Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen

Freistaat Sachsen

Staatsministerium für Soziales
Staatsministerium für Kultus

Vorwort

Das Thema Gesundheitsförderung ist Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsauftrages an den Schulen und nimmt an Bedeutung zu. Gesundheit wird dabei ganzheitlich betrachtet und umfasst körperliche, geistige, psychische und soziale Aspekte. Schulische Gesundheitsförderung bezieht alle Bereiche des schulischen Lebens ein mit dem Ziel, die Schülerinnen und Schüler zu befähigen, eigene Ressourcen zu stärken.

Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen vollzieht sich im eigenen Erleben und in der Auseinandersetzung mit Vorbildern. Im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung ist die Vorbildrolle der Lehrerinnen und Lehrer besonders wichtig. Das Wohlfühlen und das Akzeptiertsein im Lernumfeld „Schule“ tragen in entscheidendem Maße zur Gesunderhaltung beider Gruppen – Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer – bei. Diese guten richtungweisenden Ansätze gilt es konsequent weiterzuverfolgen, auszubauen und an sich verändernde Bedürfnisse anzupassen.

Zwischen Gesundheitsförderung und Schulqualität besteht ein enger Zusammenhang. Nur wenn Gesundheitsförderung in allen wichtigen Bereichen von Schule und Unterricht stattfindet, kann Schulqualität entwickelt werden. Sie ist wiederum eine unverzichtbare Voraussetzung für wirksame Gesundheitsförderung. Für Schulqualität und Gesundheitsförderung als Einheit ist wichtig, dass die Schulen sich gezielt mit ihren außerschulischen Kooperationspartnern vernetzen.

Ein Beispiel für eine gelungene Vernetzung bietet das vom Freistaat Sachsen geförderte „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“. In diesem Netzwerk engagieren sich eine Reihe von Schulen, um Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept im Schulprogramm zu verankern und langfristig umzusetzen. Die vom Netzwerk angebotenen Kooperationstreffen und Fachtagungen haben sich zu einer wichtigen Informations- und Austauschplattform für Schulen entwickelt.

Eine weitere Möglichkeit des Wissenstransfers bietet der Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“. Hier entwickelten zwölf Schulen, die an der HBSC-Studie der WHO („Health Behaviour in School-agend Children“) zur gesundheitlichen Lage der Schülerinnen und Schüler teilgenommen haben, Konzepte zur Gesundheitsförderung.

Mit den Modellversuchen ist ein erster Schritt getan. Jedoch sollte man beim ersten Schritt nicht stehen bleiben. Die Modellschulen können sich als „Leuchttürme“ in der Schullandschaft und als Wegbegleiter für andere oder Multiplikatoren verstehen. Dass dieser Prozess in Sachsen in dieser Qualität zustande gekommen ist, daran haben die Forschungsgruppe um Herrn Prof. Melzer und die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. gemeinsam mit den Krankenkassen einen entscheidenden Anteil: dafür sei allen herzlich gedankt. Die beteiligten Schulen haben sich dabei auf „Neuland“ gewagt – sei es mit der Teilnahme an der Befragung oder als Modellschule. Ihnen möchten wir gleichfalls danken für die engagierte Mitwirkung, den Mut zur Veränderung und manche Kraftanstrengung.

Insbesondere die aktiven Modellschulen haben eine motivierende Rückmeldung erhalten – bei ihnen konnte eine bessere Entwicklung z. B. in den Bereichen der körperlichen Aktivität, des Nichtrauchens, der Schulfreude und der Mitschülerunterstützung nachgewiesen werden. Diese Schulen haben die richtigen Schlüsse gezogen; die unterschiedlichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung – jeweils auf die konkreten schulischen Bedürfnisse zugeschnitten – konnten eine sehr positive Entwicklung beim Gesundheitsverhalten bewirken. Entscheidenden Einfluss darauf, ob und wie sich Schülerinnen, Schüler und nicht zuletzt Pädagogen gesundheitsfördernd verhalten, haben das Schulklima und die soziale Kompetenz von Lernenden und Lehrenden.

Die vorliegende Broschüre soll Sie über die Ergebnisse der HBSC-Studie der WHO zur gesundheitlichen Lage und die allgemeinen Trends der Veränderung des Gesundheitsstatus sächsischer Schülerinnen und Schüler im Zeitraum 2002 bis 2006 sowie über die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ausgewählten Projekten informieren und Ihnen helfen, gesundheitsbezogene Schulentwicklungsprozesse in Gang zu setzen.

Gerade für Heranwachsende ist Gesundheit kein Selbstläufer – sie müssen sich immer wieder darum bemühen, etwas dafür zu tun.

Helma Orosz
Sächsische Staatsministerin
für Soziales

Steffen Flath
Sächsischer Staatsminister
für Kultus

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	6
1.	**Die WHO-Studie und der Projektverbund**	8
1.1	WHO-Studie „HBSC – Health Behaviour of School-aged Children”	8
1.2	Der Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule“	15
1.3	Die Evaluation des Projektverbundes	18
1.4	Aufbau der Broschüre	21
2.	**Veränderungen des Gesundheitsstatus im Zeitraum von 2002 Bis 2006 – allgemeine Trends**	23
2.1	Allgemeine Gesundheitsindikatoren	24
2.2	Bewegungs- und Ernährungsverhalten	29
2.3	Substanzkonsum	34
2.4	Sozialkompetenz und Schulklima	36
2.5	Zusammenfassung	41
3.	**Quantitative Evaluation des Projektverbundes**	43
3.1	Prozessbegleitende Evaluation: Ergebnisse der Projektteam-Befragung	43
3.2	Summative Evaluation: Vergleich der Modellschulen mit einer Kontrollgruppe	48
3.3	Zusammenfassung	58
4.	**Die Modellschulen – Effekte der Gesundheitsförderung in ausgewählten Projekten**	60
4.1	Fallanalyse Modellschule F	61
4.2	Fallanalyse Modellschule	72
5.	**Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für künftige Vorhaben der Gesundheitsförderung in Schulen**	81
	Literatur	85
	Anhang	86
	LOGO! Schule braucht Partner	86
1.	PROJEKTVERBUND GESUNDheitsfördernde Schule in Sachsen	87
2.	Projektziele	89
3.	Projektverlauf	91
4.	Projektbegleitung	93
4.1	Der Entwicklungsprozess an den Schulen	93
4.2.	Finanzielle Unterstützung	94
4.3	Interventionsschwerpunkte	95
4.4	Prozessbegleitende Angebote und Nutzung vorhandener Ressourcen	96
4.4.1	Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen	96
4.4.2	Prozessmoderation	98
4.4.3	Untersuchung zur Essensversorgung und Ernährungssituation an den Schulen	98
5.	Ergebnisse	99
	Für´s Leben lernen	101

Einleitung

Die Anfänge des Projektverbundes zur Gesundheitsförderung in sächsischen Schulen lassen sich bis in das Jahr 2000 zurückverfolgen, als die Forschungsgruppe Schulevaluation an der Technischen Universität Dresden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Anfrage erhielt, sich an der internationalen Studie „Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) zu beteiligen. Ziel dieser empirischen Untersuchung, die im Turnus von vier Jahren in über 30 Ländern durchgeführt wird, ist die vergleichende Analyse des Gesundheits- und Krankenstatus von Heranwachsenden beim Übergang von der Kindheits- in die Jugendphase – also im Alter von etwa 11 bis 16 Jahren.

Das Angebot an dieser Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mitzuwirken und die Ergebnisse für die Jugendgesundheitsberichterstattung, den Prozess der Bestimmung der Gesundheitsziele und die Gesundheitsförderung in sächsischen Schulen zu nutzen, wurde dem Freistaat Sachsen über die Staatskanzlei übermittelt und vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales (2001) angenommen. Von dieser Seite wurden die genannten wissenschaftlichen Aktivitäten zur Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung im Zeitraum von 2002 bis 2006 umfassend, d. h. fachlich und materiell, unterstützt. Dies war auch eine wesentliche Voraussetzung zur Einrichtung einer wissenschaftlichen Begleitung für den Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen", die von unserer Forschungsgruppe in Form von Beratung und Evaluation wahrgenommen wurde und über deren Ergebnisse in dieser Broschüre abschließend berichtet wird.

Die Forschungsgruppe Schulevaluation führt seit Ihrer Gründung im Jahre 1993 schulbezogene Studien mit drei Schwerpunkten durch: Erstens zur Qualität und Entwicklung von Schulen, zweitens zur Gewalt und Gewaltprävention in Schulen und drittens zum Gesundheitsstatus und zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Schwerpunkt Schule. Theoretische und empirische Ergebnisse haben ebenso wie praktische Erfahrungen in diesen Feldern gezeigt, dass die drei Themenkreise in einer Weise zusammenhängen, wie es vorher nicht zu vermuten war. Soziale, psychische und gesundheitliche Faktoren sind mitbestimmend für die Schülerleistungen und umgekehrt haben Aspekte der Schulkultur und des Schulklimas – neben nicht zu vernachlässigenden personalen Voraussetzungen (z. B. Selbstkonzept) und Sozialisationseffekten (z. B. der sozialen Herkunft, der Familienerziehung, des Aufwachsens in Gleichaltrigengruppen) – eine statistisch nachweisbare Auswirkung auf psychosomatische Beschwerden und mentale Probleme sowie das Risikoverhalten (z. B. Substanzkonsum, Gewalthandeln) der Schülerinnen und Schüler.

Als Variable mit dem höchsten Erklärungswert der Schulfaktoren erwies sich die Unterrichtsqualität, wie sie durch professionelles Lehrerhandeln realisiert wird: Können die Lehrer gut erklären? Gehen sie im Stoff in einem Tempo vor, dass die Schüler mitkommen? Ist der Unterricht interessant und abwechslungsreich gestaltet?

Wird von Seiten der Lehrer angemessen auf Fragen der Schüler eingegangen? Eine in diesem Sinne dem Schüler zugewandte Pädagogik hat sich in Verbindung mit einer intakten Unterstützungsstruktur und vermittelt über andere Faktoren (Schulfreude, Selbstkonzept) als protektiver Faktor der Gesundheitsförderung und Gewaltprävention erwiesen. Daher erschien und erscheint es uns richtig und wichtig, den Projektverbund zur Gesundheitsförderung im Setting Schule zu organisieren.

Die Schulen, die sich an den empirischen Untersuchungen bzw. als Modellschule im Projektverbund beteiligten, waren für uns nicht nur Zulieferer von Daten, sondern erhielten neben allgemeinen Berichten (wie diesem) eine detaillierte Rückmeldung der Befragungsergebnisse ihrer eigenen Schüler und Schulklassen. Wir haben für jede der an den Repräsentativbefragungen bzw. als Modellschule beteiligte Einzelschule so genannte „Leistungs- und Defizitprofile" zu einer Auswahl von Variablen, die für die Praxis der Schulentwicklung und Gesundheitsförderung wichtig sind, ausgearbeitet und vorgelegt. Zu jeder Variablen zeigen wir der jeweiligen Schule, wie sie im Spektrum der „besten" und „schlechtesten" Schule positioniert ist, ob sie für ein bestimmtes Kriterium im Durchschnitt der Schulen bzw. der Bezugsschulform liegt oder „besser" bzw. „schlechter" abschneidet. Mit dieser so genannten „Benchmarkingstrategie", die auf einer wissenschaftlichen Bedingungsanalyse beruht, konnten sich die Schulen, z. B. bei einem „Pädagogischen Tag" auseinandersetzen und die notwendigen Schritte und Maßnahmen für eine Qualitätsoffensive festlegen.

Wir bedanken uns bei allen beteiligten Schulen, Schülern, Eltern und Lehrern, den Kooperationspartnern und Finanzgebern, die im Anhang aufgeführt sind, für die jahrelange gedeihliche Zusammenarbeit sowie bei Sabine Zubrägel (MPH), die während der gesamten Laufzeit des Projektes als wissenschaftliche Mitarbeiterin beteiligt war, wegen eines Arbeitsplatzwechsels aber nicht mehr an der Abfassung dieser Broschüre mitwirken konnte. Es sind Teile eines Textentwurfes von ihr mit in Kapitel 1 und 3.1 eingeflossen. Bei Ludwig Bilz und Cornelia Hähne bedanke ich mich dafür, dass Sie das Projekt in der gesamten Laufzeit fachlich unterstützt haben, sowie bei beiden und Kerstin Dümmler für die Übernahme der Abschlussarbeiten in der wissenschaftlichen Begleitung und der Mitarbeit an dieser Broschüre.

Unser Dank gilt weiterhin dem HBSC-Konsortium der WHO, auf dessen Befragungsinstrumentarium zurückgegriffen werden konnte. Mit dem in der Evaluation eingesetzten Fragebogen, der weltweit erprobt und für die sächsischen Verhältnisse adaptiert ist sowie durch die Beteiligung vieler Forschergruppen einen hohen Qualitätsstandard besitzt, wird es auch künftig möglich sein, Veränderungen im Gesundheitsstatus der Heranwachsenden in einer Dauerbeobachtung professionell zu erfassen und eine systematische Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter im Freistaat Sachsen zu ermöglichen.

***Prof. Dr. Wolfgang Melzer**, Leiter der Forschungsgruppe Schulevaluation*

1. Die WHO-Studie und der Projektverbund

1.1 WHO-Studie „HBSC – Health Behaviour of School-aged Children"

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern einen Zustand des vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens (WHO 1986). Der Fokus liegt dabei auf der subjektiven Einschätzung der Menschen. Dieser Maßgabe folgt auch die im Auftrag der WHO durchgeführte Studie „Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC).

Die Erhebung von aussagefähigen, international vergleichbaren Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, die Analyse möglicher Bedingungsfaktoren und das Finden neuer Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen sind Ziele der HBSC-Studie. Um diese Aufgabe zu meistern, haben sich Forschergruppen aus 35 Ländern unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einem Konsortium zusammen geschlossen, welches seit 1982 im vierjährigen Turnus Erhebungen in allen Teilnehmerstaaten durchführt (s. Abb. 1).

In Deutschland beteiligen sich Forscherteams der Universität Bielefeld, des Robert-Koch-Instituts in Berlin, der Fachhochschule Frankfurt/M. und der Technischen Universität Dresden an dieser Studie. In Deutschland wird die HBSC-Studie stellvertretend in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin durchgeführt. Eine Zusammenfassung der letzten ausgewerteten Erhebung aus dem Jahre 2002 findet sich im ersten deutschen „Jugendgesundheitssurvey" (Hurrelmann, Klocke, Melzer, Ravens-Sieberer 2003). Ergänzend konnte die Forschungsgruppe Schulevaluation an der TU Dresden mit identischem Instrumentarium eine Repräsentativstudie in Thüringen durchführen (Bilz, Melzer 2005). Damit liegen Vergleichsdaten für fünf Bundesländer und Befunde für einen strukturtypischen deutschen Datensatz vor, der für den internationalen Vergleich genutzt wird.

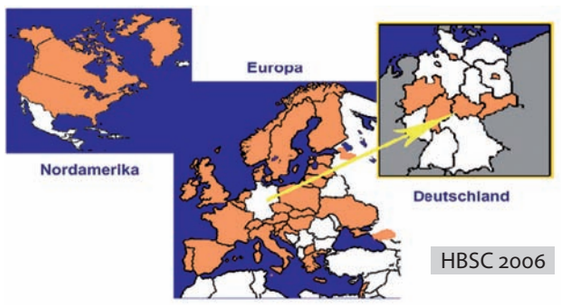


Abb. 1: Die HBSC-Teilnehmerstaaten

In Sachsen wurde die Untersuchung im Jahre 2006 zum zweiten Mal durchgeführt. Die Ergebnisse der beiden Untersuchungen von 2002 und 2006 geben uns Auskunft über mögliche Veränderungen bei den Gesundheitsparametern und anderen wichtigen Variablen zur Erklärung des Gesundheitsstatus. Diese in zwei Wellen stattfindende Befragung im Abstand von vier Jahren ist auch für die Evaluation des Projektverbundes wichtig, um die Effekte der Interventionen, die in diesen Zeitraum fallen, realistisch einschätzen zu können.

Zielpopulation und Stichprobe

Zur Zielpopulation der Befragung gehören, gemäß den Richtlinien des HBSC-Konsortiums, Schüler und Schülerinnen der 5., 7. und 9. Jahrgänge an allgemeinbildenden Schulen. In die nach Schulform und Region geschichtete Klumpenstichprobe waren im Jahre 2002 ca. 4.800 sowie im Jahre 2006 ca. 4.400 Schülerinnen und Schüler aus Mittelschulen und Gymnasien einbezogen.

Die regionale Auswahl der Schulen erfolgte nach den drei Regierungsbezirken (Chemnitz, Dresden, Leipzig) und einer typischen Siedlungsstruktur mit Großstädten (ca. 30 % der Bevölkerung), Kleinstädten (ca. 20 %) sowie ländlichem Gebiet (ca. 50 %).

Bei der Konkretisierung unserer Stichprobenkonstruktion orientierten wir uns an dieser Struktur: Für die Kategorie „Großstadt" wählten wir den Regierungsbezirk Dresden und darin die Landeshauptstadt Dresden aus. Für die Kategorie „Städte mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern" wurde der Regierungsbezirk Leipzig mit vier Kommunen dieser Größenordnung einbezogen. Für die Kategorie „Städte und Gemeinden unter 20.000 Einwohner" wurden aus dem dritten Regierungsbezirk Chemnitz zehn Gemeinden mit Schulstandorten ausgesucht. Damit ist die Siedlungsstruktur des Freistaates Sachsen in der Befragungspopulation repräsentiert.

Die Auswahl der Schüler für die Stichprobe wurde aus den Mittelschulen und Gymnasien dieser Städte und Gemeinden nach folgendem Schlüssel vorgenommen: In der Grundgesamtheit verteilt sich die Schülerschaft sowohl in den drei Untersuchungsjahrgängen als auch insgesamt etwa im Verhältnis 2/3 (Mittelschulen) und 1/3 (Gymnasien). An dieser im Jahre 2002 gültigen Verteilung wurde aus methodischen Gründen des Vergleichs festgehalten, obwohl aktuell eine Verschiebung zu Gunsten der Gymnasien zu verzeichnen ist. Da sich im Zeitraum von 2002 bis 2006 zugleich de-mografische Verschiebungen in Richtung der höheren Jahrgänge ergeben haben, so dass die höheren Altersgruppen in der aktuellen Befragungswelle stärker vertreten sind, wurden alle Vergleichanalysen getrennt nach Jahrgangsstufen durchgeführt.

Fragebogen

Der HBSC-Survey beinhaltet ein sehr umfangreiches und detailliertes Fragenprogramm[1] zu unterschiedlichsten Aspekten der Gesundheit, des gesundheitsrelevanten Verhaltens und den Lebensbedingungen in der Adoleszenz. Neben den obligatorischen Themen, Skalen und Items, auf die sich der internationale Forschungsverbund verständigt hat und die in allen beteiligten Ländern eingesetzt werden (so genannte „Mandatory Items"), wurden für die deutsche Studie in einigen Bundesländern zusätzliche Fragen angefügt. Der in Sachsen eingesetzte Fragebogen beinhaltet neben demografischen Angaben Fragen zu folgenden Dimensionen der Gesundheit und ihrer Kontextbedingungen:

- Subjektive Gesundheit
- Unfallrisiko und Gewalt
- Substanzkonsum
- Essverhalten und Diäten
- Körperliche Aktivität
- Unterstützung durch Familie, Peers und Wohnumfeld
- Schulkultur (Unterrichtsqualität, Schulfreude, u.a.)
- Medien- und Freizeitverhalten

Bestimmte Themenbereiche, wie z. B. die nach dem allgemeinen Gesundheitszustand wurden mit einer Frage erhoben. Für komplexere Inhalte, wie beispielsweise die Erfassung psychosomatischer Erkrankungen wäre eine einzelne Frage nicht ausreichend gewesen. Deshalb wurden verschiedene Einzelaspekte (Auftreten von Kopf-, Bauch-,Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung u. a.) erfragt. Bei der Auswertung können diese Angaben der Schüler separat berichtet werden, viel aussagekräftiger und genauer sind aber zusammengefasste Summenwerte. Wenn in dieser Broschüre zusammengefasste Werte dargestellt werden, sind dafür die Begriffe „Index", „Skala" oder „Faktor" verwendet worden.

Zentrale Ergebnisse bisheriger Untersuchungen

In einer Gesamteinschätzung des Gesundheits- und Krankenstatus der Heranwachsenden kommen die im HBSC-Deutschland-Konsortium zusammengeschlossen Wissenschaftler auf der Grundlage ihrer repräsentativen Schülerbefragungen zu folgendem Urteil:

1 In dem internationalen „Research Protocol" sind für jeden Abschnitt des Fragebogens sowie für jedes einzelne Itemdie Forschungsfrage und die entsprechenden theoretischen Grundlagen ausführlich beschrieben (Currie et al. 2001).

„Die gesundheitliche Situation der jungen Generation gibt Anlass zur Unruhe. Nur vordergründig handelt es sich bei der jungen Bevölkerungsgruppe um die gesündeste, bei genauerem Hinsehen lassen sich erhebliche Defizite im Gesundheitsstatus feststellen. Zwar spielen im ausgehenden Kindheits- und beginnenden Jugendalter sowohl die klassischen Infektionskrankheiten als auch die in den letzten Jahrzehnten im Erwachsenenalter immer stärker um sich greifenden chronischen Erkrankungen heute keine große Rolle, aber in den Schnittbereichen zwischen psychischen und körperlichen Anforderungen auf der einen Seite und sozialen und physischen Umweltbedingungen auf der anderen Seite ergeben sich Probleme. Sie schlagen sich in körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeitsstörungen von Jugendlichen nieder. Störungen des Immunsystems, des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und der Belastungsbewältigung scheinen die tieferen Ursachen hierfür zu sein"

(Hurrelmann/Klocke/Melzer/Ravens-Sieberer 2003, S. 5). Die Einschätzung gilt in dieser allgemeinen Form für die nationale und internationale (Europa, Nordamerika) Ebene. Im Folgenden werden einige, für die gesamtdeutsche Situation exemplarische, Befunde dargestellt. Dabei werden sächsische Ergebnisse mit referiert, soweit sie erwähnenswert vom Durchschnitt abweichen[2]. Eine thematische Fokussierung erfolgt auf basalen Angaben zum allgemeinen Gesundheitsstatus sowie die Bereiche, die sich im Hinblick auf die Prävention als besonders dringlich erwiesen haben: „Bewegung und Ernährung", „Substanzgebrauch" sowie „Sozialkompetenz und Schulklima".

Allgemeine Gesundheitsindikatoren

Die subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten fällt – wie für diese Altersgruppe erwartbar – insgesamt sehr positiv aus. Die Quoten derjenigen, die ihre Gesundheit unterdurchschnittlich einschätzen („einigermaßen" oder „schlecht" liegen im Vergleich der Bundesländer zwischen 12 % (Sachsen) und über 19 % für Berlin (Bilz, Melzer 2005, S. 23). Die negative Einschätzung der eigenen Gesundheit fällt bei Befragten aus unteren Sozialschichten besonders hoch aus. Die soziale Herkunft der Heranwachsenden besitzt einen generell hohen Erklärungswert bei vielen Parametern der Gesundheit. Jugendliche aus sozial schwachen Familien zeigen sowohl eine deutliche Beeinträchtigung ihrer psychosozialen Gesundheit als auch unerwünschte Muster des Gesundheitsverhaltens. Die Studien ergaben, dass ein großer Teil der Jugendlichen regelmäßig unter psychosomatischen Beschwerden leidet. Zu den psychosomatischen Beschwerden zählen nicht nur Symptome wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Müdigkeit, sondern auch psychische Symptome wie Gereiztheit, Nervosität, Ängstlichkeit und allgemeines Unwohlsein.

2 Eine ausführliche Darstellung der sächsischen Befunde ergibt sich aus dem Zeitvergleich 2002-2006 in Sachsen, siehe Kapitel 2.

Mädchen, ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus niedrigen sozialen Schichten leiden häufiger als Jungen, als jüngere Jugendliche und als Schülerinnen und Schüler aus höheren sozialen Schichten unter psychosomatischen Beschwerden. Die Studie ermittelte ebenfalls die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen. Die meisten Befragten berichten von einer relativ hohen Lebenszufriedenheit. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter oder Schichtzugehörigkeit.

In den Erhebungen wurde ein hoher Teil an übergewichtigen und untergewichtigen Jugendlichen nachgewiesen: 5 – 6 % der befragten Mädchen sind übergewichtig. Der Anteil der Jungen ist in allen Altersgruppen deutlich höher. Besonders ältere Jungen sind von Übergewicht betroffen. Bei den 13 bis 15-Jährigen ist bereits fast jeder zehnte Junge übergewichtig. Mädchen sind zu einem größeren Teil von Untergewicht betroffen (12 %) als Jungen. In Sachsen ist die Problematik durchschnittlich (Übergewicht und Adipositas) bzw. unterdurchschnittlich (Untergewichtigkeit) ausgeprägt (vgl. ausführlich Bilz, Melzer 2005, S. 28).

Bewegung und Sport

Die Mehrheit der Jugendlichen gibt an, an zwei oder mehr Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein. Gefragt wurde genau, an wie vielen Tagen der letzten Woche sich die Heranwachsenden mindestens eine Stunde körperlich angestrengt oder Sport getrieben haben. Der Aktivitätsgrad der Jungen ist signifikant höher als der der Mädchen. Im Vergleich der Bundesländer stehen die Berliner Jugendlichen an der Spitze, während die sächsischen das Schlusslicht bilden (Bilz, Melzer 2005, S. 54). Die Nutzung von Medien wird mit der Gesundheit in Verbindung gebracht: ein erhöhter Medienkonsum führt zu Einschränkungen bei der körperlichen Aktivität und im Zusammenhang damit möglicherweise zu Übergewicht – ganz abgesehen von den Auswirkungen auf das Sozialverhalten. Jugendliche verbringen an Schultagen durchschnittlich 2,3 Stunden vor dem Fernseher und 1,1 Stunden vor dem Computer. Jungen verbringen mehr Zeit als Mädchen vor dem Fernseher und vor dem Computer.

Substanzkonsum

Unter den 11- bis 16-Jährigen sind Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und Cannabis in Deutschland weit verbreitet. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Jugendlichen haben bereits Erfahrungen mit Tabak und Alkohol gemacht, ein Viertel der Neuntklässler ist deutschlandweit schon einmal mit Cannabis in Kontakt gekommen. Diese Erfahrungen beschränken sich jedoch häufig auf einen Experimentier- oder Probierkonsum. Die Mehrheit der Jugendlichen raucht nicht und war noch nie betrunken. Dennoch gibt es bereits vor Erreichen des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalters für Tabak- und Alkoholkonsum eine Teilgruppe von Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinkt (13 %) und/oder Tabak raucht (15 %). Hinzu kommen etwa 10 % der Jugendlichen, die als Freizeit- und Dauerkonsumenten von Cannabis gelten.

Auffallend ist, dass die Konsumhäufigkeit von Alkohol und Cannabis stark geschlechtsspezifisch geprägt ist: Jungen trinken häufiger regelmäßig Alkohol, berichten häufiger von Rauscherfahrungen und erleben ihren ersten Alkoholrausch früher als Mädchen. Zudem berichten mehr Jungen als Mädchen von Erfahrungen mit Cannabis. Beim Tabakkonsum hingegen ergibt sich eine andere Tendenz. Im Gegensatz zu früheren Jahren rauchen heute mehr Mädchen als Jungen Zigaretten. Beim Nikotin- und Alkoholkonsum liegen die sächsischen Schülerinnen und Schüler deutlich unter dem Durchschnitt, beim Konsum illegaler Drogen ist die Problemlage in Ostdeutschland bei Weitem nicht so ausgeprägt, wie in den untersuchten westdeutschen Bundesländern.

Sozialkompetenz und Schulklima

Ein Schwerpunkt der Studien, der von unserer Forschungsgruppe in die Untersuchungen eingebracht wurde, ist der Zusammenhang von schulischer Lebenswelt und Gesundheit. Obwohl die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Schulform differieren, lässt sich insgesamt betrachtet ein defizitäres Bild der Schulkultur und des Alltags in der Institution Schule festhalten: Die Unterrichtsqualität und die Möglichkeit zur Partizipation werden von den Schülerinnen und Schülern als niedrig beurteilt, ein Viertel bis ein Drittel schätzen ihre schulische Kompetenz als unzureichend ein, die Unterstützung durch die Lehrer lässt nach Meinung der Schülerinnen und Schüler zu wünschen übrig. Positiv zu bewerten ist die Unterstützung durch Eltern und Mitschüler und die durchschnittlich hohe Schulfreude.

Die Studie konnte zeigen, dass die Schulkultur Einfluss auf die Gesundheit der Schüler hat: Je positiver die Schulkultur wahrgenommen wird, desto weniger psychosomatische Beschwerden treten auf. Insbesondere die wahrgenommene Unterrichtsqualität, die Arbeitsanforderungen und die Schulfreude erweisen sich hier als bedeutsam. Auch Zusammenhänge zwischen der Schulkultur und aggressivem Verhalten lassen sich feststellen: Einerseits nehmen aggressive, meist männliche Schüler, die Schule negativ wahr. Andererseits kann abweichendes Verhalten auch eine Reaktion auf eine defizitär wahrgenommene Schulkultur sein.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Schulkultur und dem Alkoholkonsum der Jugendlichen gibt; dieser Zusammenhang ist in zwei Richtungen interpretierbar. Einerseits enthält die Schulkultur für schwache Schüler Belastungsfaktoren, andererseits sind Schüler mit Alkoholproblemen weniger leistungsfähig und neigen dazu, ihr schulisches Umfeld deutlich negativer wahrzunehmen.

Die Ergebnisse der WHO-Studien zeigten insgesamt sehr hohe Belastungen, die mit gesundheitlichen Problemen der Heranwachsenden einhergehen. Bereits im Kindes- und Jugendalter haben sich latente Krankheitsbilder ausgeprägt. Beim Risikoverhalten, z. B. Drogenkonsum und Mobbing, stehen die deutschen Heranwachsenden sogar an der Spitze der internationalen Rankings. Die Untersuchungen haben darüber hinaus Zusammenhänge zwischen den Unterstützungssystemen im Setting Schule und der Gesundheit der Heranwachsenden aufgedeckt, so zwischen Familie und Gesundheit oder zwischen der Qualität des Unterrichts und psychosomatischen Befindlichkeiten der Schüler. Daher erschien es angezeigt, die bislang überwiegend getrennt geführten Diskurse zur Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung von Schulen im Rahmen eines Modellprojekts zusammenzuführen.

Die wichtigsten Angaben zur WHO – Studie:

- Name: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
- Schirmherrschaft: WHO – Europa
- Teilnehmer: 37 Länder und Regionen, vorwiegend aus Europa und Nordamerika
- Befragungsturnus: alle 4 Jahre
- Deutschland: Teilnahme in den Jahren 1986, 1990, 1994, 1998 (immer nur NRW), 2002 und 2006 (NRW, Sachsen, Hessen und Berlin), 2005 (Nachbefragung in Thüringen)
- Finanzierung: Sächsisches Ministerium für Soziales, BMBF (NRW und Hessen), Robert-Koch-Institut (Berlin), Thüringer Kultusministerium
- Ziele: Erhebung und Trendanalyse des Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhaltens von Heranwachsenden. Gewinnung von neuen Erkenntnissen für die Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Gesundheitszielbestimmung
- Methode: Schriftliche anonyme Befragung im Klassenverband – Dauer: ca. eine Stunde
- Stichprobe: Zufallsauswahl aus der Gesamtheit der Klassen aller Schulen des 5.,7. und 9. Jahrgangs. Für Sachsen im Jahr 2002: 234 Klassen, im Jahr 2006: 222 Klassen
- Altersgruppe: 10 bis 16 Jahre
- Anzahl Personen: Pro Untersuchungszeitpunkt ca. 20.000 in ganz Deutschland; in Sachsen (2006): n=4367 Schülerinnen und Schüler
- Aktuelle Untersuchungen: Deutscher Jugendgesundheitssurvey II, Trendanalyse Sachsen: 2002 – 2006, Evaluation des Projektverbundes „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“

1.2 Der Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule“

Ziel des Projektverbunds ist die Prävention und Gesundheitsförderung an sächsischen Modellschulen auf der Grundlage der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC). Leitbild ist dabei das Verständnis der WHO von schulischer Gesundheitsförderung nach dem Konzept der „Skills-based Health Education“. Dabei geht es um den Erwerb von Kompetenzen für eine gesunde Lebensführung (Unicef, WHO-Reference Paper 2002). Wegweisend für die Erreichung der Ziele ist die Einleitung eines systematischen Schulentwicklungsprozesses, um die bislang überwiegend getrennt geführten Diskurse zur Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung von Schulen zusammenzuführen. Dieser Schulentwicklungsprozess soll „mehr Gesundheit“ in die Schulen bringen, d. h. dazu beitragen, dass weniger gesundheitliche Belastungen und mehr gesundheitsfördernde Angebote in der Lebenswelt Schule vorhanden sind.

„Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen. Erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit. Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.“ (Desmond O´Byrne, WHO)

Die Aufgabe des Projektverbunds bestand in der Planung und Umsetzung von Interventionen im Bereich Gesundheit, Ernährung und Sport sowie in der Gesamtevaluation der ergriffenen Maßnahmen und des Projektmanagements hinsichtlich der Effektivität und Wirkungsweise auf die Schulen mit ihren Schülerinnen und Schülern. Dabei oblag es dem Projektverbund, die Initiative der Schulen und ihrer Partner so zu fördern, dass sie eine ambitionierte Gesundheitsförderung in ihre pädagogische Alltagsarbeit integrieren konnten. Neben der fachlichen Beratung lag der Fokus des Projektverbundes auf der Bereitstellung von fachbezogenen, methodischen, finanziellen und organisatorischen Unterstützungsmaßnahmen.

Das Projekt zur Prävention und Gesundheitsförderung an sächsischen Modellschulen wurde über einen Zeitraum von drei Jahren durchgeführt und umfasste folgende Aspekte: Planungsphase, Umsetzung der Interventionen, Prozessevaluation, interne Berichterstattung und summative Evaluation. Hauptakteure waren 12 Modellschulen, drei Gymnasien und neun Mittelschulen aus allen Regionen des Freistaates Sachsen (s. Abb. 1-2 und Anhang). Diese Schulen hatten nach den Ergebnissen der WHO-Studie sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen, haben sich für das Modellprojekt beworben und sich an ihm mit spezifischen Interventionsschwerpunkten der Gesundheitsförderung beteiligt.

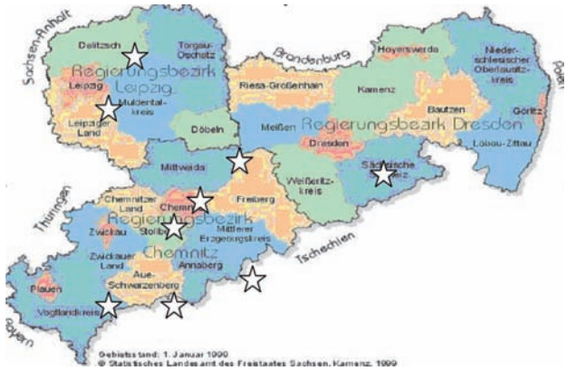


Abb. 1-2: Landkarte von Sachsen mit Markierung der Modellschulstandorte

Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei den Interventionsschulen sind in der bereits erwähnten „gesundheitsfördernden Projektstruktur" verankert und wurden seit Anfang 2004 mit zeitlichen Abstufungen in den Schulen implementiert. Die eigentliche Interventionsphase für die Durchführung konkreter Maßnahmen in den Schulen betrug maximal ein Jahr. In den Interventionsschulen war ein Projektteam (z. B. Lehrer, Elternvertreter, Schüler, örtliche Krankenkassen) für die interne Steuerung der Gesundheitsförderung verantwortlich.

Das Projektteam handelte stellvertretend für die Schule in enger Kooperation mit dem Träger des Projektes und der wissenschaftlichen Begleitung. Die Durchführung der gesundheitsfördernden Interventionen wurde in kontinuierlicher Abstimmung mit der Schule durch kompetente Träger und Personen (z. B. durch die SLfG, qualifizierte Lehrer, Experten), institutionelle oder curriculare Maßnahmen realisiert und durch unsere Forschungsgruppe wissenschaftlich begleitet.
Aus den vorliegenden Ergebnissen der WHO-Studie (2002) ließen sich die im Folgenden dargestellten inhaltlichen Schwerpunktthemen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in den Modellschulen in je spezifischer Weise umgesetzt wurden, ableiten:

Tab. 1-1: Interventionen in den Modellschulen (Auswahl)

Interventionsschwerpunkt	Verhältnisprävention	Verhaltensprävention
Bewegung und Ernährung	– Schulhofgestaltung – Pausenfitnessraum – Einführg von Essenzeiten – Schülerfirma für Pausenversorgung Externes Schulessen	– „Bewegte Pause" – Trendsportarten – Alternative Sportfeste – „Ernährung macht Schule" (SMUL) – Projekte zur Vorbeugung von Essstörungen
Suchtprävention	– Rauchpolitik an der Schule – Rauchfreie Umgebung – Schulclubs/-Partys ohne Alkohol	– „Be smart" (IFT) – „Rauchfreie Schule" (BZgA) – „Weltraumfahrer" (SLfG) – „Gläserne Schule" (IFT)
Sozialkompetenz und Schulklima	– Schulentwicklung – Prozessmoderation – Einrichtung von Räumen für Streitschlichtung, Entspannung u. a.	– Mediationsprogramme – Kommunikation, Elternarbeit – „Lions-Quest-Progr." – „Eigenständig werden"

Neben den individuellen Faktoren (Verhaltensprävention) ging es den Initiatoren des Projektverbundes gleichermaßen um eine Verbesserung der Strukturen und Bedingungen des Aufwachsens in der Lebenswelt Schule und ihrem sozialökologischen Umfeld (Verhältnisprävention). Wenn man – wie wir in unseren Studien zeigen konnten – den Gesundheitsstatus auf die Leistungsfähigkeit von Unterstützungssystemen, wie Schule, Lehrer, Gleichaltrigengruppe, Familie und soziales Herkunftsmilieu, zurückführen kann, muss die angestrebte Gesundheitsförderung nicht nur auf die Veränderung und Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens, sondern auch auf den Ausbau des gesamten Unterstützungspotenzials zielen. Gleichzeitig ist es erforderlich, die Vernetzung aller vorhandenen Ressourcen der Gesundheitsförderung anzustreben, um eine optimale Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen zu verankern. Diese Ansprüche wurden in den folgenden Eckpunkten des Projektverbundes zu realisieren versucht:

- Das Vorhaben wurde durch eine Gruppe, bestehend aus relevanten Institutionen und Personen, durchgeführt und unterstützt. Beteiligt waren neben den drei Ministerien für Soziales (SMS), Kultus (SMK) sowie für Umwelt und Landwirtschaft (SMUL) die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallkasse, die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG) und die Technische Universität Dresden.
- Der Projektverbund basiert auf einer repräsentativen Befragung von Schülerinnen und Schülern im Freistaat Sachsen und einer sich daraus ergebenden Ist-Analyse für die beteiligten Schulen.

Die Daten der WHO-Studie wurden für die Einzelschulen im Vergleich zu den Repräsentativdaten (Durchschnitt aller Schulen, beste bzw. schlechteste Schule) zurückgemeldet und für schulinterne Diskussions- und Entwicklungsprozesse genutzt. Die gewählten Interventionen konnten und sollten zielgerichtet und bereichspezifisch in defizitären Feldern angesetzt werden.

– Es wurde ein Projektmanagement mit einer zentralen Steuerungsgruppe unter Leitung der SLfG und Beteiligung aller o. g. Akteure etabliert, jede Schule richtete eine interne Projektentwicklungsgruppe ein und erhielt die Möglichkeit der Unterstützung durch Prozessbegleitung, es wurden Modellschulkonferenzen und eine durch die wissenschaftliche Begleitung gesteuerte Selbstevaluation der Schulen durchgeführt.

– Neben speziell für den Projektverbund zur Verfügung gestellten Ressourcen wurden vorhandene Möglichkeiten personeller und materieller Unterstützung (Krankenkassen, Regionalschulämter, Sonderprogramme des SMK u. a.) genutzt.

– Eine wissenschaftliche Prozessbegleitung stand zur Verfügung, eine Evaluation erfolgte durch eine Prä-/Post-Analyse mit dem HBSC-Instrumentarium der WHO.

– Nach dem Selbstverständnis aller Beteiligten stehen die Modellschulen, die sich nach der ersten Befragungswelle im Jahre 2002 für das Programm bewerben konnten, mit ihren Schülern und Lehrpersonen im Zentrum des Projektverbundes – dieses sind die wichtigsten Akteure der Schulentwicklung und Gesundheitsförderung.

1.3 Die Evaluation des Projektverbundes

Ziel der Evaluation ist die Beantwortung der Frage, ob sich der Projektverbund mit seinem spezifischen Ansatz bewährt hat und sich Verbesserungen bei den Einstellungen zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten in Modellschulen (Interventionsschulen) nachweisen lassen.

Um den Erwartungshorizont realistisch abzustecken, ist es wichtig, vorab darauf hinzuweisen, dass durch die Komplexität der Entstehung des Gesundheitsstatus und des biographischen Erwerbs gesundheitsbezogener Einstellungs- und Handlungsmuster schulische Interventionen, zumal in einem relativ kurzen Zeitraum, nicht zu „riesigen" messbaren Effekten führen können. Insbesondere für verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen des Setting-Ansatzes gilt, dass ihre Effekte eher im indirekten und langfristigen Bereich zu suchen sind. Zusätzlich erschweren eine Menge externer Einflussfaktoren die direkte Rückführung von Gesundheitsoutputs, bzw. des Gesundheitszustands auf den Input bzw. auf die implementierten Maßnahmen. Angesichts dieser methodischen Schwierigkeiten, die bei allen Präventionsprojekten auftreten, ergibt sich ein Bedarf nach einer multimethodischen Ergebniserfassung, mit der versucht wird, mögliche Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen sichtbar zu machen und Per-

spektiven für die Prävention aufzuzeigen. Daher greifen wir auf verschiedene Ansätze der Evaluation sowie der Ergebnisdarstellung zurück, bei denen sowohl mögliche Effekte im Vergleich der Modellschulen mit den Kontrollschulen, wie auch Fallbeispiele mit gelingender Intervention dargestellt werden.

Die Methodik zur Überprüfung des Erfolges der Arbeit des Projektverbundes umfasst im Kern eine summative Evaluation mit den Daten der Prä-/Post-Analyse der WHO-Studie, aber auch eine ergänzende prozessbegleitende Evaluation (z. B. Befragung der schulinternen Entwicklungsgruppe zum schulischen Interventionsprozess) sowie eine interne Evaluation durch Berichterstattung der Schulen:

– *Summative Evaluation:* Untersucht wird der subjektive Gesundheitszustand und das Verhalten der Schüler durch Verwendung standardisierter Fragebögen (HBSC-Instrument). Ausgewertet wird eine vergleichende Längsschnittstudie, die zeigen kann, welche Effekte Präventionsprogramme und gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Schülerinnen und Schülern der betreffenden Modellschulen in Sachsen haben. Dabei müssen allgemeine Entwicklungstrends relativierend berücksichtigt werden.

– *Prozessevaluation:* Der Projektverbund als Unterstützungs- bzw. Netzwerkorganisation wird durch die Forschungsgruppe mittels Expertenbefragung (quantitative Befragung der schulinternen Akteure) sowie Gruppendiskussionen mit Projektteams und Schulleitern evaluiert.

– *Interne Evaluation:* Der Entwicklungsstand des Projektes, die erreichten Ziele und die Probleme der Beteiligten werden durch schriftlicher Erfassung (standardisierte Evaluationsbögen, interne Berichterstattung) durch die Schulen selbst erhoben und reflektiert.

– Das Gesamtdesign zur Evaluation des Projektverbunds ergibt sich aus folgender Abbildung:

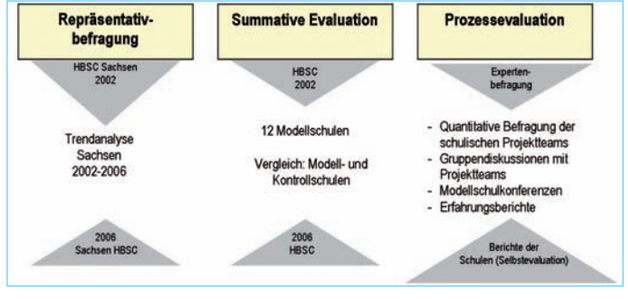


Abb. 1-3: Gesamtdesign zur Evaluation des Projektverbundes

Im Hinblick auf die Evaluationsergebnisse wird von folgenden Hypothesen ausgegangen:

Es wird angenommen, dass der allgemeine Vergleich für die Entwicklung des Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten sächsischer Kinder und Jugendlicher zwischen 2002 und 2006 eine relative Konstanz besitzt und sich die bestehende Problematik eines partiell eingeschränkten Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen (vgl. Hurrelmann, Klocke, Melzer, Ravens-Sieberer 2003) bestätigt. Bei Teilergebnissen, die sich aber nicht prognostizieren lassen, werden leichte Verschiebungen vermutet. Diese Informationen sind wichtig, damit gemessene Effekte auf Einzelschulebene, die der Intervention zugeschrieben werden, ggf. relativiert werden können.

Generell wird angenommen, dass eine auf den Bedarf der Einzelschule ausgerichtete Gesundheitsförderung im Rahmen eines Setting–Ansatzes zu einer Verbesserung der Gesundheitsparameter bei den Schülern der Modellschulen führt. Somit wird erwartet, dass die geplanten und umgesetzten Interventionen für die Schülerinnen und Schüler spürbar werden („Gefühlte Interventionen“) und sich die Interventionsschulen im Vergleich zu den Kontrollgruppen darin positiv unterscheiden. Darüber hinaus werden als Ergebnis der summativen Evaluation – trotz der genannten methodischen Schwierigkeiten – zumindest einige Effekte der bereichspezifischen Interventionen bei den entsprechenden Parametern und für verschiedene Teilgruppen erwartet, nicht dagegen bei den allgemeinen Gesundheitsparametern, die sich biographisch und sozialisatorisch über viele Jahre ausgeprägt haben.

Im Hinblick auf die Schulen der Kontrollgruppe, die entgegen dieser Annahme bessere Effekte als die Interventionsgruppen erzielen, wird eine höhere Ausprägung der protektiven Faktoren, wie Unterstützung durch Mitschüler, bessere Schul- und Unterrichtsqualität, vermutet. Da die Auswahl der Schulen keiner quasi-experimentellen Versuchsanordnung folgt, kann es auch möglich sein, dass aktive Kontrollschulen den Modellschulen in ihrem Engagement für die Gesundheitsförderung ebenbürtig oder sogar überlegen sind.

Innerhalb der Gruppe der Modellschulen werden Differenzen in den Effekten der Gesundheitsförderung erwartet, die auf eine verschiedenartige Qualität der Gesundheitsförderung, unterschiedliche Schulprozesse, z. B. Grad der äußeren und inneren Steuerung, oder Differenzen im allgemeinen Aktivitätsgrad bei der Umsetzung der Ziele und der Kooperation mit anderen Akteuren zurückgeführt werden können.

1.4 Aufbau der Broschüre

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über die durchgeführte Bewährungskontrolle des Projektverbundes. In allen Kapiteln erfolgt eine thematische Fokussierung auf zentrale Untersuchungs-Dimensionen und Variablen, die in der folgenden Übersicht dargestellt werden:

1. Allgemeine Gesundheitsindikatoren	**3. Substanzkonsum**
1. Selbsteingestufte Gesundheit 2. Psychosomatische Beschwerden 3. Mentale Gesundheit 4. Lebenszufriedenheit 5. Selbstwirksamkeitserwartung 6. Körpergewicht	1. Alkohol 2. Cannabis 3. Rauchen
2. Bewegung/Ernährung	**4. Sozialkompetenz/Schulklima**
1. Körperliche Aktivität 2. Auslassen des Frühstücks 3. Verzehr von Obst u. a. 4. Verzehr von Süßgetränken 5. TV-/PC-Konsum in der Woche	1. Bullying (Täter/Opfer-Erfahrung)/ Schlägereien 2. Schulische Belastungen 3. Soziale/schulische Kompetenz 4. Unterrichtsqualität 5. Mitschülerunterstützung 6. Schulfreude

Im Kapitel 2 werden die Ausgangsbedingungen für die Einzelschulen geklärt und mögliche Veränderungen der Gesundheitsparameter im Zeitraum von 2002 bis 2006 ermittelt. Diese Trendanalysen sind für die Einschätzung der Interventionsleistungen der Einzelschulen bedeutsam. Hat eine Schule einen positiven Effekt in einem Bereich zu verzeichnen und entspricht dieses Ergebnis einem allgemeinen Trend, so kann diese Schule das Ergebnis nicht als Erfolg der eigenen Interventionsmaßnahmen für sich reklamieren. Auf der anderen Seite wäre eine Konstanz des Befundes bei einem allgemeinen Negativtrend ebenso als Erfolg einzustufen, wie eine Umkehrung eines allgemeinen Negativtrends oder eine Verbesserung, die noch stärker ist als der allgemeine Trend. Eine Untergliederung des Kapitels ergibt sich nach den allgemeinen Gesundheitsindikatoren sowie den drei Interventionsschwerpunkten des Modellversuchs: Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Substanzkonsum (Drogen) sowie Sozialkompetenz und Schulklima.

Im Kapitel 3 wird zunächst die Qualität des Projektmanagements (Rückmeldung und Diskussion der Befragungsdaten an den Einzelschulen, Kooperation innerhalb der Schule, Unterstützung durch Prozessbegleiter u. a.) an Hand einer Expertenbefragung untersucht. Im zweiten Teil werden allgemeine Interventionseffekte aus den Schülerbefragungen berichtet, soweit sie sich feststellen lassen. Dazu wird ein Datensatz mit den Ergebnissen der Modellschulen im Vergleich mit den Kontrollschulen verwendet. Die Erwartungen sollten in diesem Bereich nicht zu hoch angesetzt sein, da sich die in der bisherigen Lebensspanne – also in 10 bis 16 Jahren – entstandenen Einstellungen und Verhaltensweisen nicht einfach durch zeitlich und auf den Raum Schule begrenzte Interventionen kompensieren lassen. Trotzdem kann von einigen positiven Effekten berichtet werden.

Im Kapitel 4 wird eine Reihe von Modellbeispielen dargestellt, die die Vielfalt der Interventionsmöglichkeiten und –effekte auf Einzelschulebene dokumentieren. Die Darstellung wird ebenfalls strukturiert durch die drei Interventionsschwerpunkte. Für jeden der Bereiche sind zwei Fallbeispiele erläutert. Bei der Interpretation werden neben den Daten der Schülerbefragung auch Ergebnisse qualitativer Forschung vorgestellt.

Die Broschüre endet in Kapitel 5 mit einer kurzen Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse; außerdem werden aus den Befunden Konsequenzen für künftige Vorhaben der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen gezogen.

2. VERÄNDERUNGEN DES GESUNDHEITSSTATUS IM ZEITRAUM VON 2002 BIS 2006 – ALLGEMEINE TRENDS

Gegenstand des folgenden Kapitels ist die Entwicklung des Gesundheitsstatus und des gesundheitsrelevanten Verhaltens sächsischer Schüler im Alter von 10 bis 16 Jahren im Zeitraum von 2002 zu 2006. Die Darstellung zielt erstens darauf ab, eine Bestandsanalyse für 2006 sowie Verbesserungen und Verschlechterungen im Gesundheitsstatus und -verhalten sächsischer Schüler im Zeitverlauf abzubilden, um zweitens Referenzpunkte für die Bewertung der Effekte der Gesundheitsförderung in ausgewählten Projekten (Kapitel 4) zu schaffen. Folgen die Modellschulen des Projektverbundes im Gesundheitsstatus und –verhalten nur der allgemeinen Entwicklung sächsischer Schüler oder lassen sich Besonderheiten erkennen? Diese Frage soll an späterer Stelle des Berichtes beantwortet werden. Die folgende Untersuchung widmet sich daher der Gesundheit der Schüler in den Kontroll- und Modellschulen und deren Entwicklung im Zeitverlauf. Bisherige Untersuchungen zeigten, dass sich subjektives Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten zwischen Mädchen und Jungen sowie zwischen verschiedenen Altersgruppen erheblich unterscheidet (Ravens-Sieberer et al. 2003). Um dem gerecht zu werden, wird die Analyse differenziert nach Geschlecht und Klassenstufe durchgeführt. Veränderungen im Zeitverlauf sowie alters- und geschlechtsspezifische Zusammenhänge werden neben der Signifikanz[3] auch auf die Stärke der Zusammenhänge überprüft. Für den statistisch interessierten Leser werden die Maßzahlen Eta^2 und PHI angegeben[4] , sie sind für ein Verständnis der Ergebnisse aber nicht zwingend notwendig.

In Anlehnung an die WHO-Definition werden nun im ersten Abschnitt des Kapitels die Ergebnisse der allgemeinen Gesundheitsindikatoren dargestellt. Psychisches und physisches Wohlbefinden werden näher betrachtet. Dem Gesundheitsverhalten, welches auch Gegenstand der Intervention war, widmet sich der zweite und dritte Abschnitt. Hier werden die Ergebnisse zum Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie zum Substanzkonsum beschrieben. Große Bedeutung ist dem sozialen Wohlbefinden zuzuschreiben, dem sich der letzte Teil des Kapitels annimmt. Als wichtige Bedingungsfaktoren der Gesundheit werden das Schulklima und die Sozialkompetenz der Schüler berücksichtigt.

3 Zusammenhänge werden ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 0,05 als signifikant ausgewiesen (*). Eine Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 0,01 wird durch zwei ** und eine kleiner 0,001 durch drei Sterne *** gekennzeichnet.

4 PHI ab 0,10 kleiner Zusammenhang, ab 0,30 mittlerer Zusammenhang, ab 0,50 großer Zusammenhang Eta^2 ~ 0,0099 schwacher Effekt, ~ 0,0588 mittlerer Effekt, ~ 0,1379 starker Effekt.

2.1 Allgemeine Gesundheitsindikatoren

Selbsteingestufte Gesundheit

Die Einschätzung der subjektiven Gesundheit ist ein zentraler Indikator des Gesundheitszustandes und findet in allen HBSC-Surveys Verwendung. „Wie würdest Du deinen Gesundheitszustand beschreiben?" lautet die Frage, welche von den Jugendlichen durch 4 Antwortmöglichkeiten (ausgezeichnet, gut, einigermaßen, schlecht) bewertet wird. Für eine pointierte Ergebnisdarstellung wurden hier die Kategorien ausgezeichnet und gut zusammengefasst und entsprechen einer positiven Bewertung des Gesundheitszustandes. Abbildung 2-1 stellt den Anteil der Mädchen und Jungen dar, welche ihre Gesundheit positiv bewerten.

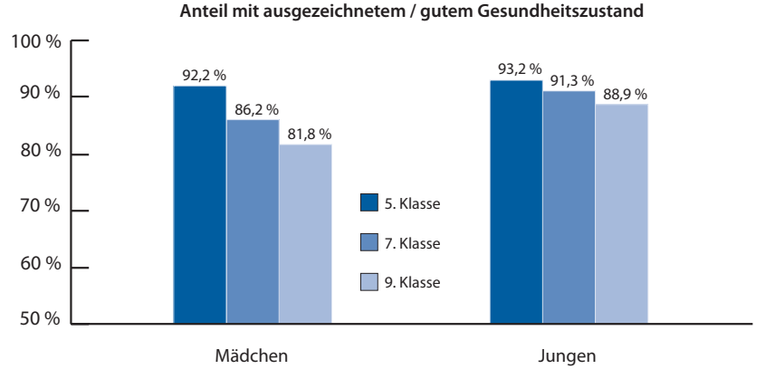


Abb. 2-1: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands 2006

Die Darstellung beschränkt sich auf das Jahr 2006, da sich im Allgemeinen keine signifikanten Veränderungen zwischen 2002 und 2006 vollzogen haben. Nur die Mädchen der 5. Klasse bewerten ihren Gesundheitszustand 2002 positiver, die Veränderung ist aber schwach. 2002 gaben nur 88,6 Prozent einen positiven Gesundheitszustand an, im Jahre 2006 berichten dies 92,2 Prozent der Mädchen (Phi 0,061*). Die große Mehrheit der Schüler bewertet ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bzw. gut (über 80 Prozent, vgl. Abb. 2-1). In der Einschätzung des Gesundheitszustandes bestehen geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Jüngere bewerten ihren Gesundheitszustand positiver als Ältere. Bei den Mädchen (Phi 0,124***) ist dieser Effekt stärker als bei den Jungen (Phi 0,063*) ausgeprägt, aber bei beiden als schwach zu charakterisieren. Ab Klasse 7 lassen sich schwache, aber signifikante geschlechtsspezifische Differenzen nachweisen, wobei die Jungen ihre Gesundheit häufiger als ausgezeichnet bzw. gut beschreiben (Klasse 7: Phi 0,80**, Klasse 9: Phi 0,100***).

Psychosomatische Beschwerden

In Ergänzung der subjektiven Gesundheit erfasst der HBSC-Fragebogen psychosomatische Beschwerdebilder (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rücken-/ Nacken-/ Schulterschmerzen, Niedergeschlagenheit, Einschlafsprobleme, Müdigkeit, Ängste, Nervosität, Gereiztheit, Schwindelgefühl). Alle Symptome werden von den Befragten nach Häufigkeit des Auftretens bewertet (selten/nie (1), monatlich (2), wöchentlich (3), mehrmals wöchentlich (4), fast täglich (5)). Psychosomatische Beschwerden können Ausdruck komplexer psychischer Belastungen sein, die sich in körperlichen Beschwerden manifestieren. Für einen Überblick wurde ein Index psychosomatische Beschwerden gebildet. Dieser zeigt einen Durchschnittswert für jeden Probanden über alle Beschwerdebilder hinweg an (vgl Abb. 2-2). Zwischen 2002 und 2006 gab es keine Veränderungen, weshalb sich die Darstellung auf 2006 beschränkt. Nur bei den Jungen der 5. Klasse ließ sich eine sehr schwache, aber signifikante Verbesserung beobachten (eta^2 0,006**). Die Mittelwerte liegen im Bereich von 1,6 bis 2,1, im Durchschnitt treten psychosomatische Beschwerden einmal im Monat auf. Wiederum unterscheiden sich Mädchen und Jungen (eta^2 0,06***): Bei Mädchen treten häufiger psychosomatische Beschwerden auf. Für sie sind internalisierende Bewältigungsformen von Stress sehr viel verbreiteter (z. B. psychosomatische Beschwerden, Depressivität). Ältere Schüler und Schülerinnen berichten signifikant häufiger von Beschwerden dieser Art als jüngere (eta^2 0,024***), was im Zusammenhang mit steigenden schulischen Anforderungen und der Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben in höheren Klassenstufen steht. Die Unterschiede sind aber als schwach einzuschätzen.

Mentale Gesundheit

Ähnlich war das statistische Vorgehen bei der Analyse der mentalen Gesundheit. Die Jugendlichen sollten 10 Items bewerten, wie sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt haben (auf sich stolz gewesen, sich allein/traurig/glücklich/unglücklich/sich wohl in seiner Haut gefühlt, Freude/Spaß/gute Ideen gehabt, sich selbst akzeptiert). Diese konnten durch 5 Antwortmöglichkeiten abgestuft werden (nie (1), selten (2), manchmal (3), meistens (4), immer (5)). Auch hier wurde in gleicher Weise ein Index gebildet, dessen Mittelwerte in Abbildung 2-2 für den Erhebungszeitpunkt 2006 dargestellt sind. Je höher der Mittelwert, desto besser ist die mentale Gesundheit. Zwischen 2002 und 2006 kann nur eine sehr schwache, signifikante Verschlechterung bei Jungen der 9. Klasse berichtet werden (eta^2 0,002*). Die Mittelwerte liegen zwischen 3,4 und 3,9 und mithin im eher positiven Bereich. Die bekannten alters- und geschlechtsspezifischen Muster lassen sich auch hier beobachten. Mädchen verzeichnen eine schlechtere mentale Gesundheit als Jungen (eta^2 0,041***) und mit höherer Klassenstufe lässt sich eine Abnahme in der mentalen Gesundheit verzeichnen (eta^2 0,028***).

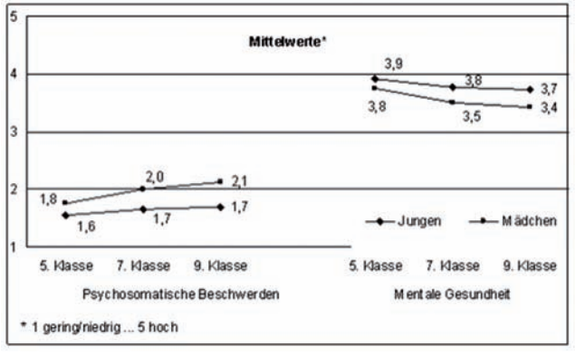


Abb. 2-2: Psychosomatische Beschwerden und mentale Gesundheit 2006

Lebenszufriedenheit

Die Einschätzung der Lebenszufriedenheit mit der Cantril-Leiter (Cantril 1965) ist ein häufig eingesetztes und vielfach erprobtes Instrument und ein wichtiger Indikator des subjektiven Wohlbefindens. Die Befragten schätzen dabei ihr gegenwärtiges Leben anhand einer 10-sprossigen Leiter ein. Die oberste Sprosse der Leiter steht für das „beste denkbare Leben" (10), die unterste Leitersprosse kann für das „schlechteste denkbare Leben" (0) gewählt werden. Durch die Zwischensprossen ist eine Abstufung möglich. Mit Ausnahme der Jungen der 9. Klasse ist die Lebenszufriedenheit der sächsischen Schüler im Zeitraum von 2002 zu 2006 signifikant, wenn auch nur leicht, angestiegen (eta^2 maximal 0,016***). Abbildung 2-3 bildet die Entwicklung im Zeitverlauf ab. Die Lebenszufriedenheit liegt zwischen 6,3 und 7,9 und mithin auf den höheren Leitersprossen. Mit Ausnahme der 5. Klasse im Jahr 2002 wird die Lebenszufriedenheit von Jungen im Allgemeinen höher eingeschätzt als von Mädchen. Dies verstärkt sich in höheren Klassenstufen, der geschlechtsspezifische Zusammenhang ist aber sehr schwach (2002: eta^2 0,012***; 2006: eta^2 0,005***). Auch lässt sich erkennen, dass die Lebenszufriedenheit in den höheren Klassenstufen rückgängig ist (2002: eta^2 0,038***; 2006 eta^2 0,056***).

Warum lässt sich keine Steigerung der Lebenszufriedenheit bei den Jungen der 9. Klasse beobachten? Weitere (hier nicht dargestellte) Analysen zeigten, dass bei den Gymnasiasten dieser Altersgruppe durchaus eine Steigerung stattgefunden hat, sich aber bei Haupt- und Mittelschülern eine Verschlechterung der Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf beobachten ließ. Ein ähnliches Muster zeigte auch der Index mentale Gesundheit. Diese Ergebnisse könnten in Verbindung mit den aktuellen Entwicklungen auf dem Arbeits-, Ausbildungs- und Lehrstellenmarkt stehen.

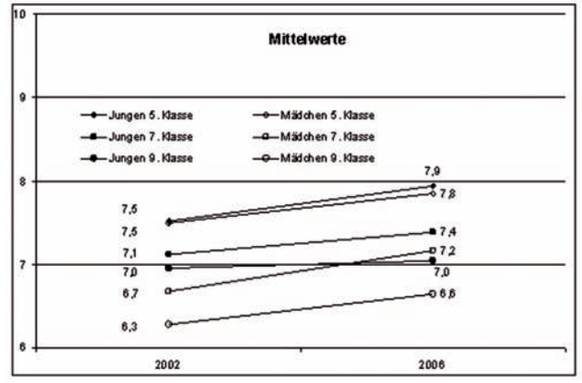


Abb. 2-3: Lebenszufriedenheit

Jungen der 9. Klassen befinden sich kurz vor dem schulischen Abschluss und sehen sich mit unsicheren beruflichen Perspektiven konfrontiert, was sich in der psychischen Gesundheit widerspiegeln könnte.

Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung umfasst die Einschätzung der eigenen Handlungsfähigkeit insbesondere in schwierigen und neuartigen Situation, im Umgang mit Problemen und in der Durchsetzung der eigenen Ziele und Wünsche. Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung schätzen alltägliche Anforderungen als weniger gravierend und stressreich ein, denn sie vertrauen darauf, diese Anforderungen bewältigen zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung steht als eine wichtige Ressource folglich in einem positiven Zusammenhang zum Gesundheitszustand. Durch mehrere Items wurde dieses Konzept erfasst und in einen Index überführt, der den Durchschnitt der verschiedenen Items repräsentiert. Beispielsweise mussten die Schüler die Aussage bewerten: „Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe." Die Antwort konnte mit stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher und stimmt genau abgestuft werden. Abbildung 2-4 stellt die Mittelwerte von Mädchen und Jungen der verschiedenen Klassenstufen dar.

