3 Auswirkungen des Befindens

Inwieweit wirkt sich nun das Befinden von SchülerInnen auf andere Bereiche wie Lernmotivation, Stören im Unterricht, Schulschwänzen, gesundheitsbezogenes Verhalten aus?

Eder (2007) hat herausgefunden, dass SchülerInnen, die sich in der Schule wohl fühlen,

- eine höhere Lernmotivation aufweisen,
- ein kooperativeres schulbezogenes Verhalten zeigen (Mitarbeit, wenig Stören, häusliche Lernzeit, kein Schulschwänzen) und
- seltener Tabak und Alkohol konsumieren,

als SchülerInnen, die sich in der Schule nicht wohl fühlen.

Somit wird offensichtlich, dass die Bedingungen für eine gesunde Entwicklung von Schülerinnen und Schülern in der Schule einerseits für die Entwicklung von individuellen Lebens- und Verhaltensweisen eine Rolle spielen, andererseits auch für die Entwicklung von Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit.

Gesundheitsempfinden und Leistungsfähigkeit hängen somit voneinander ab. Die Kausalrichtung der Wirksamkeit ist jedoch nicht geklärt. Sind gesunde Kinder und Jugendliche leistungsfähiger, oder bewirkt eine hohe Leistungsfähigkeit, dass die subjektive Gesundheit besser eingeschätzt wird? Diese Frage kann nur in Langzeitstudien geklärt werden (Dür, 2008).

Schulen sollten die Auseinandersetzung mit den Bedingungen für Gesundheit nicht als zusätzliche, eigentlich den Bildungsauftrag überschreitende Beschäftigung sehen, sondern als die Herstellung einer Basis, die ein konstruktives Lehr- und Lernklima schafft und somit zur Entwicklung von Leistungsfähigkeit beiträgt.

2.4 Interventionen zur Förderung von Gesundheit im Setting Schule

Die Schule stellt einen beliebten Ort für gesundheitsbezogene Interventionen unterschiedlichster Art dar, weil durch Schulpflicht die Möglichkeit besteht, Kinder und Jugendliche aus verschiedenen sozialen Schichten und unterschiedlichen Alters zu erreichen und sie eine lange Tradition in der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen pflegt.

Es sind dies Interventionen,

- die darauf abzielen, Krankheiten zu vermeiden (z.B. Kariesprophylaxe),
- Risikoverhalten bei SchülerInnen im Sinne von Primärprävention zu minimieren (z.B. Suchtprävention) oder auch
- die Schule als Lebenswelt so zu gestalten, dass möglichst hohe Chancen auf eine gesunde Entwicklung der SchülerInnen gegeben sind (schulische Gesundheitsförderung).

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erläutert, hat die Schule als Institution selbst auch Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung ihrer SchülerInnen.

Im folgenden Kapitel werden die Konzepte Gesundheitserziehung, Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf ihre Anwendung im Setting Schule und die Chancen

und Grenzen in Bezug auf die Wirkung auf die Gesundheitsentwicklung der SchülerInnen dargestellt.

2.4.1 Gesundheitserziehung

Gesundheitsbildung fand über die Themen Bewegung bzw. Sport und Hygiene schon früh Eingang in das österreichische Schulsystem (Mitterbauer, 2007). Auch heute ist Gesundheitsbildung eines von zwölf definierten Unterrichtsprinzipien⁷. Das Thema Gesundheit ist explizit und implizit Teil der Lehrpläne verschiedener Schultypen (Mitterbauer, 2007). Mitterbauer merkt in ihrer Dissertation an, dass im Schulalltag historisch von einem negativen Gesundheitsbegriff ausgegangen wird, heute jedoch bereits Tendenzen vorhanden sind, auch die Aneignung von Lebenskompetenzen und Persönlichkeitsbildung als Teil der Gesundheitsbildung zu sehen, wodurch eine Ressourcenorientierung stärker ins Blickfeld rückt (2007).

Die Zielgruppe für die Gesundheitsbildung im Setting Schule sind SchülerInnen. LehrerInnen sind die VermittlerInnen von Wissensinhalten.

Ziel der Gesundheitsbildung ist es, Informationen über die Entstehung von Krankheiten, Risiko- bzw. Schutzfaktoren in Bezug auf die Entstehung von Krankheiten oder die Erhaltung von Gesundheit im Unterricht zu vermitteln. Die Veränderung von Verhalten ist nicht unbedingt Ziel der Gesundheitsbildung. Da gesundheitsrelevantes Wissen eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Ressource für eine positive Gesundheitsentwicklung ist, sollte die Wirksamkeit von Gesundheitsbildung in Bezug auf die Gesundheit von SchülerInnen auch nicht überschätzt werden.

Die Wahl der Methodik obliegt den PädagogInnen im Schulsystem und kann vielfältig sein. LehrerInnen bedienen sich, je nach pädagogischer Ausbildung und ihren Vorlieben und Möglichkeiten unterschiedlicher didaktischer Mittel, die vom Frontalvortrag bis hin zu erlebens- und handlungsorientierter Wissensvermittlung gehen können.

Der „Projektunterricht“, als Bildungsanliegen im österreichischen Schulsystem verankert, soll vor allem selbstständiges Handeln der SchülerInnen ermöglichen, Handlungsbereitschaft entwickeln oder auch kommunikative und kreative Kompetenzen för-

⁷ Es gibt derzeit im Österreichischen Schulsystem elf Unterrichtsprinzipien (z.B. Gleichstellung von Männern und Frauen, Sexualerziehung, Leseerziehung, Medienpädagogik etc.), die Themenbereiche darstellen, die in allen Unterrichtsfächern ihren Platz finden sollen und können. Informationen zu den Unterrichtsprinzipien: www.bmukk.gv.at

dem (BMUKK, 2008). Der Projektunterricht als Methode zur Aneignung von Wissen ermöglicht eine fächerübergreifende Zusammenarbeit und wird oft als Methode, gesundheitsbezogene Themen zu behandeln, genutzt (vgl. www.give.at).

Nach dem BMUKK sollen sich Projekte an den Interessen der Beteiligten orientieren, zielgerichtet aufgebaut sein, Selbstorganisation und Selbstverantwortung ermöglichen, den Erwerb sozialer Kompetenzen fördern und, soweit sinnvoll, auch außenwirksam sein. In der Schule finden in jedem Schuljahr eine Reihe von Projekten statt – in engagierten Schulen oft so viele, dass es zu einer hohen Belastung von SchülerInnen, aber auch von LehrerInnen kommt, wenn diese Projekte nicht so entwickelt sind, dass sie zur Erfüllung des Bildungsauftrags beitragen.

Gesundheitserziehung ist zusammenfassend eine wichtige, im Setting Schule anerkannte Methode zur theoretischen und praktischen Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens und gesundheitsrelevanter Kompetenzen. Da Gesundheit jedoch vielfältig determiniert ist, haben sich im Laufe der Entwicklung des Schulwesens auch andere Methoden im Schulsystem etabliert.

2.4.2 Prävention

Nach dem Deutschen Wörterbuch (Bünting, 1996) stammt das Wort Prävention aus dem rechtswissenschaftlichen oder militärischen Kontext und bedeutet „Vorbeugung“ oder „Abschreckung“ (S. 885).

Prävention in gesundheitswissenschaftlichem Zusammenhang wird als Vorbeugung oder Wirkung in vorbeugender Art immer in Bezug auf eine oder mehrere Krankheiten bzw. Krankheitsursachen verstanden.

Franzkowiak (2003, zitiert nach Mitterbauer, 2007) definiert Prävention folgendermaßen:

„Unter Prävention versteht man die Verhütung von Krankheiten durch Ausschalten von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer Krankheit“ (S. 133).

Da Prävention auf Krankheiten bzw. Krankheitsvermeidung ausgerichtet ist, verwundert es nicht, dass Prävention häufig als Aktivität auf medizinischem Gebiet gesehen wird, wie z.B. bei Troschke (1993, zitiert nach Mitterbauer, 2007):

„Prävention ist im Wesentlichen eine Aktivität auf medizinischem Gebiet, die sich mit Einzelnen oder bestimmten Risikogruppen befasst. Ihr Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit, respektive die Verhütung oder Reduktion von Krankheiten und Risiken“ (S. 134).

Walter und Schwarz (2003) definieren Prävention stärker aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive:

„Prävention (Krankheitsverhütung, lat. praevenire: zuvorkommen) sucht – anders als Gesundheitsförderung – eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ (S. 189).

Je nach Zeitpunkt, Ziel oder Methode werden Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden.

Slesina und Patzelt (2006) definieren die Tertiärprävention als „Verhütung von Krankheitsverschlechterung“ und beschreiben somit eine Interventionsart, welche stärker medizinisch ausgerichtet ist. Zielgruppe in der Tertiärprävention sind nämlich bereits erkrankte Menschen. Methodisch werden im Wesentlichen Maßnahmen ganzheitlich ausgerichteter Rehabilitation eingesetzt, die das Ziel verfolgen, Folgeschäden, (soziale) Funktionseinbußen oder Chronifizierungen zu vermeiden oder abzumildern. Slesina und Patzelt (2006) merken an, dass Tertiärprävention definitorisch immer wieder auch mit der Rehabilitation gleichgesetzt wird (vgl. Franzkowiak, 2003; Walter und Schwarz, 2003, zitiert nach Slesina und Patzelt, 2006).

Die Sekundärprävention umfasst nach Walter und Schwarz (2003) Maßnahmen, die der Früherkennung von Krankheiten dienen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitschecks) und deren erfolgreiche Frühtherapie. Sie räumen jedoch ein, dass auch Maßnahmen, die das Wiederauftreten einer Erkrankung nach bereits erfolgter Behandlung vermeiden sollen, ebenfalls als Sekundärprävention bezeichnet werden (z.B. in der Betreuung von Menschen nach erfolgtem Suchtgift-Entzug). Das Ziel der Sekundärprävention ist *„die Herabsenkung von Inzidenzen (Neuerkrankungsraten) von manifesten oder bereits fortgeschrittenen Erkrankungen“* (S. 189). Zielgruppen sind Menschen, die bereits manifeste Krankheitssymptome aufweisen, oder Menschen, welche von einem Rückfall in eine Krankheit betroffen sein könnten.

Als Primärprävention werden von Walter und Schwartz (2003, S. 189)

„alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen“

bezeichnet. Die Zielgruppe primärpräventiver Interventionen sind gesunde Menschen oder Menschen, die bestimmten Risikogruppen angehören, jedoch noch keine manifesten Krankheitssymptome aufweisen (z.B. Menschen mit hohem Risikopotenzial, an Diabetes zu erkranken). Ziel der Primärprävention ist es, *„die Inzidenz einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.“* (S. 189).

Im österreichischen Schulsystem hat Prävention eine lange Tradition, die jedoch je nach Bundesland und Schultyp unterschiedlich fest verankert ist. Auf medizinischem Gebiet sind die Implementierung von Impfprogrammen im Setting Schule, aber auch die schulärztliche Untersuchung zu sehen. Die Kariesprävention, welche z.B. in steirischen Volksschulen flächendeckend angeboten wird, ist ein Beispiel für breite Primärprävention im Setting Schule, die nicht medizinisch ausgerichtet ist (vgl. www.styriavitalis.at).

Weiters finden primärpräventive Aktivitäten wie Suchtprävention oder AIDS-Prävention, Gewaltprävention oder die Prävention von Ess-Störungen im Unterrichtsalltag statt, jedoch je nach Schule, Programm und pädagogischem Engagement in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Qualität. Im vergangenen Jahrzehnt wurden vermehrt Programme entwickelt, welche die Prävention des Konsums gesundheitsschädigender Substanzen zum Ziel hatten (z.B. Tabakprävention), jedoch den Aufbau von Ressourcen (z.B. sog. Life-Skills) zum Inhalt hatten.

Als sekundärpräventive Maßnahme im Setting Schule kann man z.B. die schulärztlichen Reihenuntersuchungen sehen, durch die bei Interventionsbedarf Empfehlungen für die Konsultation von FachärztInnen oder die Empfehlung zur Teilnahme z.B. an Wirbelsäulengymnastik abgegeben wird. Andere Screening-Programme haben im Setting Schule in Österreich jedoch nicht flächendeckend Fuß gefasst. Ebenso wenig ist die tertiäre Prävention eine Interventionsform, die im Setting Schule Platz findet.

Um den vielschichtigen Determinanten für die Entstehung von Krankheiten gerecht zu werden, werden Interventionen der Primärprävention immer wieder den Bereichen *„Verhaltens- und Verhältnisprävention“* zugeordnet (Steinbach, 2004, zitiert nach Mitterbauer, 2007).

Unter Verhaltensprävention werden Maßnahmen verstanden, welche direkt auf das Verhalten von Bevölkerungsgruppen oder Einzelpersonen abzielen und Krankheiten förderndes Verhalten verhindern oder ändern sollen (z.B. Aufklärungskampagnen über die Schädlichkeit des Tabakkonsums, Kampagnen zum Gebrauch von Kondomen beim Geschlechtsverkehr zur AIDS-Prävention), ohne jedoch die Lebensumstände der Menschen (Verhältnisse) dahingehend zu beeinflussen, dass sie das Auftreten des „ungesunden“ Verhaltens weniger wahrscheinlich machen würden. Werden diese Lebensbedingungen in die Intervention mit einbezogen, spricht man von „Verhältnisprävention“. Nach Mitterbauer (2007) sind verhältnispräventive Maßnahmen häufig gesetzliche Regelungen (z.B. Verbot von Tabakverkauf an Kinder, Schaffung von rauchfreien Zonen in Gaststätten), sie können jedoch auch Interventionen sein, die direkt in den Lebensbereichen von potenziell krankheitsgefährdeten Zielgruppen gesetzt werden (z.B. Überprüfung von chemischen Drogen bei großen Tanzveranstaltungen – vgl. www.checkit.at).

Festzuhalten ist, dass das Ziel von Prävention immer die Vermeidung von Krankheit ist. Sie zielt auf die Beeinflussung von Risiko- oder Schutzfaktoren, die die Entstehung einer oder mehrerer Erkrankungen bedingen, ab.

Die Zielgruppe in der Prävention sind die SchülerInnen, die durch die in der Schule tätigen PädagogInnen selbst oder durch externe ExpertInnen theoretisches Wissen und Handlungskompetenzen in Bezug auf die Vermeidung dieser spezifischen Krankheit erhalten.

Der Vorteil in der Bewertung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen liegt darin, dass das Ergebnis (z.B. Senkung der Inzidenzrate) relativ einfach zu überprüfen ist. Der negative Fokus von Prävention und auch der Umstand, dass sehr viele Präventionsinterventionen die Schule in ihrer Umsetzungskapazität (Zeit, personale Ressourcen) überfordern, lässt flächendeckend eingesetzte Präventionsmaßnahmen im Setting Schule wenig wahrscheinlich werden.

Führt man sich die in Kapitel 2.3 angeführten Determinanten für das Gesundheitsverhalten und die Determinanten für die Einschätzung subjektiver Gesundheit, Lebenszufriedenheit oder von psychosomatischen Beschwerden vor Augen, scheinen spezifische Präventionsprogramme alleine nicht geeignet, um Bedingungen für eine positive Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule herzustellen.

Die Förderung einer positiven Gesundheitsentwicklung geht über die Integration von Gesundheitsthemen im Unterrichtsalltag und über die Durchführung spezifischer Präventionsprogramme hinaus. Es scheint vielmehr eine Interventionsform notwendig, die auf die Determinanten für Gesundheit im Setting Schule einwirken kann und auf das Wohlbefinden von SchülerInnen abzielt.

2.4.3 Gesundheitsförderung

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen."

WHO, 1986

So wird Gesundheitsförderung von TeilnehmerInnen der ersten internationalen WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung, die im Jahr 1986 in Ottawa stattgefunden hat, definiert.

Im Vergleich zur Prävention, die auf die Vermeidung bestimmter Krankheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen abzielt und Gesundheit häufig als die Abwesenheit von Krankheit definiert (bzw. überhaupt keinen Gesundheitsbegriff kommuniziert), sieht Gesundheitsförderung Gesundheit als positives, multidimensionales Konzept und richtet sich an die Gesamtbevölkerung und ihre Umwelt (Stachtchenko & Jenicek, 1990, zitiert nach Trojan & Legewie, 2001).

2.4.3.1 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

Für die Umsetzung von Gesundheitsförderung beschreibt die Ottawa-Charta (WHO, 1986) die fünf folgenden Handlungsfelder:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (z. B. über Gesetze, steuerliche Maßnahmen),
- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Gesundheitsförderung setzt mit ihrer Arbeit in Settings, wie z. B. Gemeinden, Stadtteilen, Firmen, Schulen an),
- die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen (z. B. durch Stärkung von Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen, Projektgruppen),

- die Entwicklung persönlicher Kompetenzen (z.B. über die Entwicklung persönlicher Ressourcen und die Erweiterung von Handlungsspielräumen von Menschen),
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (z. B. über die stärkere Integration von Gesundheitsförderung in das Gesundheitssystem oder die stärkere patientenorientierte Ausrichtung der Versorgung)

Anzumerken ist, dass der Gesundheitssektor (der in den meisten Ländern hauptsächlich ein Krankenversorgungssektor ist) die Herstellung von gesunden Lebensbedingungen nicht alleine bewirken kann. Vielmehr ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Politikbereiche notwendig.

2.4.3.2 Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta (1986) beschreibt drei vorrangige Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung: *Interessen vertreten (Advocacy)*, *befähigen/ermöglichen* und *vermitteln/vernetzen*. Das anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit (Advocacy/Anwaltschaft) kann durch oder im Auftrag von Einzelpersonen oder Gruppen erfolgen und soll der Schaffung von Lebenswelten dienen, in denen Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit besteht. Anwaltschaft wird als eine Kombination von individuellen und sozialen Aktionen verstanden, die eingesetzt werden, um politische Verantwortung, Politikunterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel oder –programm zu erreichen.

Empowerment von Individuen und Gruppen ist eine weitere wichtige Handlungsstrategie für erfolgreiche Gesundheitsförderungsarbeit. Dieses wird auch in der Jakarta Erklärung einer späteren WHO-Gesundheitsförderungskonferenz betont (WHO, 1997). Partizipation ist eine wesentliche Voraussetzung für Empowerment, die "*Förderung der Fähigkeit der Menschen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen*" (BZgA, 1996, S. 17). Soll ein Projekt oder Programm in Bezug auf bestimmte Zielgruppen wirksam werden, ist es wichtig, dass sich diese Gruppen mit den Zielen und Interventionen identifizieren und aktiv sowohl an der Zielentwicklung als auch an der Zielerreichung mitwirken.

Als dritte Handlungsstrategie beschreibt die Ottawa-Charta das Vermitteln und Vernetzen als "*koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung von Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und*

selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien" (WHO, 1986).

Die Jakarta-Erklärung betont, dass mehrdimensional ausgerichtete Interventionen (auf der Ebene der Handlungsfelder und Handlungsstrategien) effektiver und daher eher anzustreben sind. Interventionen, die sich dem Setting-Ansatz verschreiben, bieten mehr Möglichkeiten, umfassende Strategien einzusetzen (WHO, 1997).

2.4.3.3 Gesundheitsförderung im Setting Schule

Gesundheitsförderung in Bezug auf das Setting Schule bedeutet in Bezug auf die oben genannten Handlungsfelder zum einen, dass gesetzliche Rahmenbedingungen (die jedoch über die Bildungspolitik definiert werden) so gestaltet sind, dass eine gesunde Entwicklung von Kindern möglichst gelingen kann, z.B. ausreichende Zeitbudgets, um die Förderung von Kindern mit unterschiedlichen Begabungen zu ermöglichen oder „gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen“ durchführen zu können, Schulen baulich so zu gestalten, dass SchülerInnen und LehrerInnen sowie andere in der Schule Arbeitende ergonomische, den vielfältigen Aufgaben der Schule entsprechende und ästhetisch gestaltete „Arbeitsplätze“ vorfinden.

Die Entwicklung gesundheitsförderlicher Kompetenzen erfolgt häufig explizit über den Unterricht (Gesundheitserziehung), findet jedoch im Leben der vielfältigen zwischenmenschlichen Beziehungen im Schulalltag statt. Die Beteiligung an Aufgaben, die die gesamte Schule betreffen (z.B. Herstellung einer Schülerzeitung, gemeinsame Planung eines Maturaballs, Fortbildung von LehrerInnen-Teams über schulinterne und –externe Fortbildungen) sind nur einige Beispiele für Anlässe, die diese Kompetenzentwicklung ermöglichen.

Im österreichischen Schulsystem spielen die Schulärzte und –ärztinnen eine in Bezug auf die Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen eher untergeordnete Rolle. Das Tätigkeits- und Aufgabengebiet ist gesetzlich nicht geregelt. In nahezu jedem Bundesland gibt es eine andere schulärztliche Versorgung und innerhalb eines Bundeslandes unterschiedliche Regionen (z. B. Städte), die wiederum sehr unterschiedliche Verträge mit den Schulärztinnen und Schulärzten aufweisen. *„Einen der wenigen Punkte, den die rund 2.500 Schulärztinnen und Schulärzte in Österreich gemeinsam haben, ist das „Jus practicandi“, das Recht zur eigenständigen Berufsausübung als Ärztin/Arzt. Alles andere, nämlich die Ausbildung, Fortbildung, die Art des Vertrages,, Fachärztinnen/-*

ärzte- oder Allgemeinmedizinische Ausbildung, ob Ordination und/oder Gemeindeärztin/-arzt bleibt der lokalen Personalauswahl überlassen.“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006, S. 11). Derzeit werden in Österreich Strategien entwickelt, SchulärztInnen eine einheitlichere Rolle im Setting Schule zu geben.

Wenn Gesundheitsförderung darauf abzielt, Menschen dabei zu unterstützen, selbstbestimmt ihre Lebenswelten zu gestalten, damit eine möglichst positive Entwicklung gewährleistet wird, ist es notwendig, für die Ausformulierung von Bedarf und Bedürfnissen zusammenzuarbeiten (z.B. LehrerInnen untereinander, SchülerInnen untereinander, SchülerInnen mit LehrerInnen gemeinsam oder auch Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen gemeinsam, Schulen mit externen ExpertInnen vernetzt). In Schulen sind verschiedene Organisationselemente implementiert, die eine solche Zusammenarbeit ermöglichen könnten (Konferenzen, Schulgemeinschaftsausschuss, Klassenräte...). Ob und wie sehr sie für gesundheitsbezogene Anliegen genutzt werden, obliegt jedoch der autonomen Entscheidung jeder Schule.

Eine „Gesundheitsfördernde Schule“ *„übernimmt die Verantwortung für die gesunde Entwicklung von SchülerInnen mit dem Ziel, deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit langfristig zu gewährleisten“* (Setterobulte und Hurrelmann, 2004). Da Gesundheitsförderung darauf abzielt, gesunde Lebenswelten für alle Menschen, die in diesen Lebenswelten Zeit verbringen herzustellen, aber nicht alle Bedingungen für Gesundheit von der Schule beeinflussbar sind, schlägt die Autorin folgende Definition für die Gesundheitsfördernde Schule vor:

„Eine gesundheitsfördernde Schule übernimmt die Verantwortung für die gesunde Entwicklung von SchülerInnen, PädagogInnen und nicht-unterrichtendem Personal mit dem Ziele, deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten nachhaltig zu gewährleisten.“

Aus dieser Definition wird ersichtlich, dass „Gesunde Schule-Sein“ kein Zustand sein kann, in dem sich eine Schule befindet, sondern dass die Bedingungen, die eine Schule für Gesundheit und Leistungsfähigkeit herstellt, immer wieder erarbeitet werden müssen. Eine Methode, kontinuierlich an der Qualität eines Setting zu arbeiten, ist die Organisationsentwicklung.

Im Online-Lexikon „Wikipedia“ wird Organisationsentwicklung folgendermaßen definiert:

„Organisationsentwicklung ist ein organisationstheoretisches Konzept und bedeutet "geplanter sozialer Wandel in Organisationen“. „Die Betroffenen zu Beteiligten machen" ist ein Kernkonzept der OE und hat auch in vielen anderen Methoden Eingang gefunden. Sie (Menschen) werden eingeladen, die Organisation von innen heraus auf neue Anforderungen vorzubereiten oder zu optimieren. Gemeinsame Lernprozesse werden initiiert und methodisch begleitet. Dabei werden die Fähigkeiten aller und der Organisation als Ganzes genutzt zur Entwicklung und Veränderung der Organisation und der Abläufe in Organisationen.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Organisationsentwicklung>)

Das Pendant zur „Organisationsentwicklung“ stellt im Setting Schule die Schulentwicklung dar. Schulentwicklung wurde als Qualitätssicherungsinstrument seit den 1990er Jahren im österreichischen Schulsystem über die Bundesinitiative „Qualität in den Schulen Österreichs“ (Q.I.S) oder der Salzburger „Qualitätsinitiative Berufsbildung“ (QIBB) implementiert. Mitterbauer (2007) verknüpft, in Anlehnung an Paulus (2002) die Konzepte Schulentwicklung und Gesundheitsförderung zum Konzept der „Guten gesunden Schule“. Beide Konzepte fordern Weiterentwicklungen des Settings, Eigenverantwortlichkeit der Beteiligten, Professionalisierung und Qualitätsverbesserung.

Indem in Erklärungen zur Gesundheitsförderung sowohl die Verantwortung unterschiedlicher Politikbereiche für die Gesundheitsentwicklung von Menschen betont wird, jedoch auch Handlungsstrategien vermittelt werden, ist Gesundheitsförderung einerseits ein politisches Statement für eine Welt, in der alle Menschen Chancen auf eine positive Gesundheitsentwicklung haben, andererseits auch eine Interventionsform, die auf die Erreichung dieser Ziele fokussiert.

Die Schule als Lebenswelt ist ein Beispiel für ein bereits viele Jahre erprobtes Feld, in dem die Politikbereiche Gesundheit und Bildung eng miteinander verknüpft gemeinsam agieren (z.B. Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen in Österreich) und in dem die Möglichkeiten und Grenzen der Förderung von Gesundheit, die durch die Abhängigkeit von settingspezifischen Eigenheiten der Schule limitiert sind, sichtbar werden.

Eine detaillierte Beschreibung des Konzepts der „Gesunden Schule“ würde den Rahmen dieser Master-Arbeit sprengen. An dieser Stelle sei auf Arbeiten von Eva Mitter-

bauer (2007) oder das Schweizer Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (www.radix.ch) verwiesen.

2.4.4 Zusammenfassung

Das Thema Krankheit und Gesundheit ist ein Thema, welches auch im Setting Schule breiten Raum findet. Gesundheitserziehung, Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionsformen, die in österreichischen Schulen angewendet werden, jedoch unterschiedliche Zielgruppen ansprechen und unterschiedliche Ziele verfolgen.

Trotz dieser unterschiedlichen Ausrichtung wird der Begriff Gesundheitsförderung sowohl in der wissenschaftlichen als auch in anderen Publikationen recht beliebig für die oben genannten Interventionsarten verwendet.

Raeburn und Corbett (2001) schlagen in Bezug auf Interventionen im Setting Gemeinde die Definition eines „Gesundheitsförderungskontinuums“ vor, an dessen einem Ende „gemeindebasierte“ Interventionen und an dessen anderem Ende als „eigentliche“ Gesundheitsförderung die „Gemeindeentwicklung“ mit einem hohen Maß an Empowerment und Partizipation der Beteiligten gesehen wird. Dazwischen gibt es Programme und Projekte, die von Raeburn und Corbett als „community action“ bezeichnet werden, bei denen es eine aktivere Beteiligung der Zielgruppen an der Planung und Durchführung der Intervention gibt.

Auf das Setting Schule umgelegt, sind „*schulbasierte Interventionen*“ bereits fertig geplante Intervention, die für eine Zielgruppe (zumeist SchülerInnen) bestimmt sind und in der Schule umgesetzt werden, jedoch weitgehend ohne Gestaltungsmöglichkeiten von Seiten der Zielgruppe. SchülerInnen (manchmal auch LehrerInnen) werden als KonsumentInnen oder KooperationspartnerInnen gesehen. Es sind dies Programme und Projekte, welche von externen ExpertInnen in Schulen durchgeführt werden oder welche von dafür geschulten oder nicht geschulten LehrerInnen im Unterrichtsalltag anhand vorgefertigte Unterrichtsmanuale oder Curricula umgesetzt werden.

In der Mitte des „Gesundheitsförderungskontinuums“ stehen Projekte und Programme, die bereits einige Merkmale von „Schulentwicklung“ aufweisen. Das Programm und die Ziele der Intervention stehen noch immer primär unter der Kontrolle von externen ExpertInnen oder ForscherInnen. Partizipation wird als Methode gesehen, um die erwünschten Ergebnisse (z.B. Senkung von Unfallsraten) zu erbringen.

Nach Raeburn und Corbett weisen Interventionen auf dem Level „community action“, hier bereits auf das Setting Schule umgelegt, folgende Merkmale auf:

- Es gibt eine Form von Beratung, Diskussion, Bedarfs- und/oder Bedürfnisabklärung und Maßnahmen, die relevante Stakeholder (z.B. SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern, Gemeinde) mit einbeziehen.
- Es werden Maßnahmen implementiert, die die betroffenen Stakeholder involvieren.
- Die Schule bzw. SchülerInnen oder LehrerInnen haben ein gewisses Maß an Entscheidungs- und Organisationskontrolle in Bezug auf die Art und Implementierung der Maßnahmen.
- Es existiert bereits ein eher partnerschaftliches Verhältnis zwischen ExpertInnen und der Zielgruppe. Die Einzigartigkeit jeder Schule wird berücksichtigt.

Gesundheitsförderungsprojekte und –programme weisen nach Raeburn, Corbett (2001), angewandt auf das Setting Schule, folgende Merkmale auf:

- LehrerInnen und/oder SchülerInnen haben die Kontrolle über Entscheidungen. Die Macht liegt bei der Schule. Entweder sind keine externen ExpertInnen involviert oder sie werden im Bedarfsfall von der Schule zur Konsultation herangezogen.
- Es gibt ein Programm, welches auf die Stärkung der Gemeinschaft (Community Building) und somit des sozialen Zusammenhalts (gegenseitige Unterstützung, Netzwerke, Freundschaften, Kooperationen, Lebensqualität) abzielt.
- Menschen (SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern etc.) erwerben die Kompetenz, Lösungswege zu finden, Einfluss auf die Politik zu nehmen und Veränderungen zu gestalten (Empowerment).

Je nach Focus einer Intervention können Programme und Projekte auf die Behandlung von Erkrankungen (Therapie), die Vermeidung von Erkrankungen oder Risiken (verhaltens- und verhältnisbezogen) oder auf Gesundheit, Wohlbefinden und die Stärkung von Gesundheitskompetenzen und –chancen ausgerichtet sein (Raeburn, Corbett, 2001).

Je stärker die Kontrolle der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt über Inhalte, Methoden und Maßnahmen ist und je eher ein Programm auf die Förderung von Gesundheitschancen und –ressourcen abzielt, desto eher kann man dieses Programm oder Projekt als „echte“ Gesundheitsförderung bezeichnen. Programme, die ausschließlich von externen ExpertInnen getragen werden, ohne Gestaltungsmöglichkeit durch die

Menschen in der Schule (Kinder und/oder LehrerInnen) und mit einem therapeutisch/medizinischen und/oder Krankheitsvermeidung fokussierenden Ziel, wären stärker als Prävention zu bezeichnen.

Dazwischen gibt es eine Reihe von „Mischformen“, die sowohl Risikominimierung als auch Ressourcenstärkung zum Inhalt haben, in denen zwar Ziele vorgegeben sind, die Schule jedoch auch eigene Gestaltungsmöglichkeiten hat.

In der vorliegenden Arbeit werden Interventionen folgendermaßen kategorisiert (siehe auch Abbildung 9):

1. Interventionen, die schulbasiert sind, werden ohne nennenswerte Beteiligung von LehrerInnen durchgeführt. Externe ExpertInnen arbeiten zumeist mit Klassen oder Kleingruppen aus Klassen zu einem festgelegten Thema, zumeist mit einem vorher definierten Curriculum. Der/die LehrerIn ist bei der Intervention nicht anwesend, wodurch es auch zu keinem Know-How-Transfer im Sinne von Personalentwicklung kommen kann. Die Schule ist lediglich der Ort der Intervention. Diese könnte im Grunde auch außerhalb der Schule mit einer Gruppe Kinder oder Jugendlicher durchgeführt werden.
2. Interventionen, die mit Beteiligung der Schule im Sinne der *Community-action* durchgeführt werden, haben jedenfalls einen vorgegebenen inhaltlichen Focus und festgelegte Zielsetzungen (z.B. Förderung von Lebenskompetenzen, Primärprävention des Tabakkonsums), können jedoch zwei Ausprägungen haben:
 - a. Es kann eine Intervention sein, bei der es sich um ein fertiges Programm im Sinne eines Unterrichtsmanuals oder eines vordefinierten Programmablaufs handelt und bei welchem die LehrerInnen Ausführende sind. Dass LehrerInnen die Intervention ihren Bedürfnissen entsprechend selbstständig verändern oder adaptieren, ist im Grunde nicht erwünscht und wird dann als „mangelnde Programmtreue“ gewertet. Die Interventionen finden zumeist im Klassenverband statt. Eine Veränderung von Rahmenbedingungen im Setting Schule wird jedoch nicht angestrebt.
 - b. Ist auf der Schulebene eine Gestaltung der Rahmenbedingungen auch Inhalt der Intervention oder hat die Zielgruppe (SchülerInnen, LehrerInnen) Gestaltungsfreiräume in Bezug auf die Umsetzung, so kann man von Interventionen mit Schulgestaltung sprechen.

- Bei echten Schulentwicklungs-Interventionen ist die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen ein zentrales Anliegen. Die Auswahl der Themenschwerpunkte, die Gestaltung von Feinzielen und auch die Wahl der Interventionen zur Erreichung dieser Ziele obliegen der Schule. Das Programm selbst dient als unterstützender und „empowernder“ Rahmen, der es Schulen erleichtern soll, ihre Ziele zu erreichen.

Neben dieser dreiteiligen Kategorisierung nach Raeburn und Corbett (2001) können Interventionen auch in zwei weitere Gruppen kategorisiert werden: In solche ohne Intention zur Veränderung der Rahmenbedingungen im Setting Schule (schulbasierte Interventionen und solche, bei denen LehrerInnen nur Ausführende sind – zusammengefasst zur Kategorie „gesundheitsfördernde Interventionen im Setting Schule“) und solche, die der Zielgruppe mehr Beteiligungsmöglichkeiten schaffen und/oder eine Veränderung von strukturellen Rahmenbedingungen in der Schule bewirken möchten (Interventionen mit Schulgestaltung bzw. Schulentwicklung – zusammengefasst in der Kategorie „Gesundheitsfördernde Schulen“).

Abbildung 9 veranschaulicht die verschiedenen Interventionsarten, die in Folge Grundlage für die Analyse von Interventionen zur Förderung von Gesundheit im Setting Schule sein werden, grafisch.

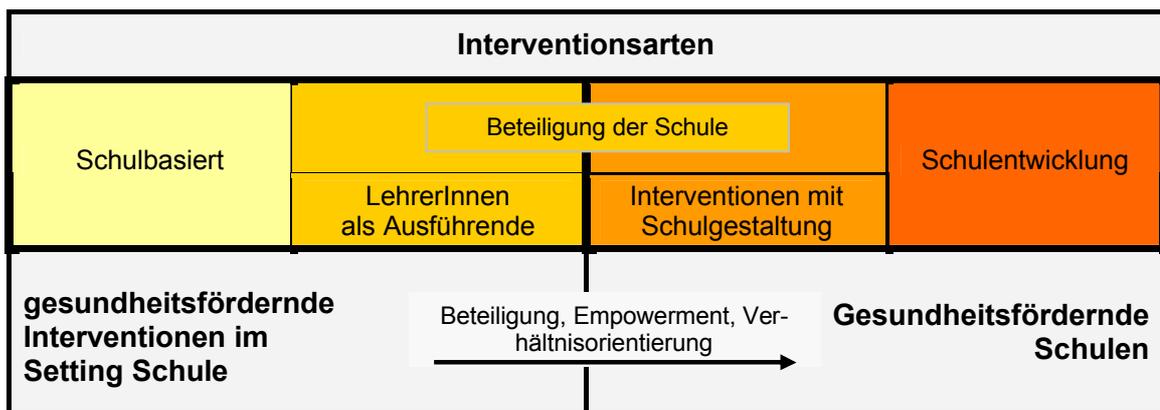


Abbildung 9: Gesundheitsförderung im Setting Schule – Interventionsarten nach Raeburn und Corbett, 2001.

2.5 Evaluation von Interventionen im Setting Schule

2.5.1 Evaluation in der Gesundheitsförderung

2.5.1.1 Evaluationsmethoden

Evaluationsstudien können sehr unterschiedliche Ergebnisse produzieren. Je nach

- Evaluationsgegenstand (z.B. Programm, Projekt, Maßnahmen; Makro- oder Mikroperspektive),
- Zweck der Evaluation (z.B. Begleitung einer Maßnahme [Prozessevaluation] oder Bewertung einer Maßnahme [summative Evaluation/Ergebnisevaluation],
- der Rolle des/der Evaluators/in (z.B. interne oder Selbstevaluation oder externe Evaluation),
- Zielsetzungen der Auftraggeber (z.B. Evaluation als Entscheidungsgrundlage, als strategisches Instrument, um unliebsame Entscheidungen leichter treffen zu können),
- der Einbeziehung verschiedener Interessensgruppen (partizipatorisch angelegte Evaluation, Evaluation ohne Miteinbeziehung der Betroffenen),
- den evaluierten Abschnitten einer Maßnahme (Evaluation von Programmkonzeption, -durchführung, -wirksamkeit) und
- der Art der wissenschaftlichen Fundierung (z.B. entwicklungs- oder theoriegeleitete Evaluationen),
- und der methodischen Ausrichtung (qualitative, quantitative Erhebungsmethoden).

(vgl. Westermann, 2002; Party & Perrez, 2001; Spiel, 2001; Wottawa & Thierau, 1998, zitiert nach Suppan-Kuhness, 2002).

Publizierte Evaluationsstudien werden häufig danach unterschieden, ob es sich um eine Evaluation der Programmwirksamkeit (Ergebnis-Evaluation) oder um eine Evaluation des Prozesses der Implementierung einer Intervention (Prozess-Evaluation) oder um beides handelt. Ergebnisse können sowohl auf der Determinantenebene als auch auf der jener der Gesundheitsergebnisse erzielt werden.

Ergebnisse von Prozess-Evaluationen treffen eher Aussagen in Bezug auf die Durchführbarkeit der Intervention, der Akzeptanz bei der Zielgruppe und geben Hinweise darauf, ob eine Intervention das Potenzial hat, nachhaltig wirksam zu sein.

Interventionen verfolgen zumeist bestimmte Ziele, deren Erreichung mittels Evaluation überprüft wird. Idealerweise sollten auch Kriterien für den Erfolg oder Misserfolg bzw. die Erreichung eines Ziels gebildet werden. Dies könnte aufgrund von Erfahrungen aus bereits durchgeführten Studien, Befragungen von ExpertInnen, Normen oder statistischen Analysen erfolgen (Donabedian, 1982, zitiert nach Spiel, 2001).

Um eine Bewertung dieser Zielerreichung vornehmen zu können (Ergebnisevaluation) ist es notwendig, die Ziele überprüfbar zu machen, das heißt, diese zu operationalisieren. Dafür steht das Repertoire der in den Sozialwissenschaften üblichen qualitativen und quantitativen Datenerhebungs- und Operationalisierungstechniken zur Verfügung (vgl. z.B. Bortz & Döring, 1995). Mögliche quantitative Datenerhebungsmethoden sind z.B. *Zählen* (Wie viele Personen haben an einem bestimmten Programm teilgenommen), *Urteilen* (Welche Interventionsform zeigte die größte Wirkung?), *Befragen* mittels erprobter oder selbst entwickelter Fragebögen, Interviews usw. (z.B. Wie zufrieden sind die TeilnehmerInnen? Wie beurteilen TeilnehmerInnen bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen etc.?).

Da mit einer Intervention meist verschiedene Ziele erreicht werden sollen, besteht das Ergebnis einer Evaluationsstudie zumeist auch aus einem Bericht zu verschiedenen Teilergebnissen, die sich auf die unterschiedlichen Zielbereiche beziehen. Diese werden in der Diskussion einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen. Einzelne Ergebnisse können jedoch auch zu einem Gesamtnutzen zusammengefasst werden, um so eine Maßzahl für den Gesamtnutzen zu erhalten (z.B. prozentualer Anteil an erreichten Zielen).

2.5.1.2 Evidenzklasse

Im der freien Enzyklopädie "Wikipedia" wird Evidenz folgendermaßen definiert:

Evidenz (lat. evidentia = Augenscheinlichkeit; evidence, engl. für: Aussage, Zeugnis, Beweis; Ergebnis, Unterlage, Beleg) bedeutet umgangssprachlich: Augenschein, Offenkundigkeit, völlige Klarheit.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenz>

Wenn etwas "evident" ist, bedeutet dies also, dass etwas nicht weiter hinterfragt werden muss. In der Evidenzbasierten Medizin (EbM) hat der Begriff Evidenz eine völlig andere Bedeutung. Er wird vom englischen Wort „evidence“ (= Nach-, Beweis) abgelei-

tet und bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Als externe Evidenz wird die strukturierte Aufbereitung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse bezeichnet, die interne Evidenz (auf der Grundlage klinischer Expertise und Erfahrung) kann als Erfahrungswert für relevante Fakten aufgefasst werden und sollte (nach Sacket et al, 1996) in der Evidenzbasierten Medizin mit der externen Evidenz verknüpft werden.

Häufig wird die externe Evidenz von Interventionen oder Studien dargestellt und bewertet. Die „Stärke“ der externen Evidenz von Studien, also die Qualität von Studien und der daraus resultierenden Ergebnisse, wird in der EbM in „Evidenzklassen“ dargestellt.

In der EbM gelten als Evidenzklasse

- 1a [höchste Evidenz] Metaanalysen von randomisierten, kontrollierten Studien.
- 1b randomisierte, kontrollierte Einzelstudien.
- 2a, wenn mindestens eine kontrollierte Studie ohne Randomisierung vorliegt.
- 2b, wenn mindestens eine Studie mit quasi-experimentellem Ansatz vorliegt.
- 3, wenn vergleichende, beschreibende oder Case-Control-Studien vorliegen.
- 4 [niedrigste Evidenz], wenn die Ergebnisse aus ExpertInnen-Komitees oder ExpertInnen-Meinungen hervorgehen.

(Bühler und Kröger, 2006, zitiert nach Shekelle et al, 1999).

Gesundheitsförderung ist als Intervention in ein komplexes soziales Setting (z.B. Schulen, Gemeinden) multidisziplinär, verhaltens- und verhältnisorientiert.

Eine randomisierte Zuordnung von Menschen zu Interventions- oder Kontrollgruppen im Verständnis der klinischen Forschung, aber auch eine strikte Kontrolle und Standardisierung von Interventionsbedingungen sind in der Gesundheitsförderungsforschung aus inhaltlichen und ethischen Gründen nicht möglich.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Analyse von einzelnen Interventionen, da diese einen intensiveren Einblick in das Programm oder Projekt erlauben. Um aus Programmen und Projekten lernen zu können und zu entscheiden, ob eine Übertragung in das eigene Setting möglich und sinnvoll erscheint, bieten Reviews häufig keine große Hilfe, da sie Zusammenfassungen zusammenfassen.

2.5.1.3 Das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Gesundheitschancen und –ressourcen aufzubauen oder weiter zu entwickeln und damit Determinanten für Gesundheit positiv zu beeinflussen, wodurch wiederum Gesundheit und Wohlbefinden von Bevölkerungen erhöht werden soll.

