



## FORSCHUNGSPROJEKT

Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern. Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären modularen primär-präventiven Programms für psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen im Setting Berufsschule

**Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext der berufsbildenden Schule. Die gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Jugendlicher und Möglichkeiten für deren Verbesserung**

Alexander Nowak, Eva Haufe, Klaus Scheuch

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

# **Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern**

Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären modularen primär-präventiven Programms für psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen im Setting Berufsschule

Ein Forschungsprojekt gefördert durch das Bundesministerium für  
Bildung und Forschung (bmbf 01 EL 0404)

**Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext der berufsbildenden Schule. Die gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Jugendlicher und Möglichkeiten für deren Verbesserung**

**Alexander Nowak, Eva Haufe, Klaus Scheuch**

**Dresden, Juli 2007**

Impressum:

Herausgeber: Technische Universität Dresden  
01062

Autoren: Alexander Nowak, Eva Haufe & Klaus Scheuch  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

ISBN: 978-3-86780-011-2

Ein Forschungsprojekt gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung  
(bmbf 01 EL 0404)

# **Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext der berufsbildenden Schule. Die gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Jugendlicher und Möglichkeiten für deren Verbesserung.**

## **Inhalt**

1	Prävention, Gesundheitsförderung und ihre Aufgaben.....	6
1.1	Prävention .....	6
1.1.1	Einteilung und Interventionsstrategien .....	6
1.1.2	Verhaltens- und Verhältnisprävention .....	8
1.1.3	Settings (Lebenswelten).....	8
1.2	Gesundheitsförderung .....	9
2	Gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Jugendlicher in Deutschland ..	11
2.1	Ernährung und Bewegung .....	12
2.2	Sexualverhalten und Schwangerschaft .....	16
2.3	Gewalt als gesellschaftliches und pädagogisches Problem .....	19
3	Das Risikofaktorenmodell .....	21
4	Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule .....	24
4.1	Standortbestimmung der schulischen Gesundheitsförderung zwanzig Jahre nach der Ottawa-Charta .....	24
4.2	Qualität in der schulischen Gesundheitsförderung .....	26
4.3	Der Stellenwert von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Bezug auf Schulqualität .....	27
5	Grundlagen und Handlungsrahmen gezielter Gesundheitsförderung an der Berufsschule.....	32
5.1	Wirtschaftlicher Wandel als Problem für benachteiligte Jugendliche – berufsbildende Schulen als Brennpunkt .....	34
6	Schlussfolgerung für die Arbeit im Projekt „Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern“ .....	36
6.1	Die Zielstellung des Projektes .....	36
6.2	Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt Schule .....	38
7	Umsetzung der Gesundheitsförderung für Schüler an den Modellschulen ..	40
7.1	Struktur und inhaltliche Entwicklung der Module .....	40
7.2	Struktur und inhaltliche Gestaltung des Moduls Selbstmanagement der Jugendlichen .....	43

7.2.1	Kompetenzwerkstatt.....	43
7.2.2	Training sozialer Kompetenz.....	45
7.2.3	Gesundheitsförderung für Schüler .....	45
7.2.4	Realisierung und Integration der Module R2/R3/R4 in das Gesamtprojekt.....	48
7.2.5	Struktur und Inhalte der Vor-Ort-Intervention „Gesundheitsförderung für Schüler“ an den Modellschulen .....	50
8	Literatur .....	53

# **1 Prävention, Gesundheitsförderung und ihre Aufgaben**

Im Sprachgebrauch, in der Literatur und in den Gesetzestexten finden sich eine Vielzahl von Definitionen der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung, die zum Teil unscharf voneinander abgegrenzt sind oder sich sogar widersprechen (Rosenbrock 2003, Walter 2003, SVR 2001). Deshalb werden im Folgenden die zentralen Definitionen vorgestellt.