Der Wert 1 steht für geringe Selbstwirksamkeit, der Wert 4 für hohe Selbstwirksamkeit. Die Mädchen haben etwas geringere Werte als die Jungen (eta^2 0,005***), wie auch die höheren Klassenstufen im Vergleich zur Klasse 5 (eta^2 0,005***). Nur bei den Mädchen der 7. Klasse ergab sich zwischen 2002 und 2006 eine sehr schwache, aber signifikante Verschlechterung der Selbstwirksamkeit (eta^2 0,006**).

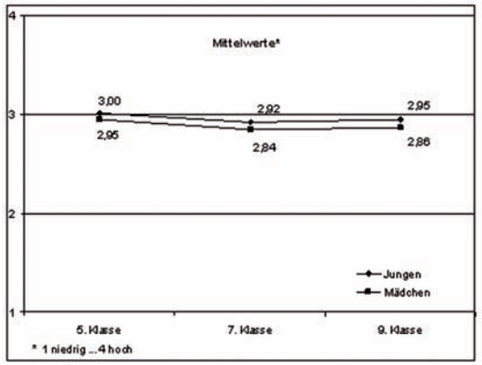


Abb. 2-4: Selbstwirksamkeitserwartung 2006

Körpergewicht

Einen letzten Indikator zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes stellt das Körpergewicht dar. Interventionsschwerpunkte in diesem Bereich zielten vor allem auf Übergewicht bzw. Adipositas. Aus Platzgründen soll daher nur dieser Aspekt betrachtet werden. Zum Erhebungszeitpunkt 2002 lag der Anteil übergewichtiger/adipöser Jugendlicher[5] bei 7,4 Prozent, signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sowie den Klassenstufen waren nicht zu beobachten. Bei den Jungen der 9. Klasse stieg dieser Anteil signifikant von 7,3 Prozent zum Erhebungszeitpunkt 2002 auf 10,3 Prozent 2006 an (Phi 0,052*). Im Jahre 2006 lassen sich so auch in den 9. Klassen geringe geschlechtsspezifische Unterschiede nachweisen (Phi 0,053*). Bei den Jungen sind 10,3 Prozent übergewichtig/adipös, bei den Mädchen dagegen nur 7,3 Prozent. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen dokumentiert auch der Jugendgesundheitssurvey (Zubrägel, Settertobulte 2003). Auf den ersten Blick scheinen die Jungen ein eher ungesundes Essverhalten zu haben. An späterer Stelle kann dieser Eindruck aber revidiert werden, denn die Mädchen lassen das Frühstück an Schultagen viel häufiger ausfallen, was darauf hindeutet, dass eine Gewichtskontrolle auch in Kombination mit einem ungesunden Ernährungsverhalten stärker von Mädchen praktiziert wird.

Tab 2-1: Übergewicht/ Adipositas 2006*

	5. Klasse	7. Klasse	9. Klasse
Jungen	7,5 % (1,8 %)	10,6 % (2,2 %)	10,3 % (3,0 %)
Mädchen	6,1 % (1,5 %)	8,0 % (2,1 %)	7,3 % (2,4 %)

* Anteile Übergewichtiger/ Adipöser in Prozent; Angaben in Klammern nur Anteile adipöser Kinder

5 Die Klassifikation der Kinder in übergewichtig bzw. adipös orientiert sich an Kromeyer-Hausschild 2001.

Beinahe alle Indikatoren weisen charakteristische alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede auf: vor allem sind es ältere Schüler/innen und Mädchen, die eine schlechtere Gesundheit berichten. Die geschlechts- und altersspezifischen Differenzen entsprechen dabei bundesweiten Ergebnissen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003, S. 29) und verweisen auf unterschiedliche gesellschaftliche Verständnisse von Weiblichkeit und Männlichkeit sowie auf unterschiedliche Bewältigungsformen von Entwicklungsaufgaben. In den altersspezifischen Unterschieden spiegeln sich die mit zunehmendem Alter stärker werdenden schulischen Anforderungen und die mit steigender Klassenstufe zunehmenden kritischen Momente der Adoleszenz wider.

Zusammenfassend kann für die allgemeinen Gesundheitsindikatoren festgehalten werden, dass diese im Zeitverlauf relativ stabil geblieben sind. Nur sehr schwache Verbesserungen und Verschlechterungen waren im Zeitverlauf zu beobachten, die zudem nur in einzelnen Klassenstufen und nur bei Mädchen bzw. Jungen stattfanden. Einige Verbesserungen verzeichneten die Indikatoren selbst eingestufte Gesundheit, psychosomatische Beschwerden. Die mentale Gesundheit, die Selbstwirksamkeitserwartung und das Körpergewicht verschlechterten sich dagegen teilweise. Eine Ausnahme stellt die eingeschätzte Lebenszufriedenheit dar, welche sich bei fast allen signifikant leicht verbessert hat.

2.2 Bewegungs- und Ernährungsverhalten

Zentrale Bedeutung für den Gesundheitszustand fällt dem gesundheitsrelevanten Verhalten zu, insbesondere dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie dem Substanzkonsum (siehe Kapitel 2.3).

Körperliche Aktivität

Die Schüler wurden gebeten anzugeben, an wie vielen Tagen sie sich während der letzten 7 Tage mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt haben. Zwischen 2002 und 2006 hat eine Steigerung der körperlichen Aktivität stattgefunden (vgl. Abbildung 2-5). Eine Ausnahme stellen die Jungen der 7. und 9. Klassen dar, bei denen keine signifikante Veränderung nachzuweisen ist. Diese Altersgruppen waren aber die 2002 körperlich aktivsten, sodass eine Steigerung wohl kaum mehr möglich war. An durchschnittlich 3,7 (9. Klasse) bzw. 3,8 (7. Klasse) Tagen machten sie zum Erhebungszeitpunkt 2002 mindestens 60 Minuten Sport.

*Besonders steigerten die Mädchen ihre körperliche Aktivität im Zeitverlauf (v.a. Mädchen der 5. Klasse eta^2: 0,024***). Ungeachtet dessen sind und bleiben die Jungen die körperlich aktiveren (eta^2 2006: 0,009***). Jungen der 9. Klasse waren 2006 beispielsweise durchschnittlich an 3,6 Tagen aktiv, die Mädchen dieser Altersgruppe nur an rund 3,2 Tagen. Sportliche Aktivität nimmt darüber hinaus mit der Klassenstufe leicht ab (eta^2 2006: 0,013***).*

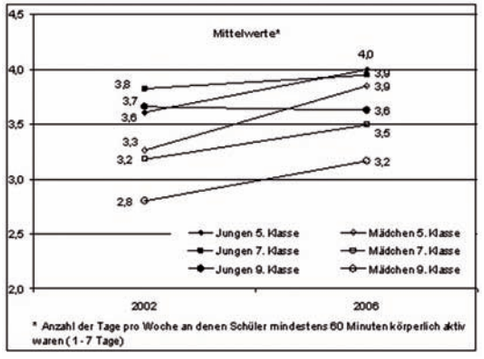


Abb. 2-5: Körperliche Aktivität

TV-Konsum

Entgegengesetzt zum aktiven Verhalten wurden die Schüler gebeten zu berichten, wie viel Stunden an Schultagen sie zum Fernsehen aufwenden. Auch hier ist eine Veränderung zwischen 2002 und 2006 zu beobachten: der TV-Konsum ist rückläufig (vgl. Abb.2-6). Diese Verringerung des TV-Konsums ist mit Ausnahme der Mädchen der 9. Klasse bei allen signifikant, wenn der Zusammenhang auch nur als schwach einzustufen ist. Die Grafik macht auch Alterseffekte deutlich: der TV-Konsum steigt mit der Klassenstufe leicht an (eta^2 2006: 0,029***). 2002 lassen sich schwache, aber generelle geschlechtsspezifische Differenzen nachweisen (eta^2 0,005***), 2006 nur bei den 5. Klassen (eta^2 0,003*). Jungen verbringen tendenziell etwas mehr Zeit mit Fernsehen.

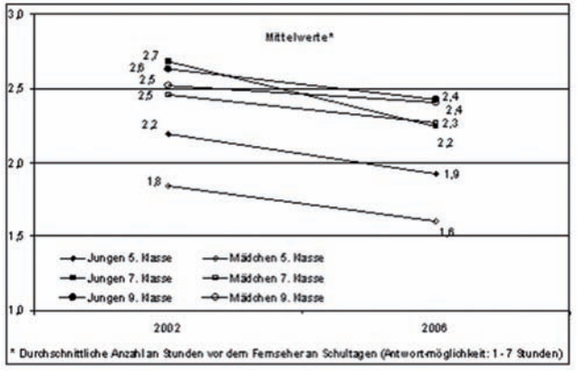


Abb. 2-6: TV-Konsum

Ob die 10–16-Jährigen tatsächlich weniger Freizeit vor dem Bildschirm verbringen, kann leider abschließend nicht beurteilt werden. Wahrscheinlicher ist, dass sich der TV-Konsum zwar reduziert, die Zeit vor Spielkonsolen und Computern aber stabil geblieben oder sogar angestiegen ist. Für die Beantwortung dieser Fragen liegen uns aber keine Daten vor.

Frühstücksverhalten

Beim Schwerpunkt Ernährung wurde das Frühstücksverhalten, der Obst- und Süßgetränkeverzehr näher unter die Lupe genommen. Die Mädchen aller Klassenstufen haben ihr Frühstücksverhalten zwischen 2002 und 2006 leicht negativ verändert (vgl. Abb. 2-7). Bei den 7. Klassen stieg der Anteil, der nie an Schultagen frühstückt, von 16,6 Prozent auf 25,5 Prozent (Phi 0,111***), wobei jener Anteil, der an allen 5 Schultagen das Frühstück einnimmt, von 66,0 Prozent auf 58,8 Prozent leicht zurückgegangen ist (Phi -0,074**). Bei den 9. Klassen zeigt sich ein ähnliches Bild. Das Nicht-Frühstücken an Schultagen erhöht sich mit der Klassenstufe (2006: Phi 0,192***). Bei den Jungen ist in Abbildung 2-8 der gleiche altersspezifische Zusammenhang zu beobachten (2006 Phi 0,128***).

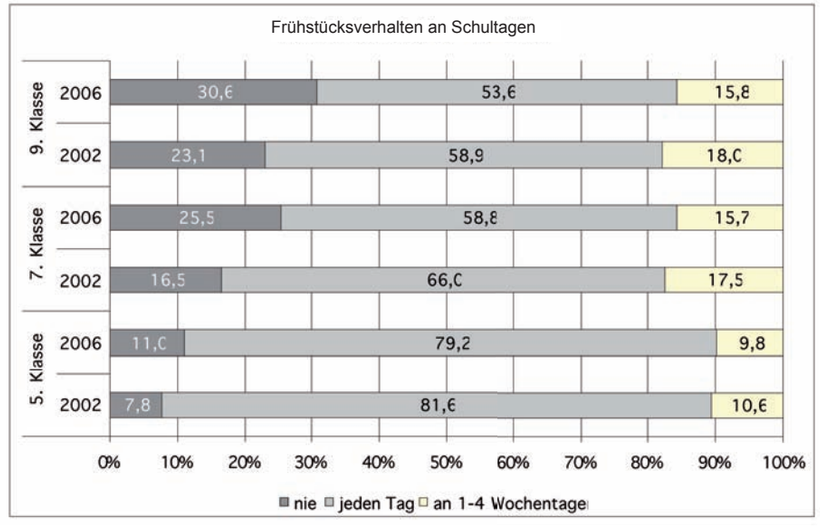


Abb. 2-7: Frühstücksverhalten der Mädchen

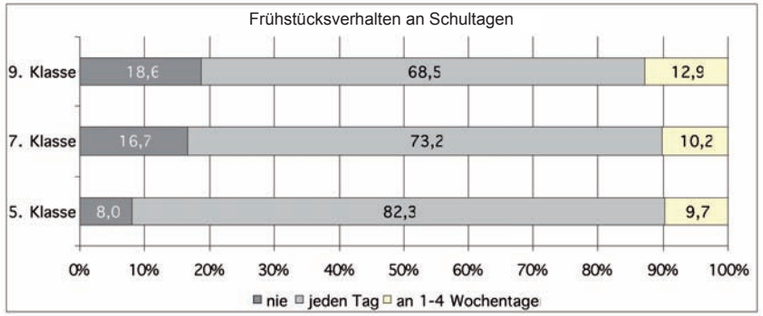


Abb. 2-8: Frühstücksverhalten der Jungen 2006

Die älteren Mädchen und Jungen entziehen sich stärker den elterlichen Normen und so auch den Regelmäßigkeiten der Mahlzeiten mit der Familie. Die Darstellung für die Jungen beschränkt sich auf das Jahr 2006, denn zwischen 2002 und 2006 hat sich nur der Anteil, der nie frühstückt, bei den 7. Klassen leicht erhöht (Phi 0,078**). Eine generell negative Entwicklung des Frühstückverhaltens kann demzufolge nur bei den Mädchen angenommen werden. Ab der Klasse 7 lassen sich zudem Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen deutlich erkennen. Mädchen lassen das Frühstück häufiger als Jungen an Schultagen generell wegfallen (2006: 7. Klasse, Phi 0,108***; 9. Klasse Phi 0,139***). Auch sind es vor allem die Jungen, die an Schultagen immer frühstücken (2006: 7. Klasse -0,151***; Phi; 9. Klasse Phi -0,153***). Das Auslassen von Mahlzeiten vor allem bei den Mädchen steht häufig im Zusammenhang mit der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Im Zuge der körperlichen Veränderungen in der Pubertät muss auch ein neues Verhältnis zum Körper entwickelt werden und mit den idealisierten Erwartungen bezogen auf Attraktivität in Einklang stehen. Um den genormten Vorstellungen von Weiblichkeit zu entsprechen, wird das Auslassen von Mahlzeiten daher vor allem von den Mädchen praktiziert, was deutliche Einbußen in der Leistungsfähigkeit zur Folge haben kann. Dieser Trend wurde bereits im Jugendgesundheitssurvey dokumentiert (Zubrägel, Settertobulte, 2003).

Verzehr von Obst

Die Analysen zum durchschnittlichen Obstverzehr weisen ebenfalls auf eine leichte Verschlechterung des Ernährungsverhaltens hin. Waren es 2002 noch 32,2 Prozent der Schüler, welche mehrmals täglich Obst verzehrten, so sank dieser Anteil 2006 auf 22,1 Prozent. Die älteren Schüler verzehren durchschnittlich weniger Obst als die Jüngeren (2006: eta^2 0,014***). Verwunderlich ist ebenfalls kaum, dass die Mädchen häufiger Obst essen (2006: eta^2 0,029***), gilt Obst doch als gesundes und vor allem kalorienarmes Nahrungsmittel. Es sind 27,4 Prozent der Mädchen, welche mehrmals täglich Obst zu sich nehmen, während der Anteil bei den Jungen nur 16,7 Prozent beträgt.

Verzehr von Süßgetränken

Dennoch kann kein genereller negativer Trend im Ernährungsverhalten angenommen werden. Das durchschnittliche, wöchentliche Trinken von Süßgetränken ist nämlich signifikant bei allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern leicht zurückgegangen (eta^2 maximal 0,035***). 19,2 Prozent der 10 – 16-Jährigen waren es 2002, die mehrmals täglich Süßgetränke zu sich genommen haben. 2006 lag der Anteil nur noch bei 12,9 Prozent. Diese Entwicklung lässt sich vermutlich auf die Bestrebungen vieler Schulen zurückführen, das Aufstellen von Süßgetränkeautomaten und den Verkauf von Süßgetränken in der Schule zu unterbinden. Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt, dass Jungen etwas häufiger Süßgetränke zu sich nehmen als Mädchen (eta^2 2006: 0,014***). In den 9. Klassen zum Zeitpunkt 2006 sind es bei den Mädchen 12,3 Prozent und bei den Jungen 16,7 Prozent, welche mehrmals täglich Süßgetränke trinken. Der Konsum steigt mit zunehmender Klassenstufe schwach an (eta^2 2006: 0,020***).

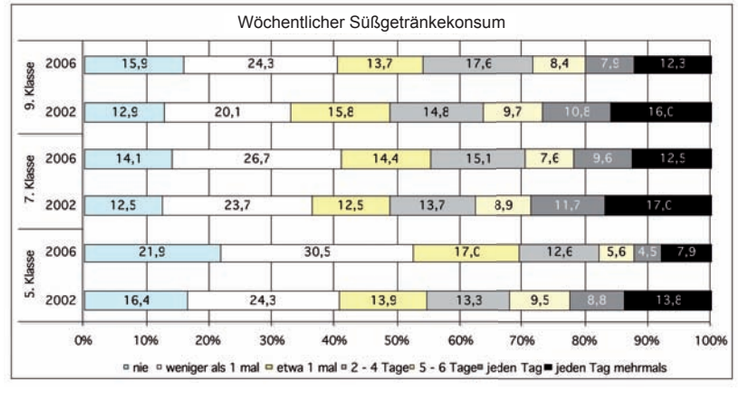


Abb. 2-9: Verzehr von Süßgetränken bei Mädchen

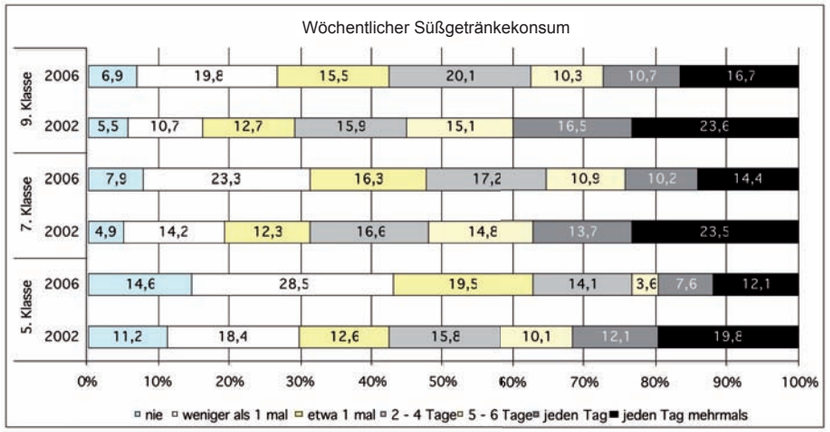


Abb. 2-10: Verzehr von Süßgetränken bei Jungen

Für das Bewegungsverhalten bleibt festzuhalten, dass sich sowohl ein Anstieg in der körperlichen Aktivität als auch ein Rückgang im TV-Konsum der 10–16-Jährigen zwischen 2002 und 2006 vollzogen hat. Beim Ernährungsverhalten ist die Entwicklung weniger eindeutig. Das tägliche Frühstück hat im Zeitverlauf bei den Mädchen deutlich an Bedeutung verloren. Auch der Obstverzehr war bei allen Schülern rückläufig. Dennoch konnte sich der Süßgetränkekonsum der Mädchen und Jungen reduzieren.

2.3 Substanzkonsum

Jugendliche lösen sich zunehmend vom Elternhaus und experimentieren bei der Suche nach einer eigenständigen Identität. Der Substanzkonsum Jugendlicher steht dabei im Zusammenhang mit der Suche nach Anerkennung außerhalb des schulischen und familialen Kontextes und ist Ausdruck der verstärkten Hinwendung zu der Peer-Gruppe. Substanzkonsum ist aber auch eine Form der Bewältigung der neuen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter (ausweichende Problembewältigung). Der regelmäßige und exzessive Konsum von illegalen wie legalen Drogen birgt dabei langfristige gesundheitliche Risiken (Richter, Settertobulte 2003) und muss als problematisch eingestuft werden. Der Substanzkonsum Jugendlicher konzentriert sich dabei verstärkt auf die legalen, in unserem Kulturkreis verbreiteten Drogen, wie Alkohol und Tabak.

Rauchen und Alkoholkonsum

Zwischen 2002 und 2006 zeigen unsere Analysen interessante Veränderungen: Das regelmäßige Rauchen und der Alkoholkonsum sind zurückgegangen. Der Grund dieser Entwicklung liegt vermutlich in den veränderten Rahmenbedingungen.

Tabakwaren und ausgewählte alkoholische Getränke (wie bspw. Alkopops) sind erheblich teurer geworden und für die 10-16-Jährigen immer weniger bezahlbar. Beim Rauchen ist der Rückgang signifikant in den 7. und 9. Klassen (vgl. Abb. 2-11). Diese Befunde reihen sich in die aktuellen Befragungsdaten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2005a) ein, nach denen die Raucherquote der 12-17-Jährigen zwischen 2001 und 2005 von 28 % auf 20 % gesunken ist.

Mit dem Alter steigt der Anteil der Raucher, so zeigen unsere Daten, moderat an (Phi 2006: 0,342***). Geschlechtsspezifische Unterschiede sind in den 9. Klassen zum Zeitpunkt 2002 bedeutsam. Aber die Tendenz bleibt auch noch 2006 erhalten: Mädchen rauchen etwas häufiger als Jungen. Dieses Phänomen entspricht einem Trend, der sich schon seit einigen Jahren in verschiedenen Untersuchungen deutlich abzeichnet (Bilz, Melzer 2005).

Beim Alkoholkonsum wurden die Anteile der Schüler, die mindestens wöchentlich Alkohol zu sich nehmen näher betrachtet. Mit Ausnahme der Mädchen der 5. Klasse, die sich generell auf geringem Niveau befinden, ist der Anteil der mindestens wöchentlichen Alkoholtrinker zurückgegangen. Die Effekte bleiben dennoch schwach. Mit zunehmender Klassenstufe steigt der Anteil zudem moderat an (2006: Phi 0,339***). Anders als beim Rauchen sind es die Jungen, die häufiger Alkohol trinken. Die geschlechtsspezifischen Differenzen sind 2006 aber nur noch in den 9. Klassen signifikant (Phi -0,177***). Einen Rückgang des Alkoholkonsums für den Zeitraum 2004 bis 2005 sowie die alters- und geschlechtsspezifischen Differenzen berichtet auch die BZgA für die 12 -17-Jährigen (BZgA, 2005b).

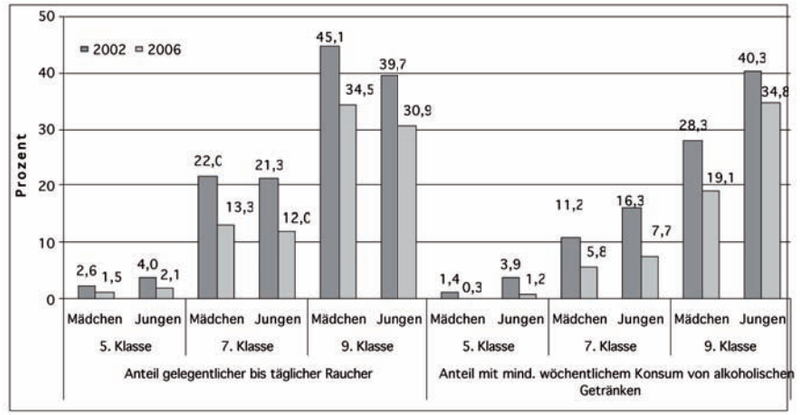


Abb. 2-11: Rauchen und Alkoholkonsum

Konsum von Cannabis

Illegale Drogen spielen im Vergleich zum Rauchen und Alkohol eine geringere Rolle, wie exemplarisch am Beispiel von Cannabis veranschaulicht werden soll. Nur die 9. Klassen wurden zu dieser Thematik befragt. 89,3 Prozent, also die überwiegende Mehrheit der Mädchen und Jungen haben in den letzten 12 Monaten kein Cannabis geraucht bzw. zu sich genommen. Von den übrigen 10,7 Prozent hat ein großer Teil (4,7 Prozent) nur ein oder zweimal Erfahrungen mit dieser Droge gemacht. So sind es ausschließlich 3,7 Prozent, die in den letzten 12 Monaten mit Cannabis häufiger (3- bis maximal 9-mal) in Berührung gekommen sind. Nur ein kleiner Teil von 2,3 Prozent nimmt Cannabis regelmäßig zu sich (10-mal und häufiger). Im Durchschnitt ist der Cannabiskonsum der Mädchen der 9. Klassen leicht zurückgegangen (eta^2 0,010***). Im Gegensatz zu 2002 lassen sich deshalb 2006 schwache Differenzen zwischen Mädchen und Jungen entdecken. Jungen konsumierten etwas häufiger Cannabis als die Mädchen (eta^2 0,005**).

Beim Substanzkonsum lässt sich zwischen 2002 und 2006 eine positive Entwicklung feststellen. Das Rauchen und der Alkoholkonsum sind zurückgegangen, was im Einklang mit bundesweiten Trends steht. Beim Konsum illegaler Drogen lässt sich bei der Einnahme von Cannabis ein Rückgang bei den Mädchen beobachten.

2.4 Sozialkompetenz und Schulklima

Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendlicher sind nicht unabhängig von der Sozialisationsinstanz Schule zu betrachten. Die Schule stellt einen interaktiven Erfahrungsraum dar, der die Entwicklung von Jugendlichen entscheidend mitbestimmt. Die Schule stellt zudem komplexe Anforderungen, woraus ein Erwartungs- und Belastungsdruck resultieren kann, dessen Bewältigung gelingen oder aber misslingen kann. Eine Folge misslingender Bewältigung kann als exteriorisierend bezeichnet werden, womit aggressives und gewalttätiges Verhalten gemeint sind (vgl. Bilz, Hähne, Melzer 2003). In einem ersten Schritt wird sich deshalb der Analyse des kritischen Sozialverhaltens und der Sozialkompetenz der Schüler gewidmet (Schikane, Schlägereien etc.). In einem zweiten Schritt wird dann das Schulklima, das heißt die schulische Lebenswelt, ihre Anforderungsstruktur und die dort verfügbare Unterstützung beleuchtet. In einem guten Schulklima kann die Bewältigung von Belastungen im schulischen Alltag sehr viel besser gelingen und so auch Einfluss auf das Sozialverhalten nehmen (vgl. Bilz, Hähne, Melzer 2003).

Aggressives Verhalten

2006 berichten 88,9 Prozent der Schüler in den letzten Monaten nie/maximal zweimal Opfer von Schikane geworden zu sein und ein kleiner Teil (11,1 Prozent) gibt an, dass dies ihnen dreimal oder häufiger passiert sei. Es gibt keinen allgemeinen Trend bei den Opfererfahrungen. Nur bei den Jungen der 7. Klasse ist die Häufigkeit Opfer von Schikane zu werden im Vergleich zu 2002 leicht zurückgegangen (Phi 0,056*). Die Tätererfahrungen des Schikanierens haben sich dagegen im Zeitverlauf mit Ausnahme der Mädchen der 5. Klasse leicht reduziert (vgl. Abb. 2-12). Auf den ersten Blick ist dieses Ergebnis verblüffend. Im Zeitverlauf identifiziert sich ein geringerer Teil als Täter, während sich der Anteil der Opfer kaum verändert hat. Wahrscheinlich ist die Diskrepanz auf die veränderte Erhebungssituation zurückzuführen. 2002 füllten die Schüler die Fragebögen unter Anwesenheit von Versuchsleitern der Universität aus, 2006 waren hingegen Lehrer anwesend, in deren Beisein Tätererfahrungen wohl weniger Preis gegeben werden. In den 7. und 9. Klassen sind es Jungen, die häufiger eine Täterschaft gestehen als Mädchen (2006: 7. Klasse Phi 0,103***; 9. Klasse 0,151***). Das aktive Schikanieren steigt mit zunehmender Klassenstufe leicht an (2006: Mädchen Phi 0,057*; Jungen 0,156***).

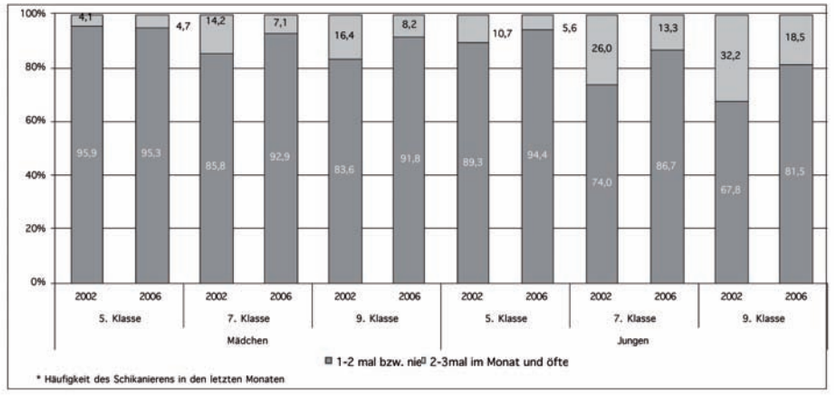


Abb. 2-12: Erfahrung als Täter beim Schikanieren*

Mädchen und Jungen unterscheiden sich erwartungsgemäß auch in der Häufigkeit der Partizipation an Schlägereien. In den letzten 12 Monaten waren 14,7 Prozent der Jungen und 4,7 Prozent der Mädchen zweimal oder öfter in eine ernsthafte Schlägerei verwickelt (Phi: 0,169***). Zwischen 2002 und 2006 sind keine Veränderungen zu berichten.

Soziale Kompetenz

Die soziale Kompetenz der Schüler wurde außerdem durch eine Itembatterie erhoben, in der sie Selbsturteile über Freundschaften, Beliebtheit und soziale Akzeptanz auf einer 4-stufigen Skala abgeben konnten. Der Wert 4 steht für hohe soziale Kompetenz. Im Durchschnitt liegen die Schüler 2006 bei 3,19. Die soziale Kompetenz reduziert sich etwas mit zunehmender Klassenstufe (eta^2 0,004***). Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren nicht. Zwischen 2002 und 2006 haben sich bei den Mädchen der 9. Klasse und bei den Jungen aller Klassenstufen signifikante, aber dennoch sehr schwache Verbesserungen (eta^2 maximal 0,009**) in der sozialen Kompetenz vollzogen.

Schulfreude

Wie schätzen die Schüler das Schulklima ein? Ein wichtiger Indikator hierfür stellt die Schulfreude dar. Gefällt es den Schülern in der Schule? Die Mehrheit meint dazu durchgängig „sehr gut bzw. einigermaßen gut". Bei den meisten hat sich diese Bewertung zwischen 2002 und 2006 kaum verändert. Bei den Mädchen der 7. Klasse (Phi 0,08**) und den Jungen der 5. Klassen (Phi 0,097***) gefällt es einem etwas größeren Anteil im Zeitverlauf besser in der Schule. Mit dem Alter reduziert sich die positive Bewertung der Schule moderat (2002 Phi: 0,193***, 2006 Phi: 0,202***). Die Mädchen geben 2006 nur in der 7. Klasse häufiger ein positives Urteil über die Schule ab als Jungen (Phi 0,066*).

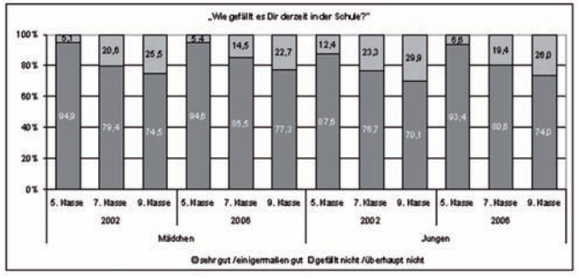


Abb. 2-13: Schulfreude

Schulische Belastungen

In Bezug auf die schulische Belastung zeigen die Analysen, dass die Schüler allesamt im mittleren Bereich liegen (vgl. Abb. 2-14). 2002 berichten nur die Mädchen der 7. Klasse etwas geringere Belastungen als 2006 (eta^2 0,003*). 2006 lassen sich keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen nachweisen. Die Belastung steigt aber mit höherer Klassenstufe an (eta^2 0,071***), was sicherlich auf steigende schulische Anforderungen und neue Entwicklungsaufgaben in höheren Klassenstufen zurückzuführen ist.

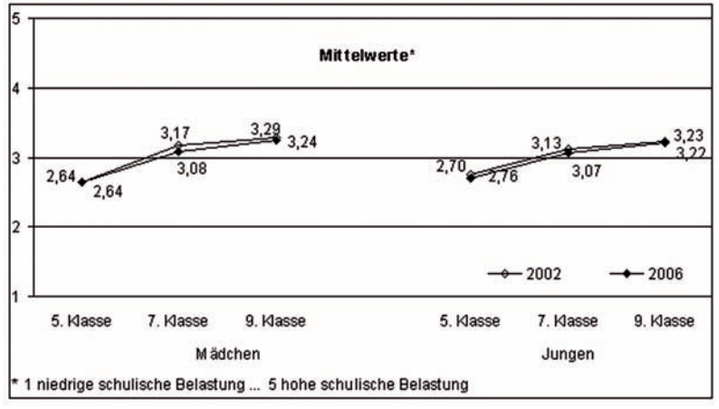


Abb. 2-14: Schulische Belastung

Unterrichtsqualität

Um die Unterrichtsqualität einschätzen zu können, wurden die Schüler gebeten zu bewerten, wie anschaulich (1), schnell (2), schwierig (3), langweilig (4) und abwechslungsreich (5) der Unterricht sei. Die Durchschnittswerte des gebildeten Index liegen überwiegend im mittleren Bereich der Antwortskala (vgl. Abb. 2-15). Mädchen und Jungen aller Klassenstufen bewerten die Unterrichtsqualität im Zeitverlauf etwas positiver (eta^2 maximal 0,024***). 2006 schätzen die Jungen die Qualität des Unterrichts ein wenig besser als die Mädchen ein (0,001*). Eindeutig nimmt die positive Bewertung mit zunehmender Klassenstufe ab (2002 eta^2 0,174***; 2006 eta^2 0,192***).