Das Ergebnismodell von Nutbeam (2000, adaptiert von Gesundheitsförderung Schweiz, www.quintessenz.ch, 2006) bezieht sich auf das in Kapitel 2.3 beschriebene Determinanten-Modell für Gesundheit und beschreibt verschiedene Einflussfaktoren auf die Determinanten, die mit Gesundheitsförderungsinterventionen gestaltet werden können. In der Evaluation von Interventionen zur Förderung der Gesundheit ist es nun möglich, diese verschiedenen Ebenen als Ziel- und damit Ergebnisebenen für die Bewertung der Wirksamkeit heranzuziehen – entweder auf der Determinanten-Ebene, wo beobachtet wird, ob eine Intervention auf die Einflussfaktoren auf Gesundheit positive Auswirkungen hat (strukturelle Rahmenbedingungen, soziale Normen und Werte oder personale Gesundheitsressourcen) oder in der direkten Messung von Lebensqualität, Gesundheit, Morbiditäts- und Mortalitätsraten (siehe Abbildung 10).

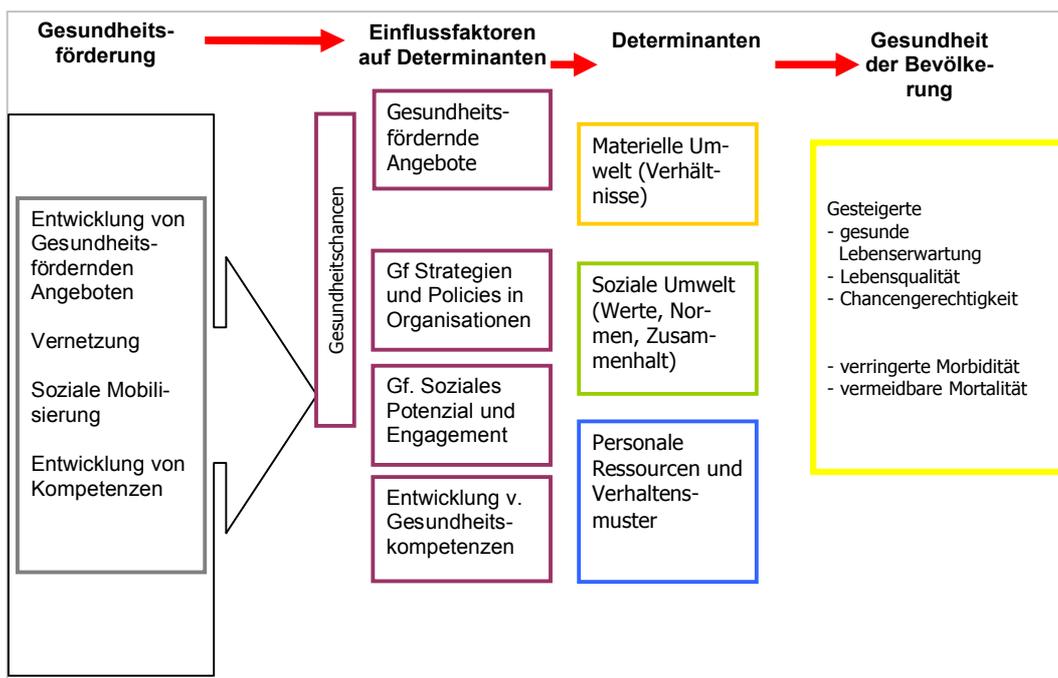


Abbildung 10: Das Ergebnismodell von Nutbeam (2000) adaptiert von Gesundheitsförderung Schweiz (2006, www.quintessenz.ch).

Da evaluierte Gesundheitsförderungsprojekte und –programme zeitlich zumeist auf ein oder mehrere Jahre beschränkt sind und Auswirkungen auf der Ebene der Bevölkerungsgesundheit häufig nicht durch Interventionen in einer Lebenswelt allein zu errei-

chen sind, kann für Projekte und Programme der Gesundheitsförderung gelten, dass sie auf bestimmte Determinanten für Gesundheit, die im Rahmen dieses Settings, in dem die Intervention erfolgt, beeinflusst werden können, positiv wirken müssen (vgl. Abbildung 8).

Daher wird der Erfolg von Gesundheitsförderungsinterventionen zumeist auf der Ebene der Determinanten bewertet.

2.5.1.4 Nachhaltige Wirksamkeit von Interventionen

Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung haben den Anspruch, langfristig und damit nachhaltig wirksam zu sein.

Swerissen und Crispmeinen (2004) beschreiben verschiedene Ebenen, die in Bezug auf die Nachhaltigkeit einer Intervention betrachtet werden, nämlich das Setting selbst (im Sinne des Aufbaus von gesundheitsfördernden Strukturen), die Menschen, die durch eine Intervention motiviert, nachhaltig an einer Weiterentwicklung arbeiten oder die nachhaltige Wirksamkeit erreichter Ergebnisse.

Interventionen können - in Anlehnung an das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung (Nutbeam, 2000) - somit das Potenzial besitzen

- auf der Ebene der Zielgruppen in Bezug auf personale Ressourcen und Verhaltensweisen,
- auf der Ebene der sozialen Normen, Werte und Einstellungen und der Qualität der sozialen Beziehungen und
- auf der Ebene der organisatorischen und materiellen Strukturen

Wirkung zu zeigen.

Viele publizierte Studien beziehen sich, sofern Nachhaltigkeit überhaupt ein Thema ist, auf die nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene der personalen Ressourcen und Verhaltensweisen, wie im folgenden Abschnitt zu sehen ist.

2.5.2 Ergebnisse zu Interventionen im Setting Schule

Insgesamt besteht nach wie vor großer Forschungsbedarf, will man Aussagen zur Wirksamkeit von „Gesundheitsförderung“ im Setting Schule tätigen (Dür, 2008). Nicht zuletzt deswegen, weil sich Projekte und Programme stark voneinander unterscheiden und Metaanalysen und Reviews Bewertungen über teilweise sehr unterschiedliche Interventionen zusammenfassen. Daneben kommt es teilweise auch zu widersprüchlichen Bewertungen (siehe unten).

Aktuelle Ergebnisse aus der Forschung zu Ergebnissen von gesundheitsbezogenen Interventionen im Setting Schule lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Ergebnis des jüngsten systematischen Reviews zum Thema Evidenz in der schulischen Gesundheitsförderung von Stewart-Brown (2006) besagt, dass Interventionen mit den Themen gesunde Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit oder Unfallprävention erfolgreich sind, wenn sie längerfristig und ganzheitlich angelegt sind (bei Interventionen in Bezug auf die mentale Gesundheit) bzw. komplex, multifaktoriell, die ganze Schule umfassend und lang andauernd umgesetzt werden.
- In Bezug auf das Thema Rauchen sind strukturelle Interventionen effektiv, nicht effektiv jedoch die meisten verhaltensorientiert ausgerichteten Programme, egal, ob diese gesundheitserzieherische Maßnahmen umsetzen oder auf die Steigerung von Lebenskompetenzen abzielen (Stewart-Brown, 2006). Bühler und Kröger (2006) fanden jedoch heraus, dass interaktive, schulbasierte Programme vor allem bei jüngeren SchülerInnen präventive Effekte auf das Konsumverhalten haben können (Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen) und dass Präventionsprogramme das Potenzial haben, rauchende Jugendliche dazu zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören. Außerdem scheint für die Tabakprävention eine isolierte Ausrichtung an der Substanz besser.
- Bühler und Kröger (2006) fanden weiters in ihrer Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs für Interventionen im Setting Schule heraus, dass schulbasierte Programme, die das Konzept des sozialen Einflusses und der Life Skills umsetzen, effektiv und gleich effektiv für verschiedene Substanzen sind. Nicht-interaktive Programme sind jedoch nicht effektiv. Dies gilt sowohl für isolierte affektive Erziehung, isolierte Wertevermittlung und Entscheidungsbildung als auch für isolierte Informationsvermittlung. Des Weiteren erzielten kleinere (auf die Anzahl der TeilnehmerInnen bezogen) und interaktive Projekte bessere

Effekte und sind auch für ethnische Minderheiten effektiv. Für die Effektivität ausschlaggebend sind der Einsatz von substanzbezogenen Inhalten, Normbildung anhand von Schulsurveys, Medienanalysen und die Verpflichtung zur Abstinenz.

- Ist es das Ziel, Gesundheit als Thema nachhaltig in der Schule zu verankern, ist der Ansatz der Gesundheitsförderung (die „Gesundheitsfördernde Schule“) die beste Strategie (Burgher et al, 1999, IUPHE, 1999, Denman et al, 2001, zitiert nach Dür, 2008). Dies gelingt jedoch nur dann, wenn Gesundheit nicht ein zusätzliches Thema ist, sondern die Schule in verschiedenen Ebenen „durchdringt, was durch einen Schulentwicklungsprozess, der in Gang gesetzt wird, passiert (Johannsen, 2003, zitiert nach Dür, 2008). Stewart-Brown (2006) kommt in ihrem systematischen Review zur schulischen Gesundheitsförderung jedoch zum Schluss, dass in Bezug auf die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung durch Schulentwicklung noch keine Aussagen getroffen werden können. Sie merkt an, dass es Evidenz für die positive Wirkung mancher Charakteristika des Gesundheitsförderungsansatzes gibt (z.B. intensive, langfristige Interventionen sind effektiver als kurzfristige; komplexe, multifaktorielle Ansätze ebenso), jedoch noch keine Evidenz, dass das Konzept in seiner Gesamtheit effektiver ist als andere Ansätze in der Gesundheitsförderung in Schulen.
- Last but not least sei ein systematischer Review von Adi, Killoran, Janmohamed und Stewart-Brown (2007) zur Effektivität von Interventionen für die Förderung von psychischem Wohlbefinden (mit Ausnahme von gewaltpräventiven Interventionen) von Kindern in Kindergarten- und Primarschule erwähnt. Die AutorInnen kamen zu der Erkenntnis,
 - dass es gute Evidenz für die Wirksamkeit von Programmen, die durch LehrerInnen über einen langen Zeitraum implementiert werden oder Programme, die Eltern mit einbeziehen, gibt,
 - dass Evidenz für die kurzfristige Wirkung von Kurzzeit-Interventionen, die sich mit Stress und Coping beschäftigen und von PsychologInnen implementiert werden, vorhanden ist. Die Wirkung kann auch hier durch das Miteinbeziehen von Eltern erhöht werden.
 - dass es einige Evidenz für die kurzzeitige Wirkung von Kurzzeit-Programmen zu Konfliktlösungsstrategien, die durch LehrerInnen implementiert werden, gibt,
 - dass es ebenso einige Evidenz dafür gibt, dass langfristige Programme, die sich mit sozialer Problemlösefähigkeit, sozialer Verantwortung und

- emotionaler Intelligenz (Life Skills) beschäftigen, die von LehrerInnen im Unterrichtsalltag bekräftigt werden, langfristig wirksam sind,
- dass es für einige evaluierte Programme keine Evidenz für die Wirksamkeit gibt, wie z.B. das „Mastery of Learning Program“, „emotionales Schreiben“ oder auch die Verbindung zu Gemeinde-Einrichtungen, wenn dies die einzige Intervention ist.

Die oben genannten Ergebnisse beziehen sich fast alle auf Reviews bzw. sogar auf Metaanalysen von Reviews (z.B. Stewart-Brown, 2006).⁸

Sie zeigen, dass Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Erfolg haben können und es Sinn macht, sich bei der Planung von derartigen Interventionen auf bereits vorhandene Vorbilder von Programmen und Projekten zu beziehen.

Leider beinhalten viele dieser Reviews fast ausschließlich Programme und Projekte, die in den USA oder auch in Australien durchgeführt wurden und somit auf den europäischen Kontext nur bedingt übertragbar sind.

Die vorliegende Master-Arbeit wird sich daher auf Programme und Projekte beschränken, die im europäischen Raum durchgeführt und evaluiert wurden.

⁸ Es wurde darauf geachtet, möglichst randomisierte, aber auf jeden Fall kontrollierte Studien in die Analyse aufzunehmen. Das sind Studien, in denen es eine Basiserhebung bei einer Interventions- und einer Kontrollgruppe mit anschließender Intervention und Follow-up-Erhebung bei beiden Gruppen nach einem gewissen Zeitraum gegeben hat, um die Wirkungen des Programms oder Projekts zu messen.

III FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Die vorliegende Master-Arbeit möchte folgende Fragen beantworten:

- Erzielen Schulentwicklungs-Interventionen (vgl. Abb. 9) zur Förderung von Gesundheit häufiger positive Ergebnisse als Interventionen mit Beteiligung der Schule und diese wiederum häufiger als schulbasierte Interventionen?
- Haben Interventionen, welche stärker verhältnisorientiert ausgerichtet sind häufiger das Potenzial,
 - auf der Ebene der Entwicklung personaler Ressourcen und Verhaltensmuster nachhaltig wirksam zu sein als Interventionen, die das Setting Schule lediglich als Ort der Intervention nutzen?
 - in der Gestaltung des Settings Schule nachhaltig wirksam zu sein als Interventionen, die das Setting Schule lediglich als Ort der Intervention nutzen?
 - sich auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen positiv auszuwirken als Interventionen, die das Setting Schule lediglich als Ort der Intervention nutzen?

Die Hypothese der Autorin ist, dass

- Programme und Projekte, die das Konzept der Gesundheitsförderung eher verwirklichen, häufiger positive Ergebnisse erzielen als Programme und Projekte, die schulbasiert angelegt sind.
- Programme und Projekte, welche stärker verhältnisorientiert ausgerichtet sind
 - weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, auf der Ebene der Entwicklung personaler Ressourcen und Verhaltensmuster nachhaltig wirksam zu sein.
 - weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, auf struktureller Ebene nachhaltig wirksam zu sein.
 - wirken nachhaltiger auf das Wohlbefinden von SchülerInnen.

Die vorliegende Arbeit hat nicht den Anspruch, ein umfassender Review zu sein. Vielmehr möchte sie einen Einblick in die vielfältigen Aktivitäten zum Thema Gesundheitsförderung im Setting Schule im europäischen Raum geben. Weiters sollen LeserInnen die Möglichkeit haben, unterschiedliche Programme und Projekte kennen zu lernen und aus der Analyse Anregungen für die Weiterarbeit zu bekommen.

IV EMPIRISCHER TEIL

4.1 Die Methode

4.1.1 Auswahl der analysierten Studien

4.1.1.1 Die erste Recherchephase

Die Literaturrecherche fand im September 2007 statt.

Gesucht wurde an der Medizinischen Universität Graz und an der Karl-Franzens-Universität Graz in der Datenbank des „Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMI), des Weiteren in der Psycontent-Datenbank des Hogrefe-Verlages und unter www.scholargoogle.com.

Alle drei Datenbanken ermöglichen die Recherche in verschiedenen einschlägigen Fachzeitschriften.

Herangezogen wurden jene Artikel, die im Zeitraum von 1997 bis 2007 veröffentlicht wurden. In der ersten Recherchephase wurden auch Artikel aus den USA, Australien usw. miteinbezogen, jedoch aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 2.5.2) in einer nächsten Phase ausgeschieden.

„Keywords“ der Literaturrecherche waren Wörter in Deutsch und Englisch:

- für die DIMI-Datenbank: Gesundheitsförderung + Schule + Evaluation
- für die Psycontent-Datenbank: Gesundheitsförderung und Evaluation
- für Scholar-Google: Gesundheitsförderung, Schule, Evaluation, Ergebnisse

Die Recherche in der DIMI-Datenbank ergab 166 Ergebnisse.

Von diesen 166 Ergebnissen stammen 153 aus der Medline-Datenbank, eines aus der DAHTA-Datenbank, neun vom „Deutschen Ärzteblatt“, zwei aus den „gms-Meetings“ und ein Ergebnis aus der „Knause und Pachernegg-Verlagsdatenbank“. Von diesen Artikeln wurden jene keiner weiteren Analyse unterzogen, bei denen auf den ersten Blick ersichtlich war, dass sie

- nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasst waren,
- nicht die Evaluation einer Intervention zum Inhalt hatten,
- Interventionen außerhalb des europäischen, nordamerikanischen oder australischen Raums zum Inhalt hatten,

- Lehrbücher sind oder
- Berichte waren, die bereits an anderer Stelle gefunden wurden.

Somit blieben 155 Literaturhinweise übrig. Die Autorin konnte über die Universitätsbibliothek Graz (Medizinische Universität oder Karl-Franzens-Universität) bzw. über das World Wide Web 88 Originalartikel zur weiteren Analyse finden.

Über die Psycontent-Datenbank wurden in der ersten Phase 15 relevante Artikel gefunden und durch einen Artikel aus der Zeitschrift für Gesundheitspsychologie ergänzt.

Unter Scholar-Google wurden insgesamt 232 Treffer zu den oben genannten Stichwörtern gefunden, wobei nur jene Dokumente verwendet wurden, die von schulbasierten Programmen und Projekten berichteten.

So konnten schließlich 26 Dokumente gefunden werden, von denen neun Dokumente zugänglich waren und für eine weitere Analyse verwendet wurden.

Somit wurden insgesamt 113 Dokumente einer weiteren Analyse unterzogen, wobei bei Überblicksarbeiten versucht wurde, Dokumente zu den Ergebnissen der Originalarbeiten zu finden und darzustellen, sodass in der zweiten Analyse 115 Programme und Projekte für eine weitere Bearbeitung ausgedruckt wurden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die durchgeführte Literaturrecherche sicherlich eine Reihe von evaluierten, publizierten Programmen und Projekten im schulischen Setting nicht erfasst hat – sei es, weil die Suchstrategien sie nicht erreichen konnten, sei es, weil die Beschaffung der Originalarbeiten den Rahmen dieser Master-Arbeit aus Kosten- und Zeitgründen gesprengt hätte.

4.1.2 Analysekriterien

Im Anhang befindet sich eine Dokumentation aller verwendeten Studien, welche nach folgenden Gesichtspunkten analysiert wurden:

- Titel der Intervention
- Autor/Innen
- Land, in dem die Studie durchgeführt wurde
- Schultyp, für den das Projekt/Programm konzipiert wurde:
 - 1. Vorschule/Kindergarten
 - 2. Grundschule/Volksschule
 - 3. Sekundarstufe I (Hauptschule, Realschule, AHS-Unterstufe)
 - 4. Sekundarstufe II
 - 5. Alle Schultypen
 - 6. Keine Angabe
- Inhaltlicher Focus der Intervention:
 - Mentale Gesundheit
 - Soziale Gesundheit
 - Mentale und soziale Gesundheit inkl. Lebenskompetenzen
 - Ernährung & Essverhalten
 - Ernährung, Essverhalten und Bewegung
 - Bewegung & Bewegungsapparat
 - Körperliche Gesundheit
 - Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
 - Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
 - Unfallverhütung
 - Nicht bekannt
- Dauer der Intervention in folgenden Kategorien:
 - weniger als 1 Woche
 - 2 Wochen - 6 Monate
 - 6 Monate - 1 Jahr
 - mehr als 1 Jahr
 - nicht näher angegeben
- Art der Intervention (in Anlehnung an Raeburn und Corbett, 2001: schulbasiert, LehrerInnen als Ausführende, Intervention mit Schulgestaltung oder Schulentwicklung)
- Formuliertes Globalziel

- Formulierte/s Teilziel/e
- Inhaltliche Ausrichtung der Intervention (Ressourcen- oder Defizitorientierung)
- Kurzbeschreibung der Intervention
- Art der Evaluation (Ergebnis- oder Prozessevaluation)
- Evidenzklasse
 - A: Randomisierte, kontrollierte Studie (entspricht der Evidenzklasse 1b)
 - B: Nicht randomisierte, kontrollierte Studie (entspricht der Evidenzklasse 2a)
 - C: Prä-Post-Studie (entspricht der Evidenzklasse 2b)
 - D: Poststudie (entspricht der Evidenzklasse 3)
 - E: Selbsteinschätzung (entspricht der Evidenzklasse 4)
 - F: Qualitative Methoden (können nicht eingeordnet werden)
 - G: Nicht zuordenbar
- Ergebnisse
 - Anteil positiver Ergebnisse an den insgesamt berichteten Ergebnissen in Prozent
 - Angaben zur Nachhaltigkeit auf den Ebenen „personale Ressourcen und Verhalten“ und „Verhältnisse“ (und somit auf SchülerInnen-Ebene)
 - Angaben zur Nachhaltigkeit auf der strukturellen Ebene (und somit auf Schulebene)
 - Bewertung der Chance auf Nachhaltigkeit in Bezug auf die beiden Aspekte
 - Kommentar der Autorin

4.1.2.1 Die zweite Auswahl

Von den 115 gefundenen Programmen und Projekten schieden im Zuge der Analyse 27 Studien aus, weil es sich entweder um allgemeine Übersichtsarbeiten, Programme für LehrerInnen, nationale Rahmenprogramme, nicht abgeschlossene Programme oder auch methodentheoretische Arbeiten handelte.

Weiters kam die Autorin zu der Entscheidung, sich auf die Analyse von Arbeiten aus dem europäischen Raum zu beschränken, wodurch 30 evaluierte Programme (davon 23 aus den USA, vier aus Australien, dre aus Kanada und eine aus Chile) nicht mehr in die Bearbeitung miteinbezogen wurden.

4.2 Beschreibung der analysierten Interventionen

Von den verbleibenden 58 Arbeiten haben sieben Studien eine Intervention zum Inhalt, die bereits durch eine andere Studie beschrieben wurde. Soweit wie möglich wurden die Ergebnisse der beiden Studien zusammengefasst. Somit bleiben insgesamt 51 evaluierte Interventionen zur Analyse übrig. Im Anhang sind die Interventionen mit den in Kapitel 4.1.2 aufgezählten Analyse Kriterien alphabetisch geordnet einsehbar.

Die verschiedenen Interventionen wurden mit Hilfe von Excel kategorisiert und mit SPSS 14 ausgewertet.

4.2.1 Herkunftsländer der Interventionen

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, stammten mehr als die Hälfte der Interventionen aus Deutschland. Drei Interventionen wurden in mehreren Ländern der Europäischen Union implementiert.

Tabelle 1: *Herkunftsländer der analysierten Interventionsstudien*

	Häufigkeit	Prozent
Belgien	2	3,9
Deutschland	25	49,0
Finnland	1	2,0
Frankreich	1	2,0
Großbritannien	7	13,7
Niederlande	1	2,0
Nordirland	1	2,0
Norwegen	1	2,0
Österreich	1	2,0
Schweden	1	2,0
Schweiz	6	11,8
mehrere Nationen	4	7,8
Gesamt	51	100,0

Die Schulsysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind gut vergleichbar (z.B. vorwiegend Vormittagsunterricht ohne Mittagsverpflegung, Deutsch als Unterrichtssprache). Insgesamt stammen 36 Studien aus diesen drei Ländern, davon die überwiegende Mehrzahl aus Deutschland.

Weitere 15 Interventionen stammen aus anderen EU-Staaten, vier Interventionen wurden von zwei oder mehreren EU-Staaten durchgeführt. Die meisten Studien wurden an Universitätsinstituten oder universitätsnahen Institutionen verfasst.

4.2.2 Schultyp, für den die Intervention konzipiert ist

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, wurden die meisten Interventionen für die Grundschule (zumeist 6-10-jährige Kinder) und/oder für die Sekundarstufe 1 (meist 11-15-Jährige) konzipiert. Unter den evaluierten Interventionen befinden sich lediglich drei, die auch für die Sekundarstufe II (15-19-Jährige) geeignet sind.

Tabelle 2: *Schultypen, in denen die Interventionen stattfinden*

	Häufigkeit	Prozent
Vorschule oder Kindergarten	1	2,0
Vorschule und Primarstufe I	1	2,0
Primarstufe I	13	25,5
Primarstufe I und Sekundarstufe I	6	11,8
Sekundarstufe I	18	35,3
Sekundarstufe I und II	2	3,9
Vorschule bis Primarstufe I	1	2,0
Sekundarstufe II	1	2,0
alle Schultypen	6	11,8
keine Angabe	2	3,9
Gesamt	51	100,0

4.2.3 Inhaltliche Schwerpunkte & Dauer der Interventionen

Alle Interventionen wirken auf die Förderung von Gesundheit, die Prävention von Krankheiten oder Risikofaktoren für Krankheiten.

Tabelle 3 gibt einen Einblick in die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der analysierten Interventionen. Diese ergeben sich aufgrund der Ziele und Teilziele, die durch die Intervention erreicht werden sollten. Es gibt Programme, die als Globalziel zwar die Prävention von Tabakkonsum anstreben, jedoch die Förderung von Lebenskompetenzen (Life Skills) zum Inhalt haben. Programme dieser Art wurden dem Bereich „mentale und soziale Gesundheit“ zugeordnet (z.B. das Programm „Fit und stark fürs Leben“ von Asshauer und Hanewinkel, 1999). Das Programm „Ich brauch’s nicht, ich rauch nicht“ von Weiglhofer (2007), welches ebenfalls die Prävention von Tabakkonsum zum Ziel hat, jedoch ausschließlich Interventionen, die direkt mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen, durchführt (z.B. Unterrichtsmaterialien für LehrerInnen zum Thema Tabak) und Ziele verfolgt, die alle mit Tabakkonsum assoziiert sind (z.B. Faktenwissen

erhöhen, Einstellung zum Rauchen verändern) wurden dem inhaltlichen Schwerpunkt „problematischer Konsum“ zugeordnet.

Tabelle 3: *Inhaltliche Schwerpunkte der analysierten Arbeiten*

Inhaltlicher Schwerpunkt	Titel der Interventionen	n	AutorInnen
Mentale Gesundheit	Bleib locker	2	Klein-Heißling, J., Lohaus, A. (2000), zitiert nach Kaluza, G., Lohaus, A. (2006)
	Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten		Klein-Heißling, J., Lohaus, A. (1999)
Mentale und soziale Gesundheit inkl. Förderung von Lebenskompetenzen (Life Skills)	BESS	18	Mittag, M., Jerusalem, M. (1999)
	Das PATH/PFAD Curriculum		Eisner, M., Jünger, R., Greenberg, M. (2006)
	Eigenständig werden		Wiborg, G., Hanewinkel, R. (2006)
	Erwachsen werden		Kähert, H. (2004)
	FAUSTLOS		Schicke, A., Ciepra, M. (2003, 2005)
	Fit und stark fürs Leben		Abhauer, M., Hanewinkel, R. (1999)
	FRIENDS bzw. Freunde für Kinder		Schortt, A., Barrett, P., Fox, T. (2001), zitiert nach BZgA (2005)
	Gewaltpräventionsprogramm nach Olweus		Hanewinkel, R., Knaak, R. (1999) zitiert nach Verbeek, D., Petermann, F. (1999)
	GO! - Gesundheit und Optimismus - Deutschland		Janz, R., Junge, J., Margraf, J. (2001)
	GO! - Gesundheit und Optimismus - Schweiz		Balmer, K., Michael, T., Munsch, S., Magraf, J. (2007)
	Klasse2000		Storck, C., Duprée, T., Dokter, A., Bölskei, P., (2007)
	Konstanzer Trainingsmodell (KTM)		Tennstädt, K., Dann, H. (1987) zitiert nach Verbeek, D., Petermann, F. (1999)
	Leipziger Programm		Roth, M. (2002)
LISA-T: Leichtigkeit im Sozialen Alltag-Training	Pössel, P., Horn, A., Hautzinger, M. (2003)		
Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag (LARS & LISA)	Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S., Petermann, F. (2003)		

Inhaltlicher Schwerpunkt	Titel der Interventionen	n	AutorInnen
Mentale und soziale Gesundheit inkl. Förderung von Lebenskompetenzen (Life Skills)	ProACT + E		Spröder, N., Schlottko, P.F., Hautzinger, M., (2006)
	SNAKE		Beyer, A., Lohaus, A., (2005)
	Verhaltenstraining für Schulanfänger		Gerken, N., Natzke, H., Petermann, F., Walter, H.J. (2002)
Soziale Gesundheit	Sozialtraining in der Schule	2	Petermann et al. (1999) zitiert nach Verbeek, D., Petermann, F. (1999)
	EFFEKT		Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaursch, S. (2006)
Ernährung & Essverhalten	BeKi – Bewusste Kinderernährung	10	Noller, B., Winkler, G., Rummel, C. (2006)
	Fleurbaix-Laventie-Ville-Santé Study		Basedevant, A., Boute, D., Borys, J. (1999)
	Food Club		Hyland, R., Stacy, R., Adamson, A., Moynihan, P. (2006)
	Food Dudes		Home, P., Tapper, K., Lowe, C., Hardman, C., Jackson, M., Woller, J. (2004)
	Jugend mit Biss		Schlevogt, V. (2002)
	Pausenkiosk		Baeloche, K., Laimbacher, J. (2000)
	Pro Children		Wild, M. (2006)
	Programm zur Primärprävention von Ess-Störungen		Danningkeit, N., Köster, G. (2006)
	The 5-a-Day Bash Street Way		Anderson, A., Porteous, L., Foster, E., Higgins, C., Stead, M., Hetherington, M., Adamson, A. (2005)
PriMa	Berger, U. (2005)		
Ernährung & Bewegung	Doit	4	Singh, A., Chin, A., Paw, M., Kremers, S., Visscher, T., Burg, J., Mechelen, W., (2006)
	Energiemanagement		Baeloche, K., Laimbacher, J. (2000)
	KOPS		Mast, M., Asbeck, I., Langgäse, K., Grund, A., Müller, M. (2000)
	Physical Activity and Healthy Food Intervention		Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Stevens, V., Cardon, G., deBourdeaudhuij, I. (2006)
Bewegung	Klasse in Bewegung	1	Stawinoga, M., Feldhoff, K.-H., Lüttgens, U. (2002)

Inhaltlicher Schwerpunkt	Titel der Interventionen	n	AutorInnen
Körperliche Gesundheit	Back-education	2	Haerens, L., Deforche, B., Maes, ., Cardon, G., Stevens, V., De Bourdeaudhuij, I. (2007)
	Boost Better Breaks (BBB)		
Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln	Ich brauch's nicht, ich rauch nicht	3	Weiglhofer, H. (2007)
	Kein spezieller Programmname (Anabolikaprävention)		Bonhauser, M., Fernandez, G., Püschel, K., Yanez, F., Montero, J., Thompson, B., Coronado, G. (2005)
	Be Smart - Don't Start		Hanewinkel, R. (2007)
Gesundheit in verschiedenen Dimensionen	Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS)	7	Balthasar, A., Feller-Länzlinger, R., Furrer, C., Biebricher, M. (2006)
	European Network of Health Promoting Schools - Finland		Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomyaki, U., Vertio, H. (1999)
	European Network of Health Promoting Schools - Norway		Wold, B. (1999)
	Gesundheitsteams Stadtberner Schulen		Vuille, J.C.; Carvajal, I., Casaulta, F., Schenkel, M. (2004)
	NHSS - National Healthy School Standard		Warwick, I., Aggleton, P., Chase, E., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M. (2005)
	Stark im Leben		Hinz, A. (2004)
	The Wessex Healthy School Award		Moon, A.M., Mullee, M.A., Rogers, L., Thompson, R.L., Speller, V., Roderick, P. (1999)
Unfallverhütung	Citizenship Safety Project (CSP)	2	Frederick, K., Barlow, J. (2006)
	Risk Watch		Kendrick, D., Groom, L., Stewart, J., Watson, M., Mulvaney, C., Casterton, R. (2007)
Gesamt		51	

Fasst man die Bereiche mentale und soziale Gesundheit zusammen, so liegt der thematische Schwerpunkt der meisten Interventionen im Bereich „psychosoziale Gesundheit“ (insgesamt 45 % der Interventionen). Ernährung und Essverhalten, häufig auch kombiniert mit Bewegungsförderung, bilden die nächste große Gruppe von Interventionen (29 %). Acht Interventionen haben den inhaltlichen Fokus nicht näher definiert, sondern setzen sich mit der Förderung von Gesundheit in verschiedenen Dimensionen auseinander. Interventionen zur Unfallverhütung, zur körperlichen Gesundheit oder zum Thema „Problematischer Konsum“ (Suchtprävention) bilden eher die Minderheit.

Dass der Bereich der Suchtprävention so wenig stark vertreten ist, liegt daran, dass die meisten Interventionen Maßnahmen wie die Förderung von psychischen und sozialen Kompetenzen zum Inhalt hatten und daher dem Bereich „psychosoziale Gesundheit“ zugeordnet werden. Abbildung 11 fasst die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Interventionen nochmals zusammen:

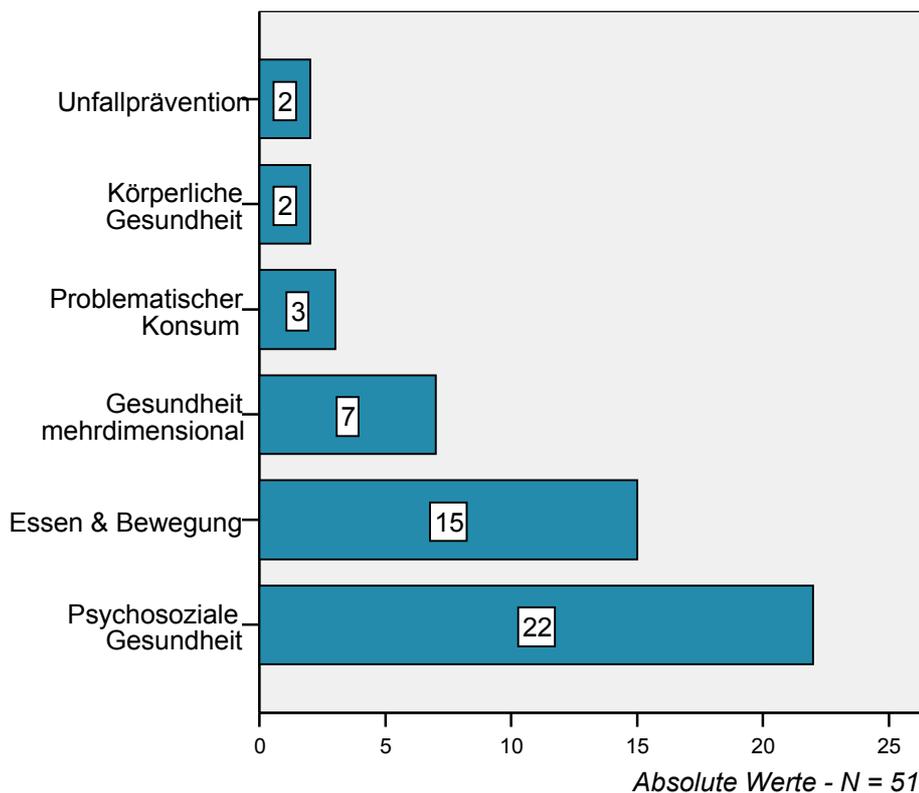


Abbildung 11: Inhaltliche Schwerpunktsetzungen der Interventionen

Keine der Interventionen dauerte kürzer als eine Woche. Die meisten dauerten länger als ein Jahr (26 Interventionen, d. s. 51 %), weitere 15 Interventionen (29 %) dauerten zwischen zwei Wochen und sechs Monaten. Acht Interventionen spielten sich in einem Zeitraum zwischen sechs Monaten und einem Jahr ab. Bei zwei Interventionen konnte aus den Unterlagen die Dauer nicht eruiert werden.

Wie aus Abbildung 12 ersichtlich, sind die Interventionen in den Bereichen Unfallprävention, problematischer Konsum, körperliche Gesundheit, Gesundheit und Essen & Bewegung großteils auf einen Zeitraum von mindestens einem Jahr ausgelegt – teilweise handelt es sich hier auch um Programme, die laufend im Schulalltag implementiert bleiben sollen.

Im Bereich psychosoziale Gesundheit sind die meisten Interventionen auf eine Laufzeit zwischen zwei Wochen und sechs Monaten ausgelegt.

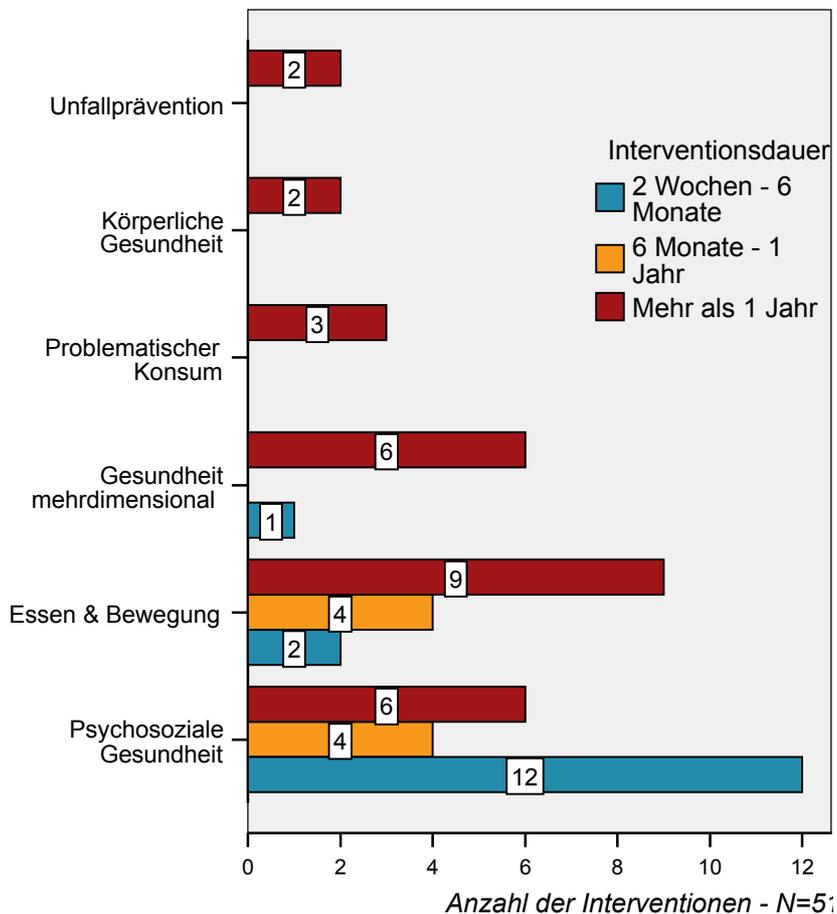


Abbildung 12: Dauer der Intervention und inhaltliche Ausrichtung

4.2.4 Globalausrichtung und Zielsetzungen der Interventionen

Als nächstes ist es interessant zu erfahren, welches Globalziel die Interventionen verfolgen: 59 % der Interventionen verfolgen ein Präventionsziel, möchten mit der Intervention somit das Auftreten von Risikofaktoren für die Entstehung einer Erkrankung verhindern. 41 % der Interventionen verfolgen ein positiv ausgerichtetes Gesundheitsziel, möchten Gesundheitsressourcen aufbauen und stärken.

Der Erhöhung des Wohlbefindens der Kinder in der Schule wird von keiner Intervention als Globalziel genannt.

Als Präventionsziele (insgesamt 30 Nennungen) werden die Prävention

- von Angst und Depression (5 Nennungen),
- von Verhaltensauffälligkeiten oder –problemen (8 Nennungen),
- von Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum oder des Konsums von bestimmten Medikamenten (7 Nennungen),
- von Gewichtszunahme oder Adipositas (3 Nennungen),
- von Ess-Störungen (3 Nennungen),
- von Unfällen (2 Nennungen),
- von Rückenschmerzen (1 Nennung) oder
- von Karies (1 Nennung)

angestrebt.

Als Gesundheitsziele (21 Nennungen) werden genannt:

- positive Beeinflussung von Ess- bzw. Ernährungsverhalten und/oder Bewegungsverhalten (9 Nennungen)
- Motivation von Schulen, sich in Richtung „Gesunde Schule zu entwickeln“ (5 Nennungen)
- Förderung von Lebenskompetenzen (3 Nennungen)
- Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation (1 Nennung)
- Aufbau und Erweiterung von Stressbewältigungsstrategien (2 Nennung)
- Erweiterung der pädagogischen Kompetenzen von LehrerInnen (1 Nennung)

Die Interventionen sind mit sehr wenigen Ausnahmen auf den Ausbau persönlicher und struktureller Ressourcen ausgerichtet.

Abbildung 13 stellt den Zusammenhang zwischen den genannten globalen Zielsetzungen der Interventionen und den Wirkungsrichtungen der Interventionen (eher defizit- oder ressourcenorientiert) dar.

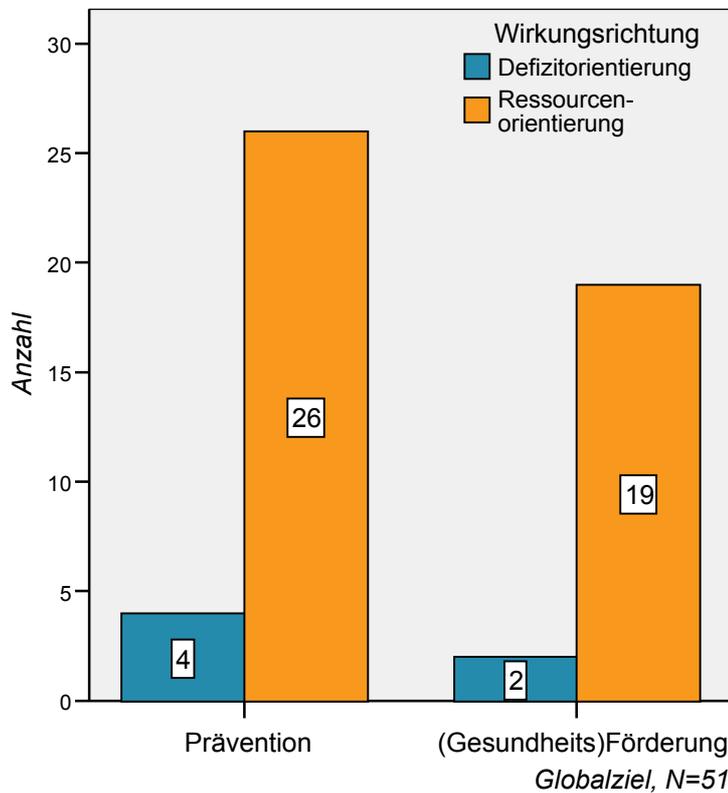


Abbildung 13: Genannte Globalziele und inhaltliche Wirkungsrichtungen

Tabelle 4: *Globalziel und Wirkungsrichtung der Intervention*

		Wirkungsrichtung der Intervention		Gesamt
		Defizitorientierung	Ressourcenorientierung	
Genanntes Globalziel	Prävention von Erkrankungen	13,3%	86,7%	100,0%
	(Gesundheits)Förderung	9,5%	90,5%	100,0%
Gesamt		11,8%	88,2%	100,0%

Mehr als die Hälfte der Interventionen verfolgen vorrangig ein Präventionsziel, formulieren aber Subziele, die den Aufbau von Schutzfaktoren und Ressourcen zum Inhalt haben. In Prozentwerten ausgedrückt, weisen 13,3 % der Interventionen, die ein Präventionsziel verfolgen, auch eine Defizitorientierung in ihren Feinzielen auf, während dies nur bei 9,5 % der Interventionen, die Gesundheitsförderung zum Globalzielen haben, der Fall ist (siehe Tabelle 4). Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch bedeutsam. Daraus folgt auch, dass man aus der globalen Zielrichtung einer Intervention noch keine Aussagen über die tatsächliche Intention einer Intervention tätigen kann oder dass es nicht immer gelingt, Ziele und Maßnahmen in Kongruenz zu bringen.

Insgesamt ist positiv zu beobachten, dass 88 % der Interventionen vorrangig die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen zum Ziel haben. Kritisch ist zu sehen, dass keine Intervention die Förderung des Wohlbefindens oder der Lebensqualität von SchülerInnen als Zielvariable nannte.