## **1.1 Prävention**

Im engeren Sinn bedeutet Prävention eine Senkung von Belastungen bzw. Verringerung des Risikos des Eintritts einer Erkrankung (pathogenetischer Ansatz). Der Begriff Prävention leitet sich von lat. prä-venire ab und bedeutet in der Übersetzung „zuvorkommen“. Gemeint ist eine Krankheitsprävention bzw. gesundheitliche Prävention, der bisweilen benutzte Ausdruck „Gesundheitsprävention“ ist unsinnig! Langfristig besteht die Hoffnung, die Symptomschwelle im Alter stärker hinauszuschieben als die Todesschwelle, was zu einer Kompression der mit funktionalen Einschränkungen gelebten Zeit führen würde (Kompressionsthese). Interventionen, welche auf große Bevölkerungsteile mit geringem Risiko zielen, können für die Bevölkerung insgesamt wirksamer sein als Strategien, die sich auf Teilpopulationen bzw. einzelne Personen mit hohem Risiko konzentrieren (Präventionsparadox) (Basiswissen: Prävention und Gesundheitsförderung, 2005).

### **1.1.1 Einteilung und Interventionsstrategien**

Die älteste und bekannteste Einteilung von präventiven Interventionen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hat ihren Ursprung in der (Individual-)Medizin. Im Zentrum dieser Einteilung steht der Interventionszeitpunkt, d. h. die Ordnung der vorbeugenden Maßnahmen im Hinblick auf deren Ansatzpunkt auf der Zeitachse. Eingeführt wurde sie durch den Psychiater Gerald Caplan (1964). Er definierte und differenzierte den Begriff entlang einer Progredienz- oder Zeitachse in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention umfasst demnach Maßnahmen, die „vor dem Erstaufreten ... einer Erkrankung durchgeführt werden“. Folglich sind, z. B. im Rahmen von Impfungen oder Maßnahmen zur Prävention von Tabakkonsum, die Adressaten einer primärpräventiven Handlung Gesunde oder zumindest Personengruppen ohne offenbare Symptomatik (Leppin, 2004). Zielstellung der Interventionen ist es also, durch Beseitigung spezifischer Expositionen, durch Verhinderung und/oder Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, durch Steigerung der Widerstandskraft des Organismus und durch den Abbau oder die Veränderung gesundheitsschädigender Umweltfaktoren die Inzidenz bestimmter Krankheiten zu senken (Franzkowiak, 2003).

Sekundärprävention umfasst kollektive und individuelle Maßnahmen zur Reduzierung der Prävalenz von Erkrankungen in einer Population, zur Früherkennung, Frühbehandlung von Krankheiten und zur Hemmung ihres Fortschreitens. Zielgruppen sekundärer Prävention sind deshalb Personen, die als Gesunde oder mit initial noch reversiblen Symptomen an einer Maßnahme teilnehmen, durch Diagnostik aber zu Patienten werden.

Tertiäre Prävention liegt im Gegensatz dazu immer dann vor, wenn ein unerwünschter Zustand oder eine Krankheit bereits manifest ist. Ziel ist sowohl die Vermeidung oder Abmilderung von Folgeschäden, Funktionseinbußen und Chronifizierung von Erkrankungen als auch die Verhütung von Rückfällen (Kirch & Badura, 2006).

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (Quelle: Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

### **1.1.2 Verhaltens– und Verhältnisprävention**

Verhaltensprävention ist darauf gerichtet, schädliche Verhaltensweisen zu verhindern bzw. abzulegen (z. B. Rauchen oder risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr) oder gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu stärken. Die Verhaltensprävention ist in ihrer Ausrichtung personenbezogen (Basiswissen: Prävention und Gesundheitsförderung, 2005). Sowohl Information und Aufklärung als auch die Vermittlung von Bewältigungstechniken zählen zu den eingesetzten Methoden. In der betrieblichen Situation soll der Beschäftigte dadurch Gesundheitsgefahren erkennen und ihnen durch eigenes ergonomisches Arbeitsverhalten begegnen.