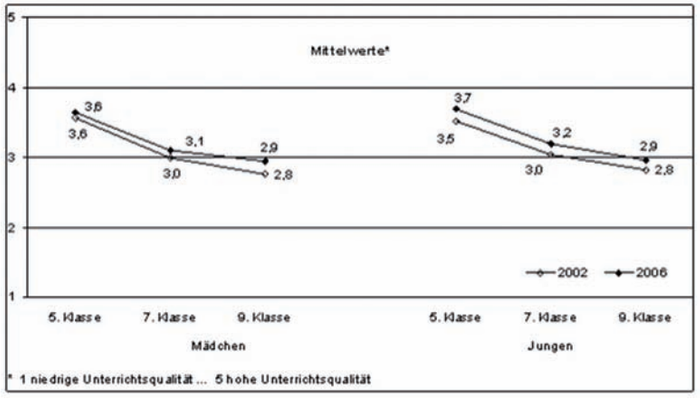


Abb. 2-15: Unterrichtsqualität

Mitschülerunterstützung

Die Unterstützung zwischen den Mitschülern wurde durch Fragen zum Zusammenhalt, zur Hilfsbereitschaft und Akzeptanz zwischen den Mitschülern erfasst. Der Wert 5 des Index steht für hohe Mitschülerunterstützung, Wert 1 für geringe. Der Durchschnitt aller Schüler liegt bei 4,1, also relativ hoch. Mädchen fühlen sich etwas stärker durch Mitschüler unterstützt als die Jungen (eta^2 0,007***) und die erlebte Unterstützung wird in den höheren Klassenstufen etwas geringer (eta^2 0,041***). Sehr schwache Verbesserungen in der Einschätzung der Mitschülerunterstützung ergaben sich im Zeitverlauf 2002 zu 2006 bei den Jungen der 7. Klasse sowie bei Mädchen und Jungen der 9. Klasse.

In Bezug auf die soziale Kompetenz sind widersprüchliche Entwicklungen im Zeitverlauf festzustellen. Während die Tätererfahrungen beim Schikanieren zurückgegangen sind, weisen die Erfahrungen der Opfer eine relative Konstanz auf. Bei Schlägereien gab es ebenso keine Veränderungen. Die soziale Kompetenz konnte sich insgesamt dennoch verbessern. Schulfreude und schulische Belastungen veränderten sich im Zeitverlauf kaum. Die Unterrichtsqualität wird 2006 dagegen von allen positiver bewertet. Die Mitschülerunterstützung verstärkte sich vor allem bei den älteren Schülern und bei den Jungen.

2.5 Zusammenfassung

Tabelle 2-2 gibt an dieser Stelle noch einmal einen Überblick über die Veränderungen der Gesundheitsindikatoren im Zeitverlauf 2002 zu 2006. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass die Veränderungen alle als gering einzuschätzen sind. Die Veränderungen im gesundheitsrelevanten Verhalten waren im Vergleich zum Gesundheitszustand etwas bedeutsamer.

Die allgemeinen Gesundheitsindikatoren zeigten im Zeitverlauf im Allgemeinen kaum Veränderungen. Die überwiegende Mehrheit (über 80 Prozent) beschrieb den Gesundheitszustand als gut bzw. ausgezeichnet. Die Lebenszufriedenheit wird 2006 etwas höher bewertet. Das Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen verbesserte sich bzw. konnte auf einem hohen Niveau gehalten werden. Beim Ernährungsverhalten konnte sich der Süßgetränkekonsum reduzieren. Das Frühstücksverhalten hat aber bei den Mädchen eine kritische Entwicklung genommen. Dem bundesdeutschen Trend folgend, hat sich der legale Substanzkonsum (Alkohol und Rauchen) in den 7. und 9. Klassen reduziert, auch der illegale Konsum (Cannabis) ist zumindest bei den Mädchen etwas rückgängig. Schulklima und Sozialkompetenz der Schüler konnten sich teilweise verbessern bzw. sind stabil geblieben. Die soziale Kompetenz verbesserte sich bei den Jungen und älteren Mädchen. Von allen wird die Unterrichtsqualität 2006 höher bewertet und die Mitschülerunterstützung verbesserte sich bei den Älteren.

Durchgängig zeichneten sich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sowie den Klassenstufen ab: Mädchen und Ältere berichten meist einen etwas schlechteren Gesundheitszustand. Jüngere weisen darüber hinaus ein besseres Gesundheitsverhalten auf, vor allem was Ernährungsverhalten und Substanzkonsum betrifft. Bezogen auf das Geschlecht kann nicht eindeutig belegt werden, wer von beiden gesündere Verhaltensweisen praktiziert.

Tab 2-2: Veränderungen zwischen 2002 und 2006

	Verbesserung	weder noch	Verschlechterung
1. Allgemeine Gesundheit			
Selbsteingestufte Gesundheit	M. 5.	M. 7.-9.; J. 5.-9.	
Psychosomatische Beschwerden	J. 5.	M. 5.-9.; J. 5.,9.	
Mentale Gesundheit		M. 5.-9.; J. 5.-7.	J. 9.
Lebenszufriedenheit	M. 5.-9.; J. 5.-7.	J. 9.	
Selbstwirksamkeit		M. 5.,9.; J. 5.-9.	M.7.
Körpergewicht		M. 5.-9.; J. 5.-7.	J.9.
2. Bewegung- und Ernährung			
Körperliche Aktivität	M. 5.-9.; J. 5.	J. 7.,9	
TV-Konsum	M. 5.,7.; J. 5.-9.	M. 9.	
Frühstück		J. 5., 9.	M. 5.-9.; J. 7.
Verzehr von Obst			alle
Verzehr von Süßgetränken	alle		
3. Substanzkonsum			
Rauchen	M. 7.-9.; J. 7.-9.	M. 5.; J. 5.	
Alkohol	M. 7.-9., J. 5.-9.	M. 5.	
Cannabis	M. 9.	J. 9.	
4. Sozialkompetenz und Schulklima			
Aggressives Verhalten: Täter	M. 7.-9.; J. 5.-9.	M. 5.	
Aggressives Verhalten: Opfer	J. 7.	M. 5.-9.; J. 5.,9.	
Schlägereien		alle	
Soziale Kompetenz	M. 9.; J. 5.-9.	M. 5.; 7.	
Schulfreude	M. 7.; J. 5.	M. 5.,9., J. 7.-9.	
Schulische Belastungen	M. 7.	M. 5.,9., J. 5.-9.	
Unterrichtsqualität	alle		
Mitschülerunterstützung	M. 9.; J. 7.-9.	M. 5.,7.; J. 5.	

Erläuterung: M. … Mädchen; J. … Jungen, 5. … 5. Klasse usw.
Lesebeispiel: Zwischen 2002 und 2006 gibt es bei fast allen Schülern keine signifikanten Veränderungen in der Selbsteingestuften Gesundheit. Mädchen der 5. Klasse bilden eine Ausnahme, sie verbesserten sich.

3. Quantitative Evaluation des Projektverbundes

Dieses Kapitel enthält in einem ersten Punkt Informationen zum Prozess der Durchführung des Projekts und zur Qualität des Projektmanagements – dazu wurden die Mitglieder der schulinternen Projektteams der Modellschulen befragt: Sie berichten z. B. über Nutzen und Aufwand ihrer Arbeit, die Zusammenarbeit mit den Akteuren des Projektverbundes und die Perspektiven der Gesundheitsförderung an ihren Schulen. Im Anschluss an diese Ergebnisse der prozessbegleitenden Evaluation wird über Effekte der Gesundheitsförderung bei den Schülerinnen und Schülern, die sich auf die Interventionen zurückführen lassen, berichtet. Dazu werden im Rahmen einer summativen Evaluation die Befunde für die Modellschulen mit denen der Kontrollschulen verglichen.

3.1 Prozessbegleitende Evaluation: Ergebnisse der Projektteam-Befragung

Zur Struktur des Projektverbundes gehört, dass für jede Modellschule ein Team aus Lehrkräften, z. T. unter Mitwirkung von Eltern und Schülern u.a., zusammengestellt wird, dessen Aufgabe es ist, Programme und Projekte zur Gesundheitsförderung in den Schwerpunkten der jeweiligen Schule auszuwählen und zu steuern. Die Mitglieder der Projektteams sind „leitende Akteure" der praktischen Umsetzung der Maßnahmen („Interventionen") in den Schulen[6]. Wie keine andere Personengruppe haben sie somit Einblicke in Gelingens- und Misslingensbedingungen des Projektes „vor Ort" und die Arbeit des gesamten Projektverbundes. Daher haben wir die Mitglieder der Projektteams mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Dieser wurde an 11 von 12 Modellschulen[7] ausgegeben. Der Rücklauf der Fragebögen betrug 82 % (aus 9 von 11 Schulen). Insgesamt beteiligten sich 62 Personen an der Erhebung, davon waren etwa drei Viertel weiblichen Geschlechts. Zu den Befragten gehörten acht Schulleiter und sechs Personen, die nicht als Lehrkräfte an den Schulen tätig waren, aber einem Projektteam angehörten (z. B. Eltern, Schüler, Krankenkassenvertreter oder Mitarbeiter des zuständigen Gesundheitsamtes).

Der erste Fragen- und Antwortkomplex bezieht sich auf die Qualität des gesamten Projektverbundes, sein Konzept und seine Organisation. Aus der Perspektive der Mitglieder der Projektteams wird die Funktion der wissenschaftlichen Ist-Analyse für die Praxis der Gesundheitsförderung, die Unterstützung durch die Projektleitung und die Prozessmoderatoren beurteilt.

6 Die notwendige Einrichtung der Projektteams erforderte viel Zeit und führte zu einer Verkürzung der ohnehin knapp bemessenen Phase der Projektarbeit mit den Schülern.

7 Ein Gymnasium, das dem Projektverbund mit Verspätung von einem Jahr beitrat, wurde wg. der begrenzten Erfahrungen nicht einbezogen. Bei den übrigen Gymnasien gab es überdurchschnittlich viele Probleme im Projektmanagement, so dass alle Schulformvergleiche (s. 3.2) mit Zurückhaltung zu betrachten sind.

Die ersten beiden Fragen beschäftigen sich mit der Resonanz der Lehrer auf die so genannten „Schulprofile", die die einzelnen Schulen nach der Erstbefragung im Jahre 2002 erhalten haben und die die Grundlage für die bereichsspezifischen Interventionen bilden sollten. Es wurde nach der Kenntnis der Datenrückmeldung und ihrer Bedeutung für die praktisch-pädagogische Gesundheitsförderung gefragt.

Etwa 85 % der Befragten sind über die Ist-Analyse durch die WHO-Studie informiert, ca. 15 % zeigten sich über die Daten-Rückmeldung nicht informiert. Die Auswertung nach Einzelschulen (neun Schulen, anonymisiert von A bis I) ergibt folgendes Bild: In drei der Modellschulen (B, G, H) geben alle Projektteammitglieder an, über diesen Einstieg in den Projektverbund Kenntnis zu haben. Weiterhin wurde gefragt, wie wichtig diese Daten für den Projektverlauf waren.

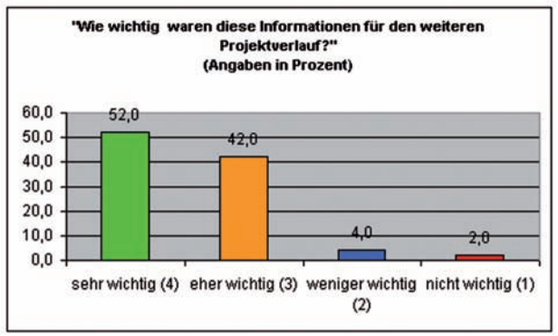


Abb. 3–1: Relevanz der WHO-Daten für das Projekt

Über die Hälfte der Experten schätzt diesen Einstieg als sehr wichtig, weitere 42 % als eher wichtig und nur ein sehr geringer Teil (6 %) als weniger oder nicht wichtig ein. Teams von drei Schulen (C, A, B) messen diesem wissenschaftsorientierten Ansatz eine unterdurchschnittliche Bedeutung zu, in Schule G war sie nach diesen Angaben dagegen von sehr großer Bedeutung.

Die nächste Frage bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit der Projektleitung, die durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) wahrgenommen wurde. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist die überwiegende Mehrheit mit Unterstützungsleistung und Informationsfluss zufrieden, 20 % geben ein sehr gutes Urteil ab, nur knapp 6 % äußern sich kritisch. Die positivste Rückmeldung kommt aus den Schulen B und D, auf dem anderen Pol eine eher negative aus Schule G.

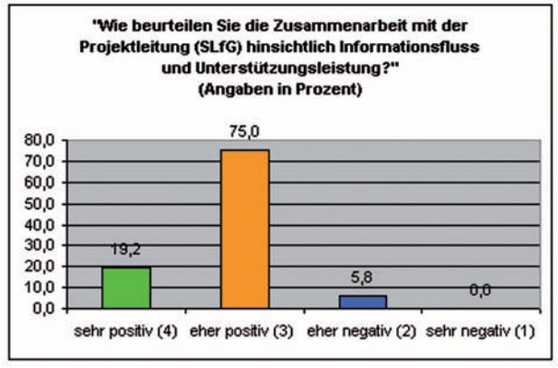


Abb. 3–2: Zusammenarbeit mit der Projektleitung

Zum Idealmodell der Schulentwicklung zählen weiterhin Experten, die den Prozess der Qualitätsentwicklung von außen unterstützen, so genannte Prozessmoderatoren, die den Modellschulen zur Verfügung standen und auf Empfehlung des zentralen Steuerkreises eingesetzt werden sollten. Die Mitglieder der Projektteams sollten sich auch dazu äußern, wie zufrieden Sie mit der Tätigkeit der Prozessmoderatoren waren.

Wie die erste der beiden folgenden Grafiken zeigt, schätzt etwa ein Viertel der Befragten die Arbeit der Prozessmoderatoren als sehr wichtig, weitere über 50 % als eher wichtig ein, aber immerhin 18 % beurteilen Sie als weniger nützlich. Insbesondere in Schule F und etwas weniger ausgeprägt in den Schulen B und G gibt es dazu eine skeptische Haltung, während in den Schulen A, D und C offenbar positive Erfahrungen vorliegen, die auch auf unterschiedliche personelle Konstellationen zurückgeführt werden können.

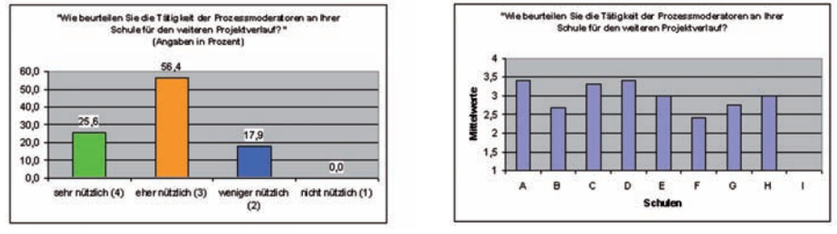


Abb. 3–3: Bedeutung der Prozessmoderatoren

Ein letzter Punkt, der die Qualität des gesamten Projektverbundes betrifft, ist die Zusammenarbeit unter den Modellschulen. Wie die folgenden Ergebnisse zeigen, ist es – trotz großer Anstrengungen durch die Organisation von Modellschul- und Netzwerkkonferenzen sowie von Weiterbildungsaktivitäten nicht gelungen, zu einer für die Schulen befriedigenden Zusammenarbeit und einem entsprechenden Erfahrungsaustausch untereinander zu kommen. Etwa die Hälfte der Befragten bewertet die Netzwerkarbeit als weniger bzw. nicht effektiv, während es in der Kategorie „sehr effektiv" keine Nennung gibt. Besonders kritisch äußern sich die Experten aus den Schulen B, G und C, vergleichsweise positiv die aus den Schulen A und E. Der zweite große Fragen- und Antwortkomplex bezieht sich auf die internen Bedingungen und Perspektiven an den einzelnen Schulen.

Ein erstes Thema ist die Zusammenarbeit innerhalb des Projektteams der jeweiligen Einzelschule. Die Ergebnisse, die natürlich nicht einer gewissen Selbstreferenz entbehren, fallen sehr positiv aus: Etwa 30 % der Befragten beurteilen die Kooperation als sehr effektiv und nützlich, weitere ca. 63 % als „eher effektiv und nützlich", und nur etwa 6 % in der Tendenz negativ. In den Schulen H und I wird die interne Zusammenarbeit besonders gelobt.

Weiterhin wurde nach der Unterstützung von Seiten der Schulleitung gefragt. Dabei liegt die Annahme zu Grunde, dass die institutionelle Absicherung des Projekts eine wichtige Gelingensbedingung ist. Von einer sehr starken Unterstützung können knapp 40 % der Experten berichten, während etwa 60 % auf weniger starke oder sogar geringe Unterstützung rechnen konnten. Wie der zweite Teil der Abbildung zeigt, wird die Zusammenarbeit mit der Schulleitung in Schule I außergewöhnlich positiv und auf der anderen Seite in den Schulen C und B weniger positiv eingeschätzt.

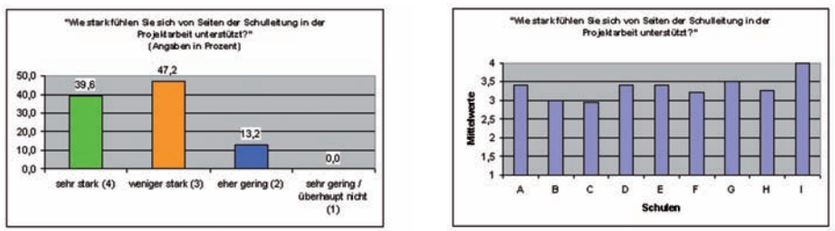


Abb. 3–4: Zusammenarbeit mit der Schulleitung

In einer weiteren Frage (ohne Abb.) sollten die befragten Mitglieder der Projektteams Aufwand und Nutzen Ihrer Aktivitäten einschätzen. Wie bei den übrigen Fragen bestanden vier Antwortmöglichkeiten: ca. 83 % sehen das Verhältnis eher positiv, weitere über 5 % sehr positiv und etwa 12 % eher negativ (sehr negativ: keiner).

Die sehr große Mehrheit der Befragten ist der Auffassung, dass man insgesamt den richtigen Weg beschritten habe und die ergriffenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung positive Wirkungen bei den Schülerinnen und Schülern erzielen werden (s. Abb. 3–5). Besonders überzeugt davon ist man in den Schulen F und I.

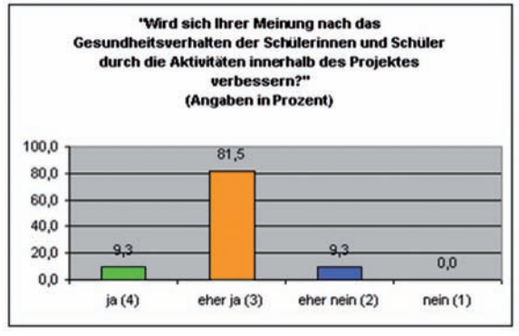


Abb. 3–5: Einschätzung der Wirksamkeit der Interventionen

Daher ist es nur konsequent, wenn fast 97 % der Befragten sich für eine Fortsetzung des Projekts und eine längerfristig angelegte Gesundheitsförderung aussprechen. Zusätzlich haben wir ermittelt, dass je stärker die Projektfortsetzung gewünscht wird, desto zufriedener ist man mit der Zusammenarbeit innerhalb des Teams.

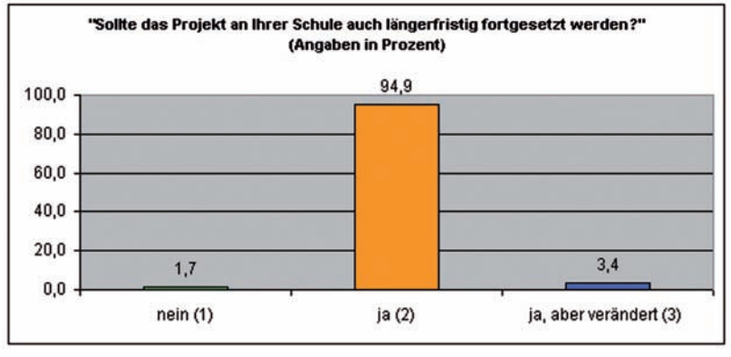


Abb. 3 -6: Forderung der Fortsetzung des Projekts

Allerdings muss vor Illusionen gewarnt werden, denn die Zukunftsperspektiven für Aktivitäten der Gesundheitsförderung an der jeweiligen Einzelschule werden von den schulinternen Experten ambivalent eingeschätzt. Mehr als die Hälfte der Befragten sehen an ihrer Schule geringe Entwicklungsmöglichkeiten; dem stehen ca. 46 % mit einer eher optimistischen Einschätzung gegenüber, insbesondere aus den Modellschulen I, F, G und H.

Ob sich die Erwartungen der Projektteams hinsichtlich der Auswirkungen für die Schülergesundheit erfüllen, ob sich statistisch nachweisbare Effekte im Vergleich der Schülerbefragungen an den Modellschulen mit den Kontrollschulen zeigen, wird im nächsten Abschnitt analysiert.

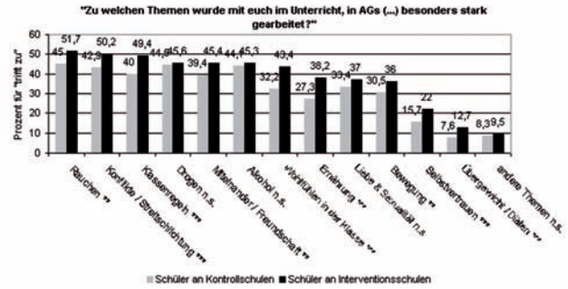
3.2 Summative Evaluation: Vergleich der Modellschulen mit einer Kontrollgruppe

Eine der zentralen Grundideen des Projektverbundes „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ ist die an den Gegebenheiten und Bedürfnissen der einzelnen Schule ausgerichtete Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden Interventionen. Ein solches Projekt erfordert eine Evaluation, die auf Einzelschulebene und unter Berücksichtigung der schulspezifischen Voraussetzungen und den daraus abgeleiteten Interventionen, die Entwicklungen bilanziert (siehe Kapitel 4). Gleichwohl liegen uns durch die Kopplung des Modellprojekts mit der HBSC-Studie Daten von sächsischen Schulen vor, die nicht am Modellprojekt teilgenommen haben. Deshalb möchten wir in diesem Kapitel trotz der konzeptionellen und noch näher zu erläuternden methodischen Schwierigkeiten untersuchen, wie sich die Modellschulen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe entwickelt haben.

Interventionen aus Schülersicht – „Gefühlte Interventionen“

In einem ersten Schritt interessierte uns, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen an den einzelnen Schulen unabhängig von der Teilnahme am Modellversuch stattgefunden haben und was letztlich bei den Schülern angekommen ist. Gehören gesundheitsfördernde Maßnahmen inzwischen zum Alltag an sächsischen Schulen oder sind sie auf unsere Modellschulen beschränkt? In welchen Bereichen sind die Modellschulen im Vergleich mit den Kontrollschulen besonders aktiv gewesen?

In der Nachbefragung 2006 haben wir den Versuch unternommen, mit folgenden Fragen Informationen von den Schülern zu erheben: „Zu welchen Themen wurde mit Euch im Unterricht, in AGs, in Projekten, in Klassenleiterstunden, in Zusatzstunden oder auf Landheimfahrten im letzten Schuljahr besonders stark gearbeitet?“. Er wurden insgesamt dreizehn Themenbereiche vorgegeben. Abbildung 3-7 vergleicht die Angaben zu dieser Frage zwischen Schülern der Modellschulen und Schülern der Kontrollschulen.

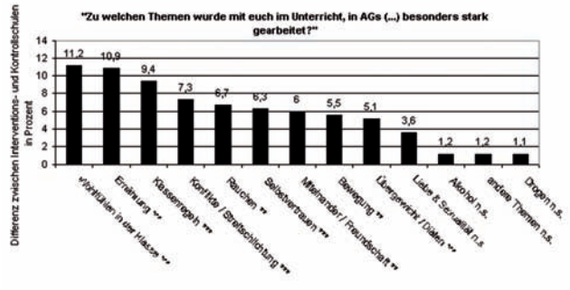


(n.s.) – nicht signifikant, ** p < .01, *** p < .001 (Chi²-Test)

Abb. 3-7: Welche Interventionen haben die Schüler erreicht? (Klassenstufe 7 und 9)

Deutlich zu erkennen ist, dass auch die Kontrollschulen nicht untätig gewesen sind. Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben – aus Sicht der Schüler – auch an den Kontrollschulen im großen Umfang stattgefunden. Gleichwohl gibt es bei den meisten Themen signifikante Unterschiede zwischen Modell- und Kontrollschulen. So berichten mehr Schüler an Modellschulen von einer Be-schäftigung mit gesundheitsbezogenen Themen als Schüler an Kontrollschulen.

Aus den Differenzen der Angaben von Modell- und Kontroll-Schülern lässt sich somit ein inhaltliches Profil des Modellversuches erstellen. In Abbildung 3-8 sind nur die Differenzen der Angaben von Modell- und Kontroll-Schülern angegeben.



*n.s.) – nicht signifikant, ** p < .01, *** p < .001 (Chi²-Test)

Abb. 3-8: Inhaltliches Profil des Modellprojekts (Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollschulen)*

Offensichtlich lagen die Schwerpunkte der Maßnahmen des Modellversuchs im Bereich Sozialkompetenz (Wohlfühlen in der Klasse, Klassenregeln, Streitschlichtung, Miteinander), Ernährung / Bewegung und Tabakkonsum. Dies sind die Bereiche, für die deutlich mehr Modellschüler als Schüler an Kontrollschulen eine spürbare Beschäftigung berichten.

Aus Schülersicht hat an den Modellschulen die Gesundheitsförderung eine größere Rolle gespielt als an den Kontrollschulen. Aus dem Vergleich beider Gruppen lässt sich als inhaltliches Profil des Modellprojekts ableiten, dass Schwerpunkte im Bereich Sozialkompetenz, Ernährung/Bewegung und Rauchprävention gesetzt wurden. Aber auch die Schüler der Kontrollschulen berichten über ein hohes Ausmaß gesundheitsfördernder Maßnahmen, was die Identifikation von Interventionseffekten erschweren wird.

Methodische Vorbemerkungen zum Vergleich zwischen Modell- und Kontrollschulen

Eine methodische Einschränkung beim Vergleich der Entwicklung an Modell- und Kontrollschulen ist die nicht gegebene zufällige Zuordnung der Schulen zu einer Interventions- bzw. Kontrollgruppe. Teil der Konzeption des Modellprojekts war nämlich, dass sich die Schulen auf Grundlage ihrer Gesundheitsprofile selbst bestimmt für die Teilnahme am Modellprojekt entscheiden. Mehrere Verzerrungen bei der Zusammensetzung beider Gruppen sind somit denkbar: Bei den Modellschulen könnte es sich im Vergleich mit den Kontrollschulen um Schulen mit negativeren Ausgangsbedingungen oder auch um besonders engagierte Schulen handeln. Die Kontrollschulen könnten sich gegen eine Teilnahme am Modellprojekt entschieden haben, weil sie bereits an anderen, auf die Schülergesundheit abzielenden Projekten, teilnehmen. Ein weiteres Problem ist die sehr unterschiedliche Zusammensetzung der einzelnen Schulstichproben. Ein fairer Vergleich beider Gruppen muss Variablen berücksichtigen, die erwiesenermaßen im Zusammenhang mit den Ergebnisvariablen stehen: z. B. das Geschlecht und das Alter der Schüler. Wir haben große Anstrengungen unternommen, um diesen methodischen Herausforderungen zu begegnen.

So ist es beim Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aus unserer Sicht unabdingbar, die folgenden Hintergrundvariablen zu kontrollieren bzw. konstant zu halten: das Alter und Geschlecht der Schüler, die Schulform (Mittelschule / Gymnasium) und möglichst auch die Regionalstruktur (Stadt / Land). Bei der Auswahl der Mittelschulen für die Kontrollgruppe bestand kein Spielraum, da nur die Daten von sieben Schulen zur Verfügung standen. Bei den Gymnasien erfolgte die Auswahl der Kontrollschulen mit Hilfe eines Matching-Verfahrens, das jedem Gymnasium des Modellprojekts eine passende Kontrollschule zuordnete[8].

8 Folgende Aspekte wurden mit der in Klammern angegebenen Gewichtung berücksichtigt: das Geschlechterverhältnis an der Schule (40 %), die Schulgröße (40 %) und die Regionalstruktur (20 %). Ausgewählt wurde die Schule, die nach diesen Kriterien den höchsten Rangplatz einnahm („Aggregate Rank Similarity"- Methode).

Eine Konstanthaltung der Altersgruppen gelang nicht, weshalb die Analysen immer getrennt für Siebent- und Neuntklässler durchgeführt wurden. Innerhalb dieser beiden Gruppen ist es jedoch gelungen, das Geschlechterverhältnis und die Schulform zwischen Interventions- und Kontrollgruppe weitestgehend konstant zu halten. Aufgrund fehlender Auswahlmöglichkeiten bei den Kontrollschulen konnten die Ausgangsbedingungen der Schulen bezüglich der Ergebnisvariablen nicht kontrolliert werden. Weiterhin wurden die Fünftklässler von den Analysen ausgeschlossen, da sie nur ca. vier Monate des Untersuchungszeitraumes (2002 - 2006) an den Untersuchungsschulen Schüler gewesen waren und somit kaum von den Interventionen hätten profitieren können.

Mehrere Voraussetzungen eines fairen Vergleichs zwischen Interventions- und Kontrollgruppe können im Evaluationsdesign nur bedingt erfüllt werden. Diese methodischen Einschränkungen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Ergebnisse des Vergleichs zwischen Modell- und Kontrollschulen

Für jeden der schon in den vorherigen Kapiteln verwendeten Gesundheitsindikatoren wurde nun geprüft, wie sich dieser in der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe verändert hat. Ein Effekt der Intervention würde demnach vorliegen, wenn sich Veränderungen von 2002 zu 2006 in beiden Gruppen unterschiedlich konstituieren würden. So könnte der Tabakkonsum in der Kontrollgruppe von 2002 zu 2006 stärker angestiegen sein als in der Interventionsgruppe; oder nur die Schüler der Interventionsschulen einen Anstieg der Mitbestimmungsmöglichkeiten berichten, während der Tabakkonsum aus Sicht der Schüler an Kontrollschulen konstant geblieben ist. Dies wären Beispiele für positive Interventionseffekte, also günstigere Entwicklungen an den Modellschulen. Aber auch das Gegenteil ist möglich, weshalb auch negative Interventionseffekte, also günstigere Entwicklungen an den Kontrollschulen zu untersuchen sind. Statistisch entspricht dies der Suche nach so genannten Interaktionseffekten, die wir mit Hilfe von Varianzanalysen und logistischen Regressionen (bei dichotomen Indikatoren) modelliert haben. Tabelle 3-1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse. Berichtet werden nur signifikante Interventionseffekte, zusätzlich angegeben ist die Effektstärke.

Tab. 3-1: Interventionseffekte gesamt (Zeitvergleich Modell- / Kontrollschulen)*

Gesundheitsindikatoren	Klassenstufe 7	Klassenstufe 9
Allgemeine Gesundheitsindikatoren:		
Selbsteingestufte Gesundheit	n. s.	n. s.
Psychosomatische Beschwerden	n. s.	n. s.
Mentale Gesundheit	-- (η^2 = .003)	n. s.
Lebenszufriedenheit	n. s.	n. s.
Selbstwirksamkeit	n. s.	n. s.
Übergewicht/Adipositas	n. s.	n. s.
Bewegung- und Ernährungsverhalten		
Körperliche Aktivität	n. s.	n. s.
Tägliches Frühstücken	n. s.	n. s.
Auslassen des Frühstücks an allen Schultagen	+ (ΔR^2=.003)	n. s.
Verzehr von Obst	n. s.	n. s.
Konsum von Süßgetränken	n. s.	-- (η^2 = .001)
TV-Konsum	n. s.	n. s.
Substanzkonsum		
Anteil Nichtraucher	+ (ΔR^2=.003)	n. s.
Alkoholkonsum	n. s.	n. s.
Cannabis-Jahresprävalenz	nicht erfragt	n. s.
Sozialkompetenz und Schulklima		
Bullying-Opfererfahrungen	n. s.	n. s.
Bullying-Tätererfahrungen	n. s.	n. s.
Schlägereien	n. s.	n. s.
Soziale Kompetenz	n. s.	n. s.
Schulische Kompetenz – selbsteingestuft	n. s.	n. s.
Antizipierte Lehrereinstufung	n. s.	n. s.
Schulische Anforderungen	n. s.	n. s.
Unterrichtsqualität	n. s.	n. s.
Mitschülerunterstützung	-- (η^2 = .003)	n. s.
Schülerpartizipation	n. s.	-- (η^2 = .002)
Schulfreude	n. s.	n. s.