4.2.4.1 Zielsetzungen der Interventionen

Die Interventionen verfolgen eine Reihe von Subzielen (mehr als 170), deren genaue Analyse den Rahmen dieser Masterthesis sprengen würde. Grundsätzlich lässt sich aber sagen, dass

die meisten Interventionen darauf abzielen

- Verhalten zugunsten gesunden Verhaltens zu verändern oder gesundes Verhalten zu fördern (z.B. Reduktion von Risikoverhalten, Aufbau von prosozialem Verhalten, Förderung der Impulskontrolle, Reduktion des Konsums von mit Zucker gesüßten Getränken)
- persönliche Ressourcen und Determinanten für Gesundheit aufzubauen oder zu verbessern (z.B. Verbesserung der Lernfähigkeit, gesteigerte Motivation zur Mitarbeit, Förderung des Problemlösemanagements, Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen)
- die Wissensbasis zu erhöhen (z.B. verbessertes Ernährungswissen, Wissensaufbau in Bezug auf gesundheitsrelevantes Wissen)

weniger Interventionen darauf abzielen,

- das Konzept der Gesunden Schule gut zu implementieren (z.B. aktive Beteiligung der SchülerInnen, hoher Verbreitungsgrad des Programms und konzept-treue Umsetzung) oder
- positive soziale Beziehungen zu fördern (z.B. Erhöhung von prosozialem Verhalten, Förderung positiver Lehrer-Kind-Interaktionen)
- auf struktureller Ebene Veränderungen zu bewirken (z.B. Schaffung von mehr Bewegungsmöglichkeiten in der Schule, Obst und Gemüse in der Schule leichter verfügbar zu machen).

Die Auflistung der einzelnen Ziele ist den Programmbeschreibungen im Anhang angefügt.

Auf welche Weise, also mit welchen Interventionen, sollten nun die Ziele erreicht werden?

4.2.5 Interventionsarten

Wie in Kapitel 2.4.4 erörtert, können gesundheitsfördernde Projekte und Programme im Setting Schule schulbasiert, mit Beteiligung der Schule (LehrerInnen als Ausführende oder Interventionen, in denen Rahmenbedingungen in der Schule gestaltet werden oder als Schulentwicklungsinterventionen gestaltet sein (siehe Abbildung 14).

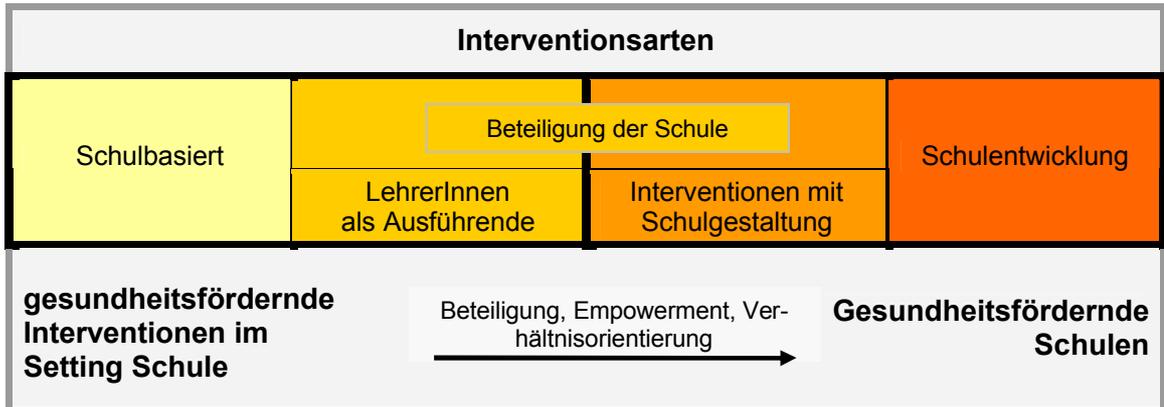


Abbildung 14: Gesundheitsförderung im Setting Schule – Interventionsarten nach Raeburn, Corbett, 2001.

Abbildung 15 zeigt die Verteilung der Interventionsarten in den analysierten Studien.

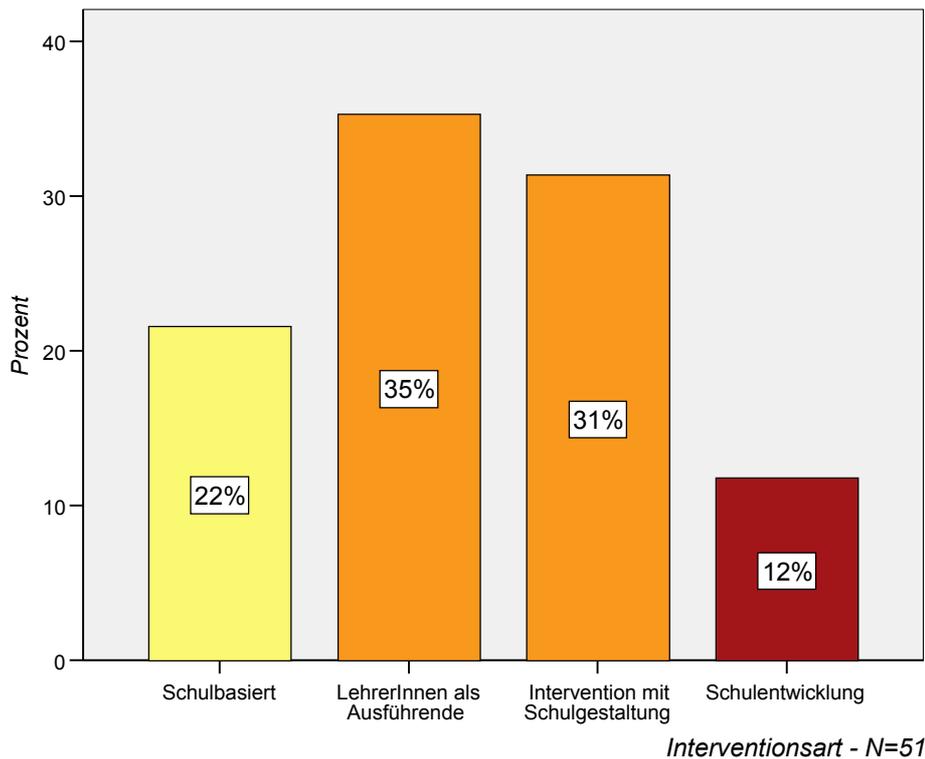


Abbildung 15: Interventionsarten der analysierten Studien

Wie in Abbildung 15 ersichtlich, ermöglichen die meisten Interventionen eine „Beteiligung der Schule“, wovon die Mehrheit so gestaltet ist, dass *LehrerInnen Ausführende* von vorgefertigten Unterrichtsmanualen oder Programmpaketen sind. Erfreulich ist, dass jedoch fast ebenso viele Interventionen bereits auf eine Gestaltung des Settings Schule abzielen. Lediglich 10 % der Interventionen (n = 5) sind als *Schulentwicklungsprogramme oder –projekte* zu werten. Knapp 22 % verwenden die Schule bloß als Ort für Interventionen, die durch externe TrainerInnen – häufig in Abwesenheit der LehrerInnen - abgewickelt werden.

Entlang des „Gesundheitsförderungskontinuums“ (vgl. Abb. 14) sind Interventionen immer stärker auf die Beeinflussung der Rahmenbedingungen in der Schule ausgerichtet. Schulbasierte Interventionen beeinflussen das Setting Schule am geringsten, Programme und Projekte mit Schulentwicklung am meisten. Inwieweit in Bezug auf verschiedene Themenbereiche auf verhältnisorientierte Interventionen gesetzt wurde, ist aus der Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5: *Inhaltlicher Schwerpunkt und Art der Intervention*

	Schulbasiert		LehrerInnen als Ausführende		Intervention mit Schulgestaltung		Schulentwicklung		N
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Psychosoziale Gesundheit	8	35 %	11	50 %	3	14 %	0	0 %	22
Essen & Bewegung	3	20 %	4	27 %	8	53 %	0	0 %	15
Gesundheit mehrdimensional	0	0 %	0	0 %	1	14 %	6	86 %	7
Problematischer Konsum	0	0 %	2	67 %	1	33 %	0	0 %	3
Körperliche Gesundheit	0	0 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %	2
Unfallprävention	0	0 %	1	50 %	1	50 %	0	0 %	2
Gesamt	11	22 %	18	37 %	16	31 %	6	10 %	51

Schulbasierte Interventionen sind, wie bereits oben beschrieben, Maßnahmen, bei denen externe ExpertInnen mit den SchülerInnen ein bestimmtes Trainingsprogramm umsetzen.

35 % aller untersuchten Interventionen im Bereich „Psychosoziale Gesundheit“ sind schulbasiert. Es sind dies die Projekte/Programme Beib locker, EFFEKT, Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten, GO!, LISA-T, LARS & LISA und SNAKE.

Weiters wurden bei 20 % (drei Interventionen) der Maßnahmen zum Thema Essen (BeKi – Bewusste Kinderernährung, Food Club, Programm zur primären Prävention von Essstörungen) eine schulbasierte Intervention gewählt.

Werden *LehrerInnen als Ausführende* herangezogen, so gibt es zumeist eine Einschulungsphase, die ein bis zwei Fortbildungstage in Anspruch nimmt. Es werden Arbeitsmaterialien (z.B. Videos, Kalender, Schaubilder) und/oder ganze Curricula (ausgearbeitete Unterrichtsstunden) zur Verfügung gestellt, die die LehrerInnen anschließend nach mehr oder weniger strengen Vorgaben in Bezug auf die Häufigkeit und Intensität des Einsatzes umsetzen. Im Bereich „psychosoziale Gesundheit“ weisen elf Programme, nämlich BESS, PATH/PFAD, Eigenständig werden, Erwachsen werden, FAUSTLOS, Fit und stark fürs Leben, Friends-Freunde für's Leben, Klasse2000, Leipziger Programm (ALF), Sozialtraining in der Schule und das Verhaltenstraining für Schulanfänger diese Merkmale auf. Im Bereich Essen und Bewegung sind dies vier der insgesamt 14 Interventionen mit den Titeln Fleurbaix-Laventie-Ville-Santé, Jugend mit Biss, Klasse in Bewegung und PriMa. Geht es um das Thema „problematischer Konsum“, sind bei den Projekten „Ich brauch's nicht, ich rauch nicht“ und dem Programm

zur Prävention von anabolischen Steroiden LehrerInnen Ausführende (zwei der drei beschriebenen Interventionen), was auch für das Unfallvermeidungsprogramm Risk Watch gilt.

Interventionen mit Schulgestaltung (zielen auch auf die *Veränderung von Verhältnissen* in der Schule ab und/oder beziehen die *Zielgruppe stärker mit ein*) sind vielfältig, haben jedoch gemeinsam, dass das gesundheitsrelevante Thema (z.B. Ernährung, Gewaltprävention, Bewegung) vorgegeben ist. Bei diesen Interventionen kann es zur Unterstützung bei der Verbesserung des Speisenangebotes in der Schulkantine kommen, LehrerInnen entwickeln beispielsweise gemeinsam Unterrichtsmaterialien, Eltern werden z.T. in das Programm mit einbezogen, „Bewegte Pausen“ werden eingeführt oder der Schule werden Materialien zur Verfügung gestellt (Spiele, Anschauungsmaterial etc.), es werden Selbstverpflichtungen eingegangen (z.B. Kinder nicht mit Süßigkeiten zu belohnen), Klassen- und Schulregeln eingeführt, Partnerschaften mit der Gemeinde und/oder den Eltern eingegangen oder die Teilnahme an Wettbewerben und Zertifizierungen angeregt. All diese Programme beinhalten zumeist auch eine Ebene, in der bestimmte Inhalte in den Unterrichtsstunden vermittelt werden.

Das Programm „Gewaltprävention nach Olweus“, das Konstanzer Trainingsmodell und das Programm PROACT+E aus dem Bereich „psychosoziale Gesundheit“ wählen diese Interventionsart. Mit dem Focus „Essen und/oder Bewegung“ zielen die Interventionen von DOiT, Energiemanagement, Food Dudes, KOPS, Pausenkiosk, „Physical und Healthy Food Intervention“, „Pro Children“ und „5-a-Day Bash Street Way“ auch auf die Beeinflussung von Verhältnissen im Setting Schule ab. Verschiedene Aspekte von Gesundheit behandeln die Maßnahmen von „Stark im Leben“, das auch der Interventionsart „Beteiligung der Schule“ zugeordnet ist. Das Programm „Be smart - Don't start“ zielt darauf ab, in der Klasse als Gruppe rauchfrei zu bleiben, und bezieht die Zielgruppe somit viel stärker ein als dies andere Programme tun. Im Bereich Unfallprävention ist „Citizenship safety project“ hier zugeordnet und im Bereich der „körperlichen Gesundheit“ sind dies „Back education“ und das Kariesprophylaxeprogramm „Boost Better Breaks“.

Interventionen, die das Thema *Schulentwicklung* fokussieren, sind häufig nationale Rahmenprogramme in Bezug auf die Implementierung der „Gesundheitsfördernden Schule“. Hier sind wiederholt Unterstützungsmaßnahmen beschrieben, die Schulen bei dem Ziel, „Gesunde Schulen“ zu werden, begleiten sollen. Teilweise sind auch konkrete Interventionen von Schulen beschrieben, z.B. Unterricht zu den Themen Drogen und Tabak, Verbesserungen der sozialen und physischen Umwelt, intersektorale Koopera-

tion und Kooperationen zwischen Schule und Elternhaus. Dennoch konnten die Schulen zumeist gänzlich frei wählen, mit welchen Themen sie sich beschäftigen wollten. Fünf der sechs in die Analyse einbezogenen Interventionen sind solche nationalen Rahmenprogramme, ein Programm bezieht sich auf Berner Stadtschulen.

Im Folgenden werden nun einerseits Interventionen, die keine Veränderungen von Rahmenbedingungen in der Schule intendieren (also schulbasierte Interventionen und Interventionen mit LehrerInnen als Ausführenden) und andererseits Interventionen, welche auch auf die Gestaltung des Schulumfeldes abzielen (Interventionen mit Schulumgestaltung und Schulentwicklungsprogramme) in zwei Gruppen zusammengefasst, um die eventuelle Differenzen in den Ergebnissen zwischen (Nicht)Beteiligung der Zielgruppe und Verhaltens- und Verhältnisinterventionen darzustellen.

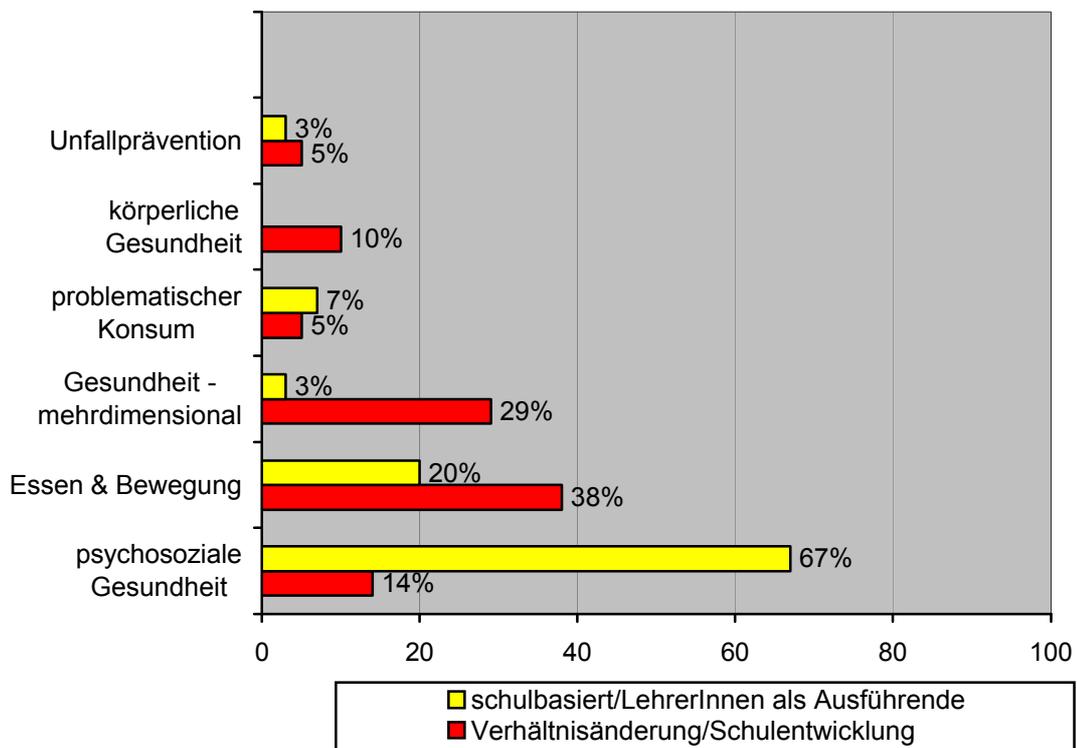


Abbildung 16: Inhaltliche Ausrichtung und Interventionsart

Aus Abbildung 16 wird ersichtlich, dass die meisten schulbasierten Interventionen bzw. Interventionen, bei denen LehrerInnen lediglich Programmausführende sind, das Thema psychosoziale Gesundheit fokussieren (67 %). Von den analysierten Interventionen, die auch auf eine Verhältnisänderung und/oder Schulentwicklung abzielen, be-

schäftigen sich die meisten mit dem Thema Essen und/oder Bewegung (38 %) bzw. allgemein mit dem Thema Gesundheit (38 %).

4.2.6 Angewandte Evaluationsart

Hier wird der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen der gewählten Evaluationsart (Ergebnis- oder Prozessevaluation) und der Art der Intervention gibt.

Tabelle 6 zeigt, dass die meisten Interventionen einer Ergebnis-Evaluation unterzogen wurden.

Ein Viertel der Interventionen wurden einer Prozess- und Ergebnisevaluation unterzogen, was die Interpretierbarkeit und Beurteilung der Interventionen in Bezug auf nachhaltige Wirksamkeit sehr erleichtert. Diese Form der Evaluation wurde dann am häufigsten gewählt, wenn LehrerInnen die Intervention umsetzten.

Interventionen mit Schulgestaltung wurden leider überdurchschnittlich häufig ausschließlich einer Ergebnisevaluation unterzogen.

Tabelle 6: *Zusammenhang zwischen Evaluations- und Interventionsart*

Art der Evaluation	Interventionsart				N
	1	2	3	4	
Ergebnisevaluation	10	9	13	2	32
Prozessevaluation	0	1	0	2	3
Ergebnis- und Prozessevaluation	1	8	2	2	13
nicht zuordenbar	0	0	1	0	1
Gesamt	11	18	16	6	51

1...schulbasiert; 2...LehrerInnen als Ausführende; 3...Intervention mit Schulgestaltung; 4...Schulentwicklung

4.2.7 Überprüfung von Zielerreichung und Erhebungsmethoden

In Kapitel 4.2.4 wurde ein kurzer Überblick über die verschiedenen Teilziele, die mit den verschiedenen Interventionen erreicht werden sollen, gegeben.

Da der weitaus größte Teil dieser Ziele auf Dimensionen gesundheitsrelevanter, personaler Ressourcen abzielt (Wissens, Verhalten, personale Ressourcen/Defizite), verwundert es nicht, dass Fragebogenerhebungen die am häufigsten angewandte Evaluationsmethode darstellen.

Bei den Interventionen für Vorschul- oder Grundschulkindern wird häufig auf eine Fremdeinschätzung der intendierten Ergebnisvariablen durch LehrerInnen oder Eltern zurückgegriffen, während bei Interventionen für ältere Kinder und Jugendliche die Ergebnisse über Fragebogenerhebungen bei den SchülerInnen selbst durchgeführt werden.

Weiters werden immer wieder Interviews mit SchülerInnen, LehrerInnen oder anderen Stakeholdern als Untersuchungsmethode angewandt. Erhebung von physiologischen Parametern (z.B. Untersuchung der Zähne, Messung des Body-Mass-Indices, Blutdruck) kommen immer wieder, wenn auch nicht in allzu großem Ausmaß, vor. In seltenen Fällen werden Beobachtungen oder Tagebücher (z.B. Ernährungstagebücher) eingesetzt.

Insgesamt ist die Palette der angewandten Erhebungsmethoden sehr groß. Auffallend ist, dass wenige Studien die Zielerreichungen auf der Verhältnisebene messen bzw. diesbezügliche Ergebnisse berichten. Des Weiteren kann man beobachten, dass formulierte Teilziele nicht unbedingt vollständig bzw. durch dazu passende Outcomevariablen überprüft werden.

Um den Erfolg einer Intervention über einen Globalwert quantifizieren zu können, berechnete die Autorin, in Anlehnung an den methodischen Zugang von Wells, Barlow und Stewart-Brown (2003), das Verhältnis von berichteten positiven Ergebnissen einer Intervention zu allen berichteten Ergebnissen.

Das folgende Beispiel dient dazu, die Berechnung dieses Globalwertes nachvollziehbar zu machen.

Aus den Artikeln zu den Evaluationsstudien von Schick und Cierpka (2003, 2005) konnte die Autorin vier Teilziele identifizieren. FAUSTLOS verfolgt auf SchülerInnen-Ebene folgende Ziele:

- a. Förderung von sozial-emotionalen Kompetenzen
- b. Empathieförderung
- c. Förderung der Impulskontrolle
- d. Konstruktiver Umgang mit Ärger und Wut

Die Verhaltensweisen und Kompetenzen der SchülerInnen wurden mittels Fragebogenerhebungen durch Selbst- und Fremdeinschätzungen beurteilt. Des Weiteren wurde als Ergebnisvariable die Bewertung des Curriculums durch die LehrerInnen herangezogen. Daraus ergeben sich nun vier Ergebnisdimensionen mit zwei bis vier Subkategorien:

- a. Selbsteinschätzung der SchülerInnen
 - a.1 Empathiefähigkeit
 - a.2 Selbstwertgefühl & Kompetenzeinschätzung - Bereiche: Akzeptanz durch Peers, Selbstsicherheit im Verhalten, Selbstwertgefühl
 - a.3 aggressives Verhalten
 - a.4 Ängstlichkeit
- b. Fremdeinschätzung durch Eltern
 - b.1 Ausmaß an Verhaltensproblemen der Kinder
 - b.2 soziale Kompetenzen der Kinder: Fremdeinschätzung durch Eltern für die Bereiche Selbstbehauptung, Perspektivenübernahme/Sozialkontakt, Kooperation/Soziale Regeln
- c. Fremdeinschätzung durch LehrerInnen
 - c.1 Ausmaß der Cliquenbildung
 - c.2 Hilfsbereitschaft
 - c.3 Diskriminierung von MitschülerInnen
- d. Beurteilung des Curriculums durch die LehrerInnen

Die Intervention ergab insgesamt einen Anteil von 28 % positiven Ergebnissen.

Das Ergebnis erklärt sich wie folgt:

Da über die Selbsteinschätzung der SchülerInnen (a) keine oder teilweise sogar unerwünschte Effekte beobachtet wurden, betrug der Anteil positiver Ergebnisse in diesem Bereich 0 %. Die Fremdeinschätzung der Eltern (b) ergab im Bereich „Ausmaß von Verhaltensproblemen“ in zwei von 11 Subskalen positive Effekte (also in 18 % der

Subskalen), jedoch keine positiven Effekte in Bezug auf die Einschätzung der sozialen Kompetenz der Kinder (0 % positive Ergebnisse). Addiert man die 18 % positiven Ergebnisse des Bereiches „Ausmaß von Verhaltensproblemen“ mit den 0 % „soziale Kompetenz“ und dividiert man die Summe durch die Anzahl der Dimensionen, so ergibt sich im Bereich „Fremdeinschätzung durch die Eltern“ ein Anteil positiver Ergebnisse von 9 %. Die „Fremdeinschätzung durch die LehrerInnen“ (c) zeigte ebenfalls keine Effekte der Intervention (0 %), dafür wurde das Programm in hohem Maße von SchülerInnen und LehrerInnen akzeptiert, was ein hundertprozentig positives Ergebnis darstellt.

Summiert man nun die positiven Ergebnisse und dividiert sie durch die Gesamtanzahl der Ergebnisdimensionen, ergibt sich an Anteil von 28 % positiver Ergebnisse der Intervention.

Im Anhang ist die oben genannte Berechnung folgendermaßen dargestellt:

Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> a. Selbsteinschätzung der Kinder ergaben keine bzw. teilweise unerwünschte Effekte: ► 0 % b. Fremdeinschätzung durch Eltern: ► 9 % <ul style="list-style-type: none"> b.1 Interventionseffekte in 2 von 11 Subskalen: ► 18 % b.2 keine Interventionseffekte: ► 0 % c. Fremdeinschätzung durch LehrerInnen zeigte ebenfalls keine Interventionseffekte: ► 0 % d. hohe Akzeptanz bei SchülerInnen und LehrerInnen: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	28 %

Analog zu diesem Beispiel wurde für alle Interventionen vorgegangen. Dabei war handlungsleitend, möglichst objektiv zu bewerten.

Die Subziele wurden nicht gewichtet. Verfolgte eine Intervention z.B. die Ziele, Wissen zu erweitern und Verhalten zu ändern, wurden die Ergebnisse zu beiden Subzielen beide Zielerreichungen gleichberechtigt bewertet.

4.3 Ergebnisse

Im nun folgenden Ergebnisteil werden der Anteil positiver Ergebnisse der verschiedenen Interventionen und deren Chancen auf Nachhaltigkeit dargestellt und in Zusammenhang mit der Art der Intervention gesetzt.

4.3.1 Anteil positiver Ergebnisse

Der prozentuale Anteil positiver Ergebnisse war bei 44 der 51 Interventionen abschätzbar.

Nicht in Prozentwerten darstellbar war der Anteil positiver Ergebnisse bei folgenden Interventionen:

- Energiemanagement
- Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten
- Fleurbaix-Laventie-Ville-Santé Study
- Food Club
- Konstanzer Trainingsmodell
- Pausenkiosk
- Pro Children

Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Interventionen nicht erfolgreich waren (siehe Erläuterungen im Anhang).

In den 44 analysierten Studien konnten im Durchschnitt 69 % positive Ergebnisse erzielt werden (Minimum: 25 %, Maximum: 100 %). Die Hälfte der evaluierten Interventionen berichtete von zumindest 71 % positiven Ergebnissen. Keine Intervention erzielte weniger als 25 % positive Ergebnisse.

Die Interventionen können in vier Gruppen zusammengefasst werden: nicht erfolgreiche (0-25 % positive Ergebnisse), wenig erfolgreiche (25-49 % positive Ergebnisse), erfolgreiche (50-74% positive Ergebnisse) und sehr erfolgreiche Interventionen (75-100% positive Ergebnisse).

79,1 % der Interventionen konnten zumindest 50 % positive Ergebnisse erreichen, waren somit erfolgreich (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: *Interventionen nach dem Anteil positiver Ergebnisse kategorisiert*

Anteil positiver Ergebnisse	N	%
nicht erfolgreiche Interventionen: 0 – 24 %	0	0 %
wenig erfolgreiche Interventionen: 25 – 49 %	9	20,5 %
erfolgreiche Interventionen: 50 – 74 %	17	38,6 %
sehr erfolgreiche Interventionen: 75 – 100 %	18	40,9 %
Anzahl der Interventionen	44	100 %

Tabelle 8 zeigt den Zusammenhang zwischen der thematischen Ausrichtung der Intervention und dem Anteil positiver Ergebnisse, den diese erzielen konnte.

Tabelle 8: *Thematische Ausrichtung und Anteil positiver Ergebnisse*

	Anteil positiver Ergebnisse (Anzahl der Interventionen)			n
	75 - 100 %	50 - 74 %	25 - 49 %	
Psychosoziale Gesundheit	10	7	3	20
Essen & Bewegung	4	5	1	10
Gesundheit mehrdimensional	2	4	1	7
Problematischer Konsum	2	0	1	3
Körperliche Gesundheit	0	0	2	2
Unfallprävention	0	1	1	2
Gesamtanzahl der Interventionen	18	17	9	44

Aus der Tabelle 8 wird ersichtlich, dass ein hoher Anteil der Interventionen zu psychosozialen Themenstellungen und zu Essen und Bewegung in einem hohen oder sehr hohen Ausmaß erfolgreich sind. Dagegen sind die beiden Interventionen, die Dimensionen körperlicher Gesundheit zum Inhalt hatten, wenig erfolgreich.

4.3.2 Zusammenhang zwischen Interventionsart und Erfolg einer Intervention

Eine der im Abschnitt III formulierten Hypothese lautet, dass Interventionen mit Schulgestaltung oder Schulentwicklungs-Interventionen (vgl. Abbildung 14) erfolgreicher sind als Interventionen, in denen LehrerInnen Ausführende sind bzw. solche, die schulbasiert umgesetzt werden.

Tabelle 9 stellt diese Zusammenhänge dar. Die Differenzen im Grad der Zielerreichung sind zwischen den Interventionsformen nicht sehr groß, da viele in hohem Ausmaß erfolgreich sind. Zwei Drittel der schulbasierten Interventionen sind sehr erfolgreich, erreichen also mehr als 75 % positive Ergebnisse. Interventionsformen, in der die Zielgruppe oder Schule stärker beteiligt sind, sind zu ca. einem Drittel sehr erfolgreich. Dasselbe gilt für Interventionen mit Schulentwicklung.

Tabelle 9: *Zusammenhang zwischen dem Anteil positiver Ergebnisse einer Intervention und der Art der Intervention*

Interventionsart	Anteil positiver Ergebnisse						Gesamt	
	25 – 49%		50 – 74 %		75-100 %		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Schulbasiert	0	0	3	33,3	6	66,7	9	100
LehrerInnen als Ausführende	5	29,4	6	35,3	6	35,3	17	100
Interventionen mit Schulgestaltung	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12	100
Schulentwicklung	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100

Um die Annahme, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Art der Intervention und dem Anteil positiver Effekte gibt, statistisch zu untermauern, wurde eine χ^2 -Testung vorgenommen. Für eine ausreichend große Besetzung der Zellen musste die Anzahl der Gruppen verringert werden. Die Variable „Anteil positiver Ergebnisse“ und die Variable „Interventionsart“ wurden in jeweils zwei Gruppen zusammengefasst (Gruppe 1: schulbasiert & LehrerInnen als Ausführende – keine Veränderung von Verhältnissen/Rahmenbedingungen, Gruppe 2: Interventionen mit Schulgestaltung bzw. stärkerer Beteiligung der Zielgruppen & Schulentwicklung – Intention, auch Rahmenbedingungen in der Schule zu verändern bzw. 0 bis 49 % und 50 bis 100 % positive Ergebnisse).

Das Ergebnis der Analyse zeigt keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Erfolges und der Interventionsart ($\chi^2=0,161$, $p=0,688$, n.s.). Das bedeutet, dass Interventionen mit Schulgestaltung oder Schulentwicklung – gemessen am Teil positiver Ergebnisse – nicht erfolgreicher sind als Interventionen, die auf keine Veränderung von Verhältnissen im Setting Schule abzielen.

Das insgesamt hohe Maß an positiven Ergebnissen könnte darauf zurückzuführen sein, dass in der Regel Interventionen mit positiven Effekten eher publiziert werden, als solche, die keine oder nur sehr wenige Effekte erzielen (Publikations-Bias).

4.3.3 Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit

Die Chancen auf eine nachhaltige Wirksamkeit der Interventionen wurde auf zwei Ebenen analysiert: nachhaltige Wirksamkeit auf der personenbezogenen Ebene (gesundheitsbezogene personale Ressourcen und Verhaltensweisen) und nachhaltige Wirksamkeit auf der strukturellen Ebene (Veränderung von Verhältnissen, Strukturen, Rahmenbedingungen im Setting Schule).

4.3.3.1 Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene

Die Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene der personalen Ressourcen konnte bei 14 Interventionsstudien eingeschätzt werden, da diese auch Follow-Up-Erhebungen (Zeitraum: zwischen drei Monaten und zwei Jahren) durchführten. Auffallend ist, dass bei acht der insgesamt elf schulbasierten Interventionen Follow-Up-Studien auf der personenbezogenen Ebene durchgeführt wurden.

Bei zwölf der 14 Interventionen bleibt die Wirksamkeit auf der Personenebene erhalten – teilweise verstärkt sie sich sogar (siehe Tabelle 10). Die farbliche Hinterlegung gibt einen Aufschluss darüber, um welche Art der Intervention es sich handelt.

Tabelle 10: Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene

	Chance scheint gegeben	Chance scheint nicht gegeben
EFFEKT		
Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten		
Food Dudes		
FRIENDS bzw. Freunde für Kinder		
GO! - Gesundheit und Optimismus - Deutschland		
GO! - Gesundheit und Optimismus – Schweiz		
KOPS		
Leipziger Programm		
LISA – T		
LARS & LISA		
ProACT + E		
Programm zur Primärprävention von Ess-Störungen		
SNAKE		
Stark im Leben		
Gesamt	12	2

 schulbasiert

 LehrerInnen als Ausführende

 Interventionen mit Schulgestaltung

Bei allen vier Interventionen, die auch eine Veränderung von Verhältnissen intendierten bzw. die Zielgruppe stärker mit einbezogen, scheint ebenfalls die Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene des Aufbaus personaler Ressourcen gegeben. In den Studien zu Schulentwicklungsprojekten wurde in den analysierten Studien auf die nachhaltige Wirksamkeit auf der Personenebene nicht eingegangen.

Detaillierte Angaben zu den Zielen und dem Ausmaß der Zielerreichungen sind in der Beschreibung der Interventionen im Anhang nachzulesen.

4.3.2.2 Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf Schulebene

Die Autorin konnte bei 42 der 51 analysierten Interventionen aufgrund der Beschreibungen der Interventionen und der Evaluationsergebnisse Annahmen in Bezug auf das Potenzial zur nachhaltigen Wirksamkeit auf struktureller Ebene treffen, wenn dies auch zumeist keine explizite Forschungsfrage war.

Aus der Sicht der Autorin haben alle Interventionen mit Schulentwicklung eine Chance, auf der strukturellen Ebene nachhaltig wirksam zu sein, schulbasierte Interventionen besitzen dieses Potenzial nicht, da kein Know-How-Transfer zwischen Programm-Durchführenden und den Schulteams stattfindet. Bei Interventionen, bei denen LehrerInnen Programm-Ausführende sind, hängt die Chance auf die nachhaltige Wirksamkeit auf der strukturellen Ebene, das heißt, die Chance, dass das Programm auch ohne Interventionsstudie wieder angewandt und umgesetzt wird, stark vom Aufwand für und von der Akzeptanz durch die LehrerInnen ab. Dasselbe gilt für Interventionen, die auf eine Veränderung von Verhältnissen im Setting Schule abzielen und/oder die Beteiligten stärker mit einbeziehen.

Tabelle 11 zeigt die Interventionen, bei denen die Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf struktureller Ebene einschätzbar war, und die entsprechende Zuordnung. Erfreulich ist auch hier, dass bei der Mehrheit der analysierten Interventionen (67 %) die Chance auf eine nachhaltige bzw. langfristige Wirksamkeit auf der strukturellen Ebene gegeben zu sein scheint. Wie in Tabelle 10, wird auch in Tabelle 11 die Art der Intervention dargestellt.

Tabelle 11: Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf Schulebene

	Chance gegeben	Chance nicht gegeben
Back-education		
Be Smart – Don't Start		
BeKi – Bewusste Kinderernährung		
BESS – Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule		
Bleib locker		
Boost Better Breaks (BBB)		
Citizenship Safety Project (CSP)		
Das PATH/PFAD Curriculum		
Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen		
EFFEKT		
Eigenständig werden		
Energiemanagement		
Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten		
Erwachsen werden		
European Network of Health Promoting Schools – Finland		
European Network of Health Promoting Schools – Norway		
FAUSTLOS		
Fit und stark fürs Leben		
Food Club		
FRIENDS bzw. Freunde für Kinder		
Gesundheitsteams Stadtberner Schulen		
Gewaltpräventionsprogramm nach Olweus		
GO! - Gesundheit und Optimismus		
Ich brauch's nicht, ich rauch nicht		
Jugend mit Biss		
Klasse in Bewegung		
Klasse2000		
Konstanzer Trainingsmodell (KTM)		
KOPS		
Leipziger Programm		
LISA-T: Leichtigkeit im Sozialen Alltag-Training		
Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag (LARS & LISA)		
NHSS - National Healthy School Standard		
Pausenkiosk		
Pro Children		
ProACT + E		
Programm zur Primärprävention von Ess-Störungen		
Risk Watch		
SNAKE		
The 5-a-Day Bash Street Way		
The Wessex Healthy School Award		
Verhaltenstraining für Schulanfänger		
Gesamt	28	14

schulbasiert
 LehrerInnen als Ausführende
 Interventionen mit Schulgestaltung
 Schulentwicklung

4.3.4 Zusammenhang zwischen Interventionsart und Nachhaltigkeit auf der SchülerInnen-Ebene

Die Hypothese lautet, dass Interventionen mit Schulgestaltung oder Schulentwicklungs-Interventionen (vgl. Abb. 14) eher das Potenzial besitzen, nachhaltig auf der Ebene der Entwicklung von gesundheitsförderlichen personalen Ressourcen von SchülerInnen wirksam zu sein als Interventionen, in denen LehrerInnen Ausführende sind bzw. solche, die schulbasiert umgesetzt werden.

Für die statistische Analyse wurden die Arten der Interventionen wie in Abb. 14 aufgeteilt. In Tabelle 12 ist zu sehen, dass bei allen Interventionen, die eine stärkere Beteiligung der Zielgruppe anstrebten oder Schulentwicklungsprojekte waren, eine Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene der personalen Ressourcen eingeschätzt wurde. Der Zusammenhang zwischen den Interventionsformen und der Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Personenebene ist statistisch jedoch nicht bedeutsam ($\chi^2=0,636$, $p=0,425$, n.s.).

Tabelle 12: *Zusammenhang zwischen Interventionsart und Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Ebene der personalen Ressourcen (PE)*

	Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf PE				Gesamt	
	gegeben		nicht gegeben			
Interventionsart	n	%	n	0 %	n	%
Schulbasiert & LehrerInnen als Ausführende	9	82 %	2	18 %	11	100 %
Intervention mit Schulgestaltung & Schulentwicklung	3	100 %	0	0 %	3	100 %

4.3.5 Zusammenhänge zwischen Interventionsart und Nachhaltigkeit auf Schulebene

Für die statistische Analyse wurden die Arten der Interventionen auch in diesem Fall in zwei Gruppen aufgeteilt (siehe oben).

Tabelle 13: *Zusammenhang zwischen Interventionsart und Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Schulebene*

	Chance auf nachhaltige Wirksamkeit auf Schulebene				Gesamt	
	gegeben		nicht gegeben			
Interventionsart	n	%	n	0 %	n	%
Schulbasiert & LehrerInnen als Ausführende	12	50 %	12	50 %	24	100 %
Intervention mit Schulgestaltung & Schulentwicklung	16	89 %	2	11 %	18	100 %

Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Interventionsart und der Chance auf Nachhaltigkeit auf Schulebene. Interventionen, die die Prinzipien der Gesundheitsförderung stärker realisieren (Interventionen mit Schulgestaltung & Schulentwicklung), haben eine größere Chance, auch nachhaltig wirksam zu sein ($\chi^2=7,00$, $df=1$, $p=0,008$, s.s.).

4.3.6 Zusammenhänge zwischen Interventionsart und Einflüssen auf das Wohlbefinden

Da das Wohlbefinden in keiner der analysierten Studien eine Ziel- oder Ergebnisvariable darstellte, können zu diesem Punkt keine Aussagen getroffen werden.

V DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse interpretiert und in Hinblick auf Empfehlungen für Forschung, politische Rahmenbedingungen und für die Praxis diskutiert. Des Weiteren wird die vorliegende Arbeit einer kritischen Reflexion unterzogen.

Zuallererst ist positiv zu sehen, dass eine große Anzahl der publizierten Interventionen, die die Förderung von Gesundheit und gesunden Rahmenbedingungen intendieren, das Potenzial besitzen, positive Ergebnisse zu erzielen.

Eine der Forschungsfragen lautete, ob Interventionen, die Gesundheitsförderung als Rahmenkonzept umsetzen, eine höhere Chance haben, auf das Wohlbefinden von SchülerInnen positiv zu wirken als Maßnahmen, die das Setting Schule lediglich als Ort der Umsetzung nutzen. Diese Frage konnte mit der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden, da Wohlbefinden in keiner der vorliegenden Studien eine zentrale Ergebnisvariable darstellte und lediglich bei drei Interventionen (Gesundheitsteams an Berner Stadtschulen, das „Schweizer Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ und „Konstanzer Trainingsmodell“) überhaupt eine Zielvariable war. Weiters war auffällig, dass relevante Determinanten von Wohlbefinden von SchülerInnen, wie z.B. die Gestaltung der Schulumwelt, die Unterrichtsqualität, SchülerInnen-LehrerInnen-Beziehungen oder erlebter Sozial- und Leistungsdruck in der Schule (Eder, 2007; Dür, Griebler, 2007) nur sehr selten Thema von Intervention sind. Vielmehr wurde von aktuellen oder zukünftig befürchteten Problemlagen von Kindern und Jugendlichen ausgegangen (z.B. übermäßiger Alkohol- und Nikotinkonsum, Gewalt und Bullying in der Schule, Störungsneigung von SchülerInnen, Übergewicht), welche verbessert oder vermieden werden sollten - durchaus auch auf den Aufbau von Schutzfaktoren abzielend. Lediglich die Programme, die mit dem Europäischen Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ in Verbindung stehen, bemühen sich, einen positiven Gesundheitsbegriff in den Mittelpunkt zu stellen.

Im Großen und Ganzen handelt es sich bei den meisten der vorliegenden Interventionen um Gesundheitserziehungsprogramme, die auf das Verhalten von SchülerInnen abzielen, das Setting Schule (inklusive dem Verhalten der LehrerInnen) als Einflussfaktor auf Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsverhalten jedoch außer Acht lassen.

Vielen der untersuchten Interventionen gelang es, in hohem Ausmaß positive Ergebnisse zu erzeugen, wobei jedoch selten Bewertungskriterien für die Zielerreichung definiert wurden. Bei Interventionen, die keine Veränderung der Verhältnisse in der Schule intendieren (schulbasierte Interventionen mit externen TrainerInnen oder LehrerInnen als Ausführenden), erzielten solche, die durch externe ExpertInnen durchgeführt werden, etwas häufiger ausgezeichnete Ergebnisse. Dies ist wahrscheinlich auf den Umstand der höheren Motivationslage, positive Ergebnisse zu erreichen, und auf eine bessere Einschulung und genauere Programm- und Zielkenntnis der Durchführenden zurückzuführen. Es handelt sich bei solchen Interventionen nämlich häufig um Pilotstudien oder Forschungsprojekte und die ExpertInnen, die die Interventionen mit den SchülerInnen umsetzen, sind oft auch die EntwicklerInnen der Programme. Mit der Evaluation solcher Interventionen werden Wirkungen unter Studienbedingungen und nicht unter Realbedingungen gemessen. Diesen Interventionen steht noch eine Entwicklung bevor, die das Forschungsprojekt zu einem Programm machen, welches dann für viele Schulen verfügbar ist und unter Realbedingungen noch die Brauchbarkeit beweisen muss. Interventionen wie DoIt, Proact+E, KOPS, die „Physical Activity and Healthy Food Intervention“, Pro Children sind aus der Sicht der Autorin innovative Ansätze, bei denen es sich lohnen würde, sie in Form eines Programms vielen Schulen zugänglich zu machen. Sie zielen nämlich auch auf die Veränderung von Verhältnissen im Setting Schule ab, schaffen somit Rahmenbedingungen für Gesundheit in der Schule.

Je länger der erstmalige Einsatz eines Programms zurückliegt, umso eher werden diese modifiziert, ergänzt, den individuellen Bedürfnissen angepasst (Storck, 2007). Dies ist bei Interventionen wie z.B. Klasse2000, BeKi, Be smart don't start, Food-Dudes, Eigenständig werden, dem Schweizer Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen und einigen anderen Interventionen der Fall. Diese zeichnen sich zwar durch keine standardisierten Umsetzungsbedingungen, aber durch einen hohen Praxisbezug, hohe Akzeptanz bei LehrerInnen und SchülerInnen und einen hohen Verbreitungsgrad aus.