Auf übergeordneter Ebene besteht die Aufgabe der Verhältnisprävention darin, Voraussetzungen für ein gesundes Verhalten zu schaffen. Verhältnispräventive Maßnahmen zielen somit auf die Gestaltung und Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen im Lebens- und Arbeitsumfeld der Menschen. Durch ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel, aber auch durch entsprechende Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation sollen Gesundheitsgefahren beseitigt werden. Verhältnisprävention zielt auf den Abbau von Arbeitsbelastungen. Beispiel einer Verhältnisprävention im betrieblichen Zusammenhang ist die Reduzierung belastender Arbeitsbedingungen, wie z. B. Störungen, mangelnde Aufgabentransparenz, Ungewissheit. Aber auch die Erweiterung von individuellen Handlungsspielräumen oder die Verbesserung des Kooperationsklimas zählen dazu. Dabei ist zu beachten, dass angestrebte Veränderungen immer im Kontext aktueller arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse stehen und dem neuesten Stand der Technik entsprechen müssen.

### **1.1.3 Settings (Lebenswelten)**

Nach modernem Verständnis findet Prävention dort statt, wo zusammenhängende soziale Strukturen (Lebenswelten) vorliegen, d. h. folglich an Orten, wo Menschen leben, arbeiten, lernen, spielen – also in ihrer Wohnung, im Stadtteil, im Betrieb oder anderen Einrichtungen des öffentlichen Lebens. Hier liegen relativ stabile gesellschaftliche Zusammenhänge vor, „die mit ihren physischen und sozialen Gegebenheiten nicht nur die Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer di-



rekt, sondern auch ihre Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung von Gesundheitsbelastung und –ressourcen beeinflussen.“ (Altgeld et al., 2006). Bedeutung gewinnen diese Strukturen auch in Bezug auf die Möglichkeiten des Umgangs mit Risiken und Problemen der Gesundheit. Ausgangspunkt ist die Nutzung gesundheitsfördernder Potenziale einer „Lebenswelt“, um Anreize zu gesundheitsbelastendem Verhalten zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken. Dies kann durch Veränderungen im sozialklimatischen, organisatorischen oder baulichen Bereich unter der Voraussetzung der unmittelbaren Einbeziehung des Nutzenden realisiert werden.

Der Setting-Ansatz wurde in Deutschland seit Beginn der 90er Jahre zunächst vor allem für Betriebe erfolgreich entwickelt. Über die Identifikation sowohl angenehmer als auch belastender Faktoren gelangt man zur Entwicklung von Maßnahmen, die die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter fördern. Die Präventionspolitik versucht in stärkerem Maße, dieses Verfahren auch für andere Lebenswelten nutzbar zu machen.

## **1.2 Gesundheitsförderung**

Die Befähigung zur Stärkung der eigenen Gesundheit durch ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit charakterisiert den Prozess der im Zentrum der Gesundheitsförderung steht. Die Basis körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens besteht darin, dass „sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO 1986, Übersetzung: Hildebrandt & Kickbusch, 1986). Gesundheit ist demnach nicht als das vorrangige Ziel des alltäglichen Lebens sondern als ein wesentlicher Bestandteil zu verstehen. Körperliche Fähigkeiten sind in gleicher Weise wie soziale und individuelle Ressourcen für die Gesundheit bedeutsam. Deshalb trägt nicht nur der Gesundheitssektor allein die Verantwortung für die Gesundheitsförderung, sondern diese liegt bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab.

Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit zu erreichen, ist ein weiterer Hauptaspekt der Gesundheitsförderung. Die Bemühungen um die Verringerung

sozialer Gradienten des Gesundheitszustandes, die Schaffung gleicher Möglichkeiten und Voraussetzungen legen den Grundstein, „damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotenzial“ (WHO 1986, Übersetzung: Hildebrandt & Kickbusch, 1986) verwirklichen zu können. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selbst Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Voraussetzung für die Entfaltung des persönlichen Gesundheitspotenzials ist die Chance der Kontrolle und Steuerung der Faktoren, die sie beeinflussen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen formuliert in ihrem „Leitfaden Prävention“, dass mit dem Setting-Ansatz besonderes Augenmerk auf Zielgruppen gerichtet werden soll, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen. Erfahrungsgemäß lassen sich sozial Benachteiligte durch die für individuelle Angebote nutzbaren Zugangswege nur sehr schwer erreichen. Daher bevorzugt die Arbeitsgemeinschaft für diese Zielgruppe vorrangig den Setting-Ansatz (Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006).

Wie Bauch (2002) darlegte, sind mit diesem, insbesondere von der WHO empfohlenen Ansatz primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen gemeint, die sich nicht auf das Individuum allein sondern auf die Lebensräume konzentrieren, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen (Bauch, 2002). Der Begriff des Settings wird hier als soziales System verstanden, das einen starken Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausüben und zugleich die Bedingungen der Gesundheit beeinflussen und gestalten kann (Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006). Beispiel für solche Settings sind u. a. die Schulen oder Berufsschulen.

Im Leitfaden beschreibt die Arbeitsgemeinschaft, dass die alltäglichen Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen besitzen und im Stande sind, gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen zu prägen.

Auf drei Ebenen werden die im Ansatz beinhalteten Maßnahmen erfasst:

1. Schaffung einer gesunden physikalischen und psychosozialen Umwelt
2. Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Alltags
3. Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen (Baric & Conrad, 1999)

Zu den Zielen dieser Form der Gesundheitsförderung gehört es, die aktive Beteiligung der Betroffenen zu nutzen, um die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken zu ermitteln. An diesen salutogenetischen Ansatz (Antonovsky, 1989) anknüpfend soll ein Prozess angeregt werden, der über die Schaffung gesundheitsgerechter Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert. Basis ist ein kooperatives Netzwerk sowohl innerhalb des Settings als auch zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Strukturen, Organisationen und Institutionen. Neben dem Netzwerk sollte gerade auch die persönliche Handlungsfähigkeit des Einzelnen hinsichtlich der Gestaltung seines eigenen gesundheitlichen Lebensumfeldes gestärkt und dieser zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert und befähigt werden.

## **2 Gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Jugendlicher in Deutschland**

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Industriestaaten hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts in großem Ausmaß verändert. Es zeigt sich eine deutliche Abnahme der Säuglingssterblichkeit und der Sterberate von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren durchschnittlich um den Faktor 50 (Bundesgesundheitsbl, 2002). Der medizinische Fortschritt erlaubt es in zunehmender Weise, Krankheiten, für die es früher keine Therapiemöglichkeit gab, adäquat zu behandeln und den Tod als unmittelbare Folge zu verhindern. So bestand die größte gesundheitspolitische Herausforderung zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts in der Vermeidung des frühen Todes. Das erste 1907 in Deutschland gegründete Forschungsinstitut für präventive Pädiatrie hatte als Zielstellung die Senkung der Säuglingssterberate (Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterberate). Die

über die Jahrzehnte erfolgte wissenschaftliche Bearbeitung des Themas Prävention brachte Indikatoren hervor, die die Entwicklung der Gesundheit im Zeitverlauf verdeutlichen. Einen allgemeinen Indikator für die Darstellung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt das Körperwachstum dar. Beeinflusst durch Krankheiten, ungünstige soziale und Ernährungsbedingungen kommt es zur Einschränkung des Wachstumspotenzials. In einem Vergleich gleichaltriger Klein- und Schulkinder konnte van Wieringen in seiner Studie von 1986 zeigen, dass Kinder der heutigen Zeit ungefähr 20 cm größer sind als es Kinder noch vor 100 Jahren waren.