*(–) negativer Interventionseffekt; (+) positiver Interventionseffekt; (ΔR^2), (η^2) Effektstärken des Interaktionseffektes; (n.s). = nicht signifikant

Nur bei wenigen Indikatoren und im bedeutsamen Ausmaß auch nur bei den Siebentklässlern sind Unterschiede in der Entwicklung von 2002 zu 2006 zwischen Modellschulen und Kontrollschulen nachzuweisen. Dabei handelt es sich um zwei positive Interventionseffekte, aber auch um zwei negative. So ist in den siebenten Klassen der Modellschulen die Anzahl der Schüler, die nie frühstücken im geringeren Ausmaß angestiegen als an den Kontrollschulen. Ebenfalls stieg der Anteil der Nichtraucher in den siebenten Klassen der Modellschulen stärker an (von 76 % auf 88 %) als in den Kontrollschulen (von 78 % auf 84 %). Die negativen Interventionseffekte betreffen die Mitschülerunterstützung und die Mentale Gesundheit. So berichten die Siebentklässler der Kontrollgruppe einen stärkeren Anstieg der Mitschülerunterstützung und einen schwächeren Rückgang der mentalen Gesundheit als die Siebentklässler der Modellschulen.

Um zu prüfen, ob Interventionseffekte eventuell nur in bestimmten Subgruppen aufgetreten sind, haben wir die Analysen getrennt nach Schulform und Geschlecht durchgeführt. Diese Analysen offenbaren, dass die Modell-Mittelschulen etwas besser vom Modellprojekt profitieren konnten als die Modell-Gymnasien. Für letztere ergeben sich im Vergleich mit den Kontroll-Gymnasien ausschließlich negative Interventionseffekte für die Indikatoren Schülerpartizipation (Klassenstufe 7 und 9), mentale Gesundheit (Klassenstufe 7) und Unterrichtsqualität (Klassenstufe 9). An den Modell-Mittelschulen gab es positive Effekte im Bereich des Frühstücks, der Unterrichtsqualität (beides Klassenstufe 7), dem berichteten Täter-Bullying und der Mitschülerunterstützung (beides Klassenstufe 9). An den Kontroll-Mittelschulen gab es günstigere Entwicklungen beim Konsum von Süßgetränken (Klassenstufe 9) und bei der Mitschülerunterstützung (Klassenstufe 7).

Analysiert man die Daten getrennt nach Geschlecht, ergibt sich für die Jungen an Modellschulen ein positiver Interventionseffekt beim Alkoholkonsum (Klassenstufe 7), bei den Mädchen überwiegen die negativen Interventionseffekte. Diese sind für die Indikatoren mentale Gesundheit (Klassenstufe 7), antizipierte Kompetenzeinstufung durch die Lehrer (Klassenstufe 7), Schülerpartizipation (Klassenstufe 7 und 9) und Mitschülerunterstützung (Klassenstufe 7) zu verzeichnen. Günstigere Entwicklungen für Mädchen an Modellschulen ergaben sich für die selbst eingeschätzte Gesundheit (Klassenstufe 9), den Anteil der Nichtraucherinnen (Klassenstufe 7) und die antizipierte Kompetenzeinstufung durch die Lehrer (Klassenstufe 9).

Erwartungsgemäß treten wegen der kurzen Dauer der Interventionen und der genannten methodischen Probleme im Vergleich der Modellschulen mit den Kontrollschulen nur wenige messbare Interventionseffekte auf. Diese liegen schwerpunktmäßig im Bereich des Substanzkonsums: Hier profitieren bei den Siebentklässlern die Mädchen mit einem geringeren Nikotin- und die Jungen mit einem geringeren Alkoholkonsum. Die negativen Tendenzen bei den Gymnasien – insbesondere bei der Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten – könnte man mit gebührender Vorsicht als Fehlpassung zwischen den Anforderungen des Modellprojekts und den Bedingungen dieser Schulform und den Schülerbedürfnissen nach Autonomie und Selbstbestimmung interpretieren. Auch hat sich im Rahmen der Prozessevaluation (siehe Abschnitt 3.1) gezeigt, dass das Projektmanagement an den Modell-Gymnasien später etabliert wurde als an den Projekt-Mittelschulen.

Aktive und weniger aktive Schulen

Lassen sich positive Entwicklungen der Schülergesundheit eventuell mit der aktiven Beteiligung der Interventionsschulen im Modellprojekt in Zusammenhang bringen? Um diese Frage zu beantworten, haben wir die Schülerangaben zu den „gefühlten Interventionen" auf Schulebene aggregiert, und somit einen Indikator für die Aktivität der Schulen im Bereich Gesundheitsförderung generiert. Tabelle 3-2 listet alle Modell- und Kontrollschulen in der Rangreihe der von den Schülern berichteten Aktivitäten in allen 13 erfragten Bereichen der Gesundheitsförderung auf.

Tab. 3-2: Rangreihe der Schulen nach der von den Schülern berichteten Aktivität in allen 13 erfragten Bereichen der Gesundheitsförderung

Rangplatz	Schule (unterlegt: Interventionsschule)	Rangplatz	Schule (unterlegt: Interventionsschule)
1.	Mittelschule (Schule H)	14.	Mittelschule (Schule E)
2.	Mittelschule (Schule I)	15.	Mittelschule (Schule Q)
3.	Gymnasium (Schule M)	16.	Mittelschule (Schule C)
4.	Mittelschule (Schule D)	17.	Mittelschule (Schule R)
5.	Mittelschule (Schule B)	18.	Mittelschule (Schule S)
6.	Mittelschule (Schule A)	19.	Gymnasium (Schule K)
7.	Gymnasium (Schule J)	20.	Gymnasium (Schule T)
8.	Mittelschule (Schule G)	21.	Mittelschule (Schule U)
9.	Mittelschule (Schule F)	22.	Mittelschule (Schule V)
10.	Gymnasium (Schule L)	23.	Gymnasium (Schule W)
11.	Gymnasium (Schule N)	24.	Mittelschule (Schule X)
12.	Gymnasium (Schule O)	25.	Gymnasium (Schule Y)
13.	Mittelschule (Schule P)	26.	Mittelschule (Schule Z)

Die Modellschulen finden sich fast ausschließlich auf den oberen Plätzen der Rangreihe, es gibt jedoch aus Sicht der Schüler auch sehr aktive Kontrollschulen (Gymnasium M) und weniger aktive Modellschulen (Gymnasium K). Vergleicht man nun die Entwicklung der Gesundheitsindikatoren nicht wie oben geschehen zwischen Modell- und Kontrollschulen, sondern zwischen den vier aktivsten und den vier weniger aktiven Modellschulen[9] ergeben sich durchgehend positivere Entwicklungen an den aktiveren Modellschulen. So ist übereinstimmend in den siebenten und neunten Klassen der aktiveren Modellschulen eine positivere Entwicklung der Schülerpartizipation zu verzeichnen. Auch hat sich an den siebenten Klassen der aktiveren Schulen die körperliche Aktivität der Schüler besser entwickelt als an den weniger aktiven Modellschulen.

Bei Modellschulen, die sich im Bereich Gesundheitsförderung aktiv engagiert haben, zeigen sich positivere Entwicklungen bei der Schülerpartizipation und der körperlichen Aktivität als an weniger aktiven Modellschulen.

Effekte bereichsspezifischer Interventionen

In einem letzten Schritt haben wir geprüft, ob bereichsspezifische Aktivitäten der Schulen mit Effekten bei den korrespondierenden Gesundheitsindikatoren einhergehen. Dazu haben wir die Angaben der Schüler zu gesundheitsfördernden Aktivitäten an ihren Schulen drei Bereichen zugeordnet:

1. Substanzkonsum (Rauchen, Drogen, Alkohol),
2. Bewegung und Ernährung (Ernährung, Bewegung, Übergewicht/Diäten) und
3. Sozialkompetenz und Schulklima (Konflikte/Streitschlichtung, Klassenregeln, Miteinander/Freundschaft, Wohlfühlen in der Klasse, Selbstvertrauen).

Für jeden dieser drei Bereiche wurde wieder eine „Aktivitäts-Rangreihe" der Schulen erstellt und die Entwicklung der entsprechenden Gesundheitsindikatoren an aktiven und weniger aktiven Schulen verglichen. Bei diesen Analysen wurden sowohl Modell- als auch Kontrollschulen berücksichtigt. Bei Aktivitäten im Bereich Bewegung / Ernährung ergab sich die Schwierigkeit, dass hier ausschließlich Mittelschulen zur Gruppe der aktiveren Schulen zählen und alle Gymnasien in der Gruppe der in diesem Bereich weniger aktiven Schulen zu finden waren. Ein Vergleich beider Gruppen wäre demnach nicht nur bezüglich der Schulform verzerrt gewesen, sondern auch bezüglich des Geschlechts (mehr Mädchen an Gymnasien). Deshalb wurden bei dieser Analyse nur aktive vs. weniger aktive Mittelschulen verglichen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 3-3 bis 3-5 aufgeführt.

9 für eine bessere Vergleichbarkeit wurden nur aktive Mittelschulen mit weniger aktiven Mittelschulen verglichen

Tab. 3-3: Entwicklung der Gesundheitsindikatoren an im Bereich Substanzkonsum aktiven vs. weniger aktiven Schule

Gesundheitsindikatoren	Klassenstufe 7	Klassenstufe 9
Substanzkonsum		
Anteil Nichtraucher	n. s.	n. s.
Alkoholkonsum	n. s.	n. s.
Cannabis-Jahresprävalenz	nicht gefragt	+ (η^2 = .002)

(+) positivere Entwicklung an aktiven Schulen; (--)positivere Entwicklung an weniger aktiven Schulen; ΔR^2, η^2 Effektstärken des Interaktionseffektes; n.s. = nicht signifikant

Tab. 3-4: Entwicklung der Gesundheitsindikatoren an im Bereich Beweg./Ernähr. aktiven vs. weniger aktiven Mittelschulen

Gesundheitsindikatoren	Klassenstufe 7	Klassenstufe 9
Bewegung und Ernährungsverhalten		
Übergewicht/Adipositas	n. s.	n. s.
Alkoholkonsum	n. s.	n. s.
Körperliche Aktivität	n. s.	n. s.
Tägliches Frühstücken	n. s.	n. s.
Auslassen des Frühstücks an allen Schultagen	n. s.	n. s.
Verzehr von Obst	n. s.	n. s.
Konsum von Süßgetränken	n. s.	n. s.
TV-Konsum	n. s.	n. s.

(+) positivere Entwicklung an aktiven Schulen; (--) positivere Entwicklung an weniger aktiven Schulen; ΔR^2, η^2 Effektstärken des Interaktionseffektes; n.s. = nicht signifikant

Berücksichtigt man, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen bei den Schülern angekommen sind, kann man in einzelnen Bereichen positive Entwicklungen aufzeigen. So haben sich an Schulen, die spezifisch im Bereich Sozialkompetenz und Schulklima aktiv waren, für mehrere Indikatoren (Bullying, antizipierte Lehrereinstufung, Schulfreude und schulische Anforderungen) günstigere Entwicklungen ergeben als an Schulen, die in diesem Bereich weniger aktiv waren. Bei Schulen, die im Bereich Substanzkonsum aktiv waren, hat sich der Konsum von Cannabisprodukten günstiger entwickelt als an weniger aktiven Schulen.

Tab. 3-5: Entwicklung der Gesundheitsindikatoren an im Bereich Sozialkompetenz / Schulklima aktiven vs. weniger aktiven Schulen

Gesundheitsindikatoren	Klassenstufe 7	Klassenstufe 9
Sozialkompetenz und Schulklima		
Bullying-Opfererfahrungen	n. s.	n. s.
Bullying-Tätererfahrungen	+ (ΔR^2=.004)	n. s.
Schlägereien	n. s.	n. s.
Soziale Kompetenz	n. s.	n. s.
Schulische Kompetenz – selbsteingestuft	n. s.	n. s.
Antizipierte Lehrereinstufung	n. s.	+ (ΔR^2=.005)
Schulische Anforderungen	n. s.	+ (η^2 = .001)
Unterrichtsqualität	n. s.	n. s.
Mitschülerunterstützung	n. s.	n. s.
Schülerpartizipation	n. s.	n. s.
Schulfreude	n. s.	+ (ΔR^2=.003)

+ positivere Entwicklung an aktiven Schulen; -- positivere Entwicklung an weniger aktiven Schulen; ΔR^2, η^2 Effektstärken des Interaktionseffektes; n.s. = nicht signifikant

Keine bereichsspezifischen Wirkungen lassen sich für den Bereich Bewegung / Ernährung nachweisen. Die Schulen, die in den drei Bereichen (Sozialkompetenz und Schulklima, Bewegung und Ernährung, Substanzkonsum) weniger aktiv waren, können bei keinem der korrespondierenden Gesundheitsindikatoren eine bessere Entwicklung verzeichnen als die aktiveren Schulen.

Für die Richtigkeit der Annahme, dass bereichsspezifische Interventionen auch mit bereichsspezifischen Effekten einhergehen, finden sich einige Anhaltspunkte im Interventionsbereich Sozialkompetenz/Schulklima. In diesem Bereich aktive Schulen können bei mehreren Indikatoren eine positivere Entwicklung verzeichnen als Schulen, die diesem Thema weniger Beachtung geschenkt haben.

3.3 Zusammenfassung

Aus der Befragung der Schul-Projektteams im Rahmen der Prozessevaluation ergeben sich wichtige Informationen für potentielle Gelingensbedingungen schulischer Gesundheitsförderung. So ist die Grundidee bedarfsorientierter Interventionen, die aus den Rückmeldungen von Gesundheitsdaten auf Schulebene abgeleitet werden, auf Resonanz gestoßen. Positiv bewertet wird auf Projektverbunds-Ebene die Projektleitung durch die SLfG und die Arbeit der Prozessmoderatoren. Der Kommunikation und Kooperation zwischen den Modellschulen hingegen wurde offenbar zuwenig Aufmerksamkeit gewidmet.

Auf Schulebene wird die Zusammenarbeit innerhalb der Projektteams gelobt, während die Unterstützung durch die Schulleitung ambivalent gesehen wird. Dies mag auch ein Hintergrund für die zurückhaltende Einschätzung der objektiven Entwicklungsmöglichkeiten des Projekts sein, obwohl sich 97 % der Befragten für eine Fortsetzung aussprechen. Auch ist die Mehrzahl überzeugt, dass sich das Gesundheitsverhalten der Schüler verbessert hat.

Dies objektiv zu überprüfen war Aufgabe der summativen Evaluation. Ein zusammenfassendes Resümee lässt sich hier – auch angesichts der o. a. methodischen Einschränkungen – aber nur sehr schwer ziehen. Vergleicht man die Modell- mit den Kontrollschulen, lassen sich stabile Effekte des Modellversuchs in positiver oder negativer Richtung kaum nachweisen. Einzig im Bereich Substanzkonsum liegen ausschließlich positive Effekte vor. Aus Sicht der quantitativsummativen Evaluation ergeben sich weiterhin Hinweise dafür, dass die beteiligten Gymnasien offenbar nicht vom Modellversuch profitieren konnten: Hier überwiegen die negativen Effekte. Mögliche Ursachen wurden bereits genannt: Die etwas spätere Etablierung der Projektteams an den Modell-Gymnasien und evtl. die mangelhafte Passung zwischen Modellprojekt und gymnasialer Schulform.

Befragt man die Schüler, welche gesundheitsfördernden Aktivitäten sie an ihren Schulen wahrgenommen haben, wird deutlich, warum es so schwierig ist, Interventionseffekte gesundheitsfördernder Maßnahmen nachzuweisen: Gesundheitsförderung gehört inzwischen erfreulicherweise zum Alltag an jeder Schule und war auch in der vorliegenden Stichprobe nicht auf die Modellschulen beschränkt. Gleichwohl zeigt sich, dass die Modellschulen in vielen Bereichen aktiver am Thema Gesundheitsförderung gearbeitet haben als die Kontrollschulen.

Die weiteren Analysen auf der Grundlage der Schülerangaben erlauben es, ein inhaltliches Profil der für den Modellversuch charakteristischen gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erstellen. So berichten die Schüler der Modellschulen bei allen erfragten Themen eine höhere Aktivität als die Schüler der Kontrollschulen, insbesondere in den Bereichen Schulklima/Sozialkompetenz, Ernährung und Rauchen.

Mit Hilfe der von den Schülern „gefühlten Interventionen“ konnten Anhaltspunkte für eine mögliche Gelingensbedingung schulischer Gesundheitsförderung identifiziert werden. An den Modellschulen, die besonders aktiv waren und dafür gesorgt haben, dass die Interventionen bei den Schülern angekommen sind, zeigte sich eine positivere Entwicklung als an weniger aktiven Modellschulen.

Die Untersuchung der Wirksamkeit bereichsspezifischer Interventionen (aus Schülersicht) ergibt Anhaltspunkte dafür, dass Aktivitäten, die auf die Sozialkompetenz und das Schulklima abzielen, auch mit günstigeren Entwicklungen in diesem Bereich einhergehen.

4. Die Modellschulen – Effekte der Gesundheitsförderung in ausgewählten Projekten

Gegenstand des folgenden Kapitels ist eine Fallanalyse ausgewählter Modellschulen unter besonderer Berücksichtigung des jeweiligen Interventionsschwerpunktes. Leitend ist dabei die Annahme, dass eine Konzentration der Aktivitäten in einem spezifischen Bereich (z. B. in der Drogenprävention), sofern diese an den Bedürfnissen der Einzelschule (Ist-Analyse) ansetzt, ein erfolgreicher Ansatz der Gesundheitsförderung sein kann. Bei der Einschätzung förderlicher oder hinderlicher Bedingungen wird in erster Linie die Qualität des Projektmanagements (z. B. Zusammenarbeit im Projektteam und mit der Schulleitung), aber auch die allgemeine Situation der Schule (z. B. Größe, Ausgangsbedingungen, Bestandssicherung) mit reflektiert. Zwar wird auch auf Daten der Schülerbefragung zurückgegriffen; Ziel ist aber eine zusammenhängende Betrachtung der Einzelschule („Fallanalyse") unter Zuhilfenahme aller zur Verfügung stehender Quellen.

Für die verwendeten quantitativen Daten der Schülerbefragung gelten die mehrfach dargelegten methodischen Einschränkungen, die bereits bei den vorangegangenen Analysen in Kapitel 2 und 3.2 Interventionseffekte in nur begrenztem Ausmaß gezeigt haben – diese Tendenz gilt im Prinzip auch für die Untersuchung auf Einzelschulebene. In Ergänzung zu dieser Perspektive soll es hier um die Untersuchung dieser und daran anschließender Fragen gehen: Folgen die exemplarisch ausgewerteten Schulen im Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten ihres Interventionsbereichs nur der allgemeinen Entwicklung sächsischer Schülerinnen und Schüler oder lassen sich Besonderheiten der Entwicklung der betreffenden Einzelschule ausmachen? Lassen sich spezifische Bedingungen der Durchführung des Projektes oder der Schulsituation erkennen, die für ein Gelingen bzw. sich zeigende Probleme mit verantwortlich sein können? Unter welchen Voraussetzungen hätte die jeweilige Schule noch erfolgreicher sein können?

Die Auswahl der Modellschulen, die im Folgenden vorgestellt werden sollen, orientierte sich zunächst an den Angaben der Schulen zu ihrem Interventionsschwerpunkt: Es wurden nur die Schulen in Betracht gezogen, die nach eigenen Angaben in einem der drei Themenschwerpunkte des Projektverbundes in erheblichem Ausmaß aktiv gewesen waren (siehe Selbstdarstellung der Schulen im Anhang). In einem zweiten Schritt haben wir dann die Daten der „gefühlten Interventionen" (siehe 3.2) hinzugezogen und sind der Frage nachgegangen, ob in diesen Modellschulen die pädagogischen Maßnahmen beim „Abnehmer" angekommen sind, d. h. ob die betroffenen Schüler die Arbeit in den jeweiligen Interventionsbereichen registriert haben. Ein weiteres Kriterium war schließlich die Vollständigkeit aller Informationsquellen. Da aber nur für einige der Modellschulen die für unsere Fallanalyse wichtigen Informationen

zum Projektmanagement (Ergebnisse der Projektteambefragung, siehe 3.1, Gruppendiskussionen mit den Projektteam-Mitgliedern) komplett vorlagen, schränkte sich die Auswahl weiter ein. Ein letztes Auswahlkriterium war die Darstellung von Schulen mit bestimmten Konstellationen, aus denen sich Hinweise auf künftige Vorhaben der Gesundheitsförderung ablesen lassen. Nach Berücksichtigung aller Kriterien haben wir uns auf zwei Fallbeispiele festgelegt, zwei Mittelschulen mit interessanten Gelingensbedingungen bzw. kritischen Begleitumständen der Entwicklung.

Die Schule F hat einen Interventionsschwerpunkt im Bereich „Bewegung und Ernährung", so wird es von ihren Lehrerinnen und Lehrern sowie der Schulleitung angegeben, und die Daten der „Gefühlten Interventionen" der Schülerinnen und Schüler in diesem Bereich bestätigen dieses. Die Schule I zeigt dagegen ein widersprüchliches Bild der Selbst- und der Schülereinschätzung, das sich auf den ersten Blick nicht erklären lässt. Während die Schülerschaft einen Schwerpunkt unterrichtlicher, schulischer und außerschulischer Aktivitäten im Bereich der „Drogenprävention" registriert, gibt die Schule dies nicht als offiziellen und besonderen Schwerpunkt ihrer Interventionen an.

Die beiden Fallbeispiele werden nach folgendem Muster vorgestellt: Nach einer Kurzcharakterisierung der allgemeinen Schulsituation und der Rahmenbedingungen der Durchführung des Modellprojekts, werden ausgewählte Ergebnisse der Schülerbefragung für den jeweiligen Interventionsschwerpunkt präsentiert. Danach erfolgt eine Analyse und Bewertung der praktischen Umsetzung der Maßnahmen und der Qualität des Projektmanagements auf der Grundlage der Projektteambefragungen (Fragebogen, Gruppendiskussion und gegebenenfalls weitere Informationsquellen). Den Abschluss bildet ein Resümee des jeweiligen Falles.

4.1 Fallanalyse Modellschule F

Zur allgemeinen Situation an der Schule

Bei der Modellschule F handelt es sich um eine relativ kleine Mittelschule in Plattenbauarchitektur in einer sächsischen Kleinstadt. Zum Zeitpunkt des Modellprojektes lernten bzw. arbeiteten an dieser Schule etwa 170 Schülerinnen und Schüler sowie 30 Lehrerinnen und Lehrer. Bereits seit mehr als fünfzehn Jahren sind Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung fest verankerte Bestandteile der Bildungs- und Erziehungsarbeit der Schule. Leitmotiv der pädagogischen Arbeit ist die Entwicklung eines sozialen und harmonischen Schulklimas bei gleichzeitiger Sicherung enes hohen Leistungsanspruchs. Dabei bilden die Vermittlung sozialer Kompetenzen, die Förderung von Verantwortungsgefühl bzw. -bewusstsein sowie die Auseinandersetzung mit einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis zentrale Arbeitsschwerpunkte. Die Schule versteht sich als eine umfassende Lebenswelt, die Erfahrungsraum für Selbstverwirklichung und Mitgestaltung aller am Schulleben Beteiligten bietet.

So wurde zum Beispiel vor einiger Zeit ein Café von Schülern mit dem Ziel gegründet, täglich ein gesundes und preisgünstiges Frühstück für alle Mitschülerinnen und Mitschüler anbieten zu können. Ebenso gibt es seit längerem an dieser Schule die Möglichkeit einer Streitschlichterausbildung für Schülerinnen und Schüler der 7. und 8. Klassen. Auch die Lehrerinnen und Lehrer der Schule bringen sich mit ihrem Engagement in das gemeinsame Schulleben ein. So absolvierten einige von ihnen in der Vergangenheit eine Ausbildung zum Beratungslehrer oder zum Multiplikator des Lions-Quest Präventionsprogramms „Erwachsen werden". Andere Kollegen dagegen nutzten Möglichkeiten zur Fortbildung im Bereich offener Unterrichtsformen oder qualifizierten sich für die Streitschlichterausbildung.

Die Ergebnisse der ersten sächsischen WHO-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit 2002 bestärkten und motivierten die Schule zur Fortsetzung, Vertiefung und zur Erweiterung ihrer bisherigen Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung. So nahm die Einrichtung als Modellschule am anschließenden Projekt „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen" teil und widmete sich inhaltlich insbesondere den Themen einer gesunden Ernährung, der Sport- und Bewegungsförderung sowie der Suchtprävention.
Bezüglich der aktuellen Gesundheitssituation an der Modellschule F wurden die Schülerinnen und Schüler bei den durchgeführten Befragungen gebeten anzugeben, wie sie ihren Gesundheitszustand (Antwortmöglichkeiten waren ausgezeichnet, gut, einigermaßen, schlecht) beschreiben würden.
Für die Modellschule F kann berichtet werden, dass sie bei beiden Erhebungszeitpunkten mit ihren Ergebnissen im Durchschnitt aller befragten Mittelschulen bzw. Schulen liegt. Die folgende Darstellung beschränkt sich daher auf das Jahr 2006, da sich in diesem Punkt keine signifikanten Veränderungen zwischen 2002 und 2006 an dieser Schule vollzogen haben. 2006 schätzten über 80 % der befragten 7. und 9. Klässler der Modellschule ihre Gesundheit als „ausgezeichnet" oder „gut" ein.

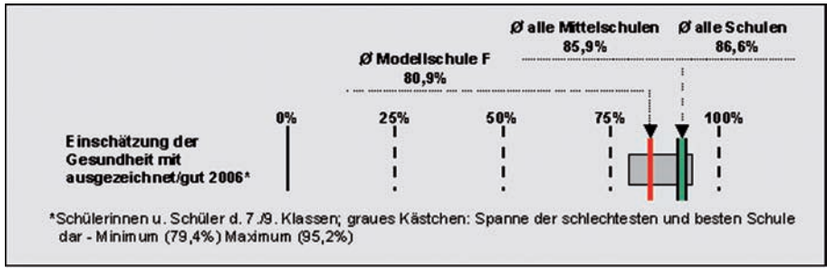


Abb. 4-1: Einschätzung der Gesundheit an der Modellschule F

Zur inhaltlichen Arbeit im Modellprojekt berichtete das Projektteam der Schule über insgesamt sechs durchgeführte Maßnahmen im Interventionsbereich1 „Bewegung und Ernährung", über zwei weitere Aktionen im Bereich 2 „Substanzkonsum" und über drei Maßnahmen im Interventionsbereich 3 „Sozialkompetenz/Schulklima".
Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung lag folglich bei dieser Schule auf dem Interventionsbereich 1. Die durchgeführten Maßnahmen an der Schule bezogen sich sowohl auf einmalig stattgefundene Veranstaltungen als auch auf Aktionen, die regelmäßig monatlich für alle Klassenstufen der Schule angeboten wurden oder sogar ständig im Schulleben etabliert werden konnten. Die Schule widmete so zum Beispiel einen Aktionstag im Schuljahr dem Thema „Gesunde Ernährung" und führte darüber hinaus Elemente einer „Bewegten Schule" in Gestalt aktiver Erholung ein.
Die Daten zu den „Gefühlten Interventionen" der Schule im Interventionsbereich 1 zeigen eine positive Bilanz dieser Schwerpunktsetzung: Im Ranking aller 27 teilnehmenden Modell- und Kontrollschulen liegt diese Mittelschule mit Platz sechs im vorderen Feld.
Befunde der bereichsspezifischen Intervention
Zur Analyse der geleisteten Arbeit im Interventionsbereich 1 „Bewegung und Ernährung" wurden insgesamt fünf Items des Fragebogens berücksichtigt. Diese Items enthalten sowohl Angaben zur körperlichen Aktivität und zum TV-Konsum als auch zum Frühstücksverhalten, zur Häufigkeit des Verzehrs von Obst und des Konsums von Süßgetränken.
Im Hinblick auf die Daten zur körperlichen Aktivität zeigen die allgemeinen Befunde (Kapitel 2), dass im Zeitverlauf zwischen 2002 und 2006 eine Steigerung der körperlichen Aktivität bei den befragten Jugendlichen stattgefunden hat. Eine Steigerung gab es bei der Modellschule zwar nicht, aber schon 2002 und auch 2006 liegen die Ergebnisse auf sehr hohem Niveau. Zum Erhebungszeitpunkt 2006 gaben die Schülerinnen und Schüler der Modellschule F an, sich an 3,9 Tagen der Woche für mindestens eine Stunde sportlich aktiv zu betätigen. Damit liegt sie leicht über dem Durchschnitt aller befragten Schüler, ohne dass die Unterschiede signifikant wären (siehe folgende Abbildung). An durchschnittlich 4,5 (7. Klasse) bzw. 3,5 (9. Klasse) Tagen der Woche sind es die Mädchen, an durchschnittlich 3,6 (7. Klasse) bzw. an 4,3 (9. Klasse) Tagen die Jungen, die Sport betreiben.

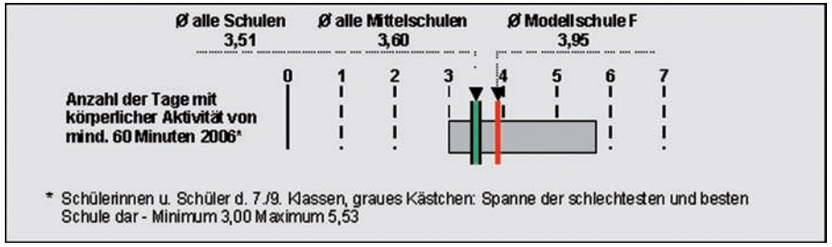


Abb. 4-2: Körperliche Aktivität an der Modellschule F

Komplementär zum aktiven Verhalten wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten anzugeben, wie viel Stunden sie an Schultagen mit *Fernsehen* verbringen. Der allgemeine Trend zeigt, dass der TV-Konsum zwischen 2002 und 2006 an allen befragten Schulen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen rückläufig ist. Dies kann für die Modellschule F nur für die Jungen der 7. Klasse, wenngleich auf nur sehr schwachem Niveau, gezeigt werden. 2006 schauen an dieser Schule die Mädchen der 7. Klasse 2,8 Stunden und die Mädchen der 9. Klasse sogar eine Stunde länger – 3,8 Stunden – fern. Demgegenüber sind es bei den Jungen der 7. Klasse durchschnittlich 1,9 und bei den Jungen der 9. Klasse 2,3 Stunden.

Die Mädchen der 9. Klasse an der Modellschule verbringen mit den täglichen 3,8 Stunden sogar mehr Zeit vor dem Fernseher als der Durchschnitt der Mädchen der Mittelschulen (2,8 Stunden) und der Mädchen aller teilnehmenden Schulen (2,4 Stunden). Maßnahmen zur Medienreflexion wurden an der Schule allerdings nicht durchgeführt.

Die Interventionen zur Sport- und Bewegungsförderung haben sich an der Modellschule F möglicherweise bei den Jungen in stärkerem Maße als bei den Mädchen auch auf ihre aktive Freizeitgestaltung ausgewirkt. Der Rückgang des täglichen Fernsehkonsums bei den Jungen der 7. Klasse bzw. der geringere Fernsehkonsum bei den Jungen im Vergleich zu den Mädchen der 9. Klasse könnte hierfür als ein Indiz gewertet werden.

Zum täglichen *Frühstücksverhalten* während der Schulwoche war bei der Befragung von Interesse, an wie vielen Tagen die Schülerinnen und Schüler morgens eine Mahlzeit zu sich nehmen. Durchschnittlich sind es an der Modellschule F im Jahr 2006 knapp drei Viertel aller Befragten (72,3 %), die angaben, täglich zu frühstücken. Mit diesem Ergebnis liegt die Modellschule leicht über dem Durchschnitt der befragten sächsischen Mittelschulen (60 %) sowie im Durchschnitt aller teilnehmenden Schulen (67,9 %). Der allgemeine Trend, dass insbesondere Mädchen ihr Frühstücksverhalten im Zeitvergleich leicht negativ verändert haben, kann für die Modellschule F dagegen nicht festgestellt werden. Für den Erhebungszeitraum 2006 lässt sich sogar feststellen,

dass es die Mädchen der Modellschule F sind, die, im Vergleich der Mädchen aller teilnehmenden Schulen, das gesündeste Frühstücksverhalten zeigen! So gaben knapp achtzig Prozent der Mädchen der Modellschule F gegenüber nur etwa 50 % der Mädchen in allen befragten sächsischen Mittelschulen an, täglich zu frühstücken (siehe folgende Abbildung).