Die zahlreichen Trainingsprogramme und Curricula, die vor allem zum Thema „psychosoziale Gesundheit“ verfügbar sind, sind notwendige, aber sicherlich nicht hinreichende Grundlagen für die Förderung der psychosozialen Gesundheit von SchülerInnen, da sie die Bedingungen im Setting Schule überhaupt nicht beeinflussen möchten. Dieser Umstand ist verwunderlich, da gerade die Rahmenbedingungen im Setting Schule den größten Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit von SchülerInnen haben. Bei der Vielfalt ähnlicher Interventionen sollte auf jene zurückgegriffen werden, die

von SchülerInnen und LehrerInnen gerne durchgeführt werden, gut in den Schulalltag integriert werden können (z.B. indem sie mit ganzen Klassen arbeiten) und die, wenn möglich, auch von LehrerInnen selbst umgesetzt werden können. Diese Eigenschaft trifft auf folgenden Programme zu: „Erwachsen werden“ (Lebenskompetenzen - Sekundarstufe I) oder „Fit und stark für's Leben“ (Lebenskompetenzen - Grundschule), „Jugend mit Biss“ oder „Prima“ (Essverhalten – Sekundarstufe I), „Klasse in Bewegung“ (Bewegungsförderung – Grundschule), das „Sozialtraining in der Schule“ (als Präventionsprojekt für Verhaltensauffälligkeiten – Sekundarstufe I), das Programm „Stark im Leben“ (Sekundarstufe I) oder das „Verhaltenstraining für Schulanfänger“ (Grundschule).

Wie aber bereits oben erwähnt, sollten Interventionen, die Gesundheit und Lebensqualität von SchülerInnen positiv beeinflussen wollen, die Determinanten, die die Rahmenbedingungen in der Schule betreffen, nicht außer Acht lassen.

Will man positive Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden von SchülerInnen verbessern, können auf Basis der Analysen und aus der Sicht der Autorin Empfehlungen für die Politik, Wissenschaft und Praxis abgegeben werden.

5.1.1 Empfehlungen für die Wissenschaft

Die vorliegenden Interventionen sind zum Großteil für die Grundstufe und Sekundarstufe 1 (also für 6 – 15-Jährige) konzipiert. Der breite Bereich der AHS inkl. AHS-Oberstufe, Berufsbildenden höheren Schulen oder Berufsschulen ist kaum vertreten. Hier besteht Handlungsbedarf für die Entwicklung von Interventionen.

Auffällig ist, dass Wohlbefinden, positive Gesundheit und Lebensqualität in nur sehr seltenen Fällen Ergebnisvariablen sind. Auch wenn z.B. die Verhinderung von Adipositas oder die Förderung von Bewegung primäres Ziel einer Intervention sind, ist die Auswirkung auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität als wichtiges Ergebnis zu sehen und sollte in Evaluationsstudien immer mit ein Thema sein.

Weiters sollte der Aspekt der Akzeptanz der Intervention bei der Zielgruppe (LehrerInnen und SchülerInnen) bei keiner Evaluationsstudie fehlen.

Drittens wäre es wichtig, aufgrund vorliegender Forschungsergebnisse Bewertungskriterien zu definieren, die festlegen, ob ein Ziel als erreicht gelten kann oder nicht. Kann

dies nicht erfolgen, z.B. weil es sich um eine explorative Studie handelt und es noch keine vergleichbaren Erfahrungen gibt, wäre es zumindest interessant, mit den Beteiligten (LehrerInnen, SchülerInnen) Erfolgsfaktoren zu definieren, um die Bedeutsamkeit eines Ziels und dessen Erreichung für eine Zielgruppe abschätzen zu können.

Viertens wird aus der Sicht der Autorin viel zu häufig nur auf die Auswirkungen einer Intervention auf der Ebene der Entwicklung von persönlichen Ressourcen (individuelle Ebene) Wert gelegt und die Auswirkungen auf Strukturen und die Veränderung von Einstellungen, Normen und Beziehungen (z.B. der LehrerInnen oder zwischen LehrerInnen und SchülerInnen) werden nicht gemessen, dokumentiert oder berichtet. Hier fehlt es sowohl an geeigneten Erhebungsmethoden, Veränderung von Strukturen abzubilden, als auch an den expliziten Zielen. Die Interventionen selbst zielen nicht auf die Entwicklung dieser beiden Ebenen ab, wodurch auch EvaluatorenInnen nicht auf die Idee kommen, solche Veränderungen zu messen.

Des Weiteren könnte es sein, dass in der Scientific-Community der Erfolg einer Intervention dann höher eingeschätzt wird, wenn auf der Ebene des Individuums (dem medizinischen Vorbild entsprechend) Erfolge gemessen werden können. An dieser Stelle sei die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsforschung gefordert, die eben gerade ihre Wirksamkeit in der Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen, als eine Determinante von Gesundheit, beweisen sollte.

Inwieweit Ergebnisse auf der Ebene der Rahmenbedingungen als wertvoll und nützlich anerkannt werden, kann jedoch nicht nur von der Wissenschaft beeinflusst werden, sie bedürfen auch einer wertschätzenden Anerkennung durch die Politik.

5.1.2 Empfehlungen für die Politik

In der Politik, und im Besonderen in der Bildungspolitik, ist es wichtig anzuerkennen, dass die Rahmenbedingungen im Setting Schule (z.B. Unterrichtsqualität, Beziehungen zwischen SchülerInnen und LehrerInnen, Gestaltung der Schule) massive Auswirkungen auf das Wohlbefinden von SchülerInnen (und LehrerInnen) haben. Gesundheitsförderung wird zwar von der Schulpolitik als wichtiges Thema gesehen, jedoch weitgehend noch immer im Sinne der Gesundheitserziehung verstanden und umgesetzt. Das bedeutet, dass es verbreitet darum geht, gesundheitsrelevante Inhalte (und dazu zählen auch Interventionen, die Lebenskompetenzen vermitteln) an den/die SchülerIn zu bringen, ohne dass LehrerInnen-Teams über ihr eigenes Gesundheitsverhalten reflektieren oder Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben in der Schule

schaffen. Diese Reflexion und die Gestaltung positiver Beziehungen braucht Zeit – sowohl im LehrerInnen-Team als auch Unterrichtszeit mit den SchülerInnen. Gerade letztere wird in den vergangenen Jahren sukzessive zurückgenommen – häufig unter dem „Vorwand“, dass die „armen SchülerInnen“ weniger Zeit in der Schule verbringen sollen. Doch die Zeit, die in und für die Schule aufgewendet wird, beeinträchtigt das Wohlbefinden der SchülerInnen gar nicht (Eder, 2007). Vielmehr sind es die oben genannten anderen Rahmenbedingungen. Statt einer beständigen Reduktion der Zeit, die LehrerInnen für die Arbeit mit SchülerInnen zur Verfügung steht, sollten Bildungsziele und zeitliche Rahmenbedingungen auf ein realistisches Maß abgestimmt werden.

Um eine Schule als gesundheitsförderliches Setting zu gestalten, braucht es auch das Verständnis von LehrerInnen-Teams, dass die Schule Arbeitsplatz für SchülerInnen und LehrerInnen ist, dass Schulentwicklung ein Teil der Aufgaben von LehrerInnen-Teams ist und dafür Arbeitszeit aufgewendet werden sollte. Arbeitsplatzbeschreibungen für LehrerInnen könnten klarer definieren, welche Aufgabenbereiche zu ihren Tätigkeiten gehören, um vom Bild, dass der Lehrberuf sich ausschließlich mit der Vermittlung von Bildung beschäftigt, abzukommen. Weiters müssten entweder die baulichen Voraussetzungen für einen „Arbeitsplatz Schule“ für LehrerInnen geschaffen werden oder LehrerInnen finden kreative Lösungen (z.B. die Nutzung leer stehender Klassenzimmer am Nachmittag), damit diese nicht mit Beendigung des Unterrichts für Schularbeiten-Korrekturen und Unterrichtsvorbereitung nach Hause zu ihrem PC und Schreibtisch eilen müssen, wie dies heute meist der Fall ist.

Die Entwicklung der Schule zu einer gesunden Organisation gelingt leichter, wenn es dafür professionelle Unterstützung von außen gibt – sei es in der Begleitung von Veränderungsprozessen oder in dem Zugänglichmachen von qualitativ hochwertigen Interventionen, die für die Bearbeitung von Themenfeldern empfohlen werden. Nationale und regionale Rahmenprogramme, wie die „Gesunde Schule Österreich“ oder das „Netzwerk Gesunder Volksschulen“ von Styria vitalis (Steiermark) unterstützen Schulen auf ihrem Weg, sich zu „Gesunden Schulen“ entwickeln – also zu Schulen, die dafür Sorge tragen, dass die Bedingungen in ihrer Schule Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit von SchülerInnen und LehrerInnen fördern. Um einen kontinuierlichen Ausbau dieser Netzwerke zu fördern bedarf es personell ausreichend ausgestatteter Rahmenprogramme, die die Leistungen an die Schulen bringen und sie bei dem Umsetzungsprozess unterstützen können. Die Förderung solcher Programme könnte von mehreren Politikbereichen (z.B. Gesundheits-, Bildungs-, Wirtschaftspolitik) gemeinsam getragen werden. Wichtig an solchen Programmen ist, dass sie gut an die

unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse der Schulen anschließen und Schulen in unterschiedlichen Entwicklungsstufen begleiten können, was zu den Empfehlungen für die Praxis überleitet.

5.1.3 Empfehlungen für die Praxis

Die Arbeit zum Thema Gesundheitsförderung an Schulen kann aus der Sicht der Autorin auf zwei Ebenen stattfinden:

1. über die Begleitung von Schulen auf dem Weg zur „Gesunden Schule“ in der Unterstützung des Veränderungsprozesses oder
2. über die Umsetzung von Maßnahmen mit SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern zu bestimmten Themenbereichen (z.B. Trainings von Life-Skills, Workshops zum Thema Essen).

Auf beiden Ebenen ist es wichtig, dass LehrerInnen-Teams diese Maßnahmen als wichtig, nützlich, umsetzbar und unterstützend wahrnehmen. Gesundheitsförderung sollte nicht als lästige, weitere Zusatzaufgabe der Schule gesehen werden, für die es zu wenig Ressourcen gibt und die eigentlich gar keinen Platz in der Schule haben müssten, sondern als wichtige Rahmenbedingung, die gesundes Lehren und Lernen ermöglicht und fördert (Dür, 2008, Inchey et al, 2006). Des Weiteren ist, vor allem bei Interventionen der zweiten Art, die Akzeptanz bei den SchülerInnen bedeutsam.

Um diesen Anforderungen gewachsen zu sein, müssen PraktikerInnen das Setting Schule und dessen besondere Eigenschaften verstehen, über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft Bescheid wissen und Maßnahmen entsprechend ausrichten.

Des Weiteren sollte zwar versucht werden, auf bestehende, erprobte Interventionen zurückzugreifen, die Maßnahmen sollten jedoch immer wieder mit LehrerInnen-Teams besprochen und an die individuellen Bedürfnisse einzelner Schulen angepasst werden.

Personen, die in der schulischen Gesundheitsförderung tätig sind, sollte jedoch bewusst sein, dass es unabhängig von ihrer Interventionsebene immer auch darum gehen muss, die Rahmenbedingungen für Gesundheit zu verbessern und über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft informiert zu sein und diese Zusammenhänge an die Schulen zu transportieren.

Inchley et al (2006) fassen in einer qualitativen Evaluationsstudie mit vier schottischen Schulen, die im Rahmen des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen gearbeitet haben, Erfolgsfaktoren für eine gute Implementierung und Evaluation des Konzepts „Gesunde Schule“ (hier mit dem Focus gesundes Essen) zusammen:

- Thema 1: „Ownership“: Es ist wichtig, dass LehrerInnen-Teams in den einzelnen Schulen bereit sind, die Verantwortung für das Thema Gesundheit gemeinsam zu übernehmen („Ownership“).
 - o LehrerInnen übernehmen eher Aufgaben im Rahmen eines Gesunde-Schule-Projektes, wenn es mit der eigenen Schule verwurzelt ist und diese die Kontrolle über die Entwicklung und Implementierung behält.
 - o Eine anfängliche Bedarfsanalyse (needs-assessment) erlaubt der Schule, die Themen zu formulieren, die für sie und die lokale Gemeinde wichtig sind.
 - o Die Nennung eines/r Projektkoordinators/in in der Schule und die Mit-einbeziehung von LehrerInnen, Verpflegungsteams, SchülerInnen und Eltern trägt dazu bei, dass allen Beteiligten eine Rolle im Prozess zugestanden wurde.
 - o Auch eine nur kleine finanzielle Unterstützung hat „empowernde“ Wirkung, indem frei verfügbare Ressourcen für die Umsetzung zur Verfügung stehen.

- Thema 2: Leadership und Management: Das Engagement der Direktion, oder sogar die Übernahme einer aktiven Rolle als KoordinatorIn eines Gesundheitsförderungsprogramms in der Schule gibt dem Prozess einen wichtigen Status und hilft, dass das Konzept im Schulalltag leichter verankert werden kann – z.B. indem es an den Schulentwicklungsprozess angebunden wird.
 - o Wo LehrerInnen diese Rolle übernehmen, hängt der Effekt stärker von deren Einsatz und deren Fähigkeit, andere zu begeistern, ab.

- Thema 3: Zusammenarbeit: Drei Bereiche der Zusammenarbeit sind wichtig: jener mit externen ExpertInnen, mit den SchülerInnen über deren Beteiligung und mit den Eltern. Wird die Zusammenarbeit verschiedener Stakeholder forciert, brauchen diese Klarheit in Bezug auf ihre Rollen und Aufgaben im Projekt.

5.1.4 Kritische Reflexion

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um keinen systematischen Review – aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wurden manche Studien nicht käuflich erworben bzw. ist es gut möglich, dass die eine oder andere wichtige Studie über die verwendeten Datenbanken nicht gefunden wurde. Abgesehen von der Verfügbarkeit von Evaluationsstudien wird der Großteil der Interventionen zur Förderung von Gesundheit im Setting Schule nicht wissenschaftlich begleitet und evaluiert – und nicht in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert. Daher sind die ausgewählten Interventionen sicherlich nicht repräsentativ für Interventionen im europäischen Raum.

Eine weitere methodische Kritik kann auch in Bezug auf die Bildung des Globalwertes, der den Anteil positiver Ergebnisse repräsentiert und als Indikator für den Erfolg einer Intervention herangezogen wird, angebracht werden, da die Autorin aus Gründen der Reduktion von Komplexität keine Gewichtung verschiedener Ergebnisdimensionen vorgenommen hat. Durch die Darstellung der Bewertung der verschiedenen Ergebnisdimensionen im Anhang, welche dann zum Globalwert „Anteil erfolgreiche Ergebnisse“ führen, hat die Autorin jedoch versucht, die Berechnung möglichst transparent darzustellen.

In Bezug auf die Einschätzung der Chancen auf die nachhaltige Wirksamkeit von Interventionen wurde vor allem nach Hinweisen, die eine solche Chance vergrößern (z.B. hohe Akzeptanz einer Maßnahme bei LehrerInnen und SchülerInnen) gesucht. Nichts desto trotz ist es möglich, dass es zu Verzerrungen, ob dieser persönlichen Einschätzung durch die Autorin kommen konnte.

VI LITERATURVERZEICHNIS

6.1 Literaturverzeichnis – Theoretischer Teil

- Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G., Städtler, P. (2006). Zahnstatus 2006 in Österreich; 6-Jährige. Wien: Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Bortz, J., Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer.
- Bühler, A. und Kröger, Ch. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Aus der Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005). Das Gesundheitswesen in Österreich.
http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0294/CMS1087393358410/das_gesundheitswesen_in_oesterreich_-_2005.pdf. Aufgesucht am 10. April 2007
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2008). Grundsatzterlass Projektunterricht. Wiederverlautbarung der aktualisierten Fassung.
http://www.bmukk.gv.at/ministerium/rs/2001_44.xml. Aufgesucht am 25. 4. 2008.
- Bünting, K.D. (1996). Deutsches Wörterbuch. Chur: Isis.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1996). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo.
- Dür, W. (2008). Gesundheitsförderung in der Schule. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dür, W. (2008). Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken? Vortrag anlässlich der 10. Österreichischen Gesundheitskonferenz des Fonds Gesundes Österreich in Graz am 25. April 2008.
http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/was-kann-gesundheitsforderung-evidenz-in-theorie-und-praxis/WS1_Duer.pdf. Aufgesucht am 26. April 2008.
- Dür, W. Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Dür, W., Mravlag, K. (2002). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Öster-

- reich. Reihe Originalarbeiten, Forschungsberichte, Studien. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Dür, W., Fürth, K., Griebler, R. (2006).: Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Kärnten. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung. Abteilung 12 Sanitätswesen Klagenfurt.
- Eder, F. (2007). Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der österreichischen Schule. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Ehretreiber, Ch., Scharinger, Ch. (2007). Erste Steirische Jugendstudie 2007. Graz: ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus (Eigenverlag).
- Freidl, W., Neuhold, Ch. (2002). Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. VAS. Verlag für Akademische Schriften.
- Harden A., Rees R., Shepherd J., Brunton V., Oliver S., Oakley, A. (2001). Young People and Mental Health: A systematic review of barriers and facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=256>. Aufgesucht am 17.4.2007.
- Hurrelmann, K. (1990). Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 93-101.
- Ichley, J., Muldoon, J., Currie, C. (2006). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. Health Promotion International. <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/22/1/65>. Aufgesucht am 24.6.2008.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2006). Ergebnismodell. Version: 1.1. http://www.quint-essenz.ch/de/files/Ergebnismodell_11.pdf. Aufgesucht am 31.5.2006.
- Mitterbauer, E. (2007). Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept. Unveröffentlichte Dissertation. Wien: Universität Wien, Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication. Health Promotion International, 15(3), p. 259-267.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesetzblatt für Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz, 50, S. 810-818.

- http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Ravens-Sieberer_Lebensqualitaet.pdf. Aufgesucht am 13.3.2008.
- Raeburn, J., Corbett, T. (2001). Community development: How effective is it as an approach in health promotion?
<http://www.utoronto.ca/chp/download/2ndSymposium/J.%20Raeburn.doc>. Aufgesucht am 25.4.2007.
- Rees R., Harden A., Shepherd J., Brunton G., Oliver S., Oakley, A. (2001). Young people and physical activity: a systematic review of research on barriers and facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=260>. Aufgesucht am 2. 5. 2008.
- Sackett., D., Rosenberg, W., Gray, M., Haynes, B., Scott, Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, p.71-72.
- Schumacher J, Brähler E (2004). Begriffsklärungen. In: Strauß B, Berger U, von Troschke J, Brähler E, Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. (S. 17-22), Göttingen: Hogrefe.
- Settertobulte, W., Hurrelmann, K. (2004): Expertise zu Möglichkeiten der Zertifizierung gesundheitsfördernder Schulen im Rahmen des OPUS-Netzwerks. Bielefeld.
<http://www.opus-nrw.de/medio/service/hin1/pdf/Hurrelmann.pdf>. Aufgesucht am 19.2.2006.
- Shepherd, J., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Garcia, J., Oliver, S., Oakley, A. (2001). Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=258>. Aufgesucht am 2.5.2008.
- Slesina, W., Patzelt, Ch. (2006). Präventionsaspekte in den Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg.) Prävention. Heidelberg: Springer. S. 71-89.
- Spiel, Ch. (2001a). Program evaluation. In: Smelser, N.M. & Baltes, P.B. (Eds.). International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. Volume: 18. Oxford: Elsevier Science. p.12169-12173.
- Statistik Austria (2008). Todesursachen gesamt.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html. Aufgesucht am 15. 5. 2008.

- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report).
<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>. Aufgesucht am 10. 8. 2006.
- Suppan-Kuhness, D. (2002). Evaluation der Veranstaltung "Psychologische Forschung in Graz – Studierende präsentieren ihre Abschlussarbeiten". Unveröffentlichte Diplomarbeit. Graz: Karl-Franzens-Universität.
- Swerisson, H., Crisp, B. (2004). The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. Health Promotion International, 19(1), p.123–130.
- Trojan, A., Legewie, H. (2001). Nachhaltige Entwicklung. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.
- UNICEF. (2007). Child poverty in perspective: An Overview of child wellbeing in rich countries. Report Card 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
<http://www.unicef.org/media/files/ChildPovertyReport.pdf>. Aufgesucht am 23. 3. 2008.
- Walter, U., Schwartz, F.W. (2003). Prävention. In: Schwarz, F.W., Badura, B., Busse, R. Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrg). Public Health. S. 189-214.
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organisation.
<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>.
 Aufgesucht am 28. 3. 2004.
- WHO. (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf. Aufgesucht am 24. 11. 2004.
- WHO. (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.
 Aufgesucht am 25. 11. 2004.
- WHO. (1988). Health Promotion Glossary.
<http://www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf>. Besucht am 25. 11. 2004.
- WHO (2005). Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO: European Ministerial Conference on Mental Health. 12-15 Jänner 2005. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German>. Aufgesucht am 12. Februar 2005.
- WHO (2006) Mental Health. www.who.int/mental_health/en/. Aufgesucht am 24. März 2006

Wikipedia. (2006). Evidenz. <http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenz>. Aufgesucht am 8. August 2006.

Zoubek, A. (2000). Krebs im Kindesalter. Wien: Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe. http://www.kinderkrebshilfe.at/upload/191_krebswasistdas.pdf. Aufgesucht am 2. Mail 2008.

6.2 Literaturverzeichnis – Analyisierte Interventionen

Anderson, A., Porteous, L., Foster, E., Higgins, C., Stead, M., Hetherington, M., Adamson, A.J. (2005). The impact of a school-based nutrition education intervention of dietary intake and cognitive and attitudinal variables relating to fruits and vegetables. Public health nutrition, 8(6), p. 650-656.

Aßhauer, M., Hanewinkel, R. (1999). Lebenskompetenzförderung und Suchtprophylaxe in der Grundschule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 158-171.

Baerlocher, K., Laimbacher, J. (2000). Ernährungsprogramm als Mittel zur Gesundheitsförderung in Schulen. Journal für Ernährungsmedizin, 2(2) (Ausgabe für Österreich), S. 7-12.

Balmer, K., Miachael, T., Munsch, S., Margraf, J. (2007). Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15(2), S. 57-66.

Balthasar, A., Feller-Länzlinger, R., Furrer, C., Biebricher, M. (2006). Wirkungsevaluation des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS). Schlussbericht. http://www.gesunde-schulen.ch/data/data_322.pdf. Aufgesucht am 5. März 2008.

Barret, P., Webster, H., Turner, C. (2003). Freunde für Kinder. (übersetzt und bearbeitet von Essau, C.A., Conradt, J.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Basedevant, A., Boute, D., Borys, J.M. (1999). Who should be educated? Education strategies: could children educate their parents? International Journal of Obesity, Suppl.4, p. 10-13.

Berger, U. (2005). PriMa: Primärprävention Magersucht für Mädchen ab dem 6. Schuljahr - Evaluation der Durchführung und Wirkung des Projektunterrichts im Schuljahr 2004/05. Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (THILLM), Bad Berka. http://www.med.uni-jena.de/mpsy/prima/ErgebnisberichtEvaluationPilot_PriMa.pdf. Aufgesucht am 11.9.2007

Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. Psychotherapeut, 51. S. 187-196.

- Beyer, A., Lohaus, A. (2005). Stressbewältigung im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 52, S. 33-50.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2005). Gesundheitsförderung konkret, Band 6. Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Köln: BZgA.
- Cardon, G., de Clercq, D., Geldhof, E.J., Verstraete, St., deBourdeaudhuij, I. (2007): Back education in elementary school children: the effects of adding a physical activity promotion program to a back care program. European Spine Journal, 16, p.125-133.
- Dannigkeit, N., Köster, G., Tuschen-Caffier, B. (2005). Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13(2), S. 79-91.
- Eisner, M. (2007). Das Züricher Präventions- und Interventionsprojekt an Schulen, zipps. <http://www.z-proso.unizh.ch/Buch/z-prosoFinal.pdf>. Aufgesucht am 27.9.2007
- Eisner, M., Jünger, R., Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen in der Schule: Das PATHS/PFAD Curriculum. Wird publiziert in Praxis der Rechtspsychologie, 2006. http://www.z-proso.unizh.ch/Publikationen/PubliDok/PFAD_06.pdf. Aufgesucht am 27.9.2007.
- Frederick, K., Barlow, J. (2006). The Citizenship Safety Projekt: a pilot study. Health Education Research, 21(1), p. 87-96.
- Freeman, R., Oliver, M., Bunting, G., Kirk, J., Saunderson, W. (2001). Addressing Children's Oral Health Inequalities in Northern Ireland: A Research-Practice-Community Partnership Initiative. Public Health Reports, 116, p. 617-625.
- Gerken, N., Natzke, H., Petermann, F., Walter, H.J. (2002). Verhaltenstraining für Schulanfänger: Ein Programm zur Primärprävention von aggressivem und unaufmerksamen Verhalten. Kindheit und Entwicklung, 11(2), S. 119-128.
- Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S., Petermann, F. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie. Kindheit und Entwicklung, 12(3), S. 164-174.
- Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Stevens, V., Cardon, G., deBourdeaudhuij, I. (2006). Body Mass Effects of a Physical Activity and Healthy Food Intervention in Middle Schools. Obesity, 14(5), p. 847-854.
- Hanewinkel, R. (2007). "Be Smart - Don't Start". Ergebnisse des Nichtraucherwettbewerbs in Deutschland 1997-2007. Gesundheitswesen, 69, S. 38-44.

- Hinz, A. (2004). Jugendgesundheitsförderung. Entwicklung, Implementierung und Evaluation präventiver Unterrichtseinheiten. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Eberhard Karls Universität Tübingen, Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften.
- Hinz, A. (2005). Stark im Leben. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in den Klassen 7 und 8. Tübingen: DGVT.
- Horne, P.J., Tapper, K., Lowe, C.F., Hardman, C., Jackson, M.C., Wooller, J. (2004). Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer-modelling and rewards-based intervention. European Journal of Clinical Nutrition, 58, p.1649-1660.
- Hyland, R., Stacy, R., Adamson, A., Moynihan, P. (2006). Nutrition-related health promotion through an after-school project: The responses of children and their families. Social Science and Medicine, 62, p. 758-768.
- Kähert, H. (2004). Evaluation des schulischen Lebenskompetenzförderungsprogramms "Erwachsen werden". Dissertation. Universität Bielefeld. http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2004/505/pdf/Dissertation_Kaehert_2004.pdf. Aufgesucht am 25.9.2007.
- Kaluza, G., Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14(3), S. 119-134.
- Kendrick, D., Groom, L., Stewart, J., Watson, M., Mulvaney, C., Casterton, R. (2007). "Risk Watch": Cluster randomised controlled trial evaluating an injury prevention program. Injury Prevention, 13, p. 93-99.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (1999). Zur Wirksamkeit von Entspannungsverfahren bei unruhigem und störendem Schülerverhalten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 213-221.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. und Beyer, A. (2003). Gesundheitsförderung im Jugendalter: Attraktivität von Stressbewältigungstrainings. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 11, S. 365-380.
- Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaurisch, St. (2006). Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), S. 127-139.
- Manz, R., Junge, J., Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9(4), S. 168-179.
- Mast, M., Asbeck, I., Langnäse, K., Grund, A., Müller, M.J. (2000). Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) - Ein Erfahrungsbericht. Kindheit und Entwicklung, 9(2), S. 108-115.

- Mittag, M., Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 183-202.
- Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V., Roderick, P. (1999). Helping schools to become health-promoting environments - an evaluation of the Wessex Healthy School Award. Health Promotion International, 14, p. 111-121.
- Nilsson, S., Allebeck, P., Marklund, B., Baigi, A., Frindlund, B. (2004). Evaluation of a health promotion programme to prevent the misuse of androgenic anabolic steroids among Swedish adolescents. Health Promotion International, 19(1), p. 61-67.
- Noller, B., Winkler, G, Rummel, C.(2006). Landesinitiative BeKi - Bewusste Kinderernährung: Programmbeschreibung und -evaluation. Gesundheitswesen, 68, S. 165-170.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (2008). Zahnstatus 12-Jährige. Präsentation der Ergebnisse der Österreichweiten Zahnstatuserhebung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger am 12. Juni 2008.
- Pössel, P., Horn, A., Hautzinger, M. (2003). Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11(1), S. 10-20.
- Roth, M. (2002). Substanzmissbrauch in der Schule - Ergebnisse eines Programms zur Primärprävention in der Schule. In: Böttger, G., Petermann, H., Schröder, H. (Hrsg.): Suchtprävention in Sachsen - Standortbestimmung und Perspektiven. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziale, Gesundheit, Jugend und Familie.
- Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M., Warwick, I., Chase, E., Aggleton, P. (2005). Evaluating the impact of the National Healthy School Standard: using national databasis. Health Education Research. 20 (6), p. 688-696.
- Schick, A., Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12(2), S. 100-110.
- Schick, A., Cierpka, M. (2005). Faustlos: Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in Grundschule und Kindergarten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 55 (11), S. 462-468.
- Schlevogt, V. (2002). Präventionsprojekt "Jugend mit Biss". Frankfurt: Frankfurter Zentrum für Essstörungen.

- Shortt, A., Barrett, P., Fox, T. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. Journal of Clinical Child Psychology, 30, p. 523-533.
- Singh, A., Chin, A., Paw, M., Kremers S., Visscher T., Brug J., Mechelen, W. (2006). Design of the Dutch Obesity Intervention in Teenagers (NRG-DOiT): systematic development, implementation and evaluation of a school-based intervention aimed at the prevention of excessive weight gain in adolescents. BMC Public Health. 6:304. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-304.pdf>. Aufgesucht am 29.9.2007.
- Singh, A., Chin A Paw, M., Brug, J., Mechelen, W. (2007). Short-term Effects on School-Based Weight Gain Prevention Among Adolescents. Achieve of Paediatrics and Adolescent Medicine, 161, p.565-571. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/6/565>. Aufgesucht am 19. 2.2008.
- Spröber, N., Schlottke, P., Hautzinger, M. (2006). ProACT + E: Ein Programm zur Prävention von "bullying" an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), S. 140-150.
- Stawinoga, M., Feldhoff, K.-H., Lüttgens, U. (2002). "Klasse in Bewegung!" - ein erfolgsversprechender Baustein zur Bewegungsförderung im Kindesalter. Gesundheitswesen, 64, S. 486-491.
- Storck, C., Duprée, T., Dokter, A., Bölskei, PI, (2007). Zwischen Wunsch und Wirksamkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, S. 19-25.
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomyaki, U., Vertio, H. (1999). Initial results from the European Network of Health Promoting Schools program and development of health education in Finland. Journal of School Health, 69,. p. 387-391.
- Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146.
- Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146.
- Vuille, J., Carvajal, I., Casaulta, F., Schenkel, M. (2004). Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren. Zürich, Chur: Verlag Rüegger.
- Vuille, J.C, Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. The role of the school. European Journal of Public Health, 11(3), p. 287-293.

- Warwick, I., Aggleton, P., Chase, E., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M. (2005). Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents. Health Education Research, 20 (6), p. 697-708.
- Weiglhofer, H. (2007). Ich brauch's nicht, ich rauch nicht. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, S. 11-18.
- Wiborg, G., Hanewinkel, R. (2003). „Eigenständig werden“. Persönlichkeitsentwicklung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen, Sucht- und Gewaltprävention in der Schule. http://62.116.104.138/Webpages/EDV-Butler/Rotary/docs/Eigenstaendig_werden_sachsen.pdf. Aufgesucht am 23. 9. 2007.
- Wild, M. (2006). The development, implementation and evaluation of a school-based intervention to promote fruit and vegetable intake among 10-13 year-old European schoolchildren. <https://ep.eur.nl/bitstream/1765/8095/1/154778-Wind+bw%23.pdf>. Aufgesucht am 11.9.2007.
- Wold, B. (1999). The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) in Norway: purpose, implementation and evaluation. In: Wold, B., Samdal, O. (Eds): Health Promotion Among Young People: The Development of Healthy School Environments. Bergen: University of Bergen, Research Center for Health Promotion.

ANHANG

analysierte Interventionen
in alphabetischer Reihenfolge

Überblick über analysierte Interventionen

Nr.	Titel der Intervention	inhaltlicher Focus
1	Back-education	Körperliche Gesundheit (Bewegungsapparat)
2	Be Smart - Don't Start	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
3	BeKi - Bewusste Kinderernährung	Ernährung & Essverhalten
4	BESS - Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule	Mentale und soziale Gesundheit
5	Bleib locker	Mentale Gesundheit
6	Boost Better Breaks (BBB)	Körperliche Gesundheit (Zahngesundheit)
7	Citizenship Safety Project (CSP)	Unfallprävention
8	Das PATH/PFAD Curriculum im Rahmen von zipps	Mentale und soziale Gesundheit
9	Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS)	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
10	DOit - Dutch Obesity Intervention in Teenagers	Ernährung & Bewegung
11	EFFEKT	Soziale Gesundheit
12	Eigenständig werden	Mentale und soziale Gesundheit
13	Energiemanagement	Ernährung & Bewegung
14	Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten	Mentale Gesundheit
15	Erwachsen werden.	Mentale und soziale Gesundheit
16	European Network of Health Promoting Schools - Finland	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
17	European Network of Health Promoting Schools - Norway	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
18	FAUSTLOS	Mentale und soziale Gesundheit
19	Fit und stark fürs Leben	Mentale und soziale Gesundheit
20	Fleurbaix-Laventie-Ville-Santé Study	Ernährung & Essverhalten
21	Food Club	Ernährung & Essverhalten
22	Food Dudes	Ernährung & Essverhalten
23	FRIENDS bzw. Freunde für Kinder	Mentale und soziale Gesundheit
24	Gesundheitsteams Stadtberner Schulen	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
25	Gewaltpräventionsprogramm nach Olweus.	Mentale und soziale Gesundheit
26	GO! - Gesundheit und Optimismus	Mentale und soziale Gesundheit
27	GO! - Gesundheit und Optimismus - Schweiz	Mentale und soziale Gesundheit
28	Ich brauch's nicht, ich rauch nicht	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
29	Jugend mit Biss	Ernährung & Essverhalten
31	Klasse in Bewegung - The Class moves!	Bewegung
32	Klasse2000	Mentale und soziale Gesundheit
33	Konstanzer Trainingsmodell (KTM)	Mentale und soziale Gesundheit
34	KOPS - Die Kieler Adipositaspräventionsstudie	Ernährung & Bewegung
35	Leipziger Programm (ALF)	Mentale und soziale Gesundheit
36	LISA-T: Leichtigkeit im Sozialen Alltag-Training	Mentale und soziale Gesundheit
37	Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag (LARS & LISA)	Mentale und soziale Gesundheit
38	NHSS - National Healthy School Standard	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
39	Pausenkiosk	Ernährung & Essverhalten
40	Physical Activity and Healthy Food Intervention	Ernährung & Bewegung
41	PriMa	Ernährung & Essverhalten
42	Pro Children	Ernährung & Essverhalten
43	ProACT + E	Mentale und soziale Gesundheit
30	Programm zur Prävention von anabolischen Steroiden	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
44	Programm zur Primärprävention von Ess-Störungen	Ernährung & Essverhalten
45	Risk Watch	Unfallverhütung
46	SNAKE	Mentale und soziale Gesundheit
47	Sozialtraining in der Schule	Soziale Gesundheit
48	Stark im Leben	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
49	The 5-a-Day Bash Street Way	Ernährung & Essverhalten
50	The Wessex Healthy School Award	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
51	Verhaltenstraining für Schulanfänger	Mentale und soziale Gesundheit

Nr.	1
Titel	Back-education
StudienautorInnen	Cardon, G.M., de Clercq, D.L.R., Geldhof, El.J.A., Verstraete, St., deBourdeaudhuij, I.M.M.
Titel der Studie	Back education in elementary school children: the effects of adding a physical activity promotion program to a back care program.
Land	Belgien
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Körperliche Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Prävention von Rückenschmerzen
Teilziele	a. Zum umfassenden Rückengesundheits-Programm sind die Ziele nicht näher definiert b. Ziele zum Bewegungsprogramm: b.1 Förderung von Bewegung in der Schule und zu Hause b.2 Entwicklung eines aktiven Lifestyles
Intervention	Programm "Back-Care" (Gruppe 1) umfasst: a. ein umfassendes Rückengesundheits-Programm: - 6 Lektionen Rückenschule durch einen Physiotherapeuten - Guidelines für LehrerInnen, um Prinzipien in den Schulalltag zu integrieren - Guidelines für haltungsbedingte Dynamiken im Klassenzimmer (z.B. Pausen etc.) - Materialien für weiterführende Klasse b. Gruppe 2: zusätzlich zum Rückengesundheitsprogramm ("Back-Care+"): Bewegungsprogramm: - 6 Lektionen (im Sportunterricht) für Selbstmanagement - Basis "classroom-components of Sports und Active Recreation for Kids" - eine Zusatzstunde Sport mit einem externen Bewegungsexperten - Sportmaterialien für jede Klasse für die Pausen - Information der Lehrer und Besuch durch Mitglied der Forschungsinstitution zur Motivation c. Gruppe 3: Kontrollgruppe - keine Intervention
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Rückengesundheitsverhalten b. 1. Wissen über Rückenvorsorge, 2. Angstvermeidungs-Überzeugungen, 3. Prävalenz von Rückenschmerzen (1 Woche) c. moderate, körperliche Aktivität Methoden: Beobachtung, Fragebogenerhebung, Accelerometer
Ergebnisse	a. Rückengesundheitsverhalten: ► 100 % BCBS (Back care behavior score) war in den Interventionsgruppen besser und in der Back-Care-Gruppe noch signifikant besser als in der Back-Care+- Gruppe. b. Wissen-Einstellung-Rückenschmerzen: ► 41 % b.1 beide Interventionen führten zu signifikant größerem Wissen in Bezug auf Rückenvorsorge: ► 100 % b.2 in Bezug auf Angstvermeidungs-Überzeugungen gab es nur in einer von 4 Bereichen Verbesserungen bei der Interventionsgruppe: ► 25 % b.3 keine Veränderung in Bezug auf Rückenschmerzen, jedoch niedrige Prävalenz: ► 0 % c. der Rückgang an moderater bzw. stärkerer körperlicher Aktivität war in der Back-Care+-Gruppe weniger stark - jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen : ► 0 % d. In Bezug auf Rücken-Vorsorge sind keine Unterschiede zu finden: ► 0 %
Anteil positiver Ergebnisse	47 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf langfristige Wirkungen bei den SchülerInnen vorhanden keine Angaben in Bezug auf die Implementierungen von LehrerInnen (Umsetzung der Guidelines etc.) Umsetzung durch PhysiotherapeutInnen ► kein Know-How-Transfer in Richtung LehrerInnen
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Die Studie enthielt die Empfehlung, Schulen nicht mit Programmen zu überladen. Weniger Inhalte scheinen es eher möglich zu machen, dass LehrerInnen sich vertiefend mit den Schülern beschäftigen. Will man mit einem spezifischen Programm sehr spezifische Ziele erreichen, scheint der Einsatz von themenbezogenen Interventionen (hier Focus Rückengesundheit) ausreichend.
Internet	
Literaturquelle	Cardon, G.M., de Clercq, D.L.R., Geldhof, El.J.A., Verstraete, St., deBourdeaudhuij, I.M.M. (2007): Back education in elementary school children: the effects of adding a physical activity promotion program to a back care program. <i>European Spine Journal</i> . 16. p.125-133.
Evaluationsstudie	

Nr.	2
Titel	Be Smart - Don't Start
StudienautorInnen	Hanewinkel, R.
Titel der Studie	"Be Smart - Don't Start". Ergebnisse des Nichtraucherwettbewerbs in Deutschland 1997-2007.
Land	Mehre EU-Länder gemeinsam
Schultyp	Sekundarstufe I, Oberstufe
inhaltlicher Focus	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Primär- und Sekundärprävention des Tabakkonsums
Teilziele	a. Das Thema "Nichtrauchen" in die Schulen zu bringen und für Schülerinnen und Schüler attraktiv zu machen b. Verzögerung bzw. Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen bei nichtrauchenden SchülerInnen c. Einstellen des Zigarettenkonsums bei den SchülerInnen, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, sodass sie nicht zu regelmäßigen Rauchern werden
Intervention	"Be smart don't start" ist ein jeweils nationaler Wettbewerb für Schulklassen, der in Deutschland seit 1997 implementiert ist. Schulklassen machen sich auf den Weg, eine "rauchfreie" Klasse zu bleiben oder zu werden - wird das Ziel erreicht, so erhält die Klasse Preise. Eine Schulklasse entscheidet gemeinsam, ob sie am Wettbewerb teilnehmen möchte (90 % müssen dafür sein), sie gibt damit ein Commitment ab, zwischen November und April des Folgejahres nicht zu rauchen. Schulklassen und LehrerInnen erhalten eine Mappe zur Durchführung des Programms. Eltern erhalten einen Folder (Bitte um Unterstützung der Kinder, Hilfsangebote zur Rauchentwöhnung). In der Klasse wird wöchentlich thematisiert, ob geraucht wurde - 10 % "dürfen" rauchen, um evtl. Mobbing zu vermeiden; sobald mehr als 10 % der SchülerInnen rauchen, scheidet die Klasse aus. LehrerInnen erhalten die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung. Schulklassen können wiederholt am Wettbewerb teilnehmen.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a.1 Programmbekanntheit a.2 Programmteilnahme b. Anteil regelmäßiger rauchender SchülerInnen (unterschiedlich gewertet: täglich, wöchentlich, regelmäßig, innerhalb des letzten Monats) - Erhebung mittels Selbsteinschätzung
Ergebnisse	a.1+2: Ziel für die AutorInnen in hohem Maße erfüllt: ► 100 % 2005 hatten 14 % der 12-19-Jährigen bereits mindestens einmal am Wettbewerb teilgenommen, und zwar 20% der 12 bis 15-Jährigen und 9% der 16 bis 19-Jährigen; 29% der Schulklassen bzw. 40% der LehrerInnen beteiligen sich wiederholt am Wettbewerb, b. Anteil regelmäßig rauchender SchülerInnen: ► 100 % Ergebnisse einer Metaanalyse aus Evaluationsstudien aus Finnland, Deutschland und den Niederlanden: Das Chancenverhältnis (odds ratio) des Rauchens beträgt in der Interventionsgruppe in Relation zur Kontrollgruppe 0,65. Das bedeutet, dass pro teilnehmender Klasse davon ausgegangen werden kann, dass ein bis zwei SchülerInnen durch die Teilnahme am Wettbewerb das unerwünschte Verhalten (Rauchen) nicht zeigen. Auch wenn alle nicht an der Wiederholungsbefragung teilnehmenden Jugendlichen RaucherInnen wären, wäre der Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe signifikant.
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	Auf SchülerInnen-Ebene können noch keine Aussagen zur nachhaltigen Wirksamkeit des Programms gemacht werden. Relativ hohe Drop-Out-Raten bei den Wiederholungsbefragungen. Durch die Möglichkeit der wiederholten Teilnahme am Projekt wird Nachhaltigkeit auf individueller Ebene möglich. Schulebene: durch LehrerInnen-Schulungen bzw. Aufbaus von Wissen bei den LehrerInnen wird Nachhaltigkeit auf Schulebene geschaffen. Des Weiteren nehmen relativ viele LehrerInnen wiederholt am Wettbewerb teil (40 %). - tendenz steigend. Solange der Wettbewerb angeboten wird, besteht eine gute Chance, dass Schulen wiederholt von diesem Angebot gebraucht machen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Klassen, die sich am Wettbewerb beteiligen unterscheiden sich in Bezug auf direkte und indirekte Gewalt und den Grad der Akzeptanz im Klassenverband nicht signifikant von Klassen, die sich nicht beteiligen . "Be smart don't start" ist Teil der europäischen "Smokefree competition", an der 2006/07 19 europäische Länder und 29.000 registrierte Klassen teilnehmen. Österreich beteiligt sich seit dem Schuljahr 2005/06 nicht mehr an diesem Wettbewerb. Diese Form von positivem Wettbewerb scheint sich für die Prävention des Tabakkonsums bei jungen Jugendlichen sehr gut zu eignen.
Internet	Deutschland: www.ift-nord.de/ift/be/ EU: the smokefree classroom competition: www.ift-nord.de/ift/sfc/
Literaturquelle	Hanewinkel, R. (2007). "Be Smart - Don't Start". Ergebnisse des Nichtraucherwettbewerbs in Deutschland 1997-2007.
Evaluationsstudie	Gesundheitswesen , 69. S. 38-44.