Diese Ergebnisse dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die Bevölkerung am Ende des 20. Jahrhunderts immer noch mit gravierenden Gesundheitsproblemen konfrontiert war und es auch weiterhin ist. Es lässt sich erkennen, dass es mit dem Rückgang der Sterblichkeitsrate zu einer Prioritätenverschiebung hin zur Betrachtung und Auseinandersetzung mit den Ursachen und Folgen anderer Gesundheitsprobleme gekommen ist. So treten bereits frühzeitig im Kindesalter chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel atopische Krankheiten (Neurodermitis), auf und verlangen nach Präventivmaßnahmen. Ein weiterer Aspekt ist die gesellschaftliche Entwicklung. Heranwachsende werden mit spezifischen Lebensumständen konfrontiert, die neue und andere Risiken für die Gesundheit darstellen. Schmidt beschrieb 1997 in: „Veränderte Kindheit – veränderte Bewegungswelt: Analysen und Befunde.“, dass beispielsweise ansteigender Medienkonsum und verstärktes Verkehrsaufkommen in deutlichem Maße Einfluss auf das Ausmaß an Bewegung bei Kindern und Jugendlichen nehmen.

## **2.1 Ernährung und Bewegung**

In der Literatur ist vielfach belegt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine hohe Stellung in der Mortalitätsstatistik einnehmen (WHO-Monica-Projekt, 1988; ARIC-Studie, 2000; Rieder, 2004). Herz-Kreislauf-Morbidität betrifft aber nicht erst Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter. Aufgabe der Prävention ist es deshalb, mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bereits bei den Wurzeln im Kindes- und Jugendalter zu beginnen. Neben ausgewogener Ernährung zählt ausreichende Bewegung zu den elementaren Eigenschaften einer gesunden Lebensweise. Nicht nur der fördernde Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System sondern auch die Unterstützung sensomotorischer Wahrnehmung und Stärkung des

Körperbewusstseins, der Selbstverantwortung und –kompetenz spielen eine bedeutende Rolle (Zimmer, 1981).

Für die Bewertung des Ernährungszustandes von Jugendlichen in der Bundesrepublik liegen nur wenige repräsentative Studien vor. Ausgewählte Studien wie die „SuSe-Studie“ (Schöch et al., 2000), die DONALD-Studie (1999) des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund sowie der Ernährungsbericht 2004 (DGE, 2004) geben Hinweise zum Ernährungsverhalten. Die Resultate lassen die Deutung zu, dass sich das Verzehrverhalten Heranwachsender im Wesentlichen nicht von dem der Erwachsenen unterscheidet. In der DONALD-Studie stellen die Autoren fest, dass bis zum Alter von zwei bis drei Jahren durch die Eltern auf eine gesunde Ernährung geachtet wird. Im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung weisen die Kinder und Jugendlichen jedoch dieselben als ungünstig zu beurteilenden Verzehrmuster auf wie Erwachsene. Im Allgemeinen ist der Verzehr von Fetten, Proteinen und Zucker zu hoch, wohingegen eine Ernährung mit Reis, Nudeln oder Vollkornprodukten einen niedrigeren Stellenwert einnimmt (Alexy & Kersting, 1999). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung beschreibt in ihrem „Ernährungsbericht 2004“, dass Kinder und Jugendliche zwar wissen, was gesund ist, doch habe dies kein großes Gewicht in Bezug auf das Essverhalten. In Befragungen fiel zudem auf, dass Lebensmittel, die häufig in der Werbung auftauchen, als ernährungspsychologisch bedeutsamer eingestuft werden. Epidemiologisch konnte von Dötsch et al. (1997) ein Zusammenhang von Adipositas und gesteigertem Fernsehkonsum erfasst werden. So verbringen stark übergewichtige Kinder deutlich mehr Zeit vor dem Fernseher als normalgewichtige. Vergleichbar wiesen Kretschmer und Giewald in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2001 auf eine statistisch signifikante Verbindung zwischen mangelnder motorischer Leistung und erhöhtem Fernsehkonsum