Dieses bemerkenswert positive Abschneiden der Mädchen an der Modellschule F überrascht insofern nicht, da die Schule bereits längerfristig einen besonderen Schwerpunkt ihrer Gesundheitsförderung explizit dem Thema Ernährung gewidmet hat. Gerade im Jugendalter ist ein gesundes Ernährungsverhalten von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Mädchen und Jungen. Unregelmäßige Ernährungsroutinen und ungesundes Essverhalten können in erheblichem Maße zur Ausprägung ernsthafter Essstörungen beitragen.

Die Gründung des Schülercafés ist Ausdruck dafür, dass an der Modellschule F auf eine gesunde Frühstücksversorgung aller Schülerinnen und Schüler Wert gelegt wird. Die Befunde zum Frühstücksverhalten zeigen, dass an der Modellschule insbesondere die Mädchen von dieser Maßnahme profitiert haben.

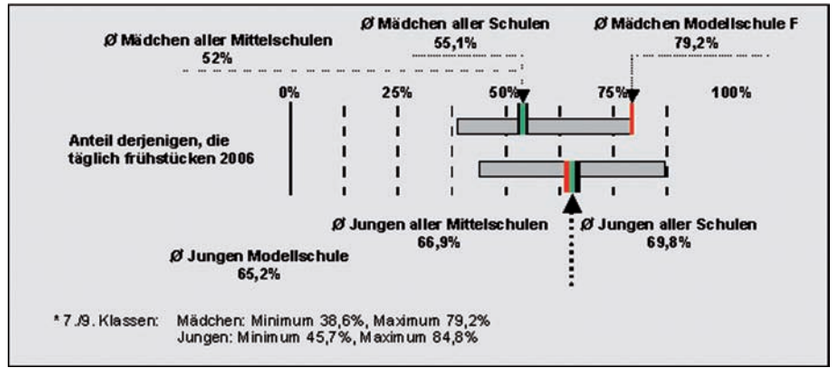


Abb. 4-3: Frühstücksverhalten an der Modellschule F

Im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten wurden die Schülerinnen und Schüler weiterhin gebeten anzugeben, wie oft sie in der Woche *Obst verzehren*. Für die Modellschule F können im Zeitvergleich zwischen 2002 und 2006 keine Veränderungen hinsichtlich der Häufigkeit des Obstverzehrs festgestellt werden. 2006 gaben 25 % der befragten Schülerinnen und Schüler der Modellschule F an, mehrmals täglich Obst zu essen. Mit diesem Ergebnis liegt die Modellschule leicht über dem Durchschnitt aller befragten sächsischen Schulen.

Das gesündeste Verhalten in Bezug auf den Obstverzehr zeigen an der Modellschule F die Mädchen der 7. Klasse. Gegenüber knapp einem Drittel der Jungen (28,6 %) der Klassenstufe 7 und einem Drittel der Mädchen der 9. Klasse (33,4 %) gaben zirka 80 % der 7. Klässlerinnen an, jeden Tag mindestens einmal Obst zu verzehren.

Auch dieses Ergebnis kann als ein Erfolg der Schwerpunktsetzung in der Präventionsarbeit der Modellschule gewertet werden: Die Mädchen der 7. Klasse an der Modellschule wissen um eine gesunde Ernährung: Häufiger als bei den Mädchen der übrigen Mittelschulen gehört der Verzehr von Obst für die Mädchen der Modellschule zur täglichen Gewohnheit.

Zu einem gesunden Ernährungsverhalten gehört auch, den Konsum zuckerhaltiger Getränke auf ein Minimum zu beschränken. Die Schülerinnen und Schüler wurden daher bei der Befragung gebeten anzugeben, wie oft sie Süßgetränke während der Woche konsumieren. Der sächsische Trend, dass zwischen beiden Erhebungszeiträumen 2002 und 2006 ein leichter genereller Rückgang zu verzeichnen ist, zeigt sich auch bei der Modellschule F, hier allerdings nur bei den Jungen.

2006 trinken sowohl Schüler der 7. als auch Schüler der 9. Klasse weniger süße Getränke als die befragten Jungen beider Klassenstufen zum Erhebungszeitpunkt 2002. Bei den Mädchen liegen die Ergebnisse leicht über dem Durchschnitt – Schülerinnen der 9. Klassen gaben einen häufigeren wöchentlichen Konsum von süßen Getränken an als die Mädchen der 7. Klassen. Dieser Befund für die älteren Mädchen korreliert mit den Angaben zum täglichen Fernsehkonsum: Sie verbringen viele Stunden ihrer freien Zeit passiv vor dem Fernsehgerät und haben dabei reichlich Gelegenheit süße Getränke zu konsumieren.

Qualität des Projektmanagements

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, dass diese Schule einen hohen Aktivitätsgrad bei der Durchführung der Interventionen zeigte, dass diese breiter gestreut waren, aber einen eindeutigen Schwerpunkt im Bereich „Bewegung und Ernährung“ besaßen. In diesem Feld sind auch einige messbare Erfolge in der summativen Evaluation zu verzeichnen.

Im Folgenden wird untersucht, wie die Umsetzung der praktischen Maßnahmen in der Schule erfolgt und zu bewerten ist, welche Akteure beteiligt waren und wie ihre Zusammenarbeit einzuschätzen ist. Wesentliche Quelle dieser Evaluation sind die Befragungen der Projektteammitglieder der Schule, die als schriftliche Befragung und als Gruppendiskussion durchgeführt wurden[10].

10 Die Gruppendiskussionen wurden von Frank Ehninger durchgeführt und sollen von ihm in einer gesonderten wissenschaftlichen Arbeit systematisch ausgewertet werden. Für die Formulierung und Bereit¬stellung einiger Textpassagen für die beiden Fallanalysen bedanken wir uns. Unser Dank gilt auch Sabine Zubrägel für die Einbringung von Hintergrundinformationen, die sie in ihrer früheren Projektmitarbeit gewonnen hat.

An der schriftlichen Befragung 2004 mittels eines kleinen Fragebogens, beteiligten sich die Schulleitung sowie fünf Lehrpersonen. Die Teilnahme war auf diese Personenzahl begrenzt, sodass die Schule die Mitwirkungsquote voll erfüllte. Gefragt wurde zu verschiedenen Punkten des Projektmanagements, deren Ergebnisse in der Gesamtauswertung bereits dargestellt worden sind (s. Punkt 3.1).

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Interventionsprozesse in dieser Schule 2003 begannen und die schriftliche Projektteambefragung bereits Ende 2004 durchgeführt wurde, so dass bis dahin nur ein Teil der Entwicklung betrachtet werden konnte. Wie ist die Schule F im Vergleich der übrigen befragten Modellschule einzuschätzen?

In einem ersten Punkt geht es um die Zusammenarbeit in der Schule, zunächst innerhalb des Projektteams, das im offiziellen Auftrag der Schule die Aufgabe wahrgenommen hat, die Gesundheitsförderung mit geeigneten und möglichst gemeinsam beschlossenen Maßnahmen voranzutreiben. Zur Kooperation gehört auch die Frage der Unterstützung durch die Schulleitung und die Akzeptanz des Projekts im Kollegium.

Die Effizienz und Nützlichkeit der Zusammenarbeit im Projektteam wird nach den Befragungsergebnissen eher bezweifelt, keiner bezeichnet sie als „sehr effektiv“, die Mehrzahl (auch die Schulleitung) als „eher effektiv“, eine Person als „weniger effektiv“. Mit diesem Ergebnis liegt die Schule im unteren Drittel der Befragungsschulen.

Auch bei der Unterstützung der Projektarbeit durch die Schulleitung kann die Schule nur einen mittleren Wert verbuchen; dafür ist möglicherweise der personelle Wechsel an der Spitze der Schule mit verantwortlich. Lediglich eine Person sieht eine „sehr starke“ Unterstützung, die übrigen kommen zu einer eingeschränkt positiven Bewertung; ebenso die Schulleitung, die – obwohl selbst Mitglied in der Initiativgruppe – die eigene geleistete Unterstützung für das Projekt als „eher stark“ bezeichnet.

Eine ähnliche Lage ergibt sich für den Informationsstand des Vorhabens im Kollegium, nur einer der Befragten sieht einen hohen, einer einen sehr geringen Grad, die übrigen kommen zu einer mittleren Einschätzung. Sowohl die Zustimmung zum als auch die aktive Unterstützung des Projektes werden mit einer sehr skeptischen Ausnahme als eingeschränkt positiv („eher hoch“) bezeichnet. Von allen Beteiligten wird festgestellt, dass die Akzeptanz des Projektverbundes mit der Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsförderung im Zeitraum des Projektes konstant geblieben ist. Die überwiegende Anzahl der Befragten bezweifelt aber, dass die Schülerschaft über das Projekt zur Gesundheitsförderung gut informiert ist. Man kann diese Befunde so interpretieren, dass die Schüler zwar als Adressaten der Maßnahmen, aber nicht als partizipative Akteure gesehen werden.

Bei der Frage nach Aufwand und Nutzen der ergriffenen Maßnahmen und Aktivitäten ergibt sich ein sehr negatives Bild – die Schule hat hier den schlechtesten Wert aller Befragungsschulen.

Insgesamt drängt sich die Interpretation auf, dass die Zusammenarbeit innerhalb des Projektteams dieser Schule nicht optimal verlaufen sein muss, dass kein volles Engagement der Schulleitung vorhanden war, die breite und eindeutige Unterstützung durch das Kollegium fehlte und die Kosten-Nutzen-Analyse negativ eingeschätzt wird.

Allerdings zeigt die ca. ein dreiviertel Jahr später durchgeführte Gruppendiskussion eine Veränderung in der Qualität des Projektmanagements und zwar eine Entwicklung hin zu mehr Projekt- und Teamarbeit an dieser Schule. Diese Entwicklung erzeugte aber auch Krisen in der Kooperation mit der Schulleitung und der Prozessmoderation sowie der inneren Ausdifferenzierung funktionieren – der Arbeitsstrukturen innerhalb des Kollegiums. Diese widersprüchliche Situation, die durch besonders große Unsicherheit und Unklarheit über die weiteren Entwicklungen gekennzeichnet war, kann wahrscheinlich mit auf den bereits erwähnten Wechsel in der Schulleitung zurückgeführt werden.

In einem zweiten Themenkomplex, der schriftlichen Projektteambefragung, geht es um die Unterstützung der Schule F durch andere Institutionen und die Organisation des Projektverbundes.

Was die Zusammenarbeit mit den übrigen Modellschulen anbelangt, wird sie von der Schule, die damit im Mittelfeld liegt, als „weniger effektiv" bezeichnet – dies wird auch von der Mehrheit der Modellschulen kritisch bemerkt.

Dagegen wird die Unterstützungsleistung der Projektleitung (SLfG) – wie von drei Viertel der befragten Schulen insgesamt – von Schule F als „eher positiv" beurteilt. Den weitaus meisten der Befragten war die WHO-Studie mit den daraus entwickelten Profilen für jede einzelne Schule beim Start in die Gesundheitsförderung ein Begriff. Schule F gehört zu denjenigen, die diese Informationen für den weiteren Projektverlauf als „eher wichtig" bezeichneten.

Sehr problematisiert wird dagegen die Rolle der von der Steuergruppe des Gesamtverbundes für wichtig erachteten Prozessmoderation. Die befragten Lehrpersonen sehen den Prozessberater als „weniger nützlich" (eine Person ist unentschieden), die Schulleitung urteilt mit „eher nützlich". Lassen sich dazu an Hand der später durchgeführten Gruppendiskussionen Veränderungen feststellen?

Die Mitglieder der Steuergruppe berichten übereinstimmend von einer Krise in der Zusammenarbeit mit der Prozessmoderation. Eine Veranstaltung sei „richtig schief gegangen" und alle hätten zu diesem Zeitpunkt am „liebsten aufgehört". Ursache war

aus Sicht der Gruppe eine starke theoretische Orientierung bei der Prozessmoderation und eine starke Abkopplung von den alltäglichen Arbeitsprozessen. Für das Kollegium war nicht mehr sichtbar, wie die Anstöße der Prozessmoderation in konkrete Handlungsabläufe Eingang finden konnten. Einige Monate später zeigt sich diese Krise als weitgehend überwunden.

Das Kollegium konnte eine klare Projektarbeitsstruktur entwickeln und die Steuergruppe berichtet von Erfolgen in der Umsetzung konkreter Projektarbeit. Die Perspektive der weiteren Arbeit wird in einer verstärkten Selbstständigkeit und Autonomie der einzelnen Projektarbeitsgruppen gesehen.

Ein dritter Themenbereich der schriftlichen Projektteambefragung bezieht sich auf eine Gesamtbilanz und mögliche Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsförderung an dieser Schule. Auf die Frage, wie sie die Zukunftsperspektiven der Gesundheitsförderung an ihrer Schule einschätzen, antworten die Befragten mit dem zweitbesten Ergebnis aller Befragungsschulen, wobei zu berücksichtigen ist, dass mehr als die Hälfte der Schulen zu einer eher negativen Vorhersage kommt. Die Voten der Schule F liegen bei „eher stark" bis „sehr stark". Die Schulleitung sieht sehr gute Entwicklungsmöglichkeiten, die Mitglieder des Projektteams sind etwas zurückhaltender, bei zwei der Personen, die die Zukunft eingeschränkt positiv sehen, mag mitspielen, dass sich ihre Erwartungen an das Projekt nicht voll erfüllt haben – vier ihrer Kollegen sehen das allerdings anders, ihre Erwartungen sind überwiegend erfüllt.

Einig sind sich die Beteiligten aber in der möglichen Wirkung der ergriffenen Maßnahmen bei den Schülerinnen und Schülern. Die Erwartung, dass sich das Gesundheitsverhalten der Schüler auf Grund der Projektaktivitäten verbessern wird, ist in keiner der untersuchten Schulen höher als in dieser. Daher beantworten die weitere Frage, ob das Projekt an der Schule langfristig fortgesetzt werden sollte, alle Personen mit „Ja".

Bei der Frage, welche Institutionen und Erfahrungen die Ausrichtung und Schwerpunktsetzung des Projektes an ihrer Schule am meisten beeinflusst haben, wird in den Fragebögen deutlich, dass es primär bereits bestehende Schulaktivitäten waren, die in einem neuen Rahmen und vielleicht mit neuen Akzenten fortgeschrieben und verbessert worden sind. Vier der Befragten geben darüber hinaus an, dass auch die Ist-Analyse durch die WHO-Studien einen gewissen Einfluss auf die Schwerpunkte des Projektes gehabt hat. Drei Befragte nennen mit der Nutzung von Angeboten der Kooperationspartner ein weiteres Strukturelement.

Eine Gesamteinschätzung auf Grund der später durchgeführten Gruppendiskussion kann, wie folgt, vorgenommen werden: Bis zu diesem Zeitpunkt hat die Schule eine wichtige Umgestaltung der internen Arbeitsstrukturen erfahren. Die Mitglieder des Projektteams berichten von veränderten Arbeitsabläufen und Kooperationsformen im Kollegium.

Die Schule hat sich im Rahmen des Modellversuchs nicht nur mit neuen Inhalten beschäftigt sondern auch einen Schwerpunkt auf den Aufbau und die Etablierung projektförmiger Strukturen gelegt. Zwar wurde bereits in Bereichen wie Streitschlichtung, Schülerfirma, Schulclub oder Drogenprävention gearbeitet, doch hat sich erst mit Beginn des laufenden Schuljahres eine klare Organisationsform für diese Inhalte herausgebildet.

Mit der Etablierung einer Steuergruppe und thematischer Untergruppen ist eine Struktur entstanden, in die viele Lehrerinnen und Lehrer einbezogen sind und die als deutlicher Fortschritt gegenüber dem vorherigen Zustand wahrgenommen wird.

Inhaltlich hat sich die Schule auf drei Schwerpunkte im Bereich Ernährung, Pausengestaltung und soziale Traditionsbildung (Schulfest) festgelegt, die jeweils von einer Gruppe von Lehrerinnen und Lehrern bearbeitet werden. Die Untergruppen haben sich ein eigenes Programm gegeben und die Schwerpunkte für die nächsten Monate definiert.

Als besonders erfolgreich wird vom Projektteam die Gestaltung des Schulfestes eingeschätzt, da hier ein konkretes Ergebnis in Form einer sehr gelungenen Festveranstaltung inklusive positiver Rückmeldungen von außen vorliegt. Zudem gelten Führung, Kooperation, Arbeitsteilung und Engagement als beispielhaft für die anderen Arbeitsgruppen.

Der Weg zu einer gelungenen projektförmigen Arbeitsstruktur wird dabei vom Projektteam als durchaus krisenförmig und problematisch beschrieben. Prozessmoderator und Schulleitung bilden dabei die wesentlichen Pole der Auseinandersetzung für das Team. Die Schulleitung wird einerseits als dominant und kontrollierend andererseits aber auch als aktivierend und initiierend charakterisiert. Von den Befragten wird die neue Arbeitsform als ein Gewinn an Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit wahrgenommen, gleichzeitig werden hohe Arbeitsbelastung und Schwierigkeiten der gruppeninternen Arbeitsteilung und Verantwortungsübernahme konstatiert. Die Beurteilung der Prozessmoderation fällt auch zwiespältig aus. Als Kritik wird eine starke Theorieorientierung ohne klaren Bezug zum Alltagshandeln formuliert, wo sich kaum etwas direkt praktisch umsetzen lässt. Diese Situation wird aber als zeitlich begrenzte Phase mit krisenhaftem Charakter beschrieben, die nach wenigen Monaten überwunden werden konnte. Zugleich hat die Prozessmoderation es unterstützt bzw. erst ermöglicht, dass die Lehrpersonen eine aktivere und verantwortlichere Rolle gegenüber der Schulleitung einnehmen konnten.

Insgesamt herrscht unter den Mitgliedern des Projektteams zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion eine eher optimistische Stimmung, was die weitere Ausgestaltung der Projektarbeit betrifft. Schwerpunkt der schulischen Entwicklung ist eindeutig der Bereich der Arbeitsorganisation. Hier scheint im Laufe des Modellversuches eine gute Grundlage geschaffen worden zu sein, die die Chancen für eine erfolgreiche Umsetzung weiterer konkreter Maßnahmen deutlich verbessert hat.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Modellschule F bereits in der Vergangenheit einen besonderen Schwerpunkt ihrer pädagogischen Arbeit der Gesundheitsförderung gewidmet hat. Im Projekt „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ hat sich die Modellschule in allen drei Interventionsbereichen mit insgesamt elf durchgeführten Maßnahmen verortet. Einen besonderen Arbeitsschwerpunkt hat sie mit allein sechs Maßnahmen im Interventionsbereich „Bewegung und Ernährung“ gesetzt. Die Daten zu den „Gefühlten Interventionen“ in diesem Bereich zeigen eine positive Bilanz, d. h. die Bündelung der Aktivitäten in diesem Bereich wird von den Schülern als spürbare Veränderung im schulischen Alltag registriert. Von den Interventionen haben besonders die Mädchen im Hinblick auf ihr Ernährungsverhalten profitiert: Sowohl beim Frühstücksverhalten als auch beim Obstverzehr schneiden sie, im Vergleich zu den Mädchen aller teilnehmenden Schulen und auch der Mittelschulen, am besten ab. Demgegenüber haben die Jungen in stärkerem Maße von der pädagogischen Arbeit im Bereich Bewegung profitiert: Sie sind körperlich aktiver und haben einen geringeren TV-Konsum als die Mädchen. Eine problematische Gruppe stellen an der Modellschule F die Mädchen der 9. Klasse dar: Sie verbringen viel freie Zeit vor dem Fernsehgerät und konsumieren zudem mehr als alle anderen befragten Mädchen der Altersgruppe Süßgetränke. Ihnen ist künftig bei der pädagogischen Arbeit besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um sie bei einer gesunden Entwicklung besser unterstützen zu können. Die positiven Ergebnisse der Gesundheitsförderung an der Modellschule F lassen sich zum Teil damit erklären, dass die Schule für eine gelingende Projektarbeit bereits auf etablierte Strukturen (Schulprogrammentwicklung) aufbauen und zudem auch auf positive Erfahrungen in ihrer Arbeit zurückblicken konnte. Darüber hinaus haben die Rückmeldungen, in Form der schulspezifischen Ergebnisse der WHO-Studie 2002, die Schule nach ihren Angaben in der Weiterarbeit motiviert. Wenngleich in der Projektarbeit erst einmal eine problematische Anfangszeit erfahren und überwunden werden musste, konnten die Akteure der Schule dann aber die Rahmenbedingungen des Modellprojektes und die Angebote der beteiligten Kooperationspartner Gewinn bringend für sich nutzen.

Dabei bot aus Sicht der Modellschule F der Verbund aller Schulen nur wenig Unterstützung. Ebenso wurde die von der Steuerungsgruppe des Projektverbundes grundsätzlich empfohlene Schulentwicklungsberatung zum Teil als problematisch eingeschätzt. Die Rollen in der internen Kooperation mussten erst gefunden werden, die innerschulische Zusammenarbeit in der Anfangsphase verlief „suboptimal“. Wären diese kritischen Aspekte in der Gestaltung des Projektmanagements, die die Schule und die vom Projektverbund bereit gestellte und organisierte Infrastruktur betreffen, besser entwickelt gewesen, hätte die Schule vielleicht noch erfolgreicher sein können. Auf jeden Fall hat sie einen Erfolgskurs eingeschlagen und es gilt die Weiterarbeit im Hinblick auf eine „Gesunde Schule“ dauerhaft zu sichern.

4.2 Fallanalyse Modellschule

Zur allgemeinen Situation an der Schule

Bei der Modellschule I handelt es sich um eine Mittelschule in historischer Altbauarchitektur, in einer Kleinstadt im ländlichen Bereich im Süden Sachsens. Zum Zeitpunkt des Modellprojektes lernten etwa 250 Schüler an dieser Schule und wurden von 25 fest angestellten Lehrerinnen und Lehrern unterrichtet.

Wie die Modellschule F, blickt auch die Modellschule I auf eine langjährige Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung zurück. Inhaltliche Schwerpunkte zielten und zielen dabei einerseits auf eine Verbesserung des Schulklimas und auch auf Themenfelder einer gesunden Ernährung sowie der Suchtprävention. In der pädagogischen Arbeit der Schule fanden bereits in der Vergangenheit umfassende Präventionsprogramme, wie Lions-Quest „Erwachsen werden" und „Eigenständig werden", Anwendung. Diese Programme haben zum Ziel, die Entwicklung von Lebenskompetenzen, das schließt auch die eigene Verantwortung für eine gesunde Lebensweise ein, bei den Schülern gezielt zu fördern.

Bei der Betrachtung der langjährigen Gesundheitsförderung an der Modellschule I ist der Schwerpunkt Sport- und Bewegungsförderung ganz besonders zu betonen. Hierbei blickt die Schule bereits auf eine sehr lange Tradition und auch auf große Erfolge zurück. Zentrale Ziele der Sport- und Bewegungsförderung an der Schule beziehen sich vor allem darauf, die Schülerinnen und Schüler für sportliche Aktivität im schulischen und außerschulischen Bereich zu begeistern. Dazu gehört auch, ein sportförderliches Klima an der Schule zu entwickeln. Bereits in der Vergangenheit wurde daher dem Thema Sport ein ganz besonderer Stellenwert im schulischen Leben eingeräumt. Angefangen von der Vielzahl schulinterner Sportangebote bis hin zur feierlichen Anerkennung und Würdigung der erbrachten sportlichen Leistungen bzw. des gezeigten Engagements der Beteiligten ist Sport an der Schule ein allgegenwärtiges Thema. Als Träger des Gütesiegels „Sportfreundliche Schule" in Sachsens waren und sind die Schülerinnen und Schüler der Modellschule sowohl im schulischen als auch im außerschulischen Bereich sehr erfolgreich. Dieser Erfolg bezieht sich einmal darauf, dass die Schülerinnen und Schüler neben der regen Nutzung schulinterner Sportangebote zudem in zirka 20 verschiedenen Freizeitsportvereinen vertreten sind! Beliebte Sportarten sind dabei die klassischen Ballsportarten wie Handball, Basketball, Fußball und Volleyball. Aber auch Tischtennis, Leichtathletik, Schwimmen, Kunstrad- und Rhönradfahren, Ringen, Trampolinspringen und Rodeln erfreuen sich großer Beliebtheit. Darüber hinaus kann die Schule auch bei der Teilnahme an sportlichen Veranstaltungen bzw. Wettkämpfen auf große Erfolge verweisen: So erreichten beispielsweise im vergangenen Schuljahr 2005/06 gleich vier Schulsportmannschaften beim bundesdeutschen Wettbewerb „Jugend trainiert für Olympia" das sächsische Landesfinale. Auch im Unterrichtsalltag kommt dem Thema Sport eine große Bedeutung zu:

So haben beispielsweise Schülerinnen und Schüler der Klasse 9 im Neigungskurs „Gesundheit und Sport" die Möglichkeit, eine Ausbildung zum Schieds- und Wettkampfrichter oder zum Sportassistenten zu absolvieren.

Die Daten zur Einschätzung der eigenen *Gesundheit* zeigen für die Modellschule I, dass 2006 knapp 90 % aller befragten Schülerinnen und Schüler der Schule ihre Gesundheit als „ausgezeichnet" oder „gut" einschätzen. Mit diesem positiven Ergebnis liegt die Modellschule im Durchschnitt der Ergebnisse aller befragten Schulen.

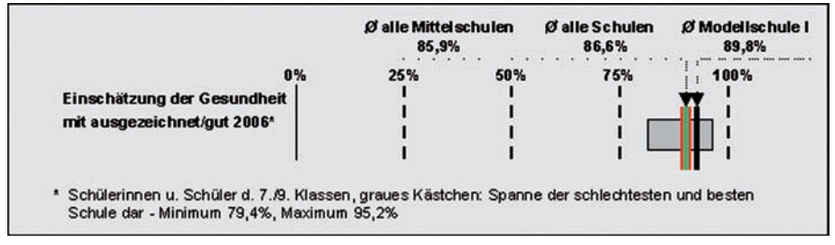


Abb. 4-1: Einschätzung der Gesundheit an der Modellschule

Die Modellschule I widmete sich in ihrer Arbeit im Modellprojekt mit insgesamt acht Maßnahmen allen drei Interventionsbereichen. So berichtet die Schule allein über fünf durchgeführte Aktivitäten im Bereich 1 „Bewegung und Ernährung", über zwei weitere im Bereich 2 „Substanzkonsum" und über eine Maßnahme im Bereich 3 „Sozialkompetenz/ Schulklima". Diese Aktionen und Veranstaltungen richteten sich einmal an Schülerinnen und Schüler aller Klassenstufen aber auch an Eltern und Lehrer. Auch bei dieser Schule bezogen sich die durchgeführten Maßnahmen sowohl auf einmalig stattgefundene Veranstaltungen als auch auf Aktionen, die regelmäßig monatlich für alle Klassenstufen der Schule durchgeführt oder sogar ständig im Schulleben etabliert werden konnten.

Wenngleich die Modellschule I ihren besonderen Arbeitsschwerpunkt im Interventionsbereich 1 gesetzt hat und auch bei den „Gefühlten Interventionen" im Ranking aller teilnehmenden Schulen mit Platz drei dabei positiv abschließt, zeigen auch die Befunde der „Gefühlten Interventionen" für die beiden anderen Bereiche eine positive Bilanz: Im Ranking aller Schulen liegt die Modellschule im Bereich 2 mit Platz acht und im Bereich 3 mit Platz 3 ebenso im vorderen Feld. Das Fallbeispiel ist deshalb interessant, weil, obwohl kein besonderer Schwerpunkt im Bereich Substanzkonsum gesetzt worden ist, die Schüler dennoch positiv darüber reflektieren.

Befunde der bereichsspezifischen Intervention

Zur Analyse der Arbeit im Interventionsbereich 2 „Substanzkonsum“ wurden insgesamt drei Items berücksichtigt, die Aussagen über den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis der Schülerinnen und Schüler enthalten.

Die in Kapitel 2 beschriebenen allgemeinen Trends offenbaren zwischen 2002 und 2006 in Bezug auf den Substanzkonsum interessante Veränderungen: Sowohl das regelmäßige Rauchen als auch der Alkoholkonsum sind bei den Jungendlichen zurückgegangen. Der Grund für diese Entwicklung kann einerseits in den veränderten Rahmenbedingungen vermutet werden, denn Tabakwaren und alkoholische Getränke unterlagen in den letzten Jahren einer erheblichen Verteuerung und sind für die jugendliche Klientel immer weniger bezahlbar. Andererseits zeigen offenbar auch die großen Kampagnen der verbreiteten Programme zur Präventionsarbeit im Bereich Substanzkonsum Erfolge. Insbesondere beim Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums, so die Ergebnisse in Kapitel 2/3, können positive Interventionseffekte nachgewiesen werden. Generell kann gesagt werden, dass Mädchen etwas häufiger als Jungen rauchen und dass illegale Drogen im Vergleich zum Tabak- und Alkoholkonsum bei den Jugendlichen in Sachsen eine geringere Rolle spielen.

Für die Modellschule I zeigt sich bezüglich des Tabakkonsums, dass sie mit ihren Ergebnissen sowohl 2002 als auch 2006 im Durchschnitt der befragten Schulen und leicht unter dem Durchschnitt der Mittelschulen liegen. Für den Erhebungszeitraum 2006 lässt sich ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler der Modellschule I identifizieren, die gelegentlich oder sogar täglich rauchen.

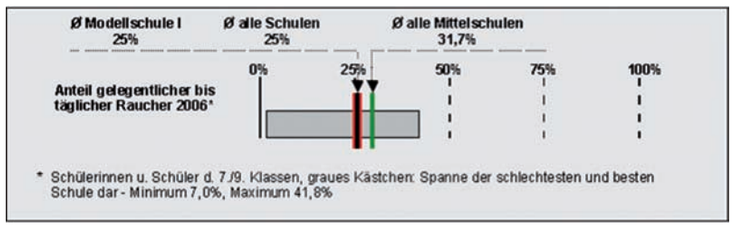


Abb. 4-2: Tabakkonsum an der Modellschule

Im Zeitvergleich beider Erhebungszeiträume auf Einzelschulebene lässt sich für die Modellschule feststellen, dass die Mädchen und dabei insbesondere die der 9. Klasse von den Präventionsmaßnahmen der Schule profitiert haben. Gehörte bei sechzig Prozent der befragten Mädchen an der Modellschule zum Befragungszeitpunkt 2002 das gelegentliche und tägliche Rauchen zum persönlichen Selbstverständnis, so zeigte sich für 2006, dass drei Viertel der befragten Mädchen nicht (mehr) rauchen und eine gesundheitsbewusstere Einstellung vertreten.

Bezüglich der Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke zeigen die Ergebnisse für die Modellschule I, dass im Zeitvergleich wie auch beim Tabakkonsum ein Rückgang festgestellt werden kann. 2006 sind es die Jungen der 9. Klassen und die Mädchen der 7. sowie 9. Klassen, die angaben, weniger Alkohol zu konsumieren als ihre befragten Vergleichsgruppen zum Zeitpunkt 2002. Dieses positive Ergebnis kann auch als ein Präventionserfolg der Schule gewertet werden. Die Mädchen und Jungen der 9. Klassen an der Modellschule I lagen mit ihrem Alkoholkonsum 2002 sogar über dem Durchschnitt ihrer Altergefährtinnen und Altersgefährten an allen befragten Mittelschulen! So gaben damals 75 % der Mädchen und 68,2 % der Jungen, im Vergleich zu 29,4 % der Mädchen und 41,3 % der Jungen an den Mittelschulen an, mindestens einmal wöchentlich und häufiger Alkohol zu trinken. Dieses schlechte Abschneiden zum Zeitpunkt 2002 mag vor dem Hintergrund des bereits bestehenden schulischen Engagements im Hinblick auf Gesundheitsförderung zwar zunächst verwundern, doch verweisen eine Vielzahl von Studien (u. a. Bielefelder Jugendsportstudien; Brettschneider-Studie, 2000; SFA 2001) auf einen starken Zusammenhang von (vereins-)sportlicher Tätigkeit und regelmäßigem Alkoholkonsum. Eine mögliche Erklärung für das Abschneiden der Modellschule zum Befragungszeitraum 2002 könnte also darin bestehen, dass zum Image einer Sportlerin, eines Sportlers auch „Trinkfestigkeit“ gehört. Dieses Bild hat sich im Interventionszeitraum erfreulicherweise aufgelöst.