Nr.	3
Titel	BeKi - Bewusste Kinderernährung
StudienautorInnen	Noller, B., Winkler, G, Rummel, C.
Titel der Studie	Landesinitiative BeKi - Bewusste Kinderernährung: Programmbeschreibung und -evaluation.
Land	Deutschland
Schultyp	Vorschule/Kindergarten, Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulbasiert [und mit LehrerInnen als Ausführenden]
Globalziel	Förderung von gesunder Ernährung
Teilziele	a. Verbesserung des Ernährungswissens b. Förderung eines gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens c. Erziehung der Kinder zur Selbstständigkeit. Die Kinder sollen möglichst früh die Mitverantwortung für ihre Ernährung übernehmen. Nicht-Ziel: Prävention und Therapie von Adipositas
Intervention	Zielgruppe: Kinder bis zur 6. Schulstufe; Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen Leistungen: Veranstaltungen in Grundschulen und Kindergärten durch MultiplikatorInnen für Kinder (BeKi Fachfrauen) Printmedien (Ringordner "Ernährungserziehung bei Kindern") und Fortbildungen für ErzieherInnen und LehrerInnen BeKi gibt es seit 27 Jahren in Baden-Württemberg Es gibt landesweit ca. 270 BeKi-Fachfrauen. Inhalte: verschiedene ernährungsrelevante Themenbereiche
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Poststudie
Outcomevariablen	Outcome-Variablen nach dem RE-AIM-Modell: a. Reichweite (reach) auf individueller Ebene: Anteil der Kinder, Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen die von BeKi erreicht werden b. Effizienz (efficacy): positive und negative Wirkungen von Beki (wurde auf der individuellen Ebene mittels Befragung von ErzieherInnen und LehrerInnen gemessen) c. Reichweite auf institutioneller Ebene (adoption): Anteil an Kindertagesstätten und Schulen, der von BeKi erreicht wird d. Durchführung (Implementation): Umsetzungstreue von BeKi e. Beibehaltung und Kontinuität (maintenance): Wird das Programm kontinuierlich angenommen und angeboten? Methoden: schriftliche Befragungen, Interviews
Ergebnisse	a+c. Individuelle Reichweite und Reichweite auf institutioneller Ebene, Kontinuität: ► 72 % ► 64 % der befragten Kindergärten und ► 80 % der Grundschulen nutzten mind. eine Beki-Maßnahme (Ringordner, BeKi-Fachfrau, Fortbildung); da fast alle Kinder die Kindertagesstätte, und alle Kinder die Grundschule besuchen, entspricht die individuelle der institutionellen Reichweite; Anmerkung: am stärksten werden Einheiten mit den BeKi-Fachfrauen, am wenigsten die Fortbildungen genutzt. b. Effizienz: ► 61 % - positive, kurzfristige Effekte auf ernährungsbezogene Einstellungen der Kinder (gesündere Pausenfrühstücke wurden beobachtet, weniger Süßwarenkonsum und gesteigertes Interesse an Ernährungsthemen); positive Einstellungen d. ErzieherInnen und LehrerInnen zu Beki ► 100 % - für 1/3 der ErzieherInnen und LehrerInnen Anlass für weitere Interventionen ► 33 % Hinsichtlich der Häufigkeit und Durchführung von Maßnahmen zur Ernährungserziehung und der Ernährungseinstellung des pädagogischen Personals unterscheiden sich Beki-Nutzereinrichtungen kaum von BeKi-Nichtnutzern - sign. Kurzeffekte im ernährungsbezogenen Wissen der Kinder, aber nicht-signifikante Effekte auf die Einstellung, die Verhaltensintention und das Verhalten [Ergebnisse aus einem anderen Bundesland] ► 50 % d. keine Angaben zur Umsetzungstreue: ► nicht beurteilbar e. BeKi stellt nach dem Kenntnisstand der StudienautorInnen das am längsten kontinuierlich durchgeführte und umfassendste Programm zur Ernährungserziehung im deutschsprachigen Raum dar. Im Schuljahr 2004/05 gab es 6090 Einsätze. Damit sind die Programmverantwortlichen sehr zufrieden. Das Programm wird kontinuierlich weiterentwickelt und angeboten. ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	78 %

Nr.	3
Nachhaltigkeit	<p>In Bezug auf die nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene können aufgrund dieser Studie keine Aussagen getroffen werden.</p> <p>Die Einstellung zu BeKi von Seiten der ErzieherInnen und LehrerInnen ist positiv. Es gibt</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine kontinuierliche Steigerung der Inanspruchnahme und - eine gute Struktur mit vielen MultiplikatorInnen bzw. BeKi-Fachfrauen. <p>Des Weiteren BeKi sei kostengünstig, wobei jedoch unklar ist, ob ein Beitrag für den Einsatz der MultiplikatorInnen bezahlt werden muss.</p> <p>► gute Chancen für nachhaltige Verankerung, solange das Programm angeboten wird</p>
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	<p>BeKi scheint als sehr gut akzeptiertes und bekanntes Programm zum Thema Kinderernährung gut in Kindergärten und Grundschulen verankert zu sein. Der Programmcharakter ermöglicht eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Angebote und Inhalte, sodass eine hohe Chance auf eine Weiterentwicklung besteht. Der Mix aus Unterstützung von außen durch BeKi-Fachfrauen und Fortbildungsmaßnahmen für PädagogInnen scheint eine erfolgreiche Strategie zur Verankerung des Themas Essen und Ernährung in diesen Bildungseinrichtungen zu sein.</p>
Internet	www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1169180/index.html
Literaturquelle Evaluationsstudie	Noller, B., Winkler, G., Rummel, C.(2006). Landesinitiative BeKi - Bewusste Kinderernährung: Programmbeschreibung und -evaluation. Gesundheitswesen. 68, S. 165-170.

Nr.	4
Titel	BESS - Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule
StudienautorInnen	Mittag, W., Jerusalem, M.
Titel der Studie	Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Tabakkonsum
Teilziele	a. Förderung von grundlegenden Lebens- und Bewältigungskompetenzen (Lebenskompetenztraining) b. Förderung eines verantwortungsbewussten und selbstbestimmten Umgangs mit legalen und illegalen Drogen c. Förderung eines verantwortungsbewussten und selbstbestimmten Umgangs mit der eigenen Gesundheit
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht Durchführende: geschulte LehrerInnen (Dauer der LehrerInnen-Fortbildung: 2,5 Tage) Umfang: 24 Einheiten - können im Laufe des Schuljahres oder an 5 Projekttagen umgesetzt werden Inhalte: Selbstkonzept und -wertgefühl, Selbstwahrnehmung und Gefühle, Wertvorstellungen und Lebensziele, Selbstbehauptung, Konfliktbewältigung, Soziale und kommunikative Fähigkeiten, Entspannung und Stressbewältigung, Wissen und Information
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Es werden über eine Fragebogenerhebung bei den SchülerInnen Variablen zum Rauchverhalten erhoben, die Aussagen über 1. die Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum 2. den Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum sichtbar machen.
Ergebnisse	1. Primärprävention: kein Programmeffekt (Instrumentalitätserwartung und Rauchverhalten der engsten Freunde ist ausschlaggebender als die Programminhalte): ► 0 % 2. Sekundärpräventiver Interventionseffekt: Im Vergleich zur unstandardisierten Interventionsgruppen hörten in der standardisierten Interventionsgruppe bedeutend mehr Jugendliche auf, zu rauchen: ► 100 % weitere Ergebnisse aus anderen Studien: Reduktion des Alkoholkonsums der Jugendlichen Zahlreiche rauchende Jugendliche wurden dazu bewegt, mit dem Rauchen aufzuhören.
Anteil positiver Ergebnisse	50 %
Nachhaltigkeit	Es gibt keine Aussagen zur Nachhaltigkeit, inwieweit SchülerInnen "NichtraucherInnen" bleiben. Durch die Fortbildung der LehrerInnen und selbstständige Programmumsetzung im Unterrichtsalltag wurde in der Schule Know-How bei LehrerInnen aufgebaut. Eine Kurzform ist in Entwicklung - erhöht die Chance, dass das Programm weiterhin umgesetzt wird.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Als wichtige Faktoren, die Jugendliche zum Rauchen animieren, sind folgende evident geworden: beste FreundInnen rauchen; geringe Selbstwirksamkeitserwartung, widerstehen zu können. Diese Umstände sollten in zukünftige Programme zur Tabakprävention einfließen. Es spricht mehr dafür, sekundärpräventiv vorzugehen (mit speziellen Zielgruppen). Interessant wäre, welche Auswirkungen das Programm in Bezug auf die verschiedenen Lebenskompetenzen hat und ob es von den SchülerInnen gerne durchgeführt wird.
Internet	www.bdp-gus.de/gp/massnahmen1/bess.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	Mittag, M., Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 183-202.

Nr.	5
Titel	Bleib locker
StudienautorInnen	Klein-Heßling, J.
Titel der Studie	
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Erprobung von Stressbewältigungsstrategie-Programmen für Kinder
Teilziele	keine genannt
Intervention	<p>Durchführung von Trainingseinheiten</p> <p>Durchführende: externe ExpertInnen (PsychologInnen); in den 1990er Jahren wurden 60 Kursleiter von der deutschen Technikerklasse geschult.</p> <p>Dauer: 8x90 Minuten für Gruppen von ca. 10 Kindern Zwei begleitende Elternabende am Beginn und am Ende des Trainingsprogramms</p> <p>Inhalte: - Wahrnehmungsschulung für Stresssymptome und potentielle Stresssituationen - Kennenlernen eines kindgerechten Stressmodells - Erproben und Bewerten unterschiedlicher emotionsregulierender und problemorientierter Stressbewältigungsstrategien: entspannen, soziale Unterstützung suchen, Probleme lösen Erarbeitung von Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung der Kinder an Elternabenden</p> <p>Methoden: Problemanalysen, verhaltensbezogene Hausaufgaben, Rollenspiele, Fallbeispiele, Comics, Entspannungs- und Auflockerungsübungen</p>
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	stressbewältigungsrelevanten Merkmale über Fragebogenerhebungen durch die Kinder und durch Eltern erhoben
Ergebnisse	<p>Die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lernen Stresssymptome und potenzielle Stresssituationen wahrzunehmen - kennen nach der Maßnahme deutlich mehr Stressbewältigungsstrategien - schätzen potenzielle Stresssituationen nach dem Training als weniger belastend ein <p>Das Programm ist aus Sicht des Studienautors als erfolgreich einzuschätzen.</p> <p>Eine Schwerpunktsetzung auf das Vermitteln von Problemlösefertigkeiten hat dabei die deutlichsten Effekte, eine Schwerpunktsetzung auf die Vermittlung von Entspannungstechniken die geringste Wirkung.</p>
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	keine Aussagen über die nachhaltige Wirksamkeit des Programms auf SchülerInnen-Ebene möglich Durch die Durchführung der Intervention durch externe TrainerInnen und die kleinen SchülerInnen-Gruppen, mit denen die Intervention durchgeführt wird, ist eine nachhaltige Verankerung im Schulalltag wenig wahrscheinlich. Es gibt keine Angaben, ob für die Durchführung der Trainingseinheiten Kosten für die Schule anfallen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Zum Programm wurden bereits Bücher und CDs produziert. Ebenso ein Faltpaket für Kinder. Leider gibt es keine Angaben, inwieweit auch LehrerInnen dieses Programm umsetzen und in den Schulalltag integriert einsetzen könnten - wäre eine gute Weiterentwicklung.
Internet	Faltpaket für Kinder: https://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/b01__bestellungen__downloads/z99__downloads__bilder/pdf/faltpaket__bleib__locker.property=Data.pdf
Literaturquelle Evaluationsstudie	<p>Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2000). Stressbewältigung für Kinder im Grundschulalter. (2. erweiterte und aktualisierte Auflage des Trainingsmanuals zu "Bleib locker"). Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Lohaus, A., Beyer, A., Klein-Heßling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie. 36, S. 38-46.</p> <p>zitiert nach Kaluza, G., Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 14(3), S. 119-134.</p>

Nr.	6
Titel	Boost Better Breaks (BBB)
StudienautorInnen	Freeman, R., Oliver, M., Bunting, G., Kirk, J., Saunderson, W.
Titel der Studie	Adressing Children's Oral Health Inequalities in Northern Ireland: A Research-Practice-Community Partnership Initiative.
Land	Nordirland
Schultyp	Kindergarten/Vorschule, Grundschule
inhaltlicher Focus	Körperliche Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Kariesprävention
Teilziele	a. Erhöhung des Anteils kariesfreier Kinder b. Verbesserung des dmft-Wertes für Kinder im 10. und 11. Lebensjahr
Intervention	<p>Es wurde eine Partnerschaft aus Forschern, Praktikern und der Schul-Community gebildet, um eine Policy in Bezug auf die Prävention von Karies im Setting Schule zu entwickeln, die sich auf das Angebot von kariogenen Pausensnacks und Getränken bezieht.</p> <p>Wenn Schulen am Boos-Better-Breaks-Programm teilnehmen, verpflichten sie sich zu folgender Policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Kindern ist nur der Konsum von Milch und Obst in der Pause erlaubt bzw. der Verkauf von fett- und zuckerreichen Snacks in der Schule wird verboten. - Lehrer dürfen Kinder nicht mit Süßigkeiten belohnen. <p>- Es wurde eine Auszeichnung für Schulen entwickelt.</p> <p>- Das Boost-Better-Breaks-Programm startete im Jahr 1994. 2001 haben 80 % der Vor- und Grundschulen am Programm teilgenommen.</p>
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Prozentsatz von Kindern mit bleibenden Zähnen, die aufgrund von Karies beschädigt, fehlend oder gefüllt sind. Untersuchung von Kindern im 9. bzw. 10. Lebensjahr (Längsschnitt)
Ergebnisse	<p>Es ist kein Effekt der BBB-Intervention ersichtlich.</p> <p>Die Steigerung des dmft-Wertes ist jedoch vom sozioökonomischen Status (SES) der Kinder abhängig. Das Programm zeigte leicht positive Auswirkungen auf Kinder mit niedrigem SES (niedrigere Steigerungsraten des dmft-Wertes von Kindern in Schulen, die am Programm teilnehmen).</p> <p>Zielerreichung: ► 30 %</p>
Anteil positiver Ergebnisse	30 %
Nachhaltigkeit	keine Aussagen über die nachhaltige Wirksamkeit des Programms auf SchülerInnen-Ebene möglich Gute Nachhaltigkeit des Programms auf Schulebene möglich, da über Policies und gemeinsame Veränderungen von Angeboten Schulumwelten nachhaltig verändert werden.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Es gibt im europäischen Raum mit Sicherheit eine Reihe ähnlicher oder intensiver ausgebauter Kariespräventionsprogramme, deren Ergebnisse jedoch nicht publiziert sind. BBB ist ein Beispiel für ein relativ wenig aufwändiges Programm, welches auch bereits moderate Auswirkungen auf Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Standard hat.
Internet	www.whocollab.od.mah.se/euro/uk/data/northernirelandproj.html
Literaturquelle	Freeman, R., Oliver, M., Bunting, G., Kirk, J., Saunderson, W. (2001). Adressing Children's Oral Health Inequalities in Northern Ireland: A Research-Practice-Community Partnership Initiative. Public Health Reports. 116, p. 617-625.
Evaluationsstudie	

Nr.	7
Titel	Citizenship Safety Project (CSP)
StudienautorInnen	Frederick, K., Barlow, J.
Titel der Studie	The Citizenship Safety Projekt: a pilot study.
Land	Großbritannien
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Unfallverhütung
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Unfallprävention
Teilziele	a. Wissenszuwachs bei den SchülerInnen der 2. Schulstufe b. sekundäre Ziele (für die Peers): Die Entwicklung von Fähigkeiten (inhaltlich und kommunikativ), damit Jugendliche Verantwortung in ihrer sozialen Umwelt zu übernehmen, sowohl in der Schule als auch in der Gemeinde.
Intervention	Es handelt sich um ein Peer-Education-Projekt, bei dem 14-15-Jährige SchülerInnen Unterrichtseinheiten für 6-7-Jährige zum Thema Unfallverhütung abhalten. SchülerInnen erhalten eine Ausbildung (10x45 Minuten), in der sie angemessene Fertigkeiten erwerben, um jüngere Kinder zu unterrichten. Die Peers arbeiten in 2-er-Teams, die gemeinsam eine Unterrichtseinheit zu einem Unfallpräventionsthema ihrer Wahl (Auswahl aus 5 Themenbereichen) anbieten. 8-9 Wochen nach dieser Entwicklung wendeten die Peers ihre Unterrichtseinheit bei den SchülerInnen der 2. Klasse an (Dauer: ca. 30 Minuten).
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	Prä-Post-Studie
Outcomevariablen	a. notwendiges Wissen über Unfallverhütung für SchülerInnen im 2. Schuljahr b. Veränderungen in Bezug auf Selbstvertrauen und Kontrollüberzeugung (LOC) bei den SchülerInnen im 10. Schuljahr (Peers), die zuverlässig der Programmteilnahme zugeschrieben werden können. Analyse von Projekttagebüchern der Peers & Interviews c. Erwartungen über das Projekt und Zufriedenheit mit dem Projekt bei den SchülerInnen im 2. und im 10. Schuljahr d. Frage nach der Durchführbarkeit des Programms in Schulen (z.B. in Bezug auf organisatorische Fragen) Methode: Fragebogenerhebung (SchülerInnen, LehrerInnen)
Ergebnisse	a. Es kam zu einem Wissenszuwachs bei den SchülerInnen der 2. Schulstufe: ► 100 % b. keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf Selbstvertrauen oder LOC: ► 0 % c. gute Zufriedenheit mit dem Projekt (80 % der SchülerInnen beurteilen es "gut"): ► 80 % d. zeitliche Ressourcen wurden als angemessen wahrgenommen; Projekt wurde als gute Möglichkeit gesehen, mit den SchülerInnen vorgegebene Unterrichtseinheiten (Citizenship) zu erarbeiten: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	70 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Das Projekt hat offensichtlich gute Chancen, nachhaltig implementiert zu werden, da hohe Zufriedenheit bei LehrerInnen und SchülerInnen und gute Passung in den Lehrplan bzw. zu nationalen Zielen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Interessanter Ansatz, der soziales Lernen und Unfallverhütung kombiniert!
Internet	www.impsweb.co.uk/what-we-do/citizenship-safety/default.htm
Literaturquelle	Frederick, K., Barlow, J. (2006). The Citizenship Safety Projekt: a pilot study. Health Education Research. 21(1), p. 87-96.
Evaluationsstudie	Und: http://www.impsweb.co.uk/what-we-do/citizenship-safety/default.htm

Nr.	8
Titel	Das PATH/PFAD Curriculum im Rahmen von zippis
StudienautorInnen	Eisner, M., Jünger, R., Greenberg, M.
Titel der Studie	Gewaltprävention durch die Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen in der Schule.
Land	Schweiz
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Verhaltensproblemen
Teilziele	Förderung sozialer Fertigkeiten: a. Förderung emotionaler Kompetenzen b. Förderung der motivationalen Reife c. Förderung sozialkognitiver Prozesse d. Zunahme der Lernbereitschaft
Intervention	Im Rahmen des Projektes wurden das Curriculum PATH/PFAD und/oder das Elternprogramm Triple P in vier Varianten angewandt. Gruppe 1: alle Eltern erhalten das Elterntraining Triple P kostenlos; Gruppe 2: In allen Klassen wird PFAD umgesetzt; Gruppe 3: Triple P wird angeboten und PFAD wird umgesetzt; Gruppe 4: Kontrollgruppe PATH/PFAD: Curriculum; Materialien und Newsletter für Unterricht: 46 Hauptktionen plus zahlreiche Zusatzktionen für die gesamte Grundschulzeit mit sehr detailliert ausgearbeiteten Zielen, Konzepten und Vokabular. Empfehlung für die Durchführung: 2-3mal / Woche für 20 - 30 Minuten Im Projekt wurden durchschnittlich 17 Einheiten á 30 Minuten durchgeführt Durchführende: LehrerInnen, erhalten Ausbildung (2 Tage) plus Coaching; Einladung zu einem Auffrischungsmeeting Inhalte: Gefühle erkennen und verstehen; gesundes Selbstwertgefühl; Verstehen und Befolgen von Regeln; Selbstkontrolle; Probleme lösen; soziales Zusammenleben und Freundschaften TRIPLE-P Gruppenkurs für Eltern - verhaltensorientiertes Elterntraining zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen Umfang: 4 x 2 bis 2,5 Stunden; wurde in mehreren Sprachen abgehalten plus Telefonberatung Inhalte: Umgang mit Problemverhalten, bejahende Beziehung mit dem Kind fördern, elterliches Selbstvertrauen stärken
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Verhalten der Kinder in verschiedenen Dimensionen Methoden: Fragebogenerhebungen und Interviews - Bewertung durch Kinder, LehrerInnen, Eltern Es werden eher negative Verhaltensweisen abgefragt.
Ergebnisse	Wirkungen von Triple-P: ► 29 % Elterlicher Erziehungsstil und Familienklima: ► 67 % - in zwei von 6 Erziehungsbereichen (körperliche Bestrafung, impulsives Erziehen) positive Auswirkungen: → 33 % - positiveres Familienklima: → 100 % Verhalten des Kindes nach Einschätzung der Eltern: ► 0 % Verhalten des Kindes nach Einschätzung der LehrerInnen: ► 20 % - positive Auswirkung auf eine von 5 Dimensionen (prosoziales Verhalten) Wirkungen von PFAD: ► 31 % soziale Problemlösefähigkeit: Rückgang in einem von zwei Bereichen (aggressives Problemlösen): ► 50 % Problemverhalten Wahrnehmung der Eltern: ► 20 % - keine Wahrnehmung von Veränderungen: → 0 % - in Klassen mit hoher Umsetzungsqualität: 2 von 5 Bereichen positiver beurteilt (aggressives Verhalten, nicht-aggressives Problemverhalten): → 40 % Problemverhalten: Wahrnehmung der Lehrer: ► 23 % - keine Wahrnehmung von Veränderungen insgesamt im Vergleich zw. den Gruppen: → 0 % - Wahrnehmung einer Verbesserung in einem Bereich (soziales Verhalten) im Vorher-Nachher-Einschätzung d. Path-Lehrer: → 20% - Rückgang von Problemen im schulischen Umfeld, jedoch kein besseres Klassenklima: → 50 % Kombination von Path und Triple-P: keine Synergieeffekte
Anteil positiver Ergebnisse	30 %

Nr.	8
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Durch LehrerInnen-Ausbildung scheinbar gegeben, jedoch ist ohne weiteres Coaching die Umsetzungsqualität gefährdet. Des Weiteren wird die Umsetzung von vielen LehrerInnen als sehr aufwändig beurteilt.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Bei diesem Programm handelt es sich um eine sehr aufwändige Intervention, die schwer in den Unterrichtsalltag integrierbar scheint. Triple-P scheint vor allem im Bereich des elterlichen Erziehungsstils wirksam zu sein und könnte über das Setting Schule gut angeboten werden.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Praxis der Rechtspsychologie, 2006 www.z-proso.unizh.ch/Publikationen/PubliDok/PFAD_06.pdf. - aufgesucht am 27.9.2007 Das Züricher Präventions- und Interventionsprojekt an Schulen, zipps www.z-proso.unizh.ch/Buch/z-prosoFinal.pdf. aufgesucht am 27.9.2007

Nr.	9
Titel	Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS)
StudienautorInnen	Balthasar, A., Feller-Länzlinger, R., Furrer, C., Biebricher, M.
Titel der Studie	Wirkungsevaluation des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS). Schlussbericht.
Land	Schweiz
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Motivierung von Schulen, ihre Schule in Richtung "Gesunde Schule" zu entwickeln
Teilziele	<p>a. Nationales Ziel: Schulen in der Schweiz verankern Gesundheitsförderung nachhaltig im Schulalltag</p> <p>b. Ziele auf der Ebene der Fachstellen bzw. Kantonalen Netzwerke: Schlüsselpersonen in der schulischen Gesundheitsförderung und Schulentwicklung in den Gemeinden, Kantonen und Regionen für die Idee der «Gesundheitsfördernden Schule» gewinnen, Fachstellen bei der Initiierung Kantonaler Netzwerke unterstützen, Kantonale Netzwerke mit Beratung, Austauschtreffen und Ressourcen unterstützen.</p> <p>c. Ziele auf Schulebene: Schulen für ihre Aufgaben in der GF sensibilisieren, zu Gesundheitsförderungs-Aktivitäten anregen, vorhandene Gesundheitsförderungs-Ansätze stärken, Schulen dazu anregen, die Gesundheitsförderung mit ihrem Qualitätsmanagement zu verbinden, Bereitschaft, Gesundheitsförderungs-Innovationen zu unterstützen, einen Reflexionsraum für ihre Gesundheitsförderungs-Aktivitäten bieten, für ihre Gesundheitsförderungs-Profilbildung belohnen, eine Vernetzungsplattform, Austausch und Lernfelder anbieten.</p>
Intervention	<p>Das SNGS wird von der Firma "radix" getragen.</p> <p>Nach 10 Jahren der direkten Arbeit mit den einzelnen Schulen und dem Aufbau einiger Kantonaler Netzwerke wird der Fokus ab 2008 auf die Implementierung und Verankerung in den Regionen und Kantonen gelegt.</p> <p>Um eine Breitenwirkung zu erzielen, sollen möglichst viele Kantonale Netzwerke als Unterstützungssysteme für Schulen entstehen.</p> <p>Zur Erreichung dieses Zieles richtet RADIX seine Angebote schwerpunktmässig auf zwei Zielgruppen aus:</p> <p>a) Fachstellen in den Kantonen – mit dem Ziel, diese für die Schaffung Kantonaler Netzwerke zu gewinnen.</p> <p>b) Schulen – in Regionen, wo es noch keine Kantonalen Netzwerke gibt.</p> <p>Schulen im SNGS erhalten für ihre Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung Unterstützung durch Prozessbegleitung, Expertise und finanzielle Ressourcen</p> <p>Schulen können auf zwei verschiedenen Ebenen im SNGS verankert sein: als Programmschulen oder Alumni-Schulen.</p> <p>Schulen setzen Projekte zu gesundheitsrelevanten Themen in ihrer Schule um, können Themen jedoch frei wählen</p> <p>Neben fachlicher Beratung und Begleitung erhalten Programmschulen eine finanzielle Unterstützung von max sFr 4000,- für die Dauer von drei Jahren (max. 50 % der budgetierten Projektkosten).</p>
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht zuordenbar
Outcomevariablen	<p>Die Fragestellungen der Evaluation beziehen sich auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wirkungen des SNGS auf Schulorganisation, -klima und die Gesundheit von LehrerInnen und SchülerInnen in den beteiligten Schulen - Stärken und Schwächen der unterstützten Projekte - Wirksamkeit der externen Prozessunterstützung und deren Bedeutung für den Projekterfolg - Ausmaß, inwieweit es gelungen ist, mit dem Setting-Ansatz gesundheitsfördernde Themen zu transportieren und welches Potenzial dieser Ansatz hat - Wirkungen des SNGS über die beteiligten Schulen hinaus - Mehrwert, den das Netzwerk generiert hat, um das Implementieren von Gesundheitsthemen an Schulen langfristig zu erleichtern - notwendige Optimierungen: auf Netzwerkebene, Schulebene <p>Evaluationszeitpunkt: 2006</p>

Nr.	9
Ergebnisse	<p>Das Schweizer Netzwerk ist in der Primar- und Sekundarstufe I sehr gut etabliert, wenig in der Sekundarstufe II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 67 % <p>SchülerInnen-Ebene: ▶ 75 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 80 % der SchülerInnen sind für gesundheitliche Themen sensibilisiert ▶ 74% berichten über einen gestärkten Zusammenhalt der Schülerinnen und Schüler ▶ 71% berichten über verbessertes Verhalten im Hinblick auf das soziale Wohlbefinden <p>Schulklima: ▶ 75 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ In 58 Prozent der Schulen wurde zudem ein Rückgang der Konflikte zwischen den Schüler/-innen festgestellt. ▶ 76 % der befragten Verantwortlichen berichten in Bezug auf das Schulklima eine positive Wirkung der Projekte. <p>Nachhaltigkeit - Strukturelles: ▶ 70 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ In 85 % wurden gesundheitsfördernde Themen von den Schulen in den Unterricht aufgenommen ▶ Mehr als die Hälfte der befragten Schulen haben die Infrastruktur wie den Pausenplatz oder die Räumlichkeiten gesundheitsfördernd umgestaltet.- 55 % <p>LehrerInnen-Gesundheit: ▶ 71 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 82 % der LehrerInnen sind für gesundheitliche Themen sensibilisiert ▶ 71 % beobachten eine Verbesserung der Teamkultur ▶ Bei 59 % der LehrerInnen kann ein gesundheitsbewussteres Verhalten in Bezug auf das soziale Wohlbefinden sowie die Vermeidung von Überforderung/Überlastung beobachtet werden
Anteil positiver Ergebnisse	72 %
Nachhaltigkeit	In zwei Fallstudien zeigte sich, dass mit der Fortdauer der Projekte zunächst die Schulorganisation und später auch das Schulumfeld gesundheitsfördernd verändert werden konnten. Bei einem vertieft untersuchten Projekt konnte sogar eine Institutionalisierung der Gesundheitsförderung beobachtet werden.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Das Schweizer Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen und dessen Evaluierung zeigt, dass mit einer entsprechenden Struktur, die sowohl inhaltliche als auch finanzielle Unterstützung bietet, Gesundheit in breitem Maße in Schulen der Schweiz als Thema verankert werden konnte und es Effekte auf SchülerInnen- und LehrerInnen-Ebene gab.
Internet	www.gesunde-schulen.ch
Literaturquelle Evaluationsstudie	Balthasar, A., Feller-Länzlinger, R., Furrer, C., Biebricher, M. [Interface] (2006). Wirkungsevaluation des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS). Schlussbericht. http://www.gesunde-schulen.ch/data/data_322.pdf . Bzw. http://www.gesunde-schulen.ch/data/data_157.pdf (Konzept des SNGS) Aufgesucht am 5. März 2008.

Nr.	10
Titel	DOit - Dutch Obesity Intervention in Teenagers
StudienautorInnen	Singh, A., Chin A Paw, M., Kremers S., Visscher T., Brug J., Mechelen, W. bzw. Singh, A., Chin A Paw, M., Brug, J., Mechelen, W.
Titel der Studie	Short-term Effects on School-Based Weight Gain Prevention Among Adolescents.
Land	Niederlande
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Bewegung
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Prävention von starker Gewichtszunahme
Teilziele	a. Reduktion des Konsums von mit Zucker gesüßten Getränken b. Reduktion der Energiezufuhr aus Snacks c. Reduktion von sitzenden Verhaltensweisen d. Steigerung von bewegtem Verhalten
Intervention	Interventionen auf verschiedenen Ebenen: - individuelle klassenbasierte Programmkomponente (Unterrichtsprogramm mit 11 Lektionen für verschiedene Fächer plus weiteres unterstützendes Material -> individuelle internet/CD-Rom-basierte Beratung; Tagebuch, Pedometer, Videomaterial) - verhältnisbezogene Maßnahmen: Unterstützung von Schulkantinen bei Veränderungen, Poster für die Schulkantine, finanzielle Unterstützung für Schulen für zusätzliche Bewegungsstunden - verschiedene Verhaltens-Veränderungs-Methoden auf individueller Ebene: Selbstbeobachtung, Selbstevaluation, Belohnung, Erhöhung von Fähigkeiten, Zielsetzungen, umweltbezogene Veränderungen, soziale Ermutigung und Unterstützung, verhaltensbezogene Information, personenbezogene Nachrichten Programmentwicklung wurde mit der Beteiligung der Zielgruppen Jugendliche, LehrerInnen, Ernährungs- und BewegungsexpertInnen) umgesetzt - vor allem, um in der Literatur gefundene Determinanten für Risikoverhalten zu diskutieren.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Für die Ergebnisevaluation: Outcomes auf individueller Ebene: a. Körpergröße und -gewicht, Hautfalten, körperliche Fitness b. körperliche Aktivität c. verschiedene Determinanten Für die Prozessevaluation: d. Beobachtung von mindestens einer Lektion Jugendliche: Zufriedenheit mit den Lektionen, Veränderungen in der Schulkantine und zu den zusätzlichen Sparteinheiten Methoden: physische Messungen, Bewegungsmessung, Fragebogenerhebungen, Beobachtung, semistrukturierte Interviews
Ergebnisse	Berichtet werden nur Ergebnisse in Bezug auf physiologische Parameter (welche positiv sind) (a) - keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf den BMI: ► 0 % - Mädchen: signifikante Interventionseffekte in Bezug auf das Verhältnis zwischen Hüften und Bauch; Summe der Hautfalten, Hüftumfang: ► 50 %
Anteil positiver Ergebnisse	25 %
Nachhaltigkeit	noch keine Angaben zur nachhaltigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene verfügbar Keine Angaben über die Zufriedenheit mit dem Programm (z.B. Veränderungen im Speisenangebot) oder andere Umstände, die auf die Chance einer dauerhaften Implementierung auf Schulseite schließen lassen
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Bei diesem Projekt handelt es sich um ein vorbildhaft entwickelten mehrdimensionalen Ansatz, der sogar in relativ kurzer Zeit Auswirkungen auf körperliche Parameter zeigen kann - wenn auch in bescheidenem Maße. Leider fehlen in der Evaluationsstudie Angaben zur Akzeptanz bei der Zielgruppe und Chancen auf nachhaltige Wirksamkeit auf der Schulebene, sodass schwer zu beurteilen ist, ob das Thema in den Schulen aufrecht erhalten bleiben kann und somit Wirkungen langfristig gesichert werden können.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Singh, A., Chin A Paw, M., Kremers S., Visscher T., Brug J., Mechelen, W. (2006). Design of the Dutch Obesity Intervention in Teenagers (NRG-DOIT): systematic development, implementation and evaluation of a school-based intervention aimed at the prevention of excessive weight gain in adolescents. BMC Public Health. 6: 306. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-304.pdf . aufgesucht am 29.9.2007. Singh, A., Chin A Paw, M., Brug, J., Mechelen, W. (2007). Short-term Effects on School-Based Weight Gain Prevention Among Adolescents. Archive of Pediatrics and Adolescent Medicine. 161, p.565-571. http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/6/565 . aufgesucht am 19. 2.2008.

Nr.	11
Titel	EFFEKT
StudienautorInnen	Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaurisch, St.
Titel der Studie	Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter
Land	Deutschland
Schultyp	Vorschule/Kindergarten
inhaltlicher Focus	Soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Prävention von Problemen des Sozialverhaltens
Teilziele	a. Förderung des sozialen Problemlösens bei den Kindern b. Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern
Intervention	<p>Trainingseinheiten im Unterricht Durchführende: Externe TrainerInnen</p> <p>In der Studien wurden 4 Bedingungen angewandt: Gruppe 1: kein Training; Gruppe 2: Kindertraining; Gruppe 3: Elternttraining; Gruppe 4: Kinder- und Elternttraining Es arbeiteten immer 2 TrainerInnen für das Kindertraining; 1-2 TrainerInnen für das Elternttraining</p> <p>Name des Kindertrainings: "Ich kann Probleme lösen": Dauer: 15 Sitzungen á 30 - 60 Minuten verteilt 3 - 5 Wochen Inhalte: Gefühle bei sich selbst und anderen Kindern wahrzunehmen, Gründe für das Verhalten anderer Kinder erkennen, die Folgen des eigenen Verhaltens einschätzen, Lösungen für Konflikte mit anderen Kindern entwickeln, die ausgeführte Problemlösung hinsichtlich ihrer Wirkung bewerten</p> <p>Elternttraining: Dauer: 5 Sitzungen á 90 - 120 Minuten verteilt über 5 Wochen Inhalte: Wie können Eltern das Selbstvertrauen ihres Kindes stärken? Wie können effektiv Aufforderungen an das Kind gestellt werden? Wie erklären Eltern klar Regeln? Wie können sie mit schwierigen Erziehungssituationen umgehen? Wie kann Stress in der Erziehung besser bewältigt werden? Wie können Eltern die Freundschaften ihres Kindes am besten unterstützen?</p> <p>Im Raum Erlangen wurden und werden zahlreiche Personen zu Effekt-TrainerInnen ausgebildet. Auch LehrerInnen können eine solche, 4-tägige, TrainerInnen-Ausbildung absolvieren.</p>
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>Ergebnisevaluation: Fragebogenerhebungen, Inhaltsanalysen der Zeugnisbeurteilungen d. 1. Klasse Grundschule</p> <p>a. Verhaltensprobleme der Kinder - Einschätzung durch ErzieherInnen b. Zeugnisbeurteilung der 1. Klasse (Bemerkungen im Halbjahres- und Jahreszeugnis) a+b: kurzfristig & längerfristig</p> <p>Prozessevaluation: c. Teilnehmerzufriedenheit bei Elternttrainings d. Beteiligung der Kinder</p> <p>Methoden: Einschätzungen durch ErzieherInnen, Inhaltsanalyse der Zeugnisse, Fragebogenerhebungen</p>
Ergebnisse	<p>a. signifikant positive (jedoch kleine) Effekte in der Einschätzung v. Verhaltensproblemen: ► 100 % b. Anteil der Problemkinder nach Zeugnisbeurteilung in der VG geringer als in der KG: ► 100 % c. Eltern waren überwiegend mit dem Training zufrieden: ► 100 % d. Kindertraining ist gut implementiert: ► 100 %</p>
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	<p>Auf der Verhaltensebene ist die Nachhaltigkeit positiv zu beurteilen, da die Effekte auch längerfristig wirksam bleiben.</p> <p>Da EFFEKT von externen TrainerInnen durchgeführt wird, kommt es zu keinen Veränderungen im Setting und auch zu keinem Wissenstransfer in Richtung LehrerInnen. Prinzipiell könnten sich PädagogInnen zur Durchführung des Trainings im Kindergarten durch eine Fortbildung qualifizieren.</p>
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	StudienautorInnen meinen, dass es wichtig ist, die sog. Risikogruppen zu motivieren, mit zumachen. Die Effekte des Programms waren positiv, jedoch relativ klein. Aus Public Health Perspektive müssten daher möglichst viele Kinder und Eltern das Programm durchlaufen.
Internet	www.oeffekt-training.de
Literaturquelle	Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaurisch, St. (2006). Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 35(2), S. 127-139.
Evaluationsstudie	

Nr.	12
Titel	Eigenständig werden
StudienautorInnen	Wiborg, G., Hanewinkel, R.
Titel der Studie	Eigenständig werden
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen
Teilziele	a. Aufbau gesundheitsförderlicher Ressourcen zur Prävention von Unfällen, sexuellem Missbrauch und Suchtverhalten b. Aufbau und Förderung von partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Kind, Schule und Familie c. Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in Hinblick auf die eigene Person, den Umgang mit anderen Menschen und die Auseinandersetzung mit der Umwelt
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht Durchführende: geschulte LehrerInnen (2,5 Tage Fortbildung) Dauer: 42 Unterrichtseinheiten für die Klasse 1-4 Inhalte: Schulung von persönlichen und sozialen Kompetenzen (Lebenskompetenzen nach WHO) Themen: "Ich": Selbstwahrnehmung und Selbstständigkeit "Ich und die anderen": Zusammenhalt in der Klasse, Beziehungen der Kinder zueinander "Ich und meine Umwelt": Übernahme von Verantwortung für die Umwelt sowie Sicherheit und Gesundheit von anderen
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Ergebnisevaluation: Verhalten von SchülerInnen (über einen LehrerInnen-Fragebogen erhoben): Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten der SchülerInnen in drei Skalen: a. Fertigkeiten (personale und soziale Kompetenzen der SchülerInnen) b. externalisiertes Verhalten (Verhaltensauffälligkeiten) c. internalisiertes Verhalten (Kontaktprobleme, mangelndes Selbstvertrauen) Prozessevaluation: Beurteilung der Unterrichtseinheiten mittels Fragebogen durch die Lehrkräfte in Bezug auf - Unterrichtsziele - Praktikabilität - Altersangemessenheit - Material
Ergebnisse	Für die AutorInnen wurden die angestrebten Ziele zu ► 100 % erreicht. a. Fertigkeiten: Erhöhung sozialer Fertigkeiten (4x stärkere Erhöhung als in der Kontrollgruppe) b. Externalisierte Verhaltensweisen: Rückgang um 17 % c. internalisierte Verhaltensweisen: Rückgang um durchschnittlich 25 % Durchwegs überdurchschnittlich gute Bewertungen der Unterrichtseinheiten - auch hier vollste Zufriedenheit der AutorInnen: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben zu langfristigen Effekten auf SchülerInnen-Ebene Programm ist offensichtlich gut umsetzbar und kann von den LehrereInnen selbstständig durchgeführt werden.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Eigenständig werden wurde mittlerweile auch in Österreich pilothaft eingesetzt, evaluiert und nun als Programm über die Fachstellen für Suchtprävention weiter umgesetzt. Die vorliegende Evaluationsstudie zeigt sehr gute Ergebnisse, die in der österreichischen Evaluation nicht repliziert werden konnten., wo die Ergebnisse jedoch auch positiv waren. Ob der überaus guten Akzeptanz von Eigenständig werden bei LehrerInnen ist das Programm zum Einsatz im Unterricht sehr zu empfehlen.
Internet	Österreich: www.eigenstaendig.net/kms/static_nav/ Deutschland: www.eigenstaendig-werden.de/
Literaturquelle Evaluationsstudie	Wiborg, G., Hanewinkel, R. (2003). „Eigenständig werden“. Persönlichkeitsentwicklung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen, Sucht- und Gewaltprävention in der Schule. http://62.116.104.138/Webpages/EDV-Butler/Rotary/docs/Eigenstaendig_werden_sachsen.pdf . Aufgesucht am 23. 9. 2007.

Nr.	13
Titel	Energiemanagement
StudienautorInnen	Baerlocher, K., Laimbacher, J.
Titel der Studie	Ernährungsprogramm als Mittel zur Gesundheitsförderung in Schulen
Land	Schweiz
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Bewegung
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Befähigung von SchülerInnen zu sinnvollem Essen und Bewegung
Teilziele	a. Wissenserweiterung b. Sensibilisierung und Verhaltensänderung d. Erfassung von SchülerInnen mit Problemen und Weiterleitung an entsprechende Interventionen
Intervention	Erarbeitung von Unterrichtsmaterialien durch LehrerInnen d. Fachgruppe Turnen und Sport Veröffentlichung als Lehrmittel zur Integration in verschiedene Unterrichtsfächer Inhalt der Unterrichtsmaterialien: Input und Output von Energie
Evaluationsart	nicht zuordenbar
Evidenzklasse	Selbsteinschätzungen
Outcomevariablen	keine näheren Angaben zur Evaluation
Ergebnisse	Engagierte LehrerInnen haben Lehrunterlagen entwickelt. Diese treffen auf große Nachfrage - das Projekt wurde erprobt, überarbeitet und nun wird regelmäßig angewandt.
Anteil positiver Ergebnisse	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit	keine Angaben zur nachhaltigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene. Das Projekt wurde überarbeitet und wird weiterhin umgesetzt - daher hat es das Potenzial, nachhaltig in den Schulalltag integriert zu werden.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Ob der nicht sehr ausführlichen Projektbeschreibung und Darstellung von Evaluationsergebnissen ist eine vertiefende Beurteilung des Projekts nicht möglich. Positiv ist, dass LehrerInnen selbst gemeinsam Unterrichtsmaterialien entwickelten.
Internet	
Literaturquelle	Baerlocher, K., Laimbacher, J.(2000). Ernährungsprogramm als Mittel zur Gesundheitsförderung in Schulen. Journal für Ernährungsmedizin. 2(2) (Ausgabe für Österreich), S. 7-12
Evaluationsstudie	

Nr.	14
Titel	Entspannungsverfahren bei unruhigem Schülerverhalten
StudienautorInnen	Klein-Heßling, J., Lohaus, A.
Titel der Studie	Zur Wirksamkeit von Entspannungsverfahren bei unruhigem und störendem Schülerverhalten.
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Prävention von unruhigem/störendem Verhalten von SchülerInnen
Teilziele	Anwendung von Entspannungsverfahren in Bezug auf Unruhe- und Störverhalten
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten Durchführende: Geschulte PsychologiestudentInnen Dauer: 5x 10 Minuten (1x/Woche) Anwendung von drei verschiedenen Methoden: - sensorisches Entspannungstraining (z.B. Atemübungen, Muskelübungen, Bewegungsübungen) - imaginatives Entspannungstraining (z.B. Phantasiereisen, Stilleübungen, Musik) - kombiniertes Entspannungstraining
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Beeinflussung des Verhaltens während der Entspannungssitzung (Methode: Analyse von beobachtetem Verhalten über Beobachtungsprotokolle) b. kurzfristige Veränderungen unmittelbar nach den Entspannungseinheiten: b.1 Beeinflussung der Stimmung (Beobachtung) b.2 Beeinflussung des körperlichen Befindens Befragung der SchülerInnen) b.3 auf Entspannung weisende physiologische Faktoren Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz)
Ergebnisse	Positive Effekte für imaginative und kombinierte Methoden, denn diese evozieren eher weniger störendes bzw. unruhiges Verhalten.
Anteil positiver Ergebnisse	nicht beurteilbar, da verschiedene Verfahren vergleichend getestet wurden
Nachhaltigkeit	Das Interesse der Kinder an Entspannungsübungen nimmt mit der Zeit ab, was eher zu Unruhe führt. Trainings werden von externen ExpertInnen durchgeführt - kein Handlungswissens-Transfer zu den LehrerInnen
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Ein Transfer der Entspannungsübungen zu den LehrerInnen wäre äußerst sinnvoll, um diesen ein entsprechendes Tool zur Verfügung zu stellen.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (1999). Zur Wirksamkeit von Entspannungsverfahren bei unruhigem und störendem Schülerverhalten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 7(4), S. 213-221.

Nr.	15
Titel	Erwachsen werden.
StudienautorInnen	Kähert, H.
Titel der Studie	Evaluation des schulischen Lebenskompetenzförderungsprogramms "Erwachsen werden"
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Suchtprävention durch Förderung von Lebenskompetenzen
Teilziele	a. Prävention des Missbrauchs psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Tabak, illegale Substanzen) b. Förderung von Lebenskompetenzen (nach WHO)
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht Durchführende: LehrerInnen Umfang: Handbuch mit 73 Unterrichtseinheiten für Schulstufen 5, 6 und 7 - begleitet durch eine CD-Rom plus eine Sammelmappe für SchülerInnen und ein Begleitheft für LehrerInnen & Elternbriefe Inhalt: 7 Themenbereiche: - Ich und meine (neue) Gruppe - Stärkung des Selbstvertrauens - Mit Gefühlen umgehen - Die Beziehung zu meinen Freunden - Mein Zuhause - Es gibt Versuchungen: Entscheide dich - Ich weiß, was ich will SchülerInnen erhalten auch Infos über Sucht, Drogen und Hilfsangebote, in den verschiedenen Jahrgängen werden unterschiedliche Substanzen betreffende Themen behandelt.
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Lebenskompetenzen und andere Schutzfaktoren bei Jugendlichen (SchülerInnen-Fragebogen) b. Zielverhalten der Jugendlichen: b.1 Probierebereitschaft b.2 aktueller Tabakkonsum c. Akzeptanz und Durchführung des Programms durch LehrerInnen d. Akzeptanz bei SchülerInnen
Ergebnisse	a. Förderung von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz konnte vor allem bei Mädchen (bei den Burschen gab es einen Deckeneffekt) erreicht werden: ► 100 % b. Zielverhalten: ► 0 % b1. Keine Beeinflussung der Probierebereitschaft: ► 0 % b2. Keine Interventionseffekte in Bezug auf den Tabakkonsum: ► 0 % c. Über tausend LehrerInnen nahmen an einem Einführungsseminar teil, 1330 beteiligten sich an der Befragung. Davon haben bereits ► 80 % Themen des Programms im Unterricht eingesetzt. LehrerInnen geben an, dass das Programm von ihnen, den SchulleiterInnen und den SchülerInnen in hohem Maße akzeptiert wird.
Anteil positiver Ergebnisse	60 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben zu langfristigen Effekten auf SchülerInnen-Ebene Gute Chancen auf Durchführung von Unterrichtseinheiten, da LehrerInnen geschult wurden, Weiterbildungsangebote bestehen und es eine hohe Akzeptanz zu geben scheint.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Gute Akzeptanz bei LehrerInnen und gute Wirksamkeit bei SchülerInnen in Bezug auf das Selbstwertgefühl machen "Erwachsen werden" zu einer sicherlich wertvollen Ressource für die Förderung von Lebenskompetenzen im schulischen Alltag.
Internet	www.lions-quest.de
Literaturquelle Evaluationsstudie	Kähert, H. (2004). Evaluation des schulischen Lebenskompetenzförderungsprogramms "Erwachsen werden". Dissertation, Universität Bielefeld. http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2004/505/pdf/Dissertation_Kaehert_2004.pdf . Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2005). Gesundheitsförderung konkret, Band 6. Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Köln: BZgA.

Nr.	16
Titel	European Network of Health Promoting Schools - Finland
StudienautorInnen	Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomyaki, U., Vertio, H.
Titel der Studie	Initial results from the European Network of Health Promoting Schools program and development of health education in Finland.
Land	Finnland
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Motivation von Schulen, ihre Schule in Richtung "Gesunde Schule" zu entwickeln
Teilziele	a. Entwicklung von lokalen, nationalen und internationalen Netzwerken b. Entwicklung von Unterrichtsinhalten zum Thema Gesundheit c. Entwicklung von Evaluationsmethoden und Evaluation des Programms
Intervention	Folgende Aktivitäten wurden forciert: - Zur-Verfügung-Stellen von gesunden Speisenangeboten - Verbesserung der Sicherheitskontrollen - Zur-Verfügung-Stellen von Erste Hilfe Ausrüstungen - Training von LehrerInnen - nationale und internationale Zusammenarbeit - Entwicklung eines nationalen Curriculums zum Thema Gesundheit(sförderung) Im Rahmen des Finnischen Netzwerkes wurden auch Kooperationen mit dem Projekt "CONNECT.Fi – network "Mental health promotion of children and young people and combating violent behaviour of girls and boys" und dem "COMENIUS 3.1 European teachers' further education programme: "Social skills and group dynamics in a class room" hergestellt und in die nationale Strategie eingebunden.
Evaluationsart	Prozessevaluation
Evidenzklasse	qualitative Methoden
Outcomevariablen	Die Entwicklung der Gesundheitsfördernden Schule(n) in Finnland.
Ergebnisse	In den meisten Schulen wurden Gesundheitsförderungsaktivitäten durchgeführt - Ziel für die StudienautorInnen erreicht: ► 100 % Es kam zu einer Zusammenarbeit zwischen SchülerInnen und LehrerInnen bei der Erstellung des Curriculums: ► 100 % Europäische und nationale Ziele wurden erreicht: ► 100 % Internationale und nationale Netzwerke wurden implementiert: ► 100 % Auf der lokalen Ebene kam es zu weniger intensiven Netzerkbildungen: ► 0 %
Anteil positiver Ergebnisse	80 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Wenn strukturelle Veränderungen implementiert wurden, ist die Chance auf eine nachhaltige Weiterentwicklung der Schule in Bezug auf Gesundheit groß.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Aus dieser Studie ist nicht ersichtlich, welche Interventionen konkret in den Schulen umgesetzt wurden, was natürlich interessant wäre. Positiv bei nationalen Netzwerken sind das Unterstützungssystem und die Serviceleistungen, die ein Rahmenprogramm für die Initiativen der einzelnen Schulen bieten. Besonders positiv ist am Finnischen Netzwerk, dass auch andere europäische Programme aktiv in die Umsetzungsstrategie eingebunden und somit Synergien genutzt wurden.
Internet	Das European Network of Health Promoting Schools ist seit 2007 im Netzwerk "Schools for Health in Europe" organisiert: www.schoolsforhealth.eu
Literaturquelle Evaluationsstudie	Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomyaki, U., Vertio, H. (1999). Initial results from the European Network of Health Promoting Schools program and development of health education in Finland. Journal of School Health. 69, p. 387-391 Weitere Infos über ENHPS-Finland: http://www.euro.who.int/document/e74993.pdf

Nr.	17
Titel	European Network of Health Promoting Schools - Norway
StudienautorInnen	Wold, B.
Titel der Studie	The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) in Norway: purpose, implementation and evaluation.
Land	Norwegen
Schultyp	Sekundarstufe I, Oberstufe
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Motivierung von Schulen, ihre Schule in Richtung "Gesunde Schule" zu entwickeln
Teilziele	keine speziellen Subziele definiert
Intervention	Schulen wurden zur Teilnahme aufgerufen 10 Schulen wurden ausgewählt Die Schulen wählten Implementationsbereiche und verpflichteten sich dazu, drei Jahre lang am Thema Gesundheit zu arbeiten; Die LehrerInnen, die am Projekt teilnahmen, mussten weniger Stunden unterrichten. Startgeld und Unterstützung von den "GesundheitsexpertInnen" der Schule wurden gewährt. Umsetzungsaktivitäten wurden zu folgenden Bereichen gesetzt: Alkohol, Unterricht zu den Themen Drogen und Tabak, Verbesserung der sozialen und physischen Umwelt; Kooperation zwischen Departments, Kooperation zwischen der Schule und dem Elternhaus
Evaluationsart	Prozessevaluation
Evidenzklasse	qualitative Methoden
Outcomevariablen	Evaluation auf der Basis des PRECEDE-Modells Longitudinale Befragung über einen Survey von SchülerInnen Tiefeninterviews mit LehrerInnen, schulischem Gesundheitspersonal, SchulkoordinatorInnen Outcomes: Ergebnisse der Prozessevaluierung Durchführung von Planung und Implementierung und Entwicklung
Ergebnisse	Für die StudienautorInnen entwickelt sich das norwegische Netzwerk zur vollsten Zufriedenheit: ► 100% - viele Aktivitäten wurden geplant und umgesetzt - die Aktivitäten wurden in den schulischen Unterrichtsalltag integriert - die Schulen dokumentierten ihre Implementierungen und entwickelten Policy-Pläne
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Wenn strukturelle Veränderungen implementiert wurden, ist die Chance auf eine nachhaltige Weiterentwicklung der Schule in Bezug auf Gesundheit groß.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Die 10 teilnehmenden Schulen konnten offensichtlich von den Unterstützungsressourcen profitieren. Inwieweit die Chance auf ein Wachsen dieses Netzwerks in Norwegen besteht, ist nicht ersichtlich. Ein Teil des Erfolgs hängt sicherlich mit den Ressourcen, die den Schulen über das Netzwerk zur Verfügung standen, zusammen. Nowegen ist heute Mitglied im Netzwerk "Schools for Health in Europe" und kann das Netz Gesunder Schulen weiterentwickeln.
Internet	Das European Network of Health Promoting Schools ist seit 2007 im Netzwerk "Schools for Health in Europe" organisiert: www.schoolsforhealth.eu/
Literaturquelle Evaluationsstudie	Wold, B. (1999). The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) in Norway: purpose, implementation and evaluation. In: Wold, B., Samdal, O. (eds): Health Promotion Among Young People: The Development of Healthy School Environments. University of Bergen, Research Center for Health Promotion, Bergen.

Nr.	18
Titel	FAUSTLOS
StudienautorInnen	Schick, A., Cierpka, M.
Titel der Studie	Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von aggressivem Verhalten
Teilziele	a. Förderung von sozial-emotionalen Kompetenzen b. Empathieförderung c. Förderung der Impulskontrolle d. Konstruktiver Umgang mit Ärger und Wut
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht, welches auf dem vom "Committee for Children" entwickelten und evaluierten Curriculum "Second Step" basiert verschiedene Materialien: Fotofolien, Handbuch, Anweisungsheft, Unterrichtsmaterialien ("Faustlos-Koffer") sind käuflich zu erwerben Durchführende: geschulte LehrerInnen (Dauer der Fortbildung: 1 Tag) Umfang: 51 Einheiten für die 1. bis 3. Klasse Grundschule empfohlen wird, alle 14 Tage eine Lektion durchzuführen 1. Klasse: 22 Einheiten 2. Klasse: 15 Einheiten 3. Klasse: 14 Einheiten Inhalte: Empathieförderung, Impulskontrolle, Umgang mit Ärger und Wut
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Verhalten und Befinden der Kinder in verschiedenen Dimensionen, welche mittels Fragebogenerhebungen erfasst wurden: a. Selbsteinschätzung der Kinder a.1 Empathiefähigkeit a.2 Selbstwertgefühl & Kompetenzeinschätzung - Bereiche: Akzeptanz durch Peers, Selbstsicherheit im Verhalten, Selbstwertgefühl a.3 aggressives Verhalten a.4 Ängstlichkeit b. Fremdeinschätzung durch Eltern b.1 Ausmaß an Verhaltensproblemen der Kinder b.2. soziale Kompetenzen der Kinder: Fremdeinschätzung durch Eltern: Bereiche Selbstbehauptung, Perspektivenübernahme/Sozialkontakt; Kooperation/Soziale Regeln c. Fremdeinschätzung durch LehrerInnen c.1 Ausmaß der Cliquenbildung c.2 Hilfsbereitschaft c.3 Diskriminierung von MitschülerInnen d. Beurteilung des Curriculums durch die LehrerInnen Achtung: sehr kleine Stichproben bei den Kinder- bzw. LehrerInnen-Einschätzungen
Ergebnisse	a. Selbsteinschätzung der Kinder ergaben keine bzw. teilweise unerwünschte Effekte: ► 0 % b. Fremdeinschätzung durch Eltern: ► 9 % b.1 Interventionseffekte in 2 von 11 Subskalen: ► 18 % b.2 keine Interventionseffekte: ► 0 % c. Fremdeinschätzung durch LehrerInnen zeigte ebenfalls keine Interventionseffekte: ► 0 % d. hohe Akzeptanz bei SchülerInnen und LehrerInnen: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	28 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Sehr gute Akzeptanz bei den LehrerInnen - Wenn das Programm von LehrerInnen angenommen und weitergeführt wird, besteht die Chance auf eine nachhaltige Verankerung im Setting. ErzieherInnen sehen positive Entwicklungen bei den Kindern und berichten von persönlichem Profit durch die Teilnahme am Programm und würden es weiterempfehlen.

Nr.	18
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Aus der 2. Studie (siehe unten) ist zu entnehmen, dass Faustlos im Kindergarten deutlich bessere Ergebnisse erzielte als in der Grundschule. Diese Studie diente bei dieser Analyse jedoch nur als Informationsquelle für die Inhalte zum FAUSTLOS-Programm. Die Ergebnisse auf SchülerInnen-Ebene sind zwar nicht sehr groß, nichts desto trotz ist FAUSTLOS weit verbreitet und bei LehrerInnen sehr akzeptiert. Unterrichtsinhalte alleine reichen jedoch sicherlich nicht aus, um aggressives Verhalten positiv zu beeinflussen. FAUSTLOS wird derzeit steirischen Volksschulen gratis zur Verfügung gestellt.
Internet	www.faustlos.de/faustlos/index.asp
Literaturquelle Evaluationsstudie	Schick, A., Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. <i>Kindheit und Entwicklung</i> . 12(2). S. 100-110. Schick, A., Cierpka, M. (2005). Faustlos: Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in Grundschule und Kindergarten. <i>Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie</i> . 55 (11); S. 462-468.

Nr.	19
Titel	Fit und stark fürs Leben
StudienautorInnen	Aßhauer, M. und Hanewinkel, R.
Titel der Studie	Lebenskompetenzförderung und Suchtprophylaxe in der Grundstufe
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Primärprävention des Rauchens durch die Förderung von Lebenskompetenzen
Teilziele	<ul style="list-style-type: none"> a. Förderung von Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen b. Förderung von Fähigkeiten für den Umgang mit Stress und negativen Emotionen c. Förderung der Kommunikationsfähigkeit: Vergrößerung des Repertoires an verbalen und nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten d. Förderung von kritischem Denken und Standfestigkeit e. Förderung der Fähigkeit, Probleme zu lösen f. Wissensaufbau in Bezug auf gesundheitsrelevantes Wissen g. Bereitschaft zur Programmumsetzung und Programmtreue
Intervention	<p>Curriculum für den Einsatz im Unterrichtsalltag</p> <p>Durchführende: geschulte LehrerInnen (Dauer der LehrerInnen-Fortbildung: 2 Tage) Umfang: 20 Lektionen Umsetzung der Einheiten: meist 1x/Woche</p> <p>Inhalte: den oben genannten Themen angepasste Unterrichtseinheiten; in den Klassen 3 und 4 wird auch das Thema Rauchen und Standfestigkeit behandelt sich wiederholender Ablauf: Eröffnung - Hausaufgabenbesprechung - Entspannungsteil - Hauptthema - gemeinsamer Abschluss Übungen, Lieder, Spiele werden sehr detailliert beschrieben; es gibt auch Identifikationsfiguren</p>
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<ul style="list-style-type: none"> a. verschiedene Life-Skills: <ul style="list-style-type: none"> a.1 sozialer Rückzug, Angst/Depressivität, Soziale Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen, Delinquentes Verhalten a.2 - Körperbewusstsein <ul style="list-style-type: none"> - Klassenklima - Selbstwertgefühl b. verschiedene gesundheitsbezogene Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> - 1. Zigarettenkonsum - 2. Raucherfahrung - 3. Verhaltenserwartung - 4. Einstellung zum Rauchen - 5. Wahrnehmung sozialer Normen - 6. motivationaler Zustand - 7. subjektive Konsequenzerwartungen - 8. generelle Konsequenzerwartungen - 9. Handlungskompetenzen zum Thema Rauchen c. Beurteilungen der Arbeitsunterlagen <p>Methoden: Fragebogenerhebungen bei SchülerInnen und LehrerInnen</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> a. Life-Skills: ► 42 % <ul style="list-style-type: none"> - Reduktion von aggressivem Verhalten bei den jüngeren SchülerInnen, jedoch nur in einer von 6 Teilskalen signifikant: ► 17 % - Reduktion von delinquentem, ängstlich-depressivem, aggressivem Verhalten und sozialer Probleme bei den älteren SchülerInnen (4 von 6 Skalen signifikant): ► 67 % b. gesundheitsbezogene Variablen: ► 70 % <ul style="list-style-type: none"> - Rauchen: ► 100 % <ul style="list-style-type: none"> - signifikant positive Effekte in Bezug auf Tabakkonsum: → 100 % - positiver Effekt in Bezug auf "Raucherfahrung": → 100 % - signifikant geringere Erwartung, in Zukunft zu rauchen: → 100 % - signifikant positive Interaktionseffekte für 5 der 13 Skalen des SchülerInnen-Fragebogens in die erwünschte Richtung: ► 38 % c. Beurteilung der Arbeitsunterlagen: ► 88 % <ul style="list-style-type: none"> a. ► 75 % führten alle Stunden durch b. ► 88 % SchülerInnen-Beteiligung c. durchwegs positive Beurteilung durch LehrerInnen: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	67 %

Nr.	19
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene. Das Programm ist offensichtlich gut umsetzbar und kann von den LehrerInnen selbstständig durchgeführt werden! Es gibt eine leicht bessere Akzeptanz der Stunden, die sich dezitiert mit dem Thema Rauchen beschäftigen. gute Akzeptanz bei den LehrerInnen und SchülerInnen LehrerInnen beobachteten auch andere, nicht über Fragebogen erfasste positive Aspekte (Entspannungsfähigkeit, netterer Umgang der Kinder).
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Das Programm eignet sich offensichtlich sehr gut, um das Thema Rauchen zu thematisieren, aber auch, um die Stimmung in der Klasse zu verbessern. Programm wurde weiter entwickelt und an 1000 SchülerInnen in D, Ö, CH und LX eingesetzt und evaluiert.
Internet	
Literaturquelle	Aßhauer, M. und Hanewinkel, R. (1999). Lebenskompetenzförderung und Suchtprophylaxe in der Grundschule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie,7(4), S. 158-171.
Evaluationsstudie	

Nr.	20
Titel	Fleurbaix-Laventie-Ville-Santé Study
StudienautorInnen	Basedevant, A., Boute, D., Borys, J.M.
Titel der Studie	Who should be educated? Education strategies: could children educate their parents?
Land	Frankreich
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Positive Beeinflussung von Ernährungsverhalten von Kindern und deren Familien
Teilziele	a. Verbesserung des Ernährungswissens der Kinder b. Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten der ganzen Familie c. Beeinflussung der Gewichtsentwicklung in Bezug auf ein Follow-up nach 10 Jahren
Intervention	Alle 6-12-Jährigen von 2 Städten wurden miteinbezogen. Die Programmentwicklung erfolgte durch Lehrer und Ernährungsexperten. Inhalte: Aufbereitung eines Ernährungscurriculums Durchführung von Workshops Einrichtung von "Pädagogischen Frühstück"en Durchführung von ernährungsspezifischen Exkursionen Das Programm "Fleurbaix Laventie Ville Santé" [Fleurbaix Laventie - Gesunde Stadt] ist ein Gemeindeprogramm in zwei nordfranzösischen Gemeinden und läuft bereits seit 1992 und wird durch Studien mit drei inhaltlichen Schwerpunkten begleitet. Im Wesentlichen werden 3 Etappen mit Schwerpunkten beschrieben, wobei die erste Etappe (1992-1997) SchülerInnen und Eltern fokussierte und sich mit dem oben genannten Thema beschäftigt. Später (1998-2002 und 2003-2007) wurden dann andere Themen (Determinanten von Gewichtszunahme kennen; Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen) für die Gemeinden fokussiert.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Ernährungswissen (Fragebogen in Bezug auf das Ernährungsprogramm und für den normalen Biologieunterricht) b. Ernährungsverhalten in der Familie c. und d. wurden in dieser Studie noch nicht erhoben
Ergebnisse	Es wurden nur Teilergebnisse berichtet: a. signifikant mehr korrekte Antworten im Ernährungsfragebogen b. weniger Gebrauch von Margarine, Butte und Pommes Frites; mehr pflanzliche Öle in der Interventionsgruppe; keine Angaben zu anderen Ernährungsgewohnheiten in den Familien
Anteil positiver Ergebnisse	nicht in Prozentwerten ausdrückbar
Nachhaltigkeit	keine Angaben zum Thema nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene oder strukturellen Ebene vorhanden
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Ein seltenes Beispiel für die Verbindung zwischen gesundheitsbezogenen Interventionen in Gemeinden und Schulen, die auch wissenschaftlich begleitet und publiziert wird. Leider erfährt man wenig über die konkreten Interventionen und die Akzeptanz bei der Zielgruppe.
Internet	www.flvs.fr [französisch]
Literaturquelle	Basedevant, A., Boute, D., Borys, J.M. (1999). Who should be educated? Education strategies: could children educate their parents? International Journal of Obesity. Suppl.4. P. 10-13.
Evaluationsstudie	

Nr.	21
Titel	Food Club
StudienautorInnen	Hyland, R., Stacy, R., Adamson, A., Moynihan, P.
Titel der Studie	Nutrition-related health promotion through an after-school project: The responses of children and their families.
Land	Großbritannien
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Erhöhung von Handlungswissen in Bezug auf gesunde Ernährung
Teilziele	a. Erhöhung von Kochfertigkeiten b. gesündere Entscheidungen bzgl. Essen bei 12-13-Jährigen in sozial benachteiligten Gebieten in Nord-Ost-England
Intervention	Für das Projekt extra angestellte KochlehrerInnen führten Kochkurse nach der Schule durch Pro Einheit nahmen 12 - 16 SchülerInnen teil. Dauer: 20 Einheiten; 1x pro Woche Inhalte: Kochen von kostengünstigen, gesunden Speisen; SchülerInnen erhielten auch die Rezepte, konnten das Essen auch leicht mit nach Hause nehmen SchülerInnen konnten hingehen, wenn sie Lust hatten.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	qualitative Methoden
Outcomevariablen	personale Ressourcen und Verhalten - über qualitative Interviews mit SchülerInnen und LehrerInnen erhoben
Ergebnisse	a. Erhöhung von personalen Ressourcen a. 1. SchülerInnen und Eltern berichten über mehr Fertigkeiten und Vertrauen in Bezug auf die Kochfähigkeiten a. 2. "Gesundheitsmassage" ist bei den SchülerInnen bedingt angekommen - Obst ist ein "leichteres" Thema, Gemüsekonsum ein schwierigeres a. 3. SchülerInnen machte die Intervention Freude - Spaß war der häufigste Outcome - das Thema Kochen war positiv besetzt a. 4. niedrige Drop-out-Rate b. zum Thema "gesündere Entscheidungen" wurden keine Ergebnisse berichtet
Anteil positiver Ergebnisse	nicht in Prozentwerten ausdrückbar
Nachhaltigkeit	keine Aussage in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene möglich kein Wissenstransfer in Richtung Schule - das Projekt kostet inkl. Personalkosten und Materialkosten ca. 8 Pfund/Schüler und Termin; fraglich, ob das Programm aufrecht erhalten bleiben kann
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Es handelt sich hierbei um ein Programm, welches sicherlich in vielen Schulen in verschiedenen Variationen angeboten wird. Solche Programme schaffen es, das Thema Kochen positiv zu besetzen - selten werden Ergebnisse zu solchen Vorhaben publiziert.
Internet	
Literaturquelle	Hyland, R., Stacy, R., Adamson, A., Moynihan, P. (2006). Nutrition-related health promotion through an after-school project: The responses of children and their families. <i>Social Science and Medicine</i> . 62, p. 758-768.
Evaluationsstudie	

Nr.	22
Titel	Food Dudes
StudienautorInnen	Horne, P.J., Tapper, K., Lowe, C.F., Hardman, C.A., Jackson, M.C., Wooler, J.
Titel der Studie	Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer-modelling and rewards-based intervention.
Land	Großbritannien
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Erhöhung des täglichen Konsums von Obst und Gemüse bei den Kindern
Teilziele	entspricht dem Globalziel
Intervention	<p>Einsatz von Videos als "Peer-Modelle" - Die "Food Dudes"</p> <p>Einsatz von Belohnungssystemen und "Briefen" der Food-Dudes an die Kinder</p> <p>Einsatz von Elternbriefen (2 "homepacks" für Kinder, mit Info für die Eltern)</p> <p>Dauer: 5 Monate</p> <p>Ablauf:</p> <p>a. Baseline-Phase (12 Tage): Erhebung der Baseline-Daten</p> <p>b. Interventionsphase (16 Tage):</p> <ul style="list-style-type: none"> -LehrerInnen lasen täglich einen Brief der "Food Dudes" vor und zeigten an mind. 2 von 3 Tagen eine Episode der Food-Dudes-Videos. - Die "Home-Packs" wurden zu Beginn der Intervention eingeführt - Kinder erhielten Preise, wenn sie auch zu Hause eine bestimmte Menge Obst oder Gemüse gegessen haben. - Während der Interventionsphase konnten die Kinder zum Mittagessen eine Portion gekochtes Gemüse und ein Stück Obst wählen - diese wurden in einem fixen Zyklus angeboten. Kinder zwischen 5 und 7 bekamen zur Jause ebenfalls eine Frucht. -Einführung eines Belohnungssystems auf individueller Ebene <p>Aufrechterhaltungsphase (4 Monate):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Einsatz von Videos - nur mehr ein Food-Dudes-Brief am Anfang jeder Woche. - Belohnungssystem auf Klassenebene <p>In den Kontrollschulen wurden auch allen Kindern Obst und Gemüse ohne Food-Dude-Programm verfügbar gemacht.</p>
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>täglicher Obst- und Gemüsekonsum</p> <p>a. Konsum zur Jause</p> <p>b. Konsum zum Mittagessen</p> <p>c. Konsum zu Hause</p> <p>Methode: Beobachtungen und telefonische Interviews der Eltern (mit Bezahlung für die Teilnahme)</p>
Ergebnisse	<p>a. Jause: starke, signifikante Steigerungen im täglichen Konsum von Obst in der Interventionsgruppe kurz nach der Interventionsphase, jedoch nicht mehr zum Follow-Up-Zeitpunkt. Der Ausgangslevel war jedoch schon sehr hoch und konnte aufrecht erhalten bleiben ► 75 % der Kinder aßen bereits täglich Obst und behielten dies weiterhin bei.</p> <p>b. Mittagessen: starke, signifikante Steigerungen im täglichen Konsum von Obst und Gemüse in der Interventionsgruppe; Level blieb auch bei der Follow-Up-Erhebung aufrecht - vor allem auch bei Kindern mit niedrigem Konsum bei der Baseline-Erhebung: ► 100 %</p> <p>c. Konsum von Obst und Gemüse zu Hause: signifikante Steigerungen während der Schulwoche, jedoch nicht am Wochenende (also an 5 von 7 Tagen): ► 72 %</p>
Anteil positiver Ergebnisse	82 %
Nachhaltigkeit	<p>gute Chancen auf SchülerInnen-Ebene wirksam zu bleiben, solange das Belohnungssystem aufrecht erhalten bleibt (nach 4 Monaten)</p> <p>Leider keine Angaben zur LehrerInnen-Zufriedenheit und inwieweit der Wille zur Weiterführung des Programms besteht.</p>
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Food-Dudes-Projekt wurde als Programm ausgeweitet - gibt auch eine Website mit Unterlagen für LehrerInnen und Eltern. Leider gibt es keine Angaben, inwieweit das Obst- und Gemüseangebot weiter bestehen bleibt. Eine wichtige Erkenntnis aus der Kontrollgruppe ist, dass nur die Präsentation von Obst und Gemüse alleine zu keinem gesteigerten Konsum führt!
Internet	www.fooddudes.co.uk
Literaturquelle Evaluationsstudie	Horne, P.J., Tapper, K., Lowe, C.F., Hardman, C.A., Jackson, M.C., Wooler, J.(2004). Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer-modelling and rewards-based intervention. European Journal of Clinical Nutrition. 58,p. 1649-1660.

Nr.	23
Titel	FRIENDS bzw. Freunde für Kinder
StudienautorInnen	Shortt, A., Barrett, P., Fox, T. bzw. Barret, P., Webster, H., Turner, C.
Titel der Studie	a. Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment fo anxious children and their parents. b. Freunde für Kinder (übersetzt und bearbeitet von Essau, C.A., Conradt, J.)
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Angst und Depression durch die Förderung von Lebenskompetenzen
Teilziele	a. Prävention von Angst und Depression b. Förderung von Lebenskompetenzen
Intervention	<p>Trainingseinheiten für kleinen Gruppen (8-10 Kinder) bzw. mit 2 TrainerInnen/Gruppe ab 12 Kindern</p> <p>Es gibt ein Manual zum Programm: Gruppenleitermanual, Arbeitsblätter für Kinder und Materialien zur Sitzungsgestaltung.</p> <p>Durchführende: LehrerInnen, welche das Programm selbstständig durchführen können. Die Teilnahme an einem Gruppenleitertraining wird empfohlen.</p> <p>Umfang: SchülerInnen-Ebene: 10 Sitzungen á 45-60 Minuten Empfehlung: 1 x wöchentlich plus 2 Auffrischungen im Abstand von je einem Monat 4 Elternabende</p> <p>Inhalte: Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives Denken, Problemlösefertigkeit, Gefühlsbewältigung mit Rollenspielen, Gruppendiskussionen, Entspannungsübungen, Hausübungen, Belohnungssystem, Einzel- und Paararbeiten</p>
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Prä-Post-Studie
Outcomevariablen	a. soziale Kompetenz der Kinder b. Angstsymptome, depressive Symptome bei Kindern
Ergebnisse	<p>a. Verbesserung der sozialen Kompetenz der SchülerInnen: ► 100 % b. Verminderung von Angstsymptomen, Zwangssymptomen und generalisierten Angststörungen: ► 100 %</p> <p>Erfahrungen in Australien: 68 % der TeilnehmerInnen im Freunde-Programm blieben symptomfrei im Gegensatz zu 6 % in der Vergleichsgruppe</p>
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	Nachhaltige Effekte auf der SchülerInnen-Ebene sind in der australischen Studie nachgewiesen. Programm wird von den Kindern als "sehr gut" oder "gut" beurteilt. Umsetzbarkeit in der Schule schwierig, da mit sehr kleinen Gruppen gearbeitet wird.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Das Programm ist auf der individuellen Ebene zwar sehr erfolgreich, jedoch im Schulalltag sehr eingeschränkt verwendbar, da in sehr kleinen Gruppen gearbeitet werden muss. Programm lässt sich modifiziert auch zur Behandlung von ängstlichen Kindern anwenden und scheint eher für therapeutische Zwecke gut geeignet zu sein.
Internet	Australien: www.friendsinfo.net Großbritannien: www.interactive-connections.co.uk/friends.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	a. Shortt, A., Barrett, P., Fox, T. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment fo anxious children and their parents. Journal of Clinical Child Psychology. 30, p. 523-533. b. Barret, P., Webster, H., Turner, C. (2003). Freunde für Kinder. (übersetzt und bearbeitet von Essau, C.A., Conradt, J.) München: Ernst Reinhart Verlag. zitiert nach Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Köln: BZgA.

Nr.	24
Titel	Gesundheitsteams Stadtberner Schulen
StudienautorInnen	Vuille, J.C; Carvajal, I., Casaulta, F., Schenkel, M.
Titel der Studie	Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen, und was die Menschen davon
Land	Schweiz
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation
Teilziele	a. Verbesserung der SchülerInnen-Gesundheit b. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von SchülerInnen c. Verbesserung von psychosozialen Determinanten für Gesundheit der SchülerInnen d. Verbesserung der Gesundheit der LehrerInnen e. Verbesserung des Schulklimas f. Umsetzung des "Gesunde-Schule-Konzepts"
Intervention	Verbindung von Schulentwicklung und Gesundheitsförderung durch - Bildung einer Steuergruppe: Einbeziehung der Schulkommission, Vertretung der kantonalen Präventionsstelle; VertreterIn der Zentralstelle für LehrerInnen-Fortbildung - Sektion Schulentwicklung; Vertretung schulpsychologischer Dienst - klares Mandat der Schulleitung - gemeinsame Entscheidung des Kollegiums zur Teilnahme am Projekt - Installierung von Gesundheitsteams (Eltern, Kollegium, SchülerInnen, nicht-unterr. Personal, externe Fachpersonen, Vertretungen von Quartiersorganisationen) - externe finanzielle Unterstützungen bei Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien - Fortbildung von Lehrpersonen - auf die Bedürfnisse und Bedarf der einzelnen Schulen abgestimmte und von ihnen entwickelte Umsetzungen
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Prä-Post-Studie
Outcomevariablen	<p>1. SchülerInnen-Gesundheit: a. selbstbeurteilter Gesundheitszustand, b. Krankheiten und Behinderungen, c. Unfälle, e. psychosomatische Beschwerden, f. Problematischer Medikamentenkonsum, g. problematische Essgewohnheiten, h. Depressionen; Messung mittels Selbstbeurteilungs-Fragebögen</p> <p>2. SchülerInnen-Gesundheitsverhalten: a. Tabakkonsum, b. Alkoholkonsum, c. Cannabiskonsum, d. Gewalt gegen Menschen, e. Sachbeschädigungen, f. Diebstähle, g. andere Regelverstöße</p> <p>3. Psychosoziale Bestimmungsfaktoren für SchülerInnen-Gesundheit a. Stress, b. Belastung durch die Schule, c. Einstellungen 1. zum Leben, 2. zur Verantwortung für die eigene Gesundheit, 3. Unvereinbarkeit von Suchtmittelkonsum mit eigenen Lebenszielen, d. Emotionales Wohlbefinden: 1. Zufriedenheit mit dem eigenen Körper; 2. Selbstwertgefühl; 3. keine oder nur wenige depressive Symptome; 4. Lebenskompetenzen (Stressbewältigung, Umgang mit Problemen; Selbstwirksamkeit, soziales Verhalten), e. Schulleistung</p> <p>4. Gesundheit der Lehrpersonen a. Belastung durch die Schule, b. persönliche Gesundheitspflege, c. Rauchen, d. selbstbeurteilter Gesundheitszustand</p> <p>5. Schulklima a. aus Sicht der Lehrerschaft, b. aus Sicht der Schülerschaft</p> <p>6. Verwirklichung des "Gesunde gute-Schule-Konzepts" mit folgenden Outcome-Parametern: A: In jeder Schule arbeitet ein Gesundheitsteam mit Vertretungen verschiedener Gruppen von Betroffenen. B: Dem Projekt "Gesundheitsteam" wird im Rahmen der gesamten Schulentwicklung ein hoher Stellenwert eingeräumt. C: Gesundheitsförderung orientiert sich an festgelegten Zielen. D: Jede Schule hat ein Leitbild. E: Der/die KoordinatorIn für GF wird vom Kollegium unterstützt. F: Der/die KGF wird von der Schulleitung aktiv unterstützt und übt seine Funktion über mehrere Jahre hinweg aus; G: Die Lehrkräfte sind im Bereich Gesundheitsförderung gut ausgebildet. H: Im Bereich Gesundheitsförderung werden nachhaltige Aktivitäten für die ganze Schule angeboten.</p> <p>Chancen auf Nachhaltigkeit der Gesunden Schule I: Die Schulleitung und KoordinatorIn für GF machen vorwiegend positive Erfahrungen und beurteilen die Zukunftschancen des Projekts optimistisch. J: Die KoordinatorInnen haben konkrete Vorstellungen über ihre künftige Arbeit und setzen sich vermehrt für nachhaltige Projekte ein.</p> <p>Methoden: Fragebogenerhebungen bei SchülerInnen, LehrerInnen und Interviews mit Schulleitungen und KoordinatorInnen</p>

Nr.	24
Ergebnisse	<p>1. SchülerInnen-Gesundheit: ▶ 48 %</p> <p>2. SchülerInnen-Gesundheitsverhalten: ▶ 10 %</p> <p>3. Psychosoziale Bestimmungsfaktoren für SchülerInnen-Gesundheit: ▶ 42 %</p> <p>4. Gesundheit der Lehrpersonen: ▶ 23 %</p> <p>5. Schulklima: ▶ 10 %</p> <p>6. Verwirklichung des Gesunde-Schule-Konzepts: ▶ 59 % (Range 17 - 82 %)</p>
Anteil positiver Ergebnisse	28 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene mittelmäßige Chance auf nachhaltige Wirkungen auf der Schulebene, jedoch mit positiver Entwicklung
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	<p>Aufgrund der Vielfalt der Outcome-Variablen, der kurzen Interventionszeit und der sicherlich bestehenden Unterschiedlichkeit der Interventionen ist es natürlich sehr schwierig, auf allen Ebenen positive Ergebnisse zu erzielen. Positiv sind die Auswirkungen auf die SchülerInnen-Gesundheit, die psychosozialen Determinanten auf die SchülerInnen-Gesundheit und die Verwirklichung des "Gesunde-Schule-Konzepts".</p> <p>Das Netzwerk "Gesundheitsteams in Stadtberner Schulen" ist nun Teil des Schweizer Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen und wird in zahlreichen Schulen umgesetzt.</p>
Internet	www.gdsued.ch/143_0_Netzwerk%20GF%20Schulen.html
Literaturquelle Evaluationsstudie	<p>Vuille, J.C; Carvajal, I., Casaulta, F., Schenkel, M. (2004). Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren. Zürich, Chur: Verlag Rüegger.</p> <p>Vuille, J.C; Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. The role of the school. European Journal of Public Health. 11(3), p. 287-293.</p>

Nr.	25
Titel	Gewaltpräventionsprogramm nach Olweus.
StudienautorInnen	Hanewinkel, R. und Knaack, H.J.
Titel der Studie	Gewaltpräventionsprogramm nach Olweus.
Land	mehrere EU-Länder gemeinsam
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Gewaltprävention
Teilziele	a. die bestehenden Gewalttäter-/Gewaltopfer-Probleme und ihre Entwicklung soweit wie möglich innerhalb und außerhalb der Schulumgebung zu reduzieren und idealerweise vollständig zu beseitigen b. das Auftreten neuerlicher Vorkommnisse zu verhindern c. bessere Beziehungen unter den SchülerInnen innerhalb der Schule
Intervention	Maßnahmen auf Schulebene: Ist-Stand-Erhebung (mit Fragebogen), pädagogischer Tag, Schulkonferenz, erhöhte Pausenaufsicht, Kontakttelefon, vermehrte Kooperation zwischen LehrerInnen und Eltern, verantwortliches Lehrerteam (Steuerungsgruppe), Arbeitsgruppen der Elternvertreter Maßnahmen auf Klassenebene: Klassenregeln, Lob und Strafe, Regelmäßige Klassengespräche, Kooperatives Lernen, gemeinsame positive Aktivitäten, Verbesserung der Schüler-Lehrerbeziehungen Maßnahmen auf der individuellen Ebene: ernsthafte Gespräche mit den TäterInnen, Opfern, Eltern, Diskussionsgruppen, Versetzung einzelner Kinder als letzten Ausweg Es existieren Materialien zum Training & Bücher. In Norwegen (Herkunftsland des Programms) beinhaltet das Programm eine MultiplikatorInnen-Ausbildung (9 Trainingstage), 3 Tage Supervision, Beratung via e-mail und Telefon für 18 Monate.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Ziele für die Programmumsetzung in Deutschland: a. Verminderung von direkt aggressivem Verhalten b. Veränderung der Einstellung von SchülerInnen in Bezug auf Mobbing
Ergebnisse	Deutschland: ► 50 % - In der Grundstufe und Sekundarstufe I kam es zu einer Abnahme der Opfer tätlicher Übergriffe: ► 100 % - In der gymnasialen Oberstufe jedoch zu einem leichten Anstieg (hier wurde das Programm auf Klassenebene kaum umgesetzt!): ► 0% Ergebnisse von Studien aus Norwegen: ► 100 % - deutlicher Rückgang von allen Formen des Bullyings und der Viktimisierung - deutliche Verringerung von Problemverhalten jeder Art, z.B.. Vandalismus, Schuleschwänzen, Kämpfe, Trunkenheit oder Diebstahl - Verbesserung des Sozialklimas innerhalb der Klassen sowie positivere Einstellung zur Schule und zum Lernen - vermehrte Kontaktaufnahme zu LehrerInnen durch Opfer - kompetenterer Umgang der LehrerInnen mit Bullyingvorfällen (insbesondere Arbeit mit den Opfern) - keine Verlagerung der Konflikte auf den Schulweg oder andere Orte
Anteil positiver Ergebnisse	75 %
Nachhaltigkeit	Die Ergebnisse aus Norwegen lassen gute Chancen auf eine nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene erhoffen. Da die Studie aus Deutschland zu keinen nennenswerten Veränderungen bei der Einstellung der SchülerInnen zu Gewalt und Mobbing nachweisen konnte, ist hier eine nachhaltige Wirksamkeit fraglich. Gute Chancen zur nachhaltigen Wirksamkeit in Bezug auf schulische Strukturen, da auf Schul- und Klassenebene angesetzt wurde - vor allem in der Grundschule und Sekundarstufe I. In der Oberstufe (Deutschland) wurden das Thema Regelarbeit auf Klassenebene kaum behandelt. Hier ist eine nachhaltige Wirksamkeit fraglich.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Gewaltprävention nach Olweus wurde bereits in vielen Ländern umgesetzt. In der Studie von Olweus (1997) waren die Effekte deutlicher ausgeprägt als in der Deutschen Studie. Dies wird damit begründet, dass das Programm in einer ganzen Stadt umgesetzt wurde und es somit hier zu mehr Austausch, aber auch Konkurrenz um gute Umsetzung unter den Schulen gekommen sein könnte, die sich positiv auf die Ergebnisse auswirkten.
Internet	
Literaturquelle	Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146.
Evaluationsstudie	