Von der Präventionsarbeit haben an der Modellschule neben den Mädchen besonders die Jungen der 9. Klasse profitiert: 2006 trinken die Jungen der 9. Klasse signifikant weniger häufig Alkohol (18,2 %) als ihre männlichen Altersgefährten an allen befragten Mittelschulen (40,2 %)! Dieser Erfolg kann neben der Arbeit im Interventionsbereich „Substanzkonsum“ vermutlich auch auf eine veränderte inhaltliche Schwerpunktarbeit im Teilbereich „Bewegung“ zurückgeführt werden: Denn zu einem gesunden Verständnis von Sport gehört nicht nur aktive und regelmäßige Betätigung sondern auch ein deutliches „Nein“ zu Alkohol und Drogen.

Abschließend kann in Bezug auf *Cannabiskonsum* auch für die Schülerinnen und Schüler der Modellschule I berichtet werden, dass der Konsum dieser illegalen Droge erfreulicherweise nur eine geringe Rolle spielt. So gaben 2006 insgesamt 88,6 aller befragten Jungendlichen der 9. Klasse an der Modellschule I an, in den letzten zwölf Monaten kein Cannabis konsumiert zu haben.

Qualität des Projektmanagements

Die vorangegangenen Analysen haben ergeben, dass die Interventionen an der Schule I in den Bereich der „Drogenprävention" ausstrahlen und man bei den gefühlten Interventionen hier auch erfolgreich ist – dieses Ergebnis wird aber auf „Umwegen" erzielt, denn das traditionelle Selbstverständnis und aktuelle Profil der Schule ist im Feld von „Sport und Bewegung" ausgerichtet – das zeigen die Ergebnisse der Projektteambefragung ebenso wie die Gruppendiskussion mit diesen Personen.

An der schriftlichen Befragung zum Projektmanagement beteiligte sich der höchstmögliche Teilnehmerkreis (Schulleitung, 5 Lehrpersonen). Der Beginn der Interventionen liegt im Jahr 2003, die schriftliche Projektteambefragung wurde Ende 2004 durchgeführt.

In einem ersten Punkt wird die Zusammenarbeit und Effizienz der Arbeit in dieser Entwicklungsgruppe, die Unterstützung durch die Schulleitung und die Akzeptanz des Projekts im Kollegium behandelt.

Die Effizienz und Nützlichkeit der eigenen Arbeit wird von den Lehren überwiegend mit „sehr gut" eingeschätzt, die Schule hat den zweitbesten Wert aller Befragungsschulen. Der Schulleiter, selbst Mitglied der Gruppe, bewertet diesen Punkt mit „eher effektiv und nützlich". Auch seine Selbsteinschätzung zur Unterstützung der Projektarbeit wird verhalten positiv mit „eher stark" bezeichnet; dem gegenüber sagen alle Lehrer, dass sie sich in der Projektarbeit von der Schulleitung „sehr stark" unterstützt gefühlt haben.

Der Informationsstand des Kollegiums wird von den befragten Lehrpersonen zur Hälfte mit „sehr hoch" zur anderen Hälfte (auch der Schulleiter) mit „eher hoch" eingeschätzt. Die Akzeptanz des Projektes durch die Lehrerinnen und Lehrer ist im Verlaufe der Zeit konstant geblieben. Zustimmung und aktive Unterstützung durch das Kollegium werden überwiegend mit „eher hoch" (drei Lehrer und Schulleiter) beurteilt, zwei Lehrer sehen eine „sehr hohe" Akzeptanz und Unterstützung bei Ihren Kolleginnen und Kollegen.

Mit einer Ausnahme wird der Informationsstand der Schülerschaft zum Projekt als „eher hoch" bis „sehr hoch" eingeschätzt; die Einbeziehung der Schüler – und damit Partizipation als ein Kriterium der WHO für eine gelingende Gesundheitsförderung – scheint an dieser Schule also gewährleistet zu sein.

Bilanzierend können die Befunde zur Akzeptanz und Unterstützung so interpretiert werden, dass das Projekt einen starken Rückhalt in der Schule besitzt, alle Beteiligten – auch die Schüler – gut über die Gesundheitsförderung informiert sind und das Kollegium ebenso wie die Schulleitung in die Aktionen eingebunden sind und die Maßnahmen aktiv unterstützen.

In einem zweiten Themenkomplex geht es um die Unterstützung der Schule I durch andere Institutionen und die Organisation des Projektverbundes. Zunächst ist eine eher kritische Sicht auf die Kooperation der Modellschulen untereinander („weniger effektiv") feststellbar – diese allgemeine Tendenz gilt auch für diese Fallschule, die bei dieser Frage im Mittelfeld der befragten Institutionen liegt. Die Unterstützungsleistung von Seiten der Projektleitung des Verbundes (SlfG) wird als „eher positiv" gesehen (fünf Nennungen, darunter auch der Schulleiter). Auch war der überwiegenden Mehrheit der Befragten die WHO-Studie mit den Datenrückmeldungen und den Profilen für die Einzelschulen bekannt; auf dieser Grundlage sollten Diskussionen zu den Zielsetzungen und Schwerpunkten der Interventionen initiiert werden. Die Mitglieder des Projektteams schreiben diesem Einstieg in die Gesundheitsförderung einen eingeschränkt hohen Stellenwert zu – die Schule I liegt damit im oberen Mittelfeld der Befragungsschulen: Für den Schulleiter und zwei Lehrpersonen war diese Vorgehensweise „sehr wichtig", für zwei weitere Lehrpersonen „eher wichtig", die fünfte Lehrperson ist erst später zum Projektteam gestoßen und hat sich bei dieser Frage enthalten. Einen Prozessmoderator hat es an dieser Schule nicht gegeben. Über die Gründe gibt die mit den Teilnehmern des Projektteams durchgeführte Gruppendiskussion Auskunft.

Die Schule hat sich in einem Diskussionsprozess entschieden, keine Prozessmoderatoren einzusetzen. Als Begründung wird genannt, dass die erfolgte Arbeitsverteilung und Projektinitiierung in der Schule so effektiv und erfolgreich sei, dass es keinen Bedarf an einer Kollegin oder einem Kollegen von außen gäbe. Der eigene Weg soll weiter verfolgt werden; dabei sieht sich die Steuergruppe in der Lage, mit den vorhandenen Ressourcen konstruktiv weiterarbeiten zu können. Zitat: „Da sind wir schon stark genug, das selber hinzukriegen".

In dem dritten Themenkomplex der schriftlichen Projektteambefragung wird eine Gesamtbilanz des Projektes gezogen, außerdem die Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsförderung an dieser Schule eingeschätzt.

Bei der Frage nach den Zukunftsperspektiven erzielt die Schule den besten Wert aller Befragungsschulen. Die Hälfte der befragten Mitglieder des Projektteams beurteilen die Aussichten mit „sehr stark", die andere Hälfte – darunter auch der Schulleiter – mit „eher stark". Dies ist ein extrem guter Wert, wenn man bedenkt, dass in etwa 54 % der Schulen die Perspektiven der Weiterentwicklung mit „eher schwach"/"sehr schwach" prognostiziert werden. Dieser positive Befund ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Akteure der Reformen sich im Verlaufe des bisherigen Projektes überwiegend in ihren Erwartungen bestätigt fühlen. Drei Personen (darunter der Schulleiter) sehen Ihre Erwartungen „voll und ganz" bestätigt, die übrigen drei antworten mit„eher ja".

Damit korrespondiert die Überzeugung, dass die beschrittenen Wege wirkungsvoll sind. Hinsichtlich der Erwartung, dass sich das Gesundheitsverhalten der Schüler durch die Interventionen verbessern wird, erreicht die Schule das zweitbeste Ergebnis der Befragungsschulen. So verwundert es nicht, dass alle befragten Experten für eine längerfristige Fortsetzung des Projektes plädieren.

Bei der Frage, welche Institutionen und Erfahrungen die Ausrichtung und Schwerpunktsetzung des Projektes an ihrer Schule am meisten beeinflusst haben, gibt es eine breite Streuung der angegebenen Gründe. Zwar nennen drei Personen die Möglichkeit der Fortsetzung eines früheren Schwerpunktes als Hautpunkt, die übrigen drei Befragten geben aber mehrere gleichwertige Gründe an, wie die Beratung durch die Projektleitung, die Ergebnisse der empirischen Ist-Analyse zu Beginn des Projekts sowie die Angebote der Kooperationspartner. Für den Schulleiter hatte die WHO-Studie einen „sehr starken" Einfluss auf die Auswahl der inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen an der Schule I.

Die Mitglieder der schulinternen Projekt- und Steuerungsgruppe kommen in der Gruppendiskussion zu folgender Gesamteinschätzung des schulischen Entwicklungsprozesses an ihrer Schule: Die Steuergruppe der Schule entwirft ein positives Bild der derzeitigen Situation und der bisherigen Entwicklung im Modellprojekt und auch schon davor. Bei der HBSC- Befragung hätte die Schule überdurchschnittlich erfolgreich abgeschnitten und man konnte an einigen Aspekten ansetzen, die nicht ganz so positiv bewertet wurden. Es wurden drei Einzelprojekte etabliert mit den Ausrichtungen „Klassenzimmer im Grünen", „Sport und Gesundheit" und „Gesunde Ernährung". Dabei wird klar herausgestellt, dass die Schule bereits eine Tradition als „sportliche Schule" besitzt und dieses Selbstverständnis die Grundlage für die derzeitige Projektarbeit darstellt. Stolz berichtet die Steuergruppe von den Maßnahmen, Erfolgen und Auszeichnungen, die in den letzten Jahren umgesetzt und errungen wurden. Das Modellprojekt wird als ein Element in einer dauerhaften Folge von Aktivitäten der Schule im Feld der Bewegungsförderung und der gesunden Ernährung gesehen. Dieses Selbstverständnis ist historisch gewachsen und in der Lehrerschaft tief verankert. Gerade die Gemeinsamkeit des Kollegiums wird immer wieder hervorgehoben. Man kennt sich untereinander lange und gut, es gibt vielfältige außerunterrichtliche Aktivitäten von Lehrern und Schülern, man engagiert sich gemeinsam für bestimmte Dinge. Zitate: „Wir sinn ebn so e alter Haufen.", „Einer für alle, alle für einen."

In der Gruppendiskussion stellt sich die Schule sehr stark als homogene Einheit dar, in der Schulleitung, Steuergruppe und Kollegium bruchlos ihre Energie zur Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen einsetzen und hinsichtlich der Werte und Ziele weitestgehend übereinstimmen.

Neben den Bereichen Sport und Ernährung, wird auch das Thema Rauchen angesprochen. Wiederum wird deutlich, wie stark der Bezug auf einen kollektiven Handlungs- und Orientierungsrahmen des Kollegiums ist. Es wird klar herausgestrichen, dass kein Lehrer der Schule raucht und dass ein Rauchverbot auf dem gesamten Schulgelände gilt. Neben dem vorbildhaften Verhalten der Lehrerinnen und Lehrer und den klaren Regeln, werden auch Maßnahmen, wie die Teilnahme von fünf Klassen an einem Nichtraucherwettbewerb, angeführt. Die aufgetretenen Misserfolge werden dabei ausschließlich den außerschulischen Einflüssen zugeschrieben, während die Erfolge als Ergebnis der eigenen Aktivitäten gedeutet werden.

Die Steuergruppe sieht für die Zukunft eine große Kontinuität in der eigenen Arbeit, egal wie sich das Modellprojekt weiter gestalten wird. Die sich abzeichnenden Arbeitsschwerpunkte werden fortgesetzt und weiter entwickelt. Die Schule sieht sich in einer Tradition, die ihr Selbstverständnis wesentlich prägt und entwirft sich als enge Gemeinschaft aller Lehrerinnen und Lehrer einschließlich Schulleitung, die auf der Grundlage geteilter Normen und Wertvorstellungen das schulische Leben prägt und gestaltet. Dabei zeigen die Anmeldezahlen von Schülerinnen und Schülern sowie der wahrgenommene „Ruf" der Schule aus Sicht der Gruppendiskussionsteilnehmer den deutlichen Erfolg dieser Ausrichtung. Das Modellprojekt hat an dieser Schule keine grundlegende Veränderung der Arbeitsformen oder inhaltlichen Schwerpunktsetzung bewirkt, sondern wurde als Baustein in ein bestehendes Konzept (organisatorisch und inhaltlich) integriert.

Zitat: „Es ist eben für alle, denk ich mal, ein Bedürfnis, das Bestmögliche immer wieder neu rauszuholen, und das ist nun mal ein Ansporn und da (…) arbeiten alle ganz eng miteinander zusammen und das wird sich auch nicht ändern".

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Modellschule I sich bereits in der Vergangenheit der Gesundheitsförderung intensiv gewidmet hat. Ein besonderer Arbeitsschwerpunkt der Schule lag und liegt dabei auf der Sport- und Bewegungsförderung. Im Projekt „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen" hat sich die Modellschule in allen drei Interventionsbereichen mit insgesamt acht durchgeführten Maßnahmen verortet. Die „Gefühlten Interventionen" zeigen neben positiven Auswirkungen im Schwerpunkt „Bewegung und Ernährung" auch interessante „Ausstrahlungsseffekte" auf die Untersuchungsdimensionen „Substanzkonsum" und „Sozialkompetenz/Schulklima" – die Maßnahmen kommen also bei den Schülern an, das Engagement der Schule scheint insgesamt so hoch zu sein, dass sogar die von den Projektverantwortlichen als durchschnittlich angegeben Interventionsbereiche von der Schülerschaft als überdurchschnittlich intensiv im Schulalltag wahrgenommen werden.

Im Hinblick auf die Einschränkung des Alkohol- und Tabakkonsums haben an der Modellschule I primär die älteren Mädchen und Jungen von der geleisteten Arbeit im Modellprojekt profitiert – vielleicht ein Ergebnis einer Präventionsarbeit, die in unteren Jahrgängen beginnt und dauerhaft angelegt ist. Besonders bemerkenswert sind die Ergebnisse zum Konsum alkoholischer Getränke bei den Jungen der 9. Klasse: Hier konnte sich die Modellschule im Vergleich zu 2002 enorm verbessern. Dies kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Neben den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der geleisteten Arbeit im Interventionsbereich „Substanzkonsum" tragen wohl auch die vielen Aktivitäten im Bereich „Bewegung und Sport" zu dieser positiven Bilanz bei.

Das Modellprojekt besaß von Beginn an einen starken Rückhalt in der Schule. Alle Beteiligten, so auch die Schüler, waren und sind gut über die Gesundheitsförderung informiert. Das gesamte Kollegium, ebenso wie die Schulleitung, war in die durchgeführten Aktionen eingebunden und unterstützte die Maßnahmen in einer aktiven Weise. Auf eine Unterstützung von außerhalb, in Gestalt einer Prozessmoderation, hat die Schule in ihrer Arbeit verzichtet. Denn in der Modellprojektarbeit, so die Begründung der Schule, konnte gut auf bereits bestehenden Erfahrungen und Erfolgen in der Gesundheitsförderung aufgebaut werden. Dies ist vielleicht der einzig kritische Punkt des Projektmanagements. Vielleicht hätte eine sukzessive Prozessbegleitung durch eine Person vor Ort doch noch einige Verbesserungsvorschläge befördert, deren Notwendigkeit aus der Entfernung der wissenschaftlichen Begleitung nicht sichtbar wird. In jedem Fall ist die Prozessbegleitung ein anerkanntes und unverzichtbares Element der Schulentwicklung, dessen Potentiale nicht genutzt wurden. Auch bei der Schule I trifft zu, dass sie sich aus dem Verbund der Modellschulen eine stärkere Unterstützung gewünscht hätte – dies ist ein Kritikpunkt, der an die Adresse des Projektverbundes mit seiner Steuerungsgruppe geht.
Gleichwohl können sich die Ergebnisse dieser Schule – auch im Vergleich der übrigen Modellschulen – sehen lassen und das praktizierte Modell als Orientierung für nachfolgende Projekte empfohlen werden. Wie in dem ersten Fallbeispiel stellt sich hier die Frage, wie eine Nachhaltigkeit, zu der die Schule auf bestem Wege ist, unterstützt werden kann.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für künftige Vorhaben der Gesundheitsförderung in Schulen

Ziel des Projektverbundes war es, ein spezifisches Konzept der Gesundheitsförderung in sächsischen Modellschulen zu implementieren. Grundlegende Elemente dieses Konzeptes sind die Konzentrierung auf die Institution Schule im Rahmen eines Setting-Ansatzes, eine konsequente Bedarfsorientierung auf Einzelschulebene bei der Auswahl der Maßnahmen, die Vernetzung relevanter Einrichtungen und Akteure der Gesundheitsförderung als Unterstützungspotential, ein Projektmanagement, das sich an Erkenntnissen der Schulentwicklungsforschung (z. B. Ist-Analyse, interne und externe Steuerungsgruppen, Prozessentwicklung) orientiert, sowie eine Evidenzbasierung durch Evaluation und Qualitätssicherung.

In der vorliegenden Broschüre wurden zentrale Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgestellt, die im Folgenden zusammengefasst und mit Blick auf die Nachhaltigkeit und künftig zu ergreifende Maßnahmen kommentiert werden sollen.

Welche Befunde zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen konnten in der Ist-Analyse ermittelt werden und wie haben sich die Gesundheitsparameter im Zeitraum von 2002 bis 2006 verändert?

Auch für Sachsen gilt die allgemein feststellbare Tendenz, dass die subjektive Gesundheit von den Schülerinnen und Schülern selbst überwiegend positiv eingeschätzt wird, wie man es für diese Altersgruppe erwarten kann. Dieses Ergebnis ist in den letzten Jahren konstant geblieben, die Lebenszufriedenheit der Befragten ist im Zeitraum von 2002 – 2006 sogar angestiegen. Probleme zeigen sich mit Ausnahme der Übergewichtigkeit weniger im physischen als im psychischen und mentalen Bereich. Das Ausmaß psychosomatischer Störungen, von denen Mädchen überproportional betroffen sind, ist auf bedenklichem Niveau konstant geblieben, dasselbe gilt für Mobbing und Gewalt–Verhaltensweisen, bei denen eine Jungen-Dominanz feststellbar ist. Im Bereich Bewegung und Sport sowie beim Substanzkonsum konnten Verbesserungen registriert werden. Gleichwohl sind insbesondere das Rauchen der Mädchen und der Alkoholkonsum der Jungen gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, die im Fokus von Präventionsbemühungen bleiben sollten. Im Bereich der schulbezogenen Einstellungen (z. B. schulische Belastungen) und der Schulqualitätsparameter (z. B. Unterrichtsqualität, Schulfreude, Mitschülerunterstützung) konnten leichte Verbesserungen bei einer negativen Ausgangsbasis im Jahre 2002 bis zum Jahre 2006 registriert werden.

Allgemein gilt die Tendenz, dass sich – bei einer Bestätigung bisheriger Problemzonen – die Veränderungen im Untersuchungszeitraum von 2002 bis 2006 sehr in Grenzen halten und eher das Gesundheitsverhalten als den allgemeinen Gesundheitsstatus betreffen.

Die positiven Entwicklungen beim Gesundheitsverhalten können mit auf allgemeine Präventionsmaßnahmen und Kampagnen der Gesundheitsförderung zurückgeführt werden, obwohl ein wissenschaftlicher „Beweis“ hierfür nicht möglich ist. Da sich in unseren Untersuchungen immer wieder der Einfluss der Lebenswelt Schule auf die Gesundheit der Heranwachsenden bestätigt, erscheint es unbedingt angezeigt, die festgestellten Tendenzen zur Verbesserung von Sozialkompetenz und Schulklima durch eine umfassende Strategie der Schulentwicklung und Gesundheitsförderung zu stärken. Die im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zum Gesundheitsstatus der sächsischen Schülerinnen und Schüler bildeten gleichzeitig als Ist-Analyse für die teilnahmebereiten Modellschulen den Ausgangspunkt für die Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Hat sich das Modellprojekt bewährt: Zu welchen Ergebnissen kommt die Prozess begleitende und die summative Evaluation?

Ausgehend von der Grundidee einer bedarfsorientierten Intervention, haben die Modellschulen das durch den Projektverbund zur Verfügung gestellte Unterstützungspotential unterschiedlich genutzt. So wurden nicht alle Möglichkeiten des Projektmanagements genutzt, die innerschulische Kooperation im Projektteam und die Zusammenarbeit mit der Schulleitung waren teilweise verbesserungswürdig, die Arbeit der Prozessmoderation noch nicht wirkungsvoll genug und die Synergien aus dem Verbund der Modellschulen nach Auskunft der Schulen sehr begrenzt. Hingegen wurde von Seiten der Akteure der Ansatz der Verbindung von wissenschaftlicher Ist-Analyse mit der Prävention auf Einzelschulebene und die Unterstützung durch Projektleitung und Projektpartner grundsätzlich positiv bewertet.

Hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Schüler an den Modellschulen als „Abnehmer“ die mit großem Engagement betriebenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung deutlich registriert haben. Diese „gefühlten Interventionen“ stellen einen messbaren Erfolg des Projektverbundes dar. Eine weitere Erkenntnis ist, dass der Aktivitätsgrad der Schulen zu einer positiveren Entwicklung in den Schulen bzw. einer partiellen Verbesserung bei den Gesundheitsindikatoren der Schüler führt. Dabei hat sich gezeigt, dass Gesundheitsförderung auch an Schulen, die nicht an dem Modellversuch beteiligt waren, eine große Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund und angesichts der genannten methodischen Einschränkungen sollten die Ergebnisse der summativen Evaluation nicht überbewertet werden; entscheidender ist, dass sich Schulen mit ihren individuellen Zielsetzungen „auf den Weg gemacht“ und eine Erfolg versprechende Infrastruktur der Gesundheitsförderung entwickelt haben – davon zeugen auch die beiden dargestellten Fallbeispiele. Während die Modellschule F in ihrer Arbeit am Modellprojekt erst einmal eine problematische Anfangszeit überwinden musste und dann die Rahmenbedingungen des Modellprojektes sowie die Angebote der beteiligten Kooperationspartner

Gewinn bringend für sich zu nutzen wusste, hat die Schule I auf bereits bestehende langjährige Erfahrungen in der Gesundheitsförderung gut aufbauen können.

Welche Empfehlungen lassen sich aus dem Modellprojekt ableiten?

1. Die Ergebnisse der Schülerbefragungen haben gezeigt, dass sich Unterschiede in den Befunden zum Gesundheitsstatus und teilweise auch in den Interventionseffekten nach Alter, Geschlecht, Schulform und damit implizit auch nach sozialer Herkunft ergeben; auch stellen sich die Befunde von Einzelschule zu Einzelschule zum Teil sehr unterschiedlich dar. In der pädagogischen Arbeit ist eine diese Gegebenheiten berücksichtigende Strategie einer „integrativen“ Prävention, die die Lebensbedingungen der betroffenen Schüler und Lehrer berücksichtigt, ebenso notwendig wie die Fortschreibung bisheriger Erfahrungen und Kontakte mit den Kooperationspartnern der betreffenden Schule. Bei der Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen ist weiterhin die Berücksichtigung alters-, geschlechts- und herkunftsbedingt ungleich verteilter Gesundheitsrisiken anzuraten.

2. Bewährt hat sich grundsätzlich der Ansatz einer bedarfsorientierten Gesundheitsförderung mit einer einzelschulbezogenen Bestandsaufnahme und einer daraus abgeleiteten kompetenten Auswahl der Interventionsmaßnahmen. Dies wurde durch die Kopplung des Modellprojekts mit der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) möglich. Dadurch sind wir für den Zeitraum 2002 bis 2006 über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten sächsischer Schüler gut informiert. Die Ergebnisse stehen für die Gesundheitsberichterstattung und die Bestimmung der Gesundheitsziele zur Verfügung. Zu empfehlen ist eine Fortsetzung dieser Studien, die im Turnus von vier Jahren durchgeführt werden mit dem Ziel einer Dauerbeobachtung und der Sicherung der Beteiligung an den nächsten beiden Untersuchungswellen in den Jahren 2010 und 2014.

3. Zu einer gelingenden Prävention trägt zentral die Kompetenz der Akteure der Gesundheitsförderung in Schulen bei. Neben allgemeinen Strategien der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schule (Verhältnisprävention) kommen auch Kenntnisse und Anwendung spezifischer Programme der Gesundheitsförderung zum Tragen (Verhaltensprävention). Es hat sich gezeigt, dass in beiderlei Hinsicht ein hoher Weiterbildungsbedarf besteht. Angesprochen sind hier sowohl Maßnahmen zur Entwicklung der Institution Schule mit all ihren Qualitätsparametern (z. B. schulinterne Lehrerfortbildung) als auch der Einsatz individuumsbezogener Förderprogramme (z. B. Programme zur Entwicklung der Lebenskompetenzen). Angesichts der Umstellung der Lehrerbildungsstudiengänge wäre es sinnvoll, diese Kompetenzvermittlung nicht auf die Lehrerfort- und -weiterbildung zu begrenzen, sondern bereits in der ersten Phase der Lehrerbildung an den Hochschulen zu verankern (z. B. als Modul im Ausbildungscurriculum).

4. Darüber hinaus gilt es, den Ertrag des Modellprojekts nachhaltig zu sichern. Dazu gehört, den Modellschulen, die sich zur Gesundheitsförderung dauerhaft verpflichten wollen, die Möglichkeit einer Zertifizierung anzubieten und die mit dem Zertifikat versehenen Einzelschulen als Orte der Multiplikation, Fort- und Weiterbildung auszubauen.

5. Das zu evaluierende Projekt wurde von einem Verbund von Institutionen getragen, dessen Konstituierung einer großen Mühe bedurfte und der in dieser Form bundesweit Vorbildcharakter besitzt: Kranken- und Unfallkassen, die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., Ministerien, Wissenschaft u.a. beteiligten sich ideell und materiell. Dringende Empfehlung ist, dieses Unterstützungsnetzwerk zu erhalten und als ein Beratungsgremium („Beirat Gesundheitsfördernde Schule") im gesundheitspolitischen Raum zu installieren.

Die Umsetzung dieser Empfehlungen, die sich aus dem Evaluationskontext ergeben, trägt aus unserer Sicht dazu bei, die Gesundheitsförderung im Setting Schule nachhaltig zu beeinflussen. Fernziel ist es – im Sinne der Ottawa-Charta der WHO von 1986 – einen Prozess anzustoßen und fördernd zu begleiten, der Menschen ein höheres Maß an Selbstgestaltung und Mitverantwortung über ihre Gesundheit ermöglicht und zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Besonders wirksam und nachhaltig sind Prävention und Gesundheitsförderung dann, wenn die Maßnahmen bedarfsorientiert, zielorientiert, langfristig und kooperativ verankert auf allen Ebenen der Schule unter Einbeziehung des Elternhauses und der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen stattfinden.

Literatur

Bilz, L.; Melzer, W. 2005: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen. TU Dresden.

Bilz, L; Hähne, C.; Melzer, W. 2003: Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Ge-sundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U., Jugendgesundheitssurvey. Weinheim und München: Juventa, 243-300.

BZgA 2005a: Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen – Mai 2005. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BZgA 2005b: Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen – Juni 2005. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Cantril, H. 1965: The pattern of human concern. Rutgers University Press.

Kromeyer-Hausschild, K. 2001: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149 (8), 807-818.

Ravens-Sieberer, U. et al. 2003: Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U., Jugendgesundheitssurvey. Weinheim und München: Juventa, 19-98.

Richter, M.; Settertobulte, W. 2003: Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U., Jugendgesundheitssurvey. Weinheim und München: Juventa, 99-158.

Zubrägel, S.; Settertobulte, W. 2003: Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U., Jugendgesundheitssurvey. Weinheim und München: Juventa, 159-182.

Anhang

LOGO! Schule braucht Partner

Allen Kindern und Jugendlichen in ihrer Schule eine den Fähigkeiten angemessene Bildung bei bestmöglicher Gesundheit zu ermöglichen, ist ein wichtiges Ziel von übergreifender Entwicklungsförderung. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und schulischen Leistungen bzw. der Freude am Lernen sind augenfällig. Gesundheitsförderung ist in diesem Zusammenhang zwar kein neues Thema für die Schule, jedoch gelingt die Integration in den Schulalltag, in Unterricht und Pause oft noch nicht ausreichend, ebenso die Verankerung in Schulprogrammen.

Als Faktor für die Schulqualität gewinnt Gesundheit oftmals erst dann an Bedeutung, wenn Schulen im Bemühen um die Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages an Grenzen stoßen, die Reflexion und strukturelle Orientierung erforderlich machen. Gesundheitsförderung im Setting umfasst inhaltliche Angebote, die Schaffung gesunder Arbeitsmöglichkeiten, Strukturen und Organisationsformen steht für die Arbeit am gesundheitsfördernden Setting selbst. Das Setting Schule steht darüber hinaus auch für faire Zugangsmöglichkeiten, um insbesondere Kinder und Jugendliche aus prekären sozialen Lagen in ihren Ressourcen zu stärken.

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist vom Vorstand der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) als langfristiges Schwerpunktthema formuliert worden. Eine Teilaufgabe besteht darin, einen Prozess zur Umsetzung prioritärer Handlungsfelder (Gesundheitsziele) für diesen Themenbereich zu fördern und Konkretisierungsmodelle vorzubereiten.

Als erster Schritt dazu wurde eine gemeinsame Interventionsplattform relevanter Akteure der Gesundheitsförderung, der „Projektverbund Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“, etabliert. Mit der vorliegenden HBSC-Studie 2002 der WHO, an der sächsische Schulen teilgenommen haben, war ein optimaler Zeitpunkt vorhanden, mit hoher Motivation aller beteiligten Partner ein Setting-Projekt datengeleitet im Schulbereich auf den Weg zubringen.

Der Projektverbund ist ein Beitrag, die setting-orientierte Gesundheitsförderung im Freistaat zu unterstützen. Wie weit dies in drei Jahren gelungen ist – darüber gibt diese Veröffentlichung detailliert Auskunft. Ein Dank geht an die Mitglieder des Steuerungskreises für Ihre Unterstützung und die gute Zusammenarbeit, sowie insbesondere an die Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler, Eltern und alle weiteren schulische Akteure für ihre Motivation, Ausdauer und ihr hohes Engagement in der Gesundheitsförderung im Rahmen dieses Projektes und darüber hinaus.

***Karin Strempel**, Präsidentin der SLfG e. V.*

1. PROJEKTVERBUND GESUNDheitsfördernde Schule in Sachsen

Projektträger:
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Kooperationspartner und Förderer:
Sächsisches Staatsministerium für Kultus
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Sächsisches Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft
Technische Universität Dresden
AOK Sachsen – Die Gesundheitskasse.
BKK Landesverband Ost
Bundesknappschaft
IKK Sachsen
VdAK/AEV – Landesvertretung Sachsen
Unfallkasse Sachsen

Ziel/Inhalte:
Förderung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im *Setting Schule* durch themenspezifische Interventionen in einem mit den Schulen entwickelten Schulprogramm.

Inhaltliche Themenschwerpunkte werden insbesondere: *Bewegung* und *Sport*, *Ernährung, Stressbewältigung* sowie *Suchtprävention* sein.

Beteiligte Schulen:
Mittelschule Delitzsch Nord
Mittelschule „Am Holländer“ Döbeln
Mittelschule Lichtentanne
Mittelschule „H. v. Trebra“ Marienberg
Mittelschule „Am Lindenplatz“ Markkleeberg
Mittelschule J. G. Fichte Mittweida
Mittelschule Oederan
101. Mittelschule Dresden
Pestalozzi Mittelschule Oberlungwitz
G. E. Lessing Gymnasium Döbeln
Johann Mathesius Gymnasium Rochlitz
St. Benno-Gymnasium Dresden

Arbeitsprinzip:
Unterstützung der Schulen durch Beratungs- und Fortbildungsangebote, Finanzierung von Projekten sowie externe Evaluation

Laufzeit: 2003 bis 2006

Kontakt:
Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e. V.
Helgolandstraße 19 – 01097 Dresden
Tel.: 03 51/56 35 56 73
E-Mail: gesunde-schule@slfg.de
Internet: www.freestyle-sachsen.de

DIE SLFG E. V. ALS PROJEKTTRÄGER
In der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG) bündelt sich das inhaltliche Interesse von 70 Mitgliedern aus den Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens. Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit ist dabei ein langfristiges Schwerpunktthema der Landesvereinigung. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die in den Settings Kita (3 - 6 Jahre), Grundschule (6 - 10 Jahre) und in den weiterführenden Schulen (10 - 18 Jahre) erreicht werden. Strukturelle Aufgaben umfassen die Koordinierung, Etablierung und Unterstützung von Netzwerken („Netzwerk gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“) sowie Projektträgerschaften von Setting-Projekten wie dem „Projektverbund Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“.