Nr.	26
Titel	GO! - Gesundheit und Optimismus
StudienautorInnen	Manz, R., Junge, J., Margraf, J.
Titel der Studie	Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach Monaten.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Prävention von Angst und Depression
Teilziele	a. Modifikation kognitiver Verzerrungen b. Abbau von dysfunktionalen Verhaltensweisen (v.a. Vermeidungsverhalten) c. Vermittlung von Stressbewältigungstechniken d. Förderung sozialer Kompetenzen
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten in Gruppen von 10 - 12 SchülerInnen in der Schule (bei mehr SchülerInnen wird mit 2 TrainerInnen gearbeitet) Durchführende: externe, geschulte ExpertInnen Dauer: 8 x 90 Minuten Inhalte: Programm beinhaltet eine kognitive und eine verhaltensorientierte Komponente Programm wurde hier in Gymnasien angewandt.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. psychische Symptomatik - Angstsymptome im Selbstrating - depressive Störungen - Problemverhalten und Kompetenzen von Jugendlichen b. kognitive Prädiktoren - Dysfunktionale Einstellungen - Angstsensitivität - Selbstwirksamkeitserwartung - Neigung, mehrdeutige Situationen als bedrohend wahrzunehmen Methode: Fragebogenuntersuchungen - Selbstrating der Jugendlichen über verschiedene Fragebögen
Ergebnisse	a. bei den meisten Symptomvariablen zeigten sich keine Effekte des Programms - in Bezug auf das "Beck Angstinventar" sogar gegenteilige Effekte: ► 0 % b. kleine Effekte in Bezug auf die Entwicklung von potenziellen Risikofaktoren für die Entwicklung ängstlich-depressiver Symptomatiken (dysfunktionale Kognitionen, Vermeidungsverhalten, soziale Probleme): ► 50 % langfristige psychoedukative Wirkung (Wissenszuwachs über psychologische Aspekte von Stress, Angst, Depressivität): ► 100 % Knaben profitieren eher als Mädchen, Gesunde profitieren eher als SchülerInnen im Risikobereich
Anteil positiver Ergebnisse	50 %
Nachhaltigkeit	kleine positive Auswirkungen (siehe oben) im 6-Monate-Follow-up Da GO! von externen TrainerInnen durchgeführt wird, kommt es zu keinen Veränderungen im Setting Schule und auch zu keinem Wissenstransfer in Richtung LehrerInnen. Das Programm wird so beschrieben, dass die einzelnen Stunden sehr genau erklärt werden und auch von LehrerInnen eingesetzt werden könnten. Programm hätte somit das Potenzial, eine Ressource für die Unterrichtsgestaltung zu werden. Dazu gibt es jedoch noch keine Erfahrungen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	In Bezug auf die Prävention von Angststörungen und/oder Depressionen wird empfohlen, das Programm bei selektierten Gruppen mit erhöhtem Risiko außerhalb des Settings Schule anzuwenden. Nichts desto trotz wird GO! zur Zeit im schulischen Setting zunehmend verbreitet eingesetzt.
Internet	
Literaturquelle	Manz, R., Junge, J., Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 9(4), S. 168-179.
Evaluationsstudie	

Nr.	27
Titel	GO! - Gesundheit und Optimismus - Schweiz
StudienautorInnen	Balmer, K., Miachael, T., Munsch, S., Margraf, J.
Titel der Studie	Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Evaluation des schulbasierten programms GO! - Schweiz
Land	Schweiz
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Prävention von Angst und Depression
Teilziele	Kurzfristige Effekte: a. Wissenszuwachs zu den Themen Angst und Depression bei Jugendlichen mit niedrigem Bildungsniveau b. positive Beeinflussung der seelischen Gesundheit "Nicht-Ziel" sind langfristige Effekte: c. positive Effekte in Bezug auf Depressivität
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten durch externe ExpertInnen Dauer: 7 x 90 Minuten (verkürzte Form) Inhalte: - Wissensvermittlung über Angststörungen und Depression und deren Entwicklung - Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Angst und zur Stimmungsverbesserung - Vermittlung protektiver Bewältigungsstrategien - Vertiefung und Umsetzen des Wissens über Übungen und Hausaufgaben
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissenszuwachs (zu den Themen Angst, Depression, Bewältigungsstrategien) b. seelische Gesundheit: Befindlichkeit und Zurechtkommen mit alltäglichen Belastungen und Verstimmungen c. seelische Gesundheit - Ängstlichkeit, Depressivität, phobische Angst
Ergebnisse	längerfristige Effekte: ► 100 % a. Wissenszuwachs bleibt erhalten, stärker bei SchülerInnen aus dem Gymnasium, jedoch kein sign. Unterschied zwischen den Schultypen ► 100% b. sehr starke Effekte in Bezug auf Variablen zur seelischen Gesundheit (ES=0,72): ► 100 % Zusatzinformation zum "Nicht-Ziel" - wird nicht in die Berechnung von "% positive Effekte" miteinbezogen: c. Symptomausprägung - kurzfristige Effekte: ► 25 % - Depressivität: sign. positive Effekte nur bei den GymnasiastInnen: ► 50 % - signifikante Zunahme der Ängstlichkeit: ► 0% - keine signifikanten Veränderungen bei den phobischen Ängsten: ► 0% langfristige Effekte zeigten keine Effekte in Bezug auf die Symptomausprägungen: ► 0 %
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	gute, langfristige (6-Monate-Follow-Up) Effekte auf SchülerInnen-Ebene in Bezug auf Wissenszuwachs und seelische Gesundheit Da GO! von externen TrainerInnen durchgeführt wird, kommt es zu keinen Veränderungen im Setting Schule und auch zu keinem Wissenstransfer in Richtung LehrerInnen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Die verkürzte Form von GO! scheint für längerfristige Effekte auf Wissenszuwachs und Determinanten für seelische Gesundheit auszureichen. Da mit Kleingruppen gearbeitet werden muss, ist der Einsatz in der Schule nur bedingt umsetzbar. GO scheint ein Programm zu sein, das auf der individuellen Ebene sehr gut wirksam sein kann - strukturelle Rahmenbedingungen zum Thema seelische Gesundheit in der Schule werden jedoch nicht beeinflusst.
Internet	
Literaturquelle	Balmer, K., Miachael, T., Munsch, S., Margraf, J. (2007). Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 15(2), S. 57-66
Evaluationsstudie	

Nr.	28
Titel	Ich brauch's nicht, ich rauch nicht
StudienautorInnen	Weiglhofer, H.
Titel der Studie	Ich brauch's nicht, ich rauch nicht Ergebnisse eines 3-jährigen Interventionsprogramms
Land	Österreich
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Tabakkonsum
Teilziele	a. Verhinderung des Einstiegs und der Gewöhnungsbildung in den Tabakkonsum b. Verzögerung des Einstiegs in und der Gewöhnungsbildung an den Tabakkonsum
Intervention	Unterrichtsmaterial zum Thema Rauchen Homepage: Informationen und Links zum Thema Rauchen und Möglichkeit für Rückmeldungen und die Beteiligung an Wettbewerben Durchführende: LehrerInnen ohne spezielle Einschulungen Das Projekt wird durch eine Projektmitarbeiterin begleitet. Dauer: 3 Jahre - 7 Unterrichtsstunden/Schuljahr - verteilt auf die Monate Februar - Mai Inhalte: 6. Schulstufe: Schwerpunkt Wissenserwerb und -weitergabe an aufhörwillige, erwachsene RaucherInnen 7. Schulstufe: Das "NichtraucherIn-Sein" in der Klasse attraktiv machen 8. Schulstufe: Das Nichtrauchen begünstigende Faktoren in der Schule ausforschen
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. positive Einflüsse auf das SchülerInnen-Verhalten in Bezug auf 1. (Nicht)Rauchverhalten 2. zukünftige Intention zu rauchen 3. Faktenwissen 4. Einstellung zum Rauchen 5. Ergebniserwartung bzgl. Auswirkungen des Rauchens 6. Handlungskompetenz im Umgang mit Zigarettenkonsum 7. Einschätzung von Nichtraucherschutzmaßnahmen Methode: Selbsteinschätzung mittels Fragebogen - SchülerInnen: b. Bewertung der Projekthalte durch SchülerInnen und LehrerInnen mittels Fragebögen
Ergebnisse	a. 2 von 7 Zielen erreicht: ► 29 % 1. weniger starker Rückgang der Nichtrauchergruppe in der Interventionsgruppe 2. keine Effekte in Bezug auf die zukünftige Intention, nicht zu rauchen 3. Steigerung des Faktenwissens in der Interventionsgruppe 4. keine Effekte in Bezug auf die negative Einstellung zum Rauchen 5. keine Effekte in Bezug auf die Ergebniserwartung 6. keine Effekte in Bezug auf die Handlungskompetenz 7. keine Effekte in Bezug auf die Einschätzung von Nichtraucherschutzmaßnahmen b. ► 67 % Zielerreichung - Durchschnitts-Schulnote für die Gesamtbewertung: 1,89 - Ziel für die AutorInnen erreicht: ► 100% - 2/3 d. LehrerInnen schätzen den Zeitaufwand als passend ein: ► 67% - ► 93 % d. LehrerInnen schätzen Inhalt und Illustrationen als altersgemäß - ► 30 % schätzen die zusätzliche Arbeitsbelastung als gar nicht bzw. kaum vorhanden ein - ► 46 % der LehrerInnen führen das Projekt zu zweit oder zu dritt durch
Anteil positiver Ergebnisse	48 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Schulebene: Zur Verwendung in der Gesundheitserziehung im Unterricht nutzbar. Manual kann weiterverwendet werden. Die Mehrheit der LehrerInnen (65 %) schätzen die Arbeitsbelastung durch das Projekt als mittelm./ziemlich ein; für 38 % d. LehrerInnen zeitl. Umfang zu umfangreich. Chance, dass das Arbeitsmanual weiter genutzt wird, ist eher nicht gegeben.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Hier handelt es sich um ein Programm, welches sichtbar macht, dass Tabakprävention in der Schule auf der edukativen Ebene allein nicht sehr wirksam ist.
Internet	
Literaturquelle	Weiglhofer, H. (2007). Ich brauch's nicht, ich rauch nicht. Prävention und Gesundheitsförderung. 2. S. 11-18.
Evaluationsstudie	

Nr.	29
Titel	Jugend mit Biss
StudienautorInnen	Schlevogt, V.
Titel der Studie	Präventionsprojekt "Jugend mit Biss".
Land	Deutschland
Schultyp	keine Angabe
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Primärprävention von Ess-Störungen
Teilziele	kein Teilziel genannt
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht Durchführende: LehrerInnen Umfang: 12 Unterrichtseinheiten á 90 Minuten Inhalte z.B. : Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden? (bis 8. Klasse) Durch dick und dünn – Schönheitsideale im Wandel der Zeit (ab 8. Klasse) Ernährungswissen: - Gewicht im Griff? – Diäten auf dem Prüfstand (ab 7. Klasse) - Ernährungsverhalten: Was hat Essen mit Gefühlen zu tun? Essstörungen: - Informationsstunde: Ursachen, Erscheinungsbild, Hilfsangebote Inhalte: Wissensvermittlung, Ernährungsberatung, Selbsterfahrung, externe primär- und sekundärpräventive Workshops
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissenserweiterung b. Einstellung bezüglich Körper, Figur und Gewicht c. Essverhalten Methode: Fragebogenerhebungen bei den SchülerInnen
Ergebnisse	a. positive Effekte auf die Zunahme von Wissen: ► 100% b. positive Effekte auf die Veränderung von Einstellungen bzgl. Körper, Figur und Gewicht: ► 100% c. keine Auswirkungen auf das Essverhalten: ► 0%
Anteil positiver	67 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben zur nachhaltigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene Das Programm ist über das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen verankert. Möglichkeiten, sowohl Workshops mit SchülerInnen, als auch LehrerInnen-Fortbildungen und Elternabende gratis in Anspruch zu nehmen. Damit gute Chancen für die weitere Umsetzung in diesem regionalen Einzugsgebiet.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Das Programm wird nach wie vor angeboten und Schulen im Raum Frankfurt haben die Möglichkeit, sowohl das gesamte Programm als auch andere Workshops zum Thema Prävention von Ess-Störungen in Anspruch zu nehmen.
Internet	www.essstoerungen-frankfurt.de
Literaturquelle	Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. Psychotherapeut. 51. S. 187-196.
Evaluationsstudie	Schlevogt, V. (2002). Präventionsprojekt "Jugend mit Biss". Frankfurter Zentrum für Essstörungen. Frankfurt

Nr.	30
Titel	Klasse in Bewegung - The Class moves!
StudienautorInnen	Stawinoga, M., Feldhoff, K.-H., Lüttgens, U.
Titel der Studie	"Klasse in Bewegung!" - ein erfolgsversprechender Baustein zur Bewegungsförderung im Kindesalter.
Land	Mehrere EU-Länder gemeinsam
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Bewegung
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Mehr Bewegung im Schulalltag
Teilziele	a. Verbesserung der Bewegungsmöglichkeiten b. Verbesserung der Lernfähigkeit über b.1 Verbesserung der Konzentration b.2 Verbesserung der Klassenatmosphäre b.3 gesteigerte Motivation zur Mitarbeit c. Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
Intervention	Material: Kalender mit spielerischen und spaßvollen Bewegungs- und Entspannungsübungen und Jahresthemen für Klassen im Posterformat mit Monatsthemen für alle Schuljahre - LehrerIn bestimmt die Häufigkeit und Länge der verschiedenen Übungen selbst - Übungen können im Klassenraum umgesetzt werden - Handbuch für Lehrkräfte und ErzieherInnen - deutschsprachige CD Programm wurde in den Niederlanden entwickelt, über ein Interreg-Programm ins Deutsche übersetzt Anwendung auch in Wales und Schottland
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	Selbsteinschätzungen
Outcomevariablen	a. Anwendbarkeit des Materials a.1 Anwendbarkeit in der Unterrichtssituation. Methode: monatliche Befragung der LehrerInnen a.2 Akzeptanz, Motivation zum Mitmachen. Methode: Befragungen von LehrerInnen, SchulleiterInnen, Eltern und SchülerInnen b. SchülerInnen betreffende Variablen: b.1 Verhalten b.2 Lernen b.3 Motivation b.4 sensomotorische Fähigkeiten b.5 Konzentrationsfähigkeit b.6 Bewegungsverhalten Methode: Einschätzung durch LehrerInnen, ob die Entwicklung seit Implementierung des Programms besser, unverändert oder schlechter wurde. c. Verbesserung der Grob- und Feinmotorik Methode: medizinische Evaluation im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung
Ergebnisse	a. ► 88 % a.1 LehrerInnen arbeiten gerne mit dem Programm, ► 75 % hatten keine Probleme mit der Durchführung a.2 Durchwegs gute Rückmeldungen von LehrerInnen, SchulleiterInnen, Eltern und SchülerInnen auf verschiedensten Ebenen: a. ► 100 % b. 1-6: In vier von 6 Bereichen (Verhalten, Motivation, Konzentration, Bewegungsverhalten) signifikante oder tendenziell bessere Einschätzung: ► 67 % 3. keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern, die mit dem Kalender arbeiteten im Vergleich zu den Kindern, die nicht mit dem Kalender arbeiteten, jedoch positive Tendenzen in Bezug auf Mittelwerte: ► 30 %
Anteil positiver Ergebnisse	72 %
Nachhaltigkeit	keine berichteten Ergebnisse aus Follow-Up-Studien auf SchülerInnen-Ebene vorhanden Da das Programm von allen Schulpartnern äußerst positiv beurteilt wurde, ist eine weitere Anwendung des Programms wahrscheinlich.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Das Programm scheint eine einfach anzuwendende, ansprechende Motivation, mehr Bewegung in den Klassen-Alltag zu bringen, zu sein. Es wurde in Belgien, Wales, Schottland und in den Niederlanden eingesetzt - in den Niederlanden arbeiten ca. 25 % der Schulen mit den Materialien, in Schottland und Wales wurde das Programm von der Schulbehörde implementiert, in Deutschland wird es regional umgesetzt. Leider ist unklar, wie diese deutschsprachigen Kaldender zu beziehen sind. Für die Niederlande funktioniert dies über die unten stehende Website sehr gut.
Internet	www.fysio-educatief.nl/en
Literaturquelle Evaluationsstudie	Stawinoga, M., Feldhoff, K.-H., Lüttgens, U. (2002). "Klasse in Bewegung!" - ein erfolgsversprechender Baustein zur Bewegungsförderung im Kindesalter. Gesundheitswesen. 64, S. 486-491.

Nr.	31
Titel	Klasse2000
StudienautorInnen	Storck, C.; Duprée, T., Dokter, A., Bölskei, P.L.
Titel der Studie	Zwischen Wunsch und Wirksamkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse 2000
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen
Teilziele	a. hoher Verbreitungsgrad des Programms b. konzepttreue Umsetzung des Programms c. aktive Beteiligung der SchülerInnen
Intervention	Curriculum für die 1. - 4. Klasse Grundschule mit genauen Beschreibungen in Bezug auf Ablauf, Inhalt, Materialeinsatz und methodisch-didaktisches Konzept Einsatz von Klasse2000-GesundheitsförderInnen: 2-3 Unterrichtseinheiten/Schuljahr (10-15 % der Stunden); diese stehen den LehrerInnen auch während der gesamten Laufzeit zur Verfügung Durchführende: LehrerInnen (ohne spezielle Einschulung) + GesundheitsförderInnen Dauer: ca. 15 Unterrichtseinheiten/Schuljahr Inhalt: Förderung der allgemeinen Lebensbewältigung
Evaluationsart	Prozessevaluation
Evidenzklasse	Poststudie
Outcomevariablen	positive Beurteilung von Konzept und Praktikabilität des Programms: 1. Anzahl durchgeführter Programmeinheiten 2. konzepttreue Umsetzung 3. aktive Beteiligung der Schüler Methode: Fragebogenerhebung bei LehrerInnen
Ergebnisse	1. hohe Durchführungsintensität (für AutorInnen zufriedenstellend) - höchste Durchführungsintensität in der 1. und 4. Schulstufe: ► 100 % 2. hohe konzepttreue Umsetzung: ► 75,8 % 3. hohe Beteiligung der SchülerInnen: ► 100 % Je überzeugter die Lehrkraft von der Wirkung des Programms ist, desto mehr Unterrichtseinheiten führt sie durch. Weiters besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Durchführungsintensität, Bewertung des Unterrichtskonzepts und Bewertung der Kooperation mit den Gesundheitsförderern.
Anteil positiver Ergebnisse	92 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Untersuchung bezieht sich auf die Programmtreue zu Klasse2000 - recht gute Ergebnisse, jedoch Elemente wie Soziale Erwünschtheit und Non-Responder-Effekt zu berücksichtigen. Solange das Programm in dieser Form finanziell unterstützt wird, kann es im System Schule wirksam sein.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Bei Klasse2000 handelt es sich um ein sehr elaboriertes, langjährig erprobtes Programm, welches vom Verein Klasse2000 getragen wird, mit vielen Partnern, welches in allen Bundesländern Deutschlands umgesetzt wird. Neben einem starken Schwerpunkt auf der Förderung von Lebenskompetenzen von SchülerInnen wird auf der Website auch als Ziel formuliert, Kindern ein Umfeld zu schaffen, welches beim gesunden Aufwachsen unterstützt. Hier wird vor allem versucht, auch die Eltern gut einzubinden. Klasse2000 wird auch durch Patenschaften und Spenden finanziell unterstützt.
Internet	www.klasse2000.de
Literaturquelle	Storck, C., Duprée, T., Dokter, A., Bölskei, P.L. (2007). Zwischen Wunsch und Wirksamkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. Prävention und Gesundheitsförderung. 2. S. 19-25
Evaluationsstudie	

Nr.	32
Titel	Konstanzer Trainingsmodell (KTM)
StudienautorInnen	Tennstädt et al
Titel der Studie	Gewaltprävention in der Schule
Land	Deutschland
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Erweiterung der pädagogischen Kompetenz von LehrerInnen
Teilziele	a. Erhöhung der pädagogischen Kompetenz des Lehrers durch Erweiterung des Handlungsrepertoires b. Aufbau von kooperativen und konstruktiven Verhaltensformen und Abbau von Störungen und Aggressionen c. Steigerung des schulischen Wohlbefindens von Schülern und Lehrern und Verminderung von zwischenmenschlichen Belastungen
Intervention	LehrerInnen-Fortbildung, zu dem es auch ein Trainingsbuch gibt Inhalt: Die verschiedenen Trainingselemente beziehen sich u.a. auf die Veränderung von Wahrnehmungsstrategien, von individuellen Erklärungsmustern und Zieldimensionen aggressiven Verhaltens. Sie sollen des weiteren die Kommunikations- und Handlungsfähigkeit vergrößern und flexibler gestalten, indem z.B. für folgende Handlungsbereiche konkrete Hilfen angeboten werden: 1. Unerwünschtem Verhalten begegnen 2. Negative Anreize vermindern 3. Positive Anreize anbieten 4. Grundhaltungen (bei sich und bei den Schülern) verändern 5. Erwünschtes Verhalten fördern Im Rahmen des KTM wird auch ein LehrerInnen-Tandem-System eingeführt: LehrerInnen nehmen gegenseitig am Unterricht des/der jeweils anderen teil, reflektieren kritische Situationen und erarbeiten mit Unterstützung des KTM-Ordnern Handlungsstrategien und -alternativen. Diese Alternativen werden erprobt und bezüglich der Effekte reflektiv bewertet Dauer: Vorbereitung auf die Einführung der Tandems zu Beginn des Schuljahres plus meist 6 - 8 begleitende Nachmittagstermine/Schuljahr - Trainingsdauer kann individuell festgelegt werden
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	qualitative Methoden
Outcomevariablen	unklar
Ergebnisse	LehrerInnen... - fühlen sich kompetent im Umgang mit Aggression und - haben mehr Selbstvertrauen - schauen bei Konfliktsituationen weniger weg und nutzen weniger strenge und strafende Maßnahmen SchülerInnen... - verringern aggressives und störendes Verhalten - sind mehr an Schule interessiert Kurzfristige Effekte (1987) konnten wissenschaftlich nachgewiesen werden.
Anteil positiver Ergebnisse	nicht in Prozentsätzen ausdrückbar
Nachhaltigkeit	Auf der Verhaltensebenen gibt es keine Inforamtionen in Bezug auf langfristige Wirksamkeit. Chancen auf hohe Nachhaltigkeits sind auf der strukturellen Ebene gegeben, da sich LehrerInnen neue Handlungsstrategien erarbeiten und in den täglichen Unterricht einfließen lassen können. Wenn es tatsächlich zur Steigerung von Wohlbefinden auf SchüelrInnen und LehrerInnen-Seite kommt, besteht auch eine hohe Wahrscheinlichkeit zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Eines der wenigen Programme, welches am Kernprozess "Unterricht" in der Schule ansetzt und wo Auswirkungen auf SchülerInnen- und LehrerInnen-Ebene berichtet werden.
Internet	http://de.wikipedia.org/wiki/Konstanzer Trainingsmodell
Literaturquelle	zitiert nach
Evaluationsstudie	Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146.

Nr.	33
Titel	KOPS - Die Kieler Adipositaspräventionsstudie
StudienautorInnen	Mast, M., Asbeck, I., Langnäse, K., Grund, A., Müller, M.J.
Titel der Studie	Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) - Ein Erfahrungsbericht.
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Ernährung & Bewegung
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Primär- und Sekundärprävention von Adipositas
Teilziele	Senkung der Adipositasinzidenz bei Kindern und Jugendlichen mit besonderem Focus auf sozial Benachteiligte
Intervention	Intervention auf zwei Ebenen: 1. allgemeine Interventionen zur Gesundheitsförderung in der Schule: Ernährungsunterricht - 8 Stunden, Bewegte Pause, Elterninformation, LehrerInnenfortbildung 2. familienorientierte Interventionen für Familien mit einem übergewichtigen Kind oder für Familien, in denen mindestens ein Elternteil übergewichtig ist: 3-5 Beratungstermine (Ernährung, Bewegung, Essverhalten) im Haus der Familie + 6monatiges Sportprogramm (2x/Woche), Kochkurs für Eltern
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Prä-Post-Studie
Outcomevariablen	1. Ernährungswissen der SchülerInnen 2. Einschätzungen zum Bewegungsverhalten, Konzentrationsfähigkeit und Beurteilung des Programms durch Eltern für die Kinder 3. Ess- und Bewegungsgewohnheiten von "Risikofamilien" 4. Ernährungszustand der Kinder
Ergebnisse	1. Signifikante Verbesserung des Ernährungswissens: ► 100 % 2. Mehr als ► 40 % der Eltern geben an, dass die Kinder nach der Intervention weniger fernsehen und sich besser konzentrieren; ► 80% d. Eltern meinen, die Kinder haben Spaß an der "Bewegten Pause": ► 60 % 3. fettärmere Mahlzeitenzubereitung bei ► 50 % der Familien, Qualität der Zwischenmahlzeiten hat sich verbessert; mehr körperliche Aktivität bei Kindern und Eltern 4. Ernährungszustand der Kinder hat sich signifikant verbessert - niedrigere Fettmasse, erhöhte fettfreie Masse; Erhöhung der Beinkraft; keine Veränderungen der aeroben Fitness: ► 75 %
Anteil positiver Ergebnisse	71 %
Nachhaltigkeit	Keine Angaben in Bezug auf nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene, jedoch durch die Miteinbeziehung von Eltern -> höhere Chance auf dauerhaftere Veränderungen für die Kinder Bewegte Pausen könnten aufgrund der Beliebtheit aufrecht erhalten bleiben, ebenso bleibt das Know-How, welches über die LehrerInnen-Fortbildungen aufgebaut wurde, erhalten.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Bei KOPS handelt es sich um einen interessanten Ansatz, der Schule und Elternhaus verbindet. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch der Umstand, dass es sich bei KOPS (Kieler Adipositasinterventionsstudie) um eine Studie handelt, die die Charakterisierung von Determinanten und Risikofaktoren des Übergewichtes im Kindesalter und die Untersuchung der langfristigen Effekte einer niedrig-schweligen Intervention in Schulen für alle Kinder (= universal-prevention) und innerhalb "übergewichtiger und dicker Familien" (= gezielte Prävention oder targeted prevention) zum Ziel und einen stark medizinisch/physiologischen Blickwinkel hat. Leider gibt es keine Informationen über die Umsetzung von KOPS in den Schulen und die Zufriedenheit von LehrerInnen, aber auch von SchülerInnen und Eltern mit dem Programm, oder auch über die Inanspruchnahme.
Internet	
Literaturquelle	Mast, M., Asbeck, I., Langnäse, K., Grund, A., Müller, M.J. (2000). Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) - Ein Erfahrungsbericht. Kindheit und Entwicklung. 9(2), S. 108-115.
Evaluationsstudie	

Nr.	34
Titel	Leipziger Programm (ALF)
StudienautorInnen	Roth, M.
Titel der Studie	Substanzmissbrauch in der Schule - Ergebnisse eines Programms zur Primärprävention in der Schule.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Suchtmittelkonsum durch die Förderung von Lebenskompetenzen
Teilziele	a. Förderung von Lebenskompetenzen (nach WHO) b. Prävention des Gebrauchs und Missbrauchs von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen c. Akzeptanz des Programms bei LehrerInnen
Intervention	Curriculum für den Einsatz im Unterricht, welches käuflich erwerbbar ist. Durchführende: LehrerInnen - es gibt auch Schulungen von LehrerInnen Umfang: 6. Klasse: 19 Unterrichtsthemen - Schwerpunkt Lernstrategien 7. Klasse: 18 Unterrichtsthemen - Schwerpunkt Generationskonflikt 8. Klasse: 17 Themen - Schwerpunkt Konflikte im Leben, Moral und Gewissen, Erfolgskontrolle, Zukunftsfantasien, Partnerschaft und Liebe Für jedes Schuljahr stehen 30-35 Schulstunden zur Verfügung Empfehlung: Durchführung von 10 Themen/Schuljahr
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Lebenskompetenzen der SchülerInnen (Selbstwertgefühl, Soziale Kompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung) b. Konsumverhalten in Bezug auf Tabak, Alkohol c. Akzeptanz bei LehrerInnen Methode: Fragebogenerhebungen bei SchülerInnen; Rückmeldung durch LehrerInnen
Ergebnisse	a. zeitlich stabile, positive Ergebnisse in Bezug auf das Selbstwertgefühl und die soziale Kompetenz; keine Effekte in Bezug auf die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung : ► 67 % b. keine Langzeiteffekte in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum: ► 0 % c. ► 75 % konnten bis zu 50 % des Programmes umsetzen
Anteil positiver Ergebnisse	47 %
Nachhaltigkeit	positive langfristige Effekte (1,5 Jahre) auf SchülerInnen-Ebene in Bezug auf Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz relativ gute Umsetzung der Inhalte des sehr umfassenden Programms; Chance, dass es weiterhin im Unterrichtsalltag verwendet wird, kann als gut eingeschätzt werden
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Es handelt sich bei ALF um ein sicherlich gut brauchbares und gut akzeptiertes Unterrichtsmaterial. Die Illustrationen scheinen jedoch ein wenig veraltet.
Internet	www.vtausbildung.de/alf/alf_idee.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	Roth, M. (2002). Substanzmissbrauch in der Schule - Ergebnisse eines Programms zur Primärprävention in der Schule. In: Böttger, G., Petermann, H., Schröder, H. (Hrsg): Suchtprävention in Sachsen - Standortbestimmung und Perspektiven. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziale, Gesundheit, Jugend und Familie. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2005). Gesundheitsförderung konkret, Band 6. Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Köln: BZgA.

Nr.	35
Titel	LISA-T: Leichtigkeit im Sozialen Alltag-Training
StudienautorInnen	Pössel, P., Horn, A., Hautzinger, M.
Titel der Studie	Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Aufbau von Schutzfaktoren gegen Depressionen
Teilziele	a. positive Beeinflussung der Gedanken der Jugendlichen b. Training von sozialen Kompetenzen (proximales Programmziel) c. mittelfristig: geringere Inzidenzrate von Depression
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten Burschen und Mädchen arbeiteten getrennt Durchführende: externe ExpertInnen mit 2 Trainern pro Gruppe LehrerInnen sind bei der Intervention nicht anwesend Dauer: 10 Wochen mit 1x/Woche Training im Umfang von einer Doppelstunde Inhalte: kognitiver Teil: Zusammenhänge zwischen Kognition, Emotion und Verhalten sozialer Schwerpunkt: Selbstsicherheitstraining, Training sozialer Kompetenzen
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wahrnehmung von sozialer Unterstützung b. funktionale und dysfunktionale Gedanken c. Depressions-Symptome d. kritische Lebensereignisse e. positive und negative Alltagsgeschehnissen f. Akzeptanz des Präventionsprogrammes d und e sind nicht programmrelevant Methode: Fragebogenerhebungen auf SchülerInnen-Ebene (Selbsteinschätzungen)
Ergebnisse	a. Soziale Unterstützung: positive Auswirkungen, jedoch je nach Geschlecht auf unterschiedliche Art und Weise: ► 100 % - Burschen: nehmen ein größeres soziales Netz wahr - Mädchen: Häufigkeit in der Inanspruchnahme des Unterstützungsverhaltens b. dysfunktionale Gedanken: Zunahme von funktionalen Gedanken in beiden Gruppen, Abnahme von dysfunkt. Gedanken nur in der KG - somit kein Programmeffekt sichtbar: ► 0 % c. Depressions-Symptome: keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Anzahl depressiver Symptome vor und nach der Intervention: ► 0% Anmerkung: signifikanter Rückgang von depressiven Symptomen bei den Mädchen in beiden Gruppen. f. gute Akzeptanz des Programms bei den Jugendlichen selbst: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	50 %
Nachhaltigkeit	Ein Follow up nach 6 Monaten zeigte einen präventiven Effekt auf depressive Symptomen in der Lisa-T-Gruppe. Erste langfristige Effekte (6-Monate-Follow-Up) sind somit dokumentiert. Da LISA-T von externen TrainerInnen durchgeführt wird, kommt es zu keinen Veränderungen im Setting Schule und auch zu keinem Wissenstransfer in Richtung LehrerInnen
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chance gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Es handelt sich hier um ein typisches schulbasiertes Programm, welches keine nachhaltigen Veränderungen im Setting Schule erwarten lässt. Da mit zwei externen TrainerInnen und in Kleingruppen gearbeitet wird, entsprechen die Arbeitsbedingungen auch nicht dem "normalen" Schulalltag. Das Programm könnte auch an jedem anderen Ort umgesetzt werden.
Internet	www.uni-tuebingen.de/psychologie/abtkpps/lars_und_lisa/programm.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	Pössel, P., Horn, A., Hautzinger, M. (2003). Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 11(1). S. 10-20.

Nr.	36
Titel	Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag (LARS & LISA)
StudienautorInnen	Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S., Petermann, F.
Titel der Studie	Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Prävention von depressiven Symptomen
Teilziele	keine Teilziele angegeben
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten während des Unterrichts; Burschen und Mädchen arbeiten getrennt Durchführende: jeweils zwei externe, geschulte TrainerInnen Dauer: 9 x 1,5 Stunden Inhalte: kognitiver und sozialer Schwerpunkt in 4 Teilbereichen: a. Vermittlung der Zusammenhänge von Kognition, Emotion und Verhalten b. Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen c. Selbstsicherheitstraining d. Training sozialer Kompetenz
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Depressionssymptomatik b. Selbstwertgefühl/wahrgenommene Kompetenzen c. Selbstwirksamkeit d. Verhaltensprobleme: Aggressives Verhalten, soziale Probleme, sozialer Rückzug Methode: Selbstbeurteilung durch die SchülerInnen (Fragebögen)
Ergebnisse	a. keine Effekte auf die Depressionssymptomatik: ► 0 % b. signifikant positive Effekte auf Selbstwertgefühl: ► 100 % c. signifikant positive Effekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung: ► 100 % d. positiver Trend in Bezug auf aggressives Verhalten, keine Effekte in Bezug auf soziale Probleme und sozialen Rückzug: ► 30 %
Anteil positiver Ergebnisse	58 %
Nachhaltigkeit	Effektiv in Bezug auf Schutzfaktoren für Depressionen; Hinweis d. Autoren, dass beim Follow-up mit älteren Jugendlichen bedeutsame, positive Auswirkungen gegeben sind - Chance daher evtl. gegeben. Intervention durch externe ExpertInnen → kein Transfer zur Schule
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chance gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	siehe LISA-T
Internet	www.uni-tuebingen.de/psychologie/abtkpps/lars_und_lisa/programm.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S., Petermann, F. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie. Kindheit und Entwicklung.12(3), S. 164-174.

Nr.	37
Titel	NHSS - National Healthy School Standard
StudienautorInnen	Warwick, I., Aggleton, P., Chase, E., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M., Warwick, I., Chase, E., Aggleton, P.
Titel der Studie	Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents & Evaluating the impact of the National Healthy School Standard: using national databasis.
Land	Großbritannien
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Motivation von Schulen, ihre Schule in Richtung "Gesunde Schule" zu entwickeln
Teilziele	Basierend auf den Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule (Europäisches Netzwerk - ENHPS) und erweitert um Themenfelder wie "Reduktion sozialer Ungleichheiten", "Soziale Integration" und "Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit" wurden unter Einbeziehung von vielen Partnern "Akkreditierungsstandards" auf drei verschiedenen Levels eingeführt: 1. Level 1 zeigt an, dass es Aufmerksamkeit in Bezug auf die NHSS und deren Ziele gibt. 2. Level 2 setzt voraus, dass die Schule ein Training und/oder eine Beratung/Unterstützung in Bezug auf das System hat. 3. Level 3: Schulen haben den Programm/Projektmanagement-Zyklus (Ist-Zustands-Erhebung, Ziele setzen, Umsetzen) begonnen.
Intervention	Es handelt sich hierbei um ein regionales Programm zur Unterstützung von Schulentwicklung in Richtung "Gesundheitsfördernde Schule" mit offenen Entwicklungsmöglichkeiten für Schulen. Prozessbegleitung wird angeboten.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Poststudie
Outcomevariablen	a.+b. Beurteilung des Implementierungsprozess von NHSS auf der nationalen, lokalen und Schulebene, die Arten der Aktivitäten im Rahmen der Gesunden Schule, die Wahrnehmung von Gesundheit und den Aktivitäten der Schule, Dicksein-Fitsein- Essen & Bewegung, die Bereicherung sozialer Beziehungen und das Engagement der Schulen c. gesundheitsbezogene Ergebnisse auf SchülerInnen-Ebene (SchülerInnen aus Level 3 -Schulen sollen sich von anderen unterscheiden) Methoden: qualitative Erhebung (Tiefeninterviews) mit verschiedenen Schlüsselpersonen und Sekundäranalyse von Daten
Ergebnisse	a. viele Aspekte der Gesunden Schule werden von SchülerInnen, LehrerInnen & Eltern geschätzt: ► 90 % b. Es besteht große Uneinheitlichkeit in Bezug auf die Definition, was eine "Level3-Schule" ausmacht: ► 0 % c. SchülerInnen aus Level-3-Schulen (Mittelstufe/Secondary School) unterschieden sich in vielen Merkmalen von den anderen: ► 100 % SchülerInnen nehmen weniger wahrscheinlich Drogen, fühlen sich besser (ungezwungener), wenn sie zum Arzt müssen, haben ein höheres Selbstbewusstsein wissen eher, woher sie Gratis-Kondome bekommen, schauen weniger oft mehr als 1 Stunde/Tag fernsehen (wenn Schule einen Bewegungsschwerpunkt hatte), gute Zusammenhänge zwischen den positiven Gesundheitsoutcomes der SchülerInnen und dem Level der Schule
Anteil positiver Ergebnisse	60 %
Nachhaltigkeit	Keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Das Programm hat durch den Schulentwicklungsaspekt große Chancen, nachhaltige Wirkungen auf Schulebene zu erzielen.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Gutes Programm, Schulen nachhaltig bei der Verankerung von Gesundheitsförderung in der Schule einen Orientierungsrahmen zu geben.
Internet	www.healthyschools.gov.uk/ bzw. www.wiredforhealth.gov.uk/PDF/Brochurenew.pdf
Literaturquelle Evaluationsstudie	Warwick, I., Aggleton, P., Chase, E., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M. (2005). Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents. Health Education Research. 20 (6); p. 697-708. Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M., Warwick, I., Chase, E., Aggleton, P. (2005). Evaluating the impact of the National Healthy School Standard: using national databasis. Health Education Research. 20 (6); p. 688-696..