Inhaltliche Schwerpunkte eigener Projekte liegen vor allem in Programmen zur Lebenskompetenzförderung („Eigenständig werden“) und in spezifischen Themen zur Suchtprävention („Be smart – Don´t Start“, „Prävention von Ess-Störungen“, „Trinklimit! Oder es wird peinlich!“ u. a.)
Kontakt: www.slfg.de
Als Projektträger für den „Projektverbund Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ übernahm die SLfG e. V. folgende **Aufgaben:**

Initiieren und vorantreiben
Der Vorstand der SLfG e. V. hat 2002 die Idee der Autoren des sächsischen Teils der HBSC-Studie Prof. Melzer und Prof. Kugler (TU Dresden) aufgenommen und einen Steuerungskreis zur Vorbereitung eines Projekts „Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Setting Schule“ etabliert. Im Verlauf des Projektzeitraums wurde mit diesem Gremium das Projekt zielgerichtet gelenkt. Der Steuerungskreis mit den Vertretern der o.g. Kooperationspartner und Förderer aus den Bereichen Gesundheit und Bildung ermöglicht eine enge Kooperation relevanter Akteure im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit.

Koordinieren und verwalten
Die SLfG e. V. richtet für die Dauer des Projekts eine Koordinierungsstelle (20 Stunden/Monat) ein, die in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung die notwendigen Koordinierungs- und Managementaufgaben leistet.

Dazu gehören die Organisation der regelmäßigen Steuerungskreissitzungen und Treffen mit den beteiligten Projektschulen vor Ort sowie die ordnungsgemäße und reibungslose Vergabe und Verwaltung der Fördermittel, mit denen die Schulen im Rahmen des Projekts finanziell unterstützt werden.

Kommunizieren und begleiten
Die SLfG e. V. sorgt für den Austausch der Projektbeteiligten (Projektebene) untereinander sowie für die Information interessierter Schulen und Partner in Sachsen. Die Schulen werden in ihrer Arbeit begleitet und unterstützt, besonders in der Anlaufphase.

Dokumentieren und Transferieren
Eine Dokumentation des Projekts liegt mit dieser Veröffentlichung vor.
Die SLfG e. V. stellt das Projekt bundesweit im Rahmen von Tagungen vor und engagiert sich für die Verstärkung der Ressourcen und der weiteren Vernetzungsmöglichkeiten auf Landes- und Bundessebene.
Die SLfG e. V. möchte durch Übernahme der entwickelten Maßnahmen in den schulischen Alltag die Entwicklung und Verstetigung praxistauglicher Strukturen ermöglichen.

2. Projektziele

Im Setting Schule soll erreicht werden, für alle Beteiligten Gesundheitsbelastungen abzubauen und Gesundheitsressourcen zu erschließen. Dabei sollen neben organisatorischen/verhältnispräventiven Ansätzen vor allem die Schwerpunkte Bewegungsförderung/Sport, Ernährung, Suchtprävention und Stressbewältigung umgesetzt werden.

Der Projektverbund geht dazu eine Kooperation mit 12 Partnerschulen aus allen Regionen Sachsens ein.

Konkrete Zielbereiche an Schulen sind:

- Entwicklung einer strukturellen und schulbezogenen Steuerung
- Entwicklung der Schule zum gesunden Lebensraum, d. h.:

1. Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern bzw. Lehrerinnen und Lehrern,
2. Verbesserung des Gesundheitswissens und -verhaltens der Schülerinnen und Schüler
3. signifikante Verminderung von gesundheitlichen Belastungen in den festgelegten Teilzielbereichen

4. Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Schülerinnen und Schülern und
5. Erprobung, Verankerung und Verbreiterung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Verantwortlichen und Betroffenen in den jeweiligen Steuerungsgremien

In ihrem Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des §20 Abs. 1 und 2 SBG V vom 21.Juni 2000 in der Fassung vom 27.Juni 2001“ weist die Gesetzliche Krankenversicherung darauf hin, dass sich Schule „insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention“ eignet. Der Projektträger orientierte sich mit seinen Zielstellungen an den Prämissen der GKV, die im benannten Leitfaden aufgeführt sind.
Folgende Ziele sind in der Kooperationsvereinbarung mit den Schulen definiert:
Die Kooperationsschulen möchten Gesundheit zum Thema der Schule machen und eine Einbindung der Gesundheitsförderung in das Schulprogramm anstreben. Die Entwicklung der Schule zu einem gesunden Lern- und Lebensort ist Ziel der Maßnahmen.

Die Schule soll dabei:
1. durch die Gestaltung der Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld schaffen.
2. das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern.
3. zur gesunden Lebensweise anhalten und Lernenden wie Lehrenden realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten.
4. es allen Schülerinnen und Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung zu fördern.
5. für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele stecken.
6. gute Beziehungen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter den Schülerinnen und Schülern selbst sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen.
7. die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung ausloten.
8. mit einer die Lernenden aktiv einzubeziehenden Didaktik einen fächerübergreifenden Unterricht für die Gesundheitserziehung planen.
9. dem Lernenden das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und die Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können.
10. die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressourcen begreifen, die den Schülerinnen und Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

3. Projektverlauf

Der Projektzeitraum umfasst drei Schuljahre, vom 01.08.2003 bis zum 31.07.2006

2002	Anfänge
19. Juni 02	Vorstandssitzung der SLfG e. V. beschließt einen Steuerungskreis zur Vorbereitung eines Projekts zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule“ einzusetzen
23. September 02	Fachtagung Kinder- und Jugendgesundheit: „Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen“ im Deutschen Hygiene-Museum Dresden Veranstalter sind die Technische Universität Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften und die Medizinische Fakultät: Public Health In Kooperation mit der SLfG e. V., unterstützt durch das Sächsische Staatsministerium für Kultus und das Sächsische Staatsministerium für Soziales Präsentation erster Ergebnisse aus der Sächsischen Schülerbefragung zum Gesundheits- und Krankenstatus von Kindern und Jugendlichen
8. Oktober 02	Konstituierende Sitzung des Steuerungskreises für ein Projekt im Setting Schule in der Geschäftstelle der SLfG e. V. mit Vertretern der TU Dresden, der drei sächsischen Ministerien, der Unfallkasse Sachsen und der Gesetzlichen Krankenkassen
17. Dezember 02	Sitzung des Steuerungskreises „Projektverbund Gesundheitsfördernde Schulen in Sachsen“
2003	Etablierung
31. März 03	Sitzung des Steuerungskreises „Projektverbund Gesundheitsfördernde Schulen“ in Sachsen“
21. August 03	Gemeinsames Treffen des Steuerungskreises mit zehn interessierten Schulen, die an der WHO-Studie (2002) teilgenommen haben Neun der interessierten Schulen entscheiden für die Teilnahme am Projekt
16. Oktober 03	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ zum Thema „Ernährung“ in Dresden
8. November 03	Schulgesundheitsforum im Leipzig Vorstellung des Projektes im Rahmen eines Arbeitskreises
Die interessierten Schulen werden von Mitarbeitern des Projektträgers und der TU Dresden besucht, die Kooperationsvereinbarungen werden unterzeichnet. Neun Mittelschulen und drei Gymnasien werden zu Projektschulen und werden spätestens zu diesem Zeitpunkt Mitglied im „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“.	
8. Dezember 03	Sitzung des Steuerungskreises

2004	Umsetzung
28. Februar 04	Gemeinsames Treffen des Steuerungskreises mit den beteiligten Schulen Präsentation der Schulen und Verständigung über weitere Schritte 2004
15. März 04	Pressegespräch mit Frau Staatsministerin Orosz (Sächsisches Staatsministerium für Soziales) im St.Benno Gymnasium Dresden
23. März 04	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ zum Thema „Schulumfeldgestaltung“ in Döbeln
Begleitung der Schulen bei der Umsetzung von konkreten Projekten durch die SLfG e. V. (Inhaltliche Unterstützung und Fördermittelvergabe) und die TU Dresden (Evaluation und Expertenbefragung)	
19. August 04	Sitzung des Steuerungskreises
11. September 04	Fachtagung des „Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“ zum Thema „Schule braucht Eltern – vielfältige Zusammenarbeit als Ressource für Schulgesundheit“ (Hauptreferent: Werner Gratzer) in Dresden
26. Oktober 04	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ in Oederan
2005	Weiterführung
24. Januar 05	Gemeinsames Treffen des Steuerungskreises mit den beteiligten Schulen Übersicht über die schulischen Interventionsschwerpunkte und Verständigung über die Planung für 2005
16. März 05	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ zum Thema Suchtprävention, Rauchfreie Schule und Lebenskompetenzförderung in Dresden-Cotta
17. September 05	Fachtagung des „Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“ zum Thema „Schulklima gestalten – Schüler, Eltern und Lehrkräfte für ihre gesunde Schule“ (Hauptreferent: Otto Herz) in Dresden
6. Oktober 05	Sitzung des Steuerungskreises
11. Oktober 05	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ zum Thema „Blockunterricht“ in Marienberg
25./26. Oktober 05	Bundesweiter Austausch im Rahmen des 2. Kongresses des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung „GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen“ in Berlin
Durchführung der Schülerbefragung durch die TU Dresden (November 05 – Januar 06)	
2006	Ergebnisse und Ausblick
Auswertung der Schülerbefragung durch die TU Dresden	
22. März 06	Fortbildungsveranstaltung im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule im Freistaat Sachsen“ zum Thema „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ in Dresden
29./30. März 06	Präsentation des Projekts im Rahmen der 3.Bundesweiten Tagung „gesund leben lernen“ in Magdeburg in Zusammenarbeit mit der Mittelschule Oederan

23. Mai 06*	Gemeinsame Arbeitstagung von Steuerungskreis und Projektschulen Prä-sentation der Ergebnisse der Evaluation der TU Dresden und der Schulen in Dresden
20. Juni 06	Sitzung des Steuerungskreises
23. September 06	Fachtagung des „Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“ zum Thema „Psychische Gesundheit und chronische Erkrankungen im Schulalltag“ (Hauptreferent: Wolfgang Bergmann) in Dresden
2007	Präsentation der Ergebnisse in der Öffentlichkeit

4. Projektbegleitung

4.1 Der Entwicklungsprozess an den Schulen

Die Schule selbst muss Initiator des einzuleitenden gesundheitsförderlichen Prozesses sein. Nur bei den Verantwortlichen vor Ort findet sich das erforderliche Wissen über die vordringlichen Bedarfe. Ohne aktives Engagement der in der Schule Verantwortung Tragenden wird es zu keiner nachhaltigen gesundheitsfördernden Schulentwicklung kommen.

Voraussetzung für die Einleitung eines gesundheitsfördernden Prozesses ist ein Beschluss der Schulkonferenz und die Bildung eines Schulprojektteams. Dieses Projektteam steuert und koordiniert die zur Entwicklung zur gesundheitsfördernden Schule erforderlichen Analyse- und Planungsprozesse. Im Team sollten möglichst Vertreter der Lehrer- und Schülerschaft, der Eltern, der Schulleitung, der sonstigen Mitarbeiter der Schule, des Schulträgers, der Schulaufsicht sowie weitere unterstützende außerschulische Akteure (Kommune, Gesundheitsamt, Krankenkassen) aktiv mitarbeiten.

Die Projektschulen wurden im Projektzeitraum mehrfach besucht. Im Rahmen solcher „Vor-Ort-Termine“ wurden zunächst Kontaktpersonen und Verantwortliche gefunden und ein Schulteam installiert. Ziele und inhaltliche Schwerpunkte wurden mit dem Projektträger besprochen und festgelegt, die Einbindung regionaler Partner geprüft und Kontakte hergestellt.

Realisierungsgrad, zeitnahe Umsetzung, Motivation, Wahrnehmung und Wirksamkeit angestoßener Interventionen sind abhängig von vielfältigen innerschulischen Prozessen, Bedingungen und Kommunikationsstrukturen. Jede Schule hat Ihr eigenes Tempo und muss zunächst ihre Zielstellung formulieren, aus der sich die weitere Planung ergibt.

Eine Vielfalt von Projekten und Ansätzen ist gewollt und soll unterstützt werden. Gerade Gesundheitsförderung zeichnet sich durch eine breite Maßnahmenpalette und eine individuelle Vorgehensweise aus.

Die Schulen wurden finanziell, strukturell, methodisch und thematisch begleitet und gefördert. Für alle Schulen existieren Angebote zur externen Prozessmoderation, fachlichen Fortbildungen, regionalen und überregionalen Vernetzung, wissenschaftlichen Begleitung, Evaluation und Qualitätssicherung.

Die zwischen der Einzelschule und dem Projektträger abgeschlossene Kooperationsvereinbarung regelt die Aufgaben und Pflichten beider Seiten und legt die gemeinsame inhaltliche Zielsetzung fest.

Eine Rückkopplung mit den Vertretern des Steuerungskreises wird durch regelmäßige gemeinsame Treffen sowie durch transparente Strukturen gewährleistet.

4.2. Finanzielle Unterstützung

Die im Steuerungskreis vertretenen gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallkasse und die drei sächsischen Ministerien sind die Förderer des Projekts.

Die dem Projekt für schulische Interventionen zur Verfügung gestellten und vom Projektträger verwalteten Mittel wurden an die Schulen in einem Förderverfahren und nach einer Förderrichtlinie vergeben.

Förderrichtlinie (in Auszügen):
Der Projektverbund stellt dem Kooperationspartner(Schule) jährlich einen Betrag für die Unterstützung von Gesundheitsförderungsprojekten zur Verfügung. Der Kooperationspartner kann seine Projekte oder Teile davon mit einem Antrag beim Projektverbund einreichen. Die Höchstgrenze wird jedes Jahr neu festgelegt und ist abhängig von den Fördermitteln, die durch die Projektträger bewilligt werden.

Für das Jahr 2004 betrug die finanzielle Unterstützung max. 850,00 Euro, für das Jahr 2005 max. 550,00 Euro und für das Jahr 2006 max. 450,00 Euro pro Schule.

Für eine finanzielle Unterstützung müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

Die Projekte
- sollen dem Erreichen der Ziele in der Vereinbarung dienen,
- sollen innovative Ideen beinhalten und fördern,
- sollen gesundheits- und ressourcenorientierte Ansätze berücksichtigen,
- können auf thematischen und/oder strukturellen Ebenen angelegt sein.

Wenn die Kriterien nicht erfüllt werden, muss eine Mitteilung an die SLfG erfolgen. Gegebenenfalls sind dann die Mittel zurückzuführen. Nicht unterstützt werden erwirtschaftete Defizite oder Defizitgarantien. Auch bei Erfüllung aller Kriterien besteht kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung. *Die Antragstellenden werden* in der Regel spätestens vier Wochen nach dem Einreichen des Antrages *schriftlich über den Entscheid informiert.*

Die geplante Maßnahme wurde inhaltlich und sachlich vom Projektträger geprüft, gegebenenfalls wurde auf Alternativen oder günstigere Angebote verwiesen. *Die Auszahlung* erfolgt per Mittelabforderung. *Die Verwendung der finanziellen Unterstützung* ist innerhalb von drei Monaten nach Projektende nachzuweisen. Dem Verwendungsnachweis ist ein *Bericht und Auswertung* beizulegen. Die Projektberichte und Auswertungen dokumentieren die Aktivitäten an den Schulen und liegen dem Projektträger vor.

4.3 Interventionsschwerpunkte

Für alle Schüler existieren Angebote zur externen Prozessmoderation, fachlichen Fortbildung, regionalen und überregionalen Vernetzung, wissenschaftlichen Begleitung, Evaluation und Qualitätssicherung.

Themenschwerpunkte	Ernährung	Sport/ Bewegung	Suchtprävention/ Lebenskompetenzförderung	Umgang mit Stress
Maßnahmen mit strukturellem Charakter	• Veränderung der Essenszeiten (1) • Externe Pausenversorgung (2) • Aufbau einer Schülerfirma (3) • Pausenraumgestaltung (4) • Einbindung in das hauswirtschaftliche Profil (5) • Fächerverbindender Unterricht (6)	• Schulhofgestaltung (7) • Veränderte Pausengestaltung (8) • Grünes Klassenzimmer (9) • Einrichten eines Pausenfitnessraumes (10) • Offene Turnhalle (11) • Fächerverbindender Unterricht (6)	• Gestaltung einer rauchfreien Umgebung (12) • Abgrenzung des Schulhofs (13) • Prävention von Alkoholkonsum (14) • Fächererbindender Unterricht (6) • Projektgruppe Soziales Handeln (38) • Schülerpartizipation (39)	• Gestaltetes Klassenzimmer (15) • Einrichung Ruheraum (16) • Lärmreduktion im Schulgebäude (17) • Gestalteter Schulhof/Grünes Klassenzimmer (18) • Fächerverbinder Unterricht (6)
Maßnahmen mit inhaltlichem Charakter	• Gesundes Frühstück (19) • Ernährung macht Schule (20) • Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen (21) • Trinkbrunnen (36)	• Bewegte Pause (22) • Gestaltete Mittagspause (23) • Angebot Trendsportarten (24) • (Alternative) Sportfeste und Projektwochen (25) • Lehrersport (37)	• Be Smart (26) • Auf dem Weg zur Rauchfreien Schule (27) • WeltTraumfahrer (28) • Peer Education – Angebote (29) • Gläserne Schule (30) • Lions Quest Programm (31) • Andere Kooperationen (40)	• Streitschlichter-Programme (32) • Elternbildung/ Elternarbeit (33) • Entspannungsverfahren (34) • Gestaltete Mittags- und Ganztagsangebote (35) • Etablierung Schulentwicklungsteam (41) • Pädagogische Tage (42)
Ziel	Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im Lebensfeld Schule			

Projektverbundschulen

- Heinrich-von-Trebra-Mittelschule Marienberg
  3, 5, 6, 10, 20, 21, 22, 26, 28
- Mittelschule „Am Holländer“ Döbeln
  3, 5, 6, 20, 21, 22, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 38, 41
- 101. Mittelschule Dresden
  6, 12, 14, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 31, 33, 42
- St. Benno-Gymnasium Dresden
  1, 2, 6, 21, 22, 36, 41
- Mittelschule Lichtentanne
  5, 6, 9, 11, 18, 19, 21, 24, 25, 40
- Mittelschule am Lindenplatz Markkleeberg
  6, 15, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 31, 33, 40
- Mittelschule Delitzsch-Nord
  3, 6, 7, 8, 21, 22, 24, 25, 32, 33, 37
- Johann-Gottlieb-Fichte-Schule Mittweida
  1, 4, 6, 8, 16, 17, 22, 23, 24, 33, 34, 41, 42
- Mittelschule Oberlungwitz
  3, 6, 7, 21, 22, 25, 29, 33, 40
- Mittelschule Oederan
  3, 5, 6, 7, 18, 22, 33, 39, 41
- Johann-Mathesius-Gymnasium Rochlitz
  6, 14, 21, 22, 26, 36
- Lessing-Gymnasium Döbeln
  6, 7, 8, 12, 13, 21, 22, 25, 27, 28, 32, 33

Die laufenden Nummern dienen der Zuordnung der Angebote an den Schulen.

4.4 Prozessbegleitende Angebote und Nutzung vorhandener Ressourcen

Neben den hier aufgezeigten Unterstützungsangeboten öffnen sich die Schulen ihrem Umfeld und nutzen Kontakte zu externen Anbietern und Partnern, wie z. B. Sportvereine, ortsansässige Krankenkassen, Gesundheitsämter, Theater, Museen, Therapieeinrichtungen.

4.4.1 Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen

Die 12 Projektschulen haben die Angebote des Netzwerkes intensiv für Information, Weiterbildung und Austausch genutzt. Das *„Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen“* (Kooperation des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus und der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.) möchte Schulen motivieren und unterstützen, sich mit Gesundheitsförderung in ihrer Schule auseinanderzusetzen und eigene Konzepte zu entwickeln. Ziel des Netzwerkes ist der Erhalt und die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens der heranwachsenden Schüler/innen, der Lehrer/innen und weiterer an der Schule beteiligter Personen. Dem Netzwerk gehören derzeit über 50 Schulen aller Schularten (Grundschulen, Mittelschulen, Gymnasien, Förderschulen, Berufsschulen, Schulen in freier Trägerschaft) an, verteilt auf ganz Sachsen.

Die Zusammenarbeit ist vielschichtig: Vermittlung von Unterrichtsmaterialien, Betreuung von Schulprojekten, Beratung zum Schulprogramm, Transfer von Erfahrungen und Arbeitsmitteln sowie Austausch und Diskussion.
Kontakt: gesunde-schule@slfg.de.
Der vierteljährig erscheinenden Newsletters („Logo! – Schule braucht Partner“) präsentiert Multiplikatoren- und Projektangebote und informiert über die Aktivitäten des Netzwerkes.

Die Internetplattform www.freestyle-sachsen.de bietet unter der Rubrik „Gesundheit macht Schule“ die Möglichkeit, umfassender über den Projektverbund, interessante Schulprojekte und aktuelle Themen zu berichten.

Alle Rubriken werden ständig durch die Geschäftsstelle der SLfG aktualisiert und wichtige Materialien als PDF-Dateien zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen regelmäßig durchgeführter Fachtagungen und Fortbildungen (siehe 3. Kapitel) werden aktuelle gesundheitsrelevante Themen von Schule aufgegriffen und vertieft.

Die beteiligten Schulen bringen ihr Wissen, ihr Können und ihre Erfahrungen aus eigenen Projekten ein und lassen es Interessierten zukommen.

Mögliche regionale und überregionale Kooperationspartner werden gesucht, vermittelt und gefunden.

Stempel

Um den Schulen die Möglichkeit zu geben, nach außen ihre Zugehörigkeit zum Projektverbund zu präsentieren, wurden allen Schulen Stempel mit dem entsprechenden Motiv bereitgestellt. Folgende Angebote der SLfG e. V. wurden von den Projektschulen genutzt:

- „Mager?Quark!“ – Projekt zum Thema Ernährung und Präventionvon Ess-Störungen
- Fotoausstellung „Ess-Störungen“ – Projekt zur Prävention von Ess-Störungen
- „Trinklimit! Oder es wird peinlich“ – Die T-Shirt-Ausstellung zum Thema Alkohol
- „Be smart – don´t start“ – Der internationale Nichtraucher-Wettbewerb für Schulklassen
- Regionale Fachtagungen „Rauchfreie Schule“
- „Bewegung in der Schule“ – dreiteiliges Bewegungsprojekt bestehend aus einer Lehrerinformation, einem bewegten Elternabend sowie einem Projekttag für Schülerinnen und Schüler
- Multiplikatorenseminar „Motivierende Gesprächsführung“ in Bad Gottleuba

4.4.2 Prozessmoderation

In Zusammenarbeit mit den Prozessmoderatoren an der Sächsischen Akademie für Lehrerfortbildung in Meißen konnten die Schulen für die Durchführung des Projekt eine begleitende Prozessmoderation beantragen. Die Prozessmoderatoren stellten sich im Rahmen eines Treffens mit den Projektverbundschulen vor und boten den Schulen ihre Unterstützung an. Dieses Angebot wurde von fast allen beteiligten Schulen genutzt. „Prozessmoderatoren moderieren Schulentwicklungsprozesse (z. B. in den Phasen Stärken-Schwächen-Analyse, Visionsentwicklung, Schulprogrammarbeit, Umsetzungsstrategien, Maßnahmen- und Ressourcenplanung, Selbstevaluation, Vorbereitung auf externe Evaluation) und unterstützen durch Expertenwissen zu Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement. Sie fördern Teamarbeit, Kommunikation, Kooperation und helfen Konflikte zu lösen.

Prozessmodertoren sind ausschließlich unterstützend tätig, sie haben weder Führungs- noch Aufsichtsaufgaben. Grundlage der Prozessberatung sind die Bedürfnisse der jeweiligen Schule. Demzufolge werden Ziele, Vorgehen und Schritte der Prozessberatung individuell zwischen der Schule und dem Prozessmoderator vereinbart.“ (aus: Homepage Sächsische Akademie für Lehrerfortbildung, www.marvin.sn.schule.de/~salf/projekte)

4.4.3 Untersuchung zur Essensversorgung und Ernährungssituation an den Schulen

Im Auftrag der SLfG e. V. führte die „in balance“ Ernährungsberatung eine Untersuchung zur Essensversorgung und Ernährungssituation an den Schulen im Projektverbund durch.

Dipl. oec. troph. S. Fröde besuchte im Schuljahr 2004/2005 alle zwölf Schulen. Sie analysierte und bewertete die Mittagsversorgung (Anbieter, Angebot, Nachfrage, Qualität, Räumlichkeiten), stellte die Situation der Pausenversorgung (Qualität, Getränkeangebot, Räumlichkeiten, Zeiten, Pausenklima) dar und fragte nach Angeboten zum Thema „Gesunde Ernährung“ im Rahmen von Projekten und Unterrichtsgestaltung und der Einbeziehung externer Unterstützung.

Zusammenfassung:

- Die Mittagsversorgung ist mit kleinen Einschränkungen empfehlenswert, jedoch sinken die Teilnehmerzahlen. Im Rahmen von Ganztagsangeboten besteht hier großer Handlungsbedarf.
- Eine höhere Attraktivität des Speiseangebotes kann durch eine stärkere Einbeziehung der Schülerbewertung erreicht werden.
- Das Pausenangebot durch eine Schülerfirma ermöglicht eher ein „gesundes“ Angebot.
- Gesunde Ernährung sollte ein Dauerthema sein.
- Positive Effekte ergeben sich durch die Zusammenarbeit von Lehrern, Schülern und Elternhaus.

Der vorliegende Bericht über die Situation an den Schulen wurde zur Grundlage für Veränderungswünsche und weitere Planungen. Die Schulen wurden auf Wunsch beraten und mögliche Alternativen erarbeitet.

5. Ergebnisse

In allen beteiligten Schulen wurden entscheidende Prozesse angestoßen. Die Gesundheitsförderung rückte verstärkt in das Bewusstsein der Schulakteure. Die Schulplakate (siehe unten) geben einen Überblick über die Bandbreite und die Handlungsfelder der Interventionen und Maßnahmen. Es wird deutlich, dass die Gesundheitsförderung immer ein Thema bleiben wird und die Schulen für sich Leitbilder, Ziele und Visionen weiterentwickeln. Die Schulteams – in enger Zusammenarbeit mit der Schulleitung – wählten unterschiedliche Strategien aus. So nutzte die 101. Mittelschule in Dresden die drei Jahre, um viele kleine, qualitativ hochwertige Projekte in den verschiedenen Interventionsbereichen durchzuführen, zum Teil mit professionellen Partnern. Zugleich gelang es der Schule ihr Ziel, „Rauchfreie Schule“ nicht aus den Augen zu verlieren, im Sommer 2006 zur erreichen. Die Mittelschule Oederan nutzte die Förderung durch den Projektverbund für das große Ziel „Schulhofumgestaltung“. Hier wurden Kräfte gezielt gebündelt und es entwickelte sich eine gelungene Form der Partizipation aller Schulakteure, da Schülerinnen und Schüler, Eltern, nichtunterrichtendes Personal und Lehrerinnen und Lehrer aktiv eingebunden wurden.

Der Mittelschule Oederan wurde im Juli 2006 das Zertifikat „Gesunde Schule“ verliehen, da sie die Auditoren des Zertifizierungsverfahrens im „Audit Gesunde Schule“ (Modellprojekt mit zehn sächsischen Schulen; bundesweite Erprobung in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. und der Unterstützung durch den Landesverband der BKK Ost.) überzeugte, dass in Oderan die Gesundheitsförderung in allen Bereichen des schulischen Alltags verankert ist. Das insgesamt die Hälfte der Projektverbundschulen am Zertifizierungsverfahren teilnimmt, zeigt die hohe Motivation der Schulen in diesem Bereich. In 2006 erhielten das G.E.Lessing Gymnasium Döbeln, die Pestalozzi Mittelschule Oberlungwitz und die Mittelschule „Am Holländer“ in Döbeln ebenfalls das Zertifikat „Gesunde Schule“.

Die Schulteams haben neue Kompetenzen erworben und sind zu Experten der Gesundheitsförderung geworden. Die Wirksamkeit und Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen an den Schulen hat sich deutlich erhöht. Erfahrungen und Erkenntnisse werden in zukünftige Planungen einfließen und die Akteure stärken.

Die Schulen haben sich mehr nach außen geöffnet und den Blick auf die eigene Arbeit geschärft und geschult.

Der Projektverbund Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen reiht sich in bundesweite Projekte mit gleicher Zielsetzung – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule zu fördern – ein.

Gesundheitsförderung braucht Partizipation und eine unterstützende Organisationsstruktur sowie weiterhin Transparenz und Verlässlichkeit.

LOGO! SCHULE BRAUCHT PARTNER

Für´s Leben lernen

Für´s Leben lernen lautet ein heute bei Schülerinnen und Schülern scheinbar gar nicht mehr populärer Slogan. Zu oft – so beschreiben es uns Kritiker des Bildungswesens – retten sie sich von Prüfung zu Prüfung ohne das Langzeitgedächtnis mit vermeintlich überflüssigen Fakten zu belasten. Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Feldern des Lernens herzustellen, scheint gar völlig abwegig. Übergreifende Themen jenseits der dichten FachLehrpläne zu vermitteln, wird nach Ansicht mancher betroffener Eltern von vielen Lehrern als eine Zumutung begriffen, der diese sich nicht stellen wollen. Wie unvollständig und wahrscheinlich auch unangemessen dieser verallgemeinernde Eindruck ist, hat auch der Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ deutlich gemacht. Das große Engagement der Lehrerschaft an den beteiligten Schulen und die aktive Mitwirkung der Schülerinnen und Schüler waren Voraussetzung und Ausdruck eines Bildungsverständnisses, das sich nicht in der Erfüllung des Notwendigen erschöpft.

Gemeinsames Handeln ist erforderlich, wenn es gilt, in den Zeiten knapper Ressourcen Projekte in Schulen umzusetzen. Dabei ist Zeit das entscheidende Gut. Denn letztlich macht nicht die Ausstattung sondern die problembezogene Vermittlung der Inhalte die notwendige Einsicht in die Zusammenhänge möglich. Dies gilt gerade auch für Fragen der Gesundheitsförderung. Wer gesundheitsbewusst lebt, wird langfristig einem aus Fehlverhalten resultierenden erhöhten Krankheitsrisiko entgehen können – aus Eigeninteresse. Das aber setzt Wissen um die individuelle Gefährdung voraus. Natürlich kann sich jeder beispielsweise über Risiken von Rauchen, Alkohol oder falscher Ernährung informieren – man muss diese Informationen aber dann auch aber auch bewusst aufnehmen und ihre Inhalte verinnerlichen. Sie zu konsumieren reicht nicht aus.

Hier leisten Projekte der Gesundheitsförderung in Lebenswelten, zu denen auch die „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ gehört, einen entscheidenden Beitrag. Sie bereiten die Themen zielgruppengerecht auf und ermöglichen die Veränderung des Verhaltens in der Gruppe, im üblichen sozialen Umfeld. Nicht der erhobene Zeigefinger sondern das Gruppenerlebnis ist maßgeblich für den Erfolg. Der Projektverbund „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ ist aber auch Beleg für die erfolgreiche Kooperation verschiedener Partner im Interesse der Gesundheitsförderung und Prävention, die nicht nur in finanziellen Beiträgen von Ministerien, Krankenkassen und Unfallkasse ihren Niederschlag fand. Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) hat sich als qualifizierter Koordinator und Organisator eines Projektes erwiesen.Allen, die an eine aktiven Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen und der Umsetzung der sächsischen Gesundheitsziele interessiert sind, steht mit der SLfG eine Institution zur Verfügung, von deren Fachwissen und Steuerungsfunktion mehr Gebrauch gemacht werden sollte.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen in Sachsen

Impressum

Das Manuskript dieser Publikation wurde im Auftrag der Sächsischen Staatsministerien für Kultus und für Soziales erstellt durch die Technische Universität Dresden, Fakultät für Erziehungswissenschaften, und durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung. Das Projekt Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen wird unterstützt durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen in Sachsen.

Herausgeber:
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: presse@sms.sachsen.de
www.gesunde.sachsen.de

Für den Inhalt verantwortlich:
Referat Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, gesunde Ernährung im SMS,
TU Dresden und Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG)

Autoren: Ludwig Bilz, Kerstin Dümmler und Cornelia Hähne unter Leitung von
Prof. Dr. Wolfgang Melzer, TU Dresden
Annekathrin Weber, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLFG)

Deckblattgestaltung: Initial Werbung & Verlag
Redaktion: Marka Ziesch
Auflage, 2007 : 1.000
Redaktionsschluss: November 2007
Druck: Lößnitz-Druck GmbH
Bezug: Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden, Telefon 0351 2103671, Fax 0351 2103681
E-Mail: Publikationen@sachsen.de

Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden unter www.publikationen.sachsen.de.
Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis: Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.