Nr.	38
Titel	Pausenkiosk
StudienautorInnen	Baerlocher, K., Laimbacher, J.,
Titel der Studie	Ernährungsprogramm als Mittel zur Gesundheitsförderung in Schulen
Land	Schweiz
Schultyp	keine Angabe
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Gesündere Schuljause am Pausenkiosk
Teilziele	a. SchülerInnen konsumieren gesündere Pausenverpflegung b. SchülerInnen erwerben theoretisches und praktisches Know-How in Bezug auf die Herstellung von (verkaufbaren) Jausen
Intervention	Pausenkiosk wird von SchülerInnen selbst betrieben (Produktion bis Verkauf)
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Selbsteinschätzungen
Outcomevariablen	Darstellung von (positiven) Statements von SchülerInnen
Ergebnisse	keine wissenschaftliche Evaluierung, jedoch sehr positive Statements von SchülerInnen-Seite
Anteil positiver Ergebnisse	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit	keine Angaben zur nachhaltigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene Bei der Recherche im Internet findet man bereits viele Schweizer Schulen, die einen solchen Pausenkiosk eingerichtet haben.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Die Gestaltung eines gesunden "Pausenkiosk" ist ein in der Schweiz sehr beliebtes Thema, welches hier beispielhaft im Rahmen einer kleinen Studie publiziert wurde. Es ist ein typisches Beispiel für die Gestaltung von Rahmenbedingungen für gesundes Essen in der Schule.
Internet	keine Internetquelle verfügbar
Literaturquelle	Baerlocher, K., Laimbacher, J.(2000). Ernährungsprogramm als Mittel zur Gesundheitsförderung in Schulen. Journal für Ernährungsmedizin. 2(2) (Ausgabe für Österreich), S. 7-12
Evaluationsstudie	

Nr.	39
Titel	Physical Activity and Healthy Food Intervention
StudienautorInnen	Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Stevens, V., Cardon, G., deBourdeaudhuij, I.
Titel der Studie	Body Mass Effects of a Physical Activity and Healthy Food Intervention in Middle Schools
Land	Belgien
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Bewegung
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Senkung oder weniger starker Anstieg des durchschnittlichen BMIs
Teilziele	<p>Bewegung:</p> <p>a. Installierung von mehr Bewegungsmöglichkeiten in der Schule</p> <p>b. mindestens 1 Stunde täglich moderate bis intensive körperliche Bewegung/Kind</p> <p>Ernährung</p> <p>a. Steigerung des Konsums von Früchten auf mind. 2 Stück/Tag</p> <p>b. Reduktion von Soft-Drinks-Konsum & Steigerung von Wasserkonsum</p> <p>c. Reduktion des Fettkonsums</p> <p>d. Schaffung von Möglichkeiten zur gesunden Ernährung in der Schule</p>
Intervention	<p>Installierung einer Arbeitsgruppe in jeder Schule und Schulung der Arbeitsgruppen-Mitglieder</p> <p>Die Schulung beinhaltet Hintergrundinfos, Guidelines, wie die Themen behandelt werden können, Interventions- und Unterrichtsmanual und eine Prozessbegleitung.</p> <p>Dauer: 8 Stunden in 2 Jahren - je ein Meeting zu Beginn des Schuljahres und je ein Meeting alle 3 Monate</p> <p>Inhalte des Programms:</p> <p>a. Bewegung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung von mehr Möglichkeiten zur Bewegung in Pausen, zu Mittag, nach der Schule - Organisation von nicht-wettkampforientierten sportlichen Aktivitäten - extra Sportmaterialien wurden zur Verfügung gestellt - 4 Stunden/Kind: individuelle Einheiten (computerunterstütztes Expertensystem auf Basis des Transtheoretischen Modells) <p>b. Ernährung: Veränderungen der Schulumwelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - günstiger Verkauf oder gratis Früchte in der Schule für mind. 1x/Woche - Empfehlung, Früchte als Dessert anbieten - gratis oder günstig Wasser anbieten - Infos über Folder und Poster - Individuelle, computerunterstützte Intervention (auf Basis des TTM) <p>c. Elternarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - gratis-CD-Rom mit den Tests (Erwachsenen-Version) - Info-Folder
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>a. Body-Mass-Index Senkungen/Steigerungen bei Burschen und Mädchen</p> <p>b. positive strukturelle Veränderungen in Bezug auf Bewegung und Ernährung in den Schulen</p> <p>Studienbedingungen: keine Intervention, Intervention auf individueller und Schulebene und Intervention auf individueller und Schulebene plus Elternbeteiligung</p>
Ergebnisse	<p>a. Ergebnisse bzgl. BMI-Entwicklung: ► 50 %</p> <p>Burschen: keine signifikanten positiven Interventionseffekte: ► 0 %</p> <p>Mädchen: signifikant kleinerer Anstieg des durchschnittlichen BMIs nach 2 Jahren in den Gruppen mit der Elternbeteiligung: ► 100%</p> <p>b. Ergebnisse auf Verhältnisebene: ► 68%</p> <p>b.1 Bewegung: ► 67%</p> <ul style="list-style-type: none"> - wöchentlich wurden im Durchschnitt 4,7 Stunden (+/- 2,77) extra Bewegungsangebote geschaffen: →100% - →56 % Teilnahme der Kinder an diesen Aktivitäten (zw. 18 % und 100 %) - Sportmaterialien (Frisbees, Bälle etc.) wurden in einer von 10 Schulen während der Pause; in 6 von 10 Schulen am Nachmittag und in 3 von 10 Schulen während der Unterrichtszeit zur Verfügung gestellt: ►45% - keine Angaben, ob die Kinder in andere Ebenen in Bezug auf das Transtheoretische Modell gelangt sind <p>b.2 Ernährung: ► 69% (11 % - 100 %) nahmen das Angebot in Anspruch</p>
Anteil positiver Ergebnisse	59 %

Nr.	39
Nachhaltigkeit	In Bezug auf die BMI-Entwicklung sind keine Ergebnisse von Follow-Up-Studien berichtet worden In Bezug auf die Lebenswelt Schule bleiben evt. verschiedene Programmkomponenten erhalten. Keine Angaben zur LehrerInnen-Zufriedenheit, daher auch keine Beurteilung möglich.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Es handelt sich um ein sehr gut elaboriertes Programm mit guten, neuen Ideen - auch in Bezug darauf, wie Eltern mit eingebunden werden könnten (CD-Rom). Leider erfährt man wenig über die Akzeptanz des Programms bei LehrerInnen und Eltern.
Internet	
Literaturquelle	Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Stevens, V., Cardon, G., deBourdeaudhuij, I. (2006). Body Mass Effects of a Physical Activity and Healthy Food Intervention in Middle Schools. <i>Obesity</i> . 14(5)p.847-854.
Evaluationsstudie	

Nr.	40
Titel	PriMa
StudienautorInnen	Berger, U.
Titel der Studie	PriMa: Primärprävention Magersucht für Mädchen ab dem 6. Schuljahr - Evaluation der Durchführung und Wirkung des Projektunterrichts im Schuljahr 2004/05.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Primärprävention von Ess-Störungen
Teilziele	Positive Veränderungen in Bezug auf: a. Körpererleben b. das Essverhalten c. die Zufriedenheit mit der eigenen Figur d. Einstellungen und Wissen bzgl. Magersucht bei den Mädchen
Intervention	Infoveranstaltung für LehrerInnen durch ExpertInnen Fortbildungsangebot für LehrerInnen in Schulen: Weiterbildung von LehrerInnen (1 Tag) Auftaktveranstaltung für LehrerInnen und Eltern Arbeit mit den Schülerinnen: Umfang der Arbeit mit den Schülerinnen: - 9 x 90 Minuten Projektunterricht mit Lehrermanual durch die Projektlehrerin - Evaluation und Bericht durch Schülerinnen und LehrerInnen
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Beurteilung des eigenen Körpers b. Essverhalten c. Zufriedenheit mit dem eigenen Körper d. Wissens- und Einstellungstest zu Magersucht und Essverhalten Methode: Einsatz verschiedener Fragebögen bei den Schülerinnen
Ergebnisse	a. positive Effekte bei beiden Interventionsgruppen: kein spezifischer Programmeffekt, jedoch Auseinandersetzung mit dem Thema durch FB-Erhebung: ► 80 % b. signifikante Verbesserungen durch die Intervention; zusätzlich ist der Anteil der Mädchen mit risikoreichen Essgewohnheiten ist von 8,3 auf 4,7 % gesunken: ► 100 % c. positive Effekte bei beiden Interventionsgruppen: kein spezifischer Programmeffekt, jedoch Auseinandersetzung mit dem Thema durch FB-Erhebung: ► 80 % d. signifikant stärkerer Wissenszuwachs in der Interventionsgruppe: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	90 %
Nachhaltigkeit	Keine Angaben zur langfristigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene Da LehrerInnen geschult wurden und das Programm positive Auswirkungen zeigte, ist eine Weiterführung durch LehrerInnen wahrscheinlich. Im Text gibt es keine Hinweise in Bezug auf die Bewertung des Projekts durch die LehrerInnen vorhanden (z.B. bzgl. Aufwand).
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	PriMa wird durch Torera (Prävention von Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas) sowie das Parallel-Programm TOPP für Jungen ergänzt und ist damit eingebettet in ein übergeordnetes Gesamtkonzept und berücksichtigt besonders den Einfluss von Medien. Das Programm wird über das Heidelberger Präventionszentrum und die Universität Jena verbreitet. Für die LehrerInnen-Fortbildung und die Materialien fallen jedoch nicht unerhebliche Kosten an.
Internet	www.h-p-z.de/prima/index.asp
Literaturquelle	Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. Psychotherapeut. 51. S. 187-196.
Evaluationsstudie	Berger, U. (2005). PriMa: Primärprävention Magersucht für Mädchen ab dem 6. Schuljahr - Evaluation der Durchführung und Wirkung des Projektunterrichts im Schuljahr 2004/05. Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (THILLM), Bad Berka. http://www.med.uni-jena.de/mpsy/prima/ErgebnisberichtEvaluationPilot_PriMa.pdf

Nr.	41
Titel	Pro Children
StudienautorInnen	Wind., M.
Titel der Studie	The development, implementation and evaluation of a school-based intervention to promote fruit and vegetable intake among 10-13 year-old European schoolchildren.
Land	mehrere EU-Länder gemeinsam
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Erhöhung des täglichen Konsums von Obst und Gemüse bei den Kindern
Teilziele	<p>a.1 Kinder können den eigenen Obst- und Gemüsekonsum in Relation zum Bedarf abschätzen</p> <p>a.2 Kinder haben verschiedene Arten von Obst und Gemüse kennen gelernt</p> <p>a.3 Kinder entwickeln Fähigkeiten, nach Obst und Gemüse zu fragen</p> <p>a.4 Kinder entwickeln Fähigkeiten, sich Obst und Gemüse zu besorgen</p> <p>a.5 Kinder entwickeln Fähigkeiten, Obst und Gemüse frisch zu halten</p> <p>a.6 Kinder entwickeln Fähigkeiten, Obst und Gemüse zubereiten zu können</p> <p>b.1 Eltern ermutigen ihre Kinder dazu, mehr Obst und Gemüse zu essen</p> <p>b.2 Eltern essen Obst und Gemüse mit ihren Kindern und sind somit Rollenmodelle</p> <p>c.1 Kinder kosten und essen Obst und Gemüse gemeinsam mit Freunden in der Schule</p> <p>d. Obst und Gemüse werden zu Hause und in der Schule für Kinder leichter verfügbar gemacht</p>
Intervention	<p>Das Projekt zeichnet sich durch eine differenzierte und genaue Analyse der Ausgangslage aus. Die Intervention ist sehr fundiert und theoriegeleitet und multidimensional angelegt (individuelle Ebene, soziale Ebene, Umweltfaktoren).</p> <p>Intervention:</p> <p>Klassenebene: Arbeitsblätter mit Aufgaben, die im Klassenzimmer und außerhalb bearbeitet werden; Computerprogramm, das von LehrerInnen und SchülerInnen genutzt werden kann</p> <p>Schulebene: Schaffung eines Obst- und Gemüseangebotes (als eigenes Programm oder im Rahmen des Schulessens); es wurde empfohlen, eine Arbeitsgruppe einzurichten</p> <p>Familieebene: aktives Miteinbeziehen der Eltern in die Hausübungen der Kinder; internetbasiertes Tool (stufenspezifische Intervention), um Eltern Rückmeldung in Bezug auf ihre eigenen Konsumgewohnheiten zu geben; 5 Newsletter; Infos über den Projektverlauf; Tipps, wie Eltern ihre Kinder ermutigen können, Obst und Gemüse zu essen</p>
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>a. Konsum von Obst und Gemüse</p> <p>b. Einflussfaktoren auf den Konsum von Obst und Gemüse</p> <p>Methoden: Fragebogenerhebungen bei Kindern, Beobachtungen</p>
Ergebnisse	<p>a. Obst- und Gemüsekonsum steigen (Obst weitaus stärker)</p> <p>b. positive Auswirkungen auf manche, aber nicht alle Determinanten für Obst- und Gemüsekonsum - die Effekte waren auch zw. den Ländern unterschiedlich:</p> <p>c. Wissenszuwachs in allen Ländern</p> <p>d. der größte Anstieg in Bezug auf die Verfügbarkeit von Obst und Gemüse war in den Niederlanden zu beobachten (hatte auch eine niedrige Ausgangslage)</p> <p>e. in Spanien wurden die Kinder stark aufgefordert, O&G in die Schule mitzubringen -> signifikanter Effekt in Spanien</p> <p>f. keine Veränderung in Bezug auf die Präferenzen (Grund: möglicherweise zu wenig Anlässe zum Konsum von neuen Obst- und Gemüsesorten im Laufe der Intervention) - kann den größeren Obst-Konsum-Effekt erklären</p> <p>- Es konnte ein guter Fragebogen entwickelt werden</p> <p>Implementierung:</p> <p>- Unterschiede in Bezug auf die Umsetzungsqualität in den Schulen</p> <p>- Programm bei sehr guter Umsetzungsqualität erfolgreicher</p> <p>- keine Zusammenhänge zw. Involviertheit der Eltern und Obst-Konsum</p> <p>- Freie Verfügbarkeit von Obst und Gemüse scheint einen besseren Output zu produzieren</p> <p>- geringe Teilnahme von Eltern (Webbasierter Test) -> evtl. Sprachbarrieren</p>
Anteil positiver Ergebnisse	nicht in Prozentwerten ausdrückbar

Nr.	41
Nachhaltigkeit	In Bezug auf die nachhaltige Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene können aufgrund dieser Studie keine Aussagen getroffen werden. Fragebogen und Curriculum könnten weiterverwendet werden. Dort, wo das Angebot erhalten bleibt, ist Nachhaltigkeit gegeben.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	ProChilden ist ein EU-Forschungsprojekt, in dem ein wesentliches Ziel die Erforschung von Determinanten für den Obst- und Gemüse-Konsum und die Entwicklung eines Fragebogens war. Dieser Fragebogen zu Essgewohnheiten von Schulkindern ist auch auf Deutsch verfügbar. Insgesamt erfährt man jedoch wenig über die Interventionen, die gesetzt wurden.
Internet	www.prochildren.org
Literaturquelle Evaluationsstudie	Wild., M. (2006). The development, implementation and evaluation of a school-based intervention to promote fruit and vegetable intake among 10-13 year-old European schoolchildren. https://ep.eur.nl/bitstream/1765/8095/1/154778-Wind+bw%23.pdf . Aufgesucht am 11.9.2007.

Nr.	42
Titel	ProACT + E
StudienautorInnen	Spröber, N., Schlottke, P.F., Hautzinger, M.
Titel der Studie	ProACT + E: Ein Programm zur Prävention von "Bullying" an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Prävention von Bullying
Teilziele	a. weniger Gewalterfahrungen aus Opfer-, Täter- und Beobachterperspektive b. Förderung von positivem Sozialverhalten
Intervention	Curriculum (Arbeitsbücher für LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen mit Inhalten des Klassen- und Elterstrainings, Videofilm fürs Elterstraining) für den Unterrichtsalltag Durchführende: PsychologInnen mit Anwesenheit der LehrerInnen weitere Aufgaben der PsychologInnen: Beratung Inhalte: Klassentraining [ProACT] (3x4 Stunden) = Gruppe 1 Ursachen von Konflikten, eigene Erfahrungen, Regeln zur Konfliktlösung; Üben von selbstsicherem Verhalten; Konfliktlösemodell, präventive Maßnahmen vereinbaren LehrerInnenberatung (3 Termine): Einführung von Regeln und Verstärkersystemen für positives Sozialverhalten der SchülerInnen (gemeinsam mit SchülerInnen) Mitarbeit als Co-TrainerIn beim Klassentraining Förderung positiver Entwicklung der SchülerInnen positives Klassenmanagement Beratung Elterstraining [E] (3 x 2,5 Stunden) = Gruppe 2 Ursachen von Konflikten; Förderung positiver Entwicklung; Umgang mit Konflikten; Telefonische Beratung unspezifische Intervention = Gruppe 3: 2 Schulstunden Diskussion über Gewalt ohne konkrete Übungen In einer Weiterführungsphase werden folgende Themen behandelt: Klassenrat, präventive Maßnahmen, Verstärkersysteme, Informationsaustausch, Fragebogenerhebung
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. weniger Gewalterfahrung aus der Opfer-, Täter- und Beobachterperspektive: 1. körperliche Aggression, 2. verbale Aggression und 3. Viktimisierung b. positiveres Sozialverhalten: b.1 wahrgenommene Unterstützung bei Viktimisierung b.2 gesteigerte Konfliktlösefertigkeiten b.3. prosoziales Verhalten b.4 erwünschtere Einstellung gegenüber Gewalt und wahrgenommene Unterstützung zusätzliche Forschungsfrage: Verstärkt die Kombination von eltern- klassen und schulzentrierten Interventionszugängen die Wirksamkeit eines Trainingsprogramms? Methode: Fragebogenerhebungen bei SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern
Ergebnisse	a. signifikanter Rückgang von körperlicher, verbaler Aggression und Viktimisierung: ► 100 % b. Effekte auf das positive Sozialverhalten: ► 75% b.1 wahrgenommene Unterstützung bei Viktimisierung: ► 0% b.2 gesteigerte Konfliktlösefertigkeiten: in der Proact+E-Gruppe: ► 100 % b.3 gesteigertes prosoziales Verhalten: in der Gruppe Proact+E: ► 100 % b.4 erwünschtere Einstellung gegenüber Gewalt: positive Effekte in den Proact-Gruppen vor allem bei den Burschen: ► 100 %
Anteil positiver Ergebnisse	88 %

Nr.	42
Nachhaltigkeit	Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene wurde mit eigener Follow-Up-Erhebung nach 4 Monaten gemessen - ist soweit gegeben. Es gibt bereits Studien zur zufriedenstellenden Akzeptanz von Eltern- und SchülerInnentraining. Leider keine Angaben, inwieweit sich schulische Strukturen verbessert haben (außer indirekt über die Schülerangaben). Durch die Anregung zur weiterführenden Arbeit besteht die Chance, dass das Programm auch strukturell wirksam sein kann.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Umfassendes Programm, welches verschiedene Determinanten-Ebenen mit einbezieht. Die Informationen für eine erfolgreiche Umsetzung des Gesamtprojektes sowie die Materialien zum Eltern- und Klassentraining und der LehrerInnenberatung liegen manualisiert (Spröber, Schlottke & Hautzinger, in Vorbereitung) vor und sind bei den AutorInnen erhältlich.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Spröber, N., Schlottke, P.F., Hautzinger, M. (2006). ProACT + E: Ein Programm zur Prävention von "bullying" an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 35(2), S. 140-150. Spröber, N. (2006). ProACT + E -Entwicklung und Evaluation eines Mehrebenen-Programms zur Prävention von „Bullying“ an weiterführenden Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Dissertation: Universität Tübingen. http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2007/2786/pdf/proACT_Endversion_20032007_korr.pdf

Nr.	43
Titel	Programm zur Prävention von anabolischen Steroiden
StudienautorInnen	Nilsson, S., Allebeck, P., Marklund, B., Baigi, A., Frindlund, B.
Titel der Studie	Evaluation of a health promotion programme to prevent the misuse of androgenic anabolic steroids among Swedish adolescents.
Land	Schweden
Schultyp	Oberstufe
inhaltlicher Focus	Problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Senkung bzw. Prävention des Missbrauchs bestimmter Medikamente
Teilziele	a. Prävention des Missbrauchs von Androgenic anabolischen Steroiden unter Jugendlichen b. Stärkung von Selbstvertrauen, Bewusstseinsbildung in Bezug auf Schönheitsideale unter Männern
Intervention	Es wurden erwachsene MultiplikatorInnen, die oft mit Jugendlichen zusammenarbeiten, wie LehrerInnen, Psychologen, Ärzte, TrainerInnen etc. durch Experten ausgebildet. Programm fand nicht nur in der Schule statt. Dauer: 12 Lektionen plus Begleitung durch einen persönlichen Tutor. Material wurde zur Verfügung gestellt - auch Einsatz von Kampagnenmaterial: Poster, Broschüren, Kinospots, Trailer Arbeiteten mit Unterrichtseinheiten und Diskussionen über 2 Jahre. Intensität nicht bekannt.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	Zielvariablen: a. Wahrnehmung von verschiedenen Aktivitäten während einer Gesundheitswoche durch Jugendliche b. Häufigkeit von Missbrauch von Androgenic anabolischen Steroiden (über Tabletten und Injektionen)
Ergebnisse	a. die Jugendlichen beurteilten die Einheiten zur Anabolic-Diskussion besser als andere Einheiten: ► 100% b. ► 50% b.1 signifikant weniger Missbrauch von Anabolika bei den 16-Jährigen: ► 100% b.2 keine signifikanten Veränderungen bei den 17-Jährigen: ► 0%
Anteil positiver Ergebnisse	75 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene keine Beurteilung in Bezug auf eine nachhaltige Implementierung des Themas in der Schule möglich
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Aufgrund der Studienbeschreibung und dadurch, dass aus diesem Projekt auch kein Programm wurde, erfährt man nur wenig über die Interventionen, die tatsächlich umgesetzt wurden. Das Projekt ist jedoch ein Beispiel für die Vernetzung verschiedener Professionen, die mit Jugendlichen arbeiten zum Capacity-Building in Bezug auf die Prävention des Konsums der Steroide.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Nilsson, S., Allebeck, P., Marklund, B., Baigi, A., Frindlund, B. (2004). Evaluation of a health promotion programme to prevent the misuse of androgenic anabolic steroids among Swedish adolescents. Health Promotion International. 19(1). P. 61-67.

Nr.	44
Titel	Programm zur Primärprävention von Ess-Störungen
StudienautorInnen	Dannigkeit, N., Köster, G., Tuschen-Caffier, B.
Titel der Studie	Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Ergebnisse zur Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Primärprävention von Ess-Störungen
Teilziele	a. Erhöhung des Wissens über gesunde Ernährung und Ess-Störungen b. gesünderes Essverhalten c. Erhöhung des Selbstwertgefühls
Intervention	Trainingseinheiten im Unterricht Durchführende: externe TrainerInnen (Studienautorinnen) ohne Anwesenheit der LehrerInnen Dauer: 2x5 Stunden (6. Klasse & 8. Klasse) Inhalte: Grundtraining: Das Schönheitsideal in den Medien (2 Std.); Gesunde Ernährung und Ess-Störungen (1 Std.); Problemlösen und soziale Kompetenz (2 Std.) Auffrischungstraining: Schönheitsideale und Geschlechtsstereotypen in den Medien (2 Std.), Gesunde Ernährung und Ess-Störungen (1 Std.); pubertäre Entwicklung und Umgang mit Stress - Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper - allgemeines Selbstwertempfinden (2 Std.) Methoden: Diskussionen, Fallbeispiele, Rollenspiele, Anschauungsmaterial
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissen über gesunde Ernährung und Ess-Störungen b. Essverhalten in drei Dimensionen: externaler Essstil, gezügelter Essstil, emotionaler Essstil c. Selbstvertrauen d. Programmmzufriedenheit Methode: Fragebogenerhebung bei SchülerInnen
Ergebnisse	a. starker Wissenszuwachs in der Interventionsgruppe: ► 100 % b. positive Effekte in Bezug auf gezügeltes und emotionales Essverhalten bei zwei der drei Dimensionen : ► 67 % c. positive Effekte in Bezug auf Selbstvertrauen: ► 100 % d. gute Bewertungen durch die TeilnehmerInnen Beurteilung mit "sehr gut" und "gut": Grundtraining: ► 92 %; Auffrischung: ► 86 %: ► 89 %
Anteil positiver Ergebnisse	89 %
Nachhaltigkeit	Potenzial zur langfristigen Wirksamkeit geben und überprüft (Follow up nach 2 Jahren) Da das Programm von externen TrainerInnen durchgeführt wird, kommt es zu keinen Veränderungen im Setting Schule und auch zu keinem Wissenstransfer in Richtung LehrerInnen. AutorInnen wünschen Miteinbeziehung von LehrerInnen und Eltern.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Die Intervention hat gute Evaluationsergebnisse, müsste jedoch, um breiter wirksam zu werden, als Programm angeboten werden. Des Weiteren sollten LehrerInnen und über diese auch die Eltern stärker in die Programmumsetzung mit einbezogen werden, wobei nicht klar ist, welche Auswirkungen dies auf die Wirksamkeit der Intervention hat.
Internet	
Literaturquelle	Dannigkeit, N., Köster, G., Tuschen-Caffier, B. (2005). Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 13(2), S. 79-91.
Evaluationsstudie	

Nr.	45
Titel	Risk Watch
StudienautorInnen	Kendrick, D., Groom, L., Stewart, J., Watson, M., Mulvaney, C., Casterton, R.
Titel der Studie	"Risk Watch": Cluster randomised controlled trial evaluating an injury prevention program.
Land	Großbritannien
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Unfallverhütung
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Unfallprävention
Teilziele	Verbesserung der Sicherheit in Bezug auf: a. Fahrradfahren und zu Fuß gehen b. Stürze c. Vergiftungen d. Feuer und Verbrennungsgefahren
Intervention	Umsetzung eines Curriculums mit Unterrichtsmaterialien ("Risky Boxes") Durchführende: geschulte LehrerInnen (durch Feuersicherheitsleute bzw. andere LehrerInnen). Inhalt: Unterrichtseinheiten und Anregungen für Aktivitäten mit SchülerInnen Vermitteln bestimmter Sicherheitsbotschaften Es wird ein Folder für spezifische Alterszielgruppen zur Verfügung gestellt.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissenszuwachs b. Zuwachs an Fertigkeiten Methode: Fragebogenerhebung bei SchülerInnen, Schüler-Beobachtungen
Ergebnisse	a. Wissenszuwachs - positive Ergebnisse in einer von drei Gefahrenbereichen: ► 33 % b. Fertigkeiten - positive Ergebnisse in einer von drei Fertigkeitsbereichen: ► 33 %
Anteil positiver Ergebnisse	33 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Schulebene: - LehrerInnen änderten die Unterrichtseinheiten ab - weniger als die Hälfte der LehrerInnen verwendete die Materialien der Box - weniger als die Hälfte setzte noch andere Aktivitäten ein ► eher geringe Chance auf Weiterführung
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Zu wenig Unterstützung und Begleitung der LehrerInnen könnten hier die geringe Umsetzung erklären.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	Kendrick, D., Groom, L., Stewart, J., Watson, M., Mulvaney, C., Casterton, R. (2007). "Risk Watch": Cluster randomised controlled trial evaluating an injury prevention program. Injury Prevention. 13, p.

Nr.	46
Titel	SNAKE
StudienautorInnen	Beyer, A., Lohaus, A. (2005) bzw. Klein-Heßling, J., Lohaus, A. und Beyer, A. (2003)
Titel der Studie	a. Stressbewältigung im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms. b. Gesundheitsförderung im Jugendalter: Attraktivität von Stressbewältigungstrainings.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Schulbasiert
Globalziel	Aufbau und Erweiterung von Stressbewältigungsstrategien
Teilziele	Verbesserung der Bewältigungsstrategien von Jugendlichen im Umgang mit Stress
Intervention	Durchführung von Trainingseinheiten Durchführende: externe TrainerInnen (2 TrainerInnen/Schulklasse) Dauer: 8 Doppelstunden Inhalte: Grundlagenmodul: - problemlösungsorientiertes Vorgehen in Stresssituationen Ergänzungsmodule zu den Themen - Kognitive Strategien - Suche nach sozialer Unterstützung und soziale Kompetenz - Entspannung und Zeitmanagement Einsatz von verschiedenen kognitiv-behavioralen Methoden
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissenszuwachs b. Veränderung der Anforderungsbewertung c. Veränderung in Bezug auf funktionale Copingstrategien d. Veränderungen in Bezug auf dysfunktionale Strategien Methode: Fragebogenerhebung bei SchülerInnen
Ergebnisse	a. Es kam zu einem signifikanten Wissenszuwachs: ►100% b. signifikant positive Veränderungen in Bezug auf die Anforderungsbewertung: ►100% c. signifikant positive Veränderungen in Bezug auf die funktionalen Copingstrategien: ►100% d. positive, jedoch geringe Abnahme von dysfunktionalen Strategien: ►100% Die Programmwirkungen bleiben nach einem Follow-up (3 Monate nach der Intervention) noch weitgehend stabil.
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	Kurzfristige individuelle Nachhaltigkeit scheint gegeben zu sein (Follow-up jedoch nur 3 Monate nach Abschluss des Programms). Da externe TrainerInnen, ist keine Nachhaltigkeit in Bezug auf die Wirkung im Setting Schule zu erwarten.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chancen gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Die Kombination des Problemlösetrainings mit den Modulen zur kognitiven Umstrukturierung und zur sozialen Unterstützung zeigte günstigere Effekte als die Kombination mit dem Modul zu Entspannung und Zeitmanagement. Die schulbezogenen Determinanten für Stress werden ausgeblendet, LehrerInnen wurden in die Programmumsetzung nicht mit einbezogen - diese beiden Faktoren machen es unwahrscheinlich, dass die Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene nachhaltig aufrecht erhalten bleiben kann.
Internet	www.homes.uni-bielefeld.de/snake/info/mehr.htm
Literaturquelle Evaluationsstudie	Beyer, A., Lohaus, A. (2005). Stressbewältigung im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms. <i>Psychologie in Erziehung und Unterricht</i> , 52, S. 33-50. Klein-Heßling, J., Lohaus, A. und Beyer, A. (2003). Gesundheitsförderung im Jugendalter: Attraktivität von Stressbewältigungstrainings. <i>Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft</i> , 11, S. 365-380. zitiert nach Kaluza, G., Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. <i>Zeitschrift für Gesundheitspsychologie</i> , 14(3), S. 119-134.

Nr.	47
Titel	Sozialtraining in der Schule
StudienautorInnen	Petermann, F. et al
Titel der Studie	Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146.
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule, Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Prävention von Verhaltensauffälligkeiten
Teilziele	a. Differenzierung der sozialen Wahrnehmung b. Erkennen und Ausdrücken von Gefühlen c. angemessene Selbstbehauptung d. kooperatives Verhalten e. Einfühlungsvermögen
Intervention	Trainingseinheiten, die im Unterrichtsalltag umgesetzt werden; es gibt auch ein Trainingshandbuch Durchführende: geschulte LehrerInnen; Supervision wird empfohlen Dauer: 10 Wochen mit einer 90 minütigen Trainingssitzung pro Woche Inhalte: Die Inhalte entsprechen den oben genannten Zielsetzungen Ablauf: Durchführung von Rollenspielen -> Hinführung zum Stundenziel Erarbeitung anhand von Fragen zu z.B. Alternativverhalten, eigenen Erfahrungen auch Entspannungsübungen und kindgerechte Selbstbeobachtungs- und -kontrolltechniken kommen zum Einsatz
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Poststudie
Outcomevariablen	a. Aggressionsbereitschaft der Schüler b. Angst der Schüler Erhebungsmethoden sind nicht bekannt
Ergebnisse	in Bezug auf SchülerInnen mit leicht aggressivem Verhalten und sozial unsicheren Auffälligkeiten konnte eine primärpräventive Wirksamkeit nachgewiesen werden: ► 100 % keine Effekte bei Kindern mit massiven Verhaltensproblemen: ► 0 %
Anteil positiver Ergebnisse	50 %
Nachhaltigkeit	Auf der Verhaltensebenen gibt es keine Inforamtionen in Bezug auf langfristige Wirksamkeit. keine Aussagen zur Beurteilung des Programms durch LehrerInnen und/oder SchülerInnen - Akzeptanz daher nicht einschätzbar
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Bei diesem Training handelt es sich um ein typisches Trainingsprogramm. Dieses ist auch in Buchform erschienen. Die Universität Bremen, in der der Autor das Programm entwickelt hat, bietet auch Fortbildungsprogramme für LehrerInnen, die das Sozialtraining anwenden möchten. Es bleibt unklar, wie weit das Programm verbreitet und wie hoch die Akzeptanz und Brauchbarkeit für LehrerInnen ist.
Internet	www.bipp-bremen.de
Literaturquelle Evaluationsstudie	Verbeek, D., Petermann, F. (1999). Gewaltprävention in der Schule. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7(4), S. 133-146. http://jugendinfo.de/themen.php/308/1479/sozialtraining-in-der-schule.html

Nr.	48
Titel	Stark im Leben
StudienautorInnen	Hinz, A.
Titel der Studie	a. Jugendgesundheitsförderung. Entwicklung, Implementierung und Evaluation präventiver Unterrichtseinheiten. b. Stark im Leben. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in den Klassen 7 und 8.
Land	Deutschland
Schultyp	Sekundarstufe I
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Prävention von selbstschädigendem Verhalten
Teilziele	a. primäre und sekundäre Nikotinprävention, Magersuchtprävention b. Selbstsicherheit und Standfestigkeit c. Reduktion von Risikoverhalten d. Ergreifen von Schutzmaßnahmen e. Hilfe holen können d. verbesserte Körperwahrnehmung
Intervention	Trainingsprogramm, das in der Schule umgesetzt wird Durchführende: LehrerInnen und SchülerInnen (Peer-Leader) mit vorhergehender Schulung Umfang: 7. Klasse: 9 Doppelstunden 8. Klasse: 3 Doppelstunden Inhalt: 1. Freiarbeit in Gruppen zu den Themen Schutzmaßnahmen, Verletzungen, Risikoverhalten, Kosten des Rauchens, Sucharten, angenehme Körperempfindungen 2. Lesetext: Die Mutprobe; Diskriminationstraining (unterscheiden lernen zwischen mutig/ selbstsicher, leichtsinnig und feige) 3. Standfestigkeitstraining in Kleingruppen unter Leitung der Peer-Leader/TeamleiterInnen mit Tonbandfeedback 4. Training von selbstsicherem Verhalten in »Sympathiesituationen« 5. Nikotinprävention in getrennten RaucherInnen- und NichtraucherInnenengruppen 6. Training von selbstsicherem Verhalten in »Recht-haben-Situationen« 7. Persönliche Stärken und Flirttraining 8. Körperberührungen und Sexualität bei Jungen / Körperbild bei Mädchen 9. Der Marlboro-Mann und der Alltagsmann / Frauen und Rauchen / Abschlussquiz
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissen über Rauchen b. Selbstsicherheit und Flirts c. Nikotinkonsum d. Selbstsicheres Verhalten e. Standfestigkeit f. Risikobereitschaft g. Hilfe holen h. Klassenklima i.1 Männlichkeitsideologie (bei Knaben) i.2 Körperselbstbild (bei Mädchen) Methode: Interviews mit SchülerInnen
Ergebnisse	a. Interventionseffekte bei allen Wissenstests: ► 100 % b. keine Effekte: ► 0 % c. Effekte nur bei Knaben: ► 50 % d. Interventionseffekte bei der Variable "Selbstsicheres Verhalten": ► 100 % e. keine Effekte: ► 0 % f. keine Effekte: ► 0 % g. positive Zeiteffekte: ► 100 % i1 keine Effekte: ► 0 % i2 positive Zeiteffekte: ► 100 % Das von den SchülerInnen wahrgenommene LehrerInnen-Engagement war der wichtigste Einflussfaktor auf den Interventionseffekt (Reduktion des Nikotinkonsums).
Anteil positiver Ergebnisse	50 %

Nr.	48
Nachhaltigkeit	nachhaltige Effekte in Bezug auf "Hilfe Holen" und "Körperbild" bei Mädchen keine Beurteilung in Bezug auf eine nachhaltige Implementierung des Themas in der Schule möglich
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	Chance gegeben
Nachhaltigkeit - Struktur	nicht beurteilbar
Kommentar	Die Ausbildung von Peer-Leadern in der Schule ermöglicht eine stärkere Einbindung der Zielgruppe. Diese Peer-Leader werden von LehrerInnen ausgebildet. Inwieweit es Trainings von LehrerInnen gibt oder diese ausschließlich mit dem Trainingsmanual arbeiten, ist unklar.
Internet	
Literaturquelle Evaluationsstudie	a. Hinz, A. (2004). Jugendgesundheitsförderung. Entwicklung, Implementierung und Evaluation präventiver Unterrichtseinheiten. (Unveröffentlichte Habilitationsschrift). Eberhad Karls Universität Tübingen, Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften. b. Hinz, A. (2005). Stark im Leben. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in den Klassen 7 und 8. Tübingen: DGVt. zitiert nach Kaluza, G., Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14(3), S. 119-134.

Nr.	49
Titel	The 5-a-Day Bash Street Way
StudienautorInnen	Anderson, A.S., Porteous, L.E.G., Foster, E., Higgins, C., Stead, M., Hetherington, M., Adamson, A.J.
Titel der Studie	The impact of a school-based nutrition education intervention of dietary intake and cognitive and attitudinal variables relating to fruits and vegetables.
Land	Großbritannien
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Ernährung & Essverhalten
Dauer	6 Monate - 1 Jahr
Interventionsart	Mit Veränderung von Verhältnissen und/oder stärkerer Beteiligung der Zielgruppe
Globalziel	Erhöhung des täglichen Konsums von Obst und Gemüse bei den Kindern
Teilziele	a. Erhöhung von Wissen in Bezug auf Obst und Gemüse b. Verbesserung von Einstellungen & Vertrauen in Bezug auf Obst und Gemüse c. Erhöhung des Konsums von Obst und Gemüse
Intervention	multidimensionales Interventionsprogramm im Setting Schule: - Veränderungen des Angebots (Essen und Getränke) in der Schule (eher niedrige Anforderungen) - verschiedene Demonstrations- und Kommunikationsmaterialien - Unterrichtsmaterialien - Einkaufshilfen und Infos für Eltern und SchülerInnen Es ist unklar, ob nur Infos und Materialien oder auch personeller Support für die Schulen zur Verfügung gestellt wurden.
Evaluationsart	Ergebnisevaluation
Evidenzklasse	Randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	a. Wissenszuwachs und Gesundheitsbegriff b. Verhaltensänderungen Geschmackserfahrungen, Zugang zu Obst und Gemüse, Verstehen des Gesundheitskonzepts, Fähigkeiten, Obst und Gemüse zu kategorisieren; subjektive Normen; Wahl von gesunden Produkten; Wissen um Zusammenhänge zwischen Ernährung und Erkrankungen; Kenntnis der "5-a-day"-Botschaft; Geschmackspräferenzen c. durchschnittlicher Obst- und Gemüsekonsum der Kinder Methoden: Ernährungsprotokolle und Interviews mit SchülerInnen und LehrerInnen
Ergebnisse	signifikante Verbesserungen in folgenden Bereichen in der Interventionsgruppe: a. Wissen zu Gesundheit: ► 100 % a.1 breiterer Gesundheitsbegriff: ► 100 % a.2 Wissenszuwachs auf verschiedenen Ebenen: ► 100 % b. Ernährungsrelevante Einstellungen: ► 100 % b.1 mehr neue Obst- und Gemüsesorten ausprobiert : ► 100 % b.2 subjektive Norm hat sich verändert: ► 100 % b.3 Präferenz für fettreiche/zuckerreiche Produkte ist gesunken: ► 100 % c. Verhalten: ► 25% c.1 der durchschnittliche Konsum von Obst ist in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe sign. stärker gestiegen, jedoch nur bei Mädchen: ► 50 % c.2 es gab keine Veränderungen in Bezug auf den Gemüsekonsum [da eher Rückgang]: ► 0%
Anteil positiver Ergebnisse	75 %
Nachhaltigkeit	Keine Follow-Up-Erhebungen, daher keine Aussagen in Bezug auf Nachhaltigkeit auf der Verhaltensebene bei SchülerInnen möglich Keine Aussagen in Bezug auf die Zufriedenheit und Umsetzbarkeit auf Schulebene; Bedenken in Bezug auf die Kosten
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	keine nachhaltigen Effekte wahrscheinlich
Kommentar	Hinweis, dass man noch bessere Strategien zur Elternbeteiligung finden muss. Das Programm zeigt in einigen Bereichen positive Effekte. Es ist als Programm verankert und hat Potenzial, weiterentwickelt zu werden.
Internet	www.food.gov.uk/healthiereating/nutritionsschools/teachingtools/bashstreetdiet/
Literaturquelle Evaluationsstudie	Anderson, A.S., Porteous, L.E.G., Foster, E., Higgins, C., Stead, M., Hetherington, M., Adamson, A.J. (2005). The impact of a school-based nutrition education intervention of dietary intake and cognitive and attitudinal variables relating to fruits and vegetables. Public health nutrition; 8 (6), p. 650-656.

Nr.	50
Titel	The Wessex Healthy School Award
StudienautorInnen	Moon, A.M., Mullee, M.A., Rogers, L., Thompson, R.L., Speller, V., Roderick, P. (1999)
Titel der Studie	Helping schools to become health-promoting environments - an evaluation of the Wessex Healthy School Award.
Land	Großbritannien
Schultyp	Für alle Schultypen geeignet
inhaltlicher Focus	Gesundheit in verschiedenen Dimensionen
Dauer	Länger als 1 Jahr
Interventionsart	Schulentwicklung
Globalziel	Motivation von Schulen, ihre Schule in Richtung "Gesunde Schule" zu entwickeln
Teilziele	Schulen anzuregen, sich mit Gesundheitsförderung auseinander zu setzen bzw. "Gesunde Schulen" zu werden und am "Wessex Healthy School Award" zu partizipieren.
Intervention	<p>Schulen nannten KoordinatorInnen und wählten mindestens zwei Gesundheitsförderungsbereiche, die sie bearbeiteten.</p> <p>Um den Award zu bekommen, muss zu mindestens 2 von 9 über den WHSA definierten Schlüsselbereichen (rauchfreie Schule, Curriculumgestaltung, Zusammenarbeit mit der Gemeinde, Möglichkeiten zur gesunden Ernährung, Bewegung, Verantwortung für Gesundheit, gesunder Arbeitsplatz, Umwelt, Chancengleichheit für Gesundheit) gearbeitet werden.</p> <p>Die Schulen erhielten professionelle und finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung. Die Prozessbegleitung unterstützte bei der Identifikation von Stärken und Schwächen, der Auswahl von Zielen und dabei, Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen, sodass die Schulen den Award auch erreichen können.</p>
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>a. Entwicklung von Gesundheitsförderungsaktivitäten an Schulen in Wessex b. Organisation und die Arbeitsweisen der teilnehmenden Schulen c. Auswirkung auf die Effekte auf SchülerInnen erheben:</p> <p>Methoden: Interviews mit LehrerInnen, Eltern und Beamten in Bezug auf die Entwicklung der Gesunden Schule Befragung in Bezug auf Gesundheitsverhalten von SchülerInnen zwischen 11 und 16 Jahren: Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, gesunde Ernährung, Bewegungsverhalten, gesunde Umwelt, Unterrichtsplanung (Curriculum)</p>
Ergebnisse	<p>a. Die teilnehmenden Schulen machten jedoch in 7 von 9 Bereichen Fortschritte: ► 78 % Folgende Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden gesetzt: Rauchfreie Schule, gesunder Arbeitsplatz, Chancengleichheit für Gesundheit, Vernetzung Gemeinde/Schule, Curriculum zum Thema Gesundheit Schulen wünschen sich mehr Unterstützung; AutorInnen zweifeln an der Umsetzung der Gesunden Schule in manchen Schulen, da auch in Schulen, die einen Award erhalten haben, 11 % der LehrerInnen meinen, dass sie den Award nicht kennen</p> <p>b. Die SchülerInnen der Interventionsschulen zeigten in allen Bereichen mit Ausnahme von Bewegungsverhalten und Eigenverantwortung bessere Ergebnisse: ► 60 %</p>
Anteil positiver Ergebnisse	69 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben in Bezug auf Nachhaltigkeit auf SchülerInnen-Ebene Wenn strukturelle Veränderungen implementiert wurden und weiterhin GesundheitskoordinatorInnen installiert bleiben ist die Chance auf eine nachhaltige Weiterentwicklung der Schule in Bezug auf Gesundheit groß.
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Gutes Anreizsystem für Schulen, sich mit Gesundheitsförderung zu beschäftigen.
Internet	
Literaturquelle	Moon, A.M., Mullee, M.A., Rogers, L., Thompson, R.L., Speller, V., Roderick, P. (1999). Helping schools to become health-promoting environments - an evaluation of the Wessex Healthy School Award. Health Promotion International. 14, p. 111-121.
Evaluationsstudie	

Nr.	51
Titel	Verhaltenstraining für Schulanfänger
StudienautorInnen	Gerken, N., Natzke, H., Petermann, F., Walter, H.J.
Titel der Studie	Verhaltenstraining für Schulanfänger: Ein Programm zur Primärprävention von aggressivem und unaufmerksamen
Land	Deutschland
Schultyp	Grundschule
inhaltlicher Focus	Mentale und soziale Gesundheit
Dauer	2 Wochen - 6 Monate
Interventionsart	LehrerInnen als Programm-Ausführende
Globalziel	Förderung sozialer Fertigkeiten von Kindern
Teilziele	<p>a. SchülerInnen-Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Aufmerksamkeit im Unterricht - Sensibilisierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen - Förderung emotionaler und sozial-emotionaler Fertigkeiten - Förderung des Problemlöse- und Konfliktmanagements - Verbesserung von Selbstkontrolle und Selbststeuerung - Aufbau prosozialen Verhaltens <p>b. LehrerInnen-Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Basiswissen über aggressives und unaufmerksames Verhalten - Vermittlung von Strategien zur Förderung positiver Lehrer-Kind-Interaktionen als Grundlage eines tragfähigen Arbeitsbündnisses, - Vermittlung lempsychologischer Grundlagen und der sich daraus ableitenden Interventionsstrategien - Vermittlung der Inhalte und Methoden des Verhaltenstrainings für Schulanfänger
Intervention	<p>Curriculum für den Einsatz im Unterrichtsalltag</p> <p>Durchführende: geschulte LehrerInnen (Dauer der Fortbildung: 3 Tage + Gruppen-Supervision im Abstand von 14 Tagen) bzw. externe TrainerInnen</p> <p>Umfang: 26 Einheiten, welche innerhalb eines Semesters (2x/Woche) durchgeführt werden</p> <p>Inhalt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trainingsgrundlagen (Sitzung 1-3): motorische Ruhe und Entspannung, Motivationsaufbau zur Mitarbeit, ERkennen des Zusammenhangs zwischen Verhalten und Konsequenzen, Aufbau eines Verantwortungsgefühls 2. Seigerung der visuellen und auditiven Aufmerksamkeit (Sitzung 4-6) 3. Selbst- und Fremdwahrnehmung emotionaler Grundkategorien; Aufbau sozial-emotionaler Fertigkeiten; Aufbau von prosozialem Verhalten (Sitzung 7-12) 4. Vermittlung von sozialen Basiskompetenzen und angemessenem Problemlöseverhalten
Evaluationsart	Ergebnis- und Prozessevaluation
Evidenzklasse	nicht randomisierte, kontrollierte Studie
Outcomevariablen	<p>a. Verhalten der SchülerInnen</p> <p>Methode: Fragebogen für LehrerInnen zum Verhalten der SchülerInnen, Lehrerbeobachtungsbogen</p> <p>b. Feedback der LehrerInnen zum Programm</p>
Ergebnisse	<p>a. signifikante Verbesserungen auf allen beobachteten Ebenen: ► 100 %</p> <p>b. positive Rückmeldungen von Seiten der LehrerInnen: ► 100 %</p> <p>Training ist für Mädchen und Burschen gleichermaßen wirksam</p>
Anteil positiver Ergebnisse	100 %
Nachhaltigkeit	keine Angaben zur nachhaltigen Wirksamkeit auf SchülerInnen-Ebene Training wurde von den LehrerInnen gut angenommen - starke Identifikation auf SchülerInnen- und LehrerInnen-Seite
Nachhaltigkeit - SchülerInnen	nicht beurteilbar
Nachhaltigkeit - Struktur	Chancen gegeben
Kommentar	Bei diesem Training handelt es sich um ein typisches Trainingsprogramm. Dieses ist auch in Buchform erschienen. Die Universität Bremen, in der der Autor das Programm entwickelt hat, bietet auch Fortbildungsprogramme für LehrerInnen, die das Sozialtraining anwenden möchten. Es bleibt unklar, wie weit das Programm verbreitet und wie hoch die Akzeptanz und Brauchbarkeit für LehrerInnen ist.
Internet	www.bipp-bremen.de
Literaturquelle Evaluationsstudie	Gerken, N., Natzke, H., Petermann, F., Walter, H.J. (2002). Verhaltenstraining für Schulanfänger: Ein Programm zur Primärprävention von aggressivem und unaufmerksamen Verhalten. Kindheit und Entwicklung. 11(2),S. 119-128. http://www.schulpraevention.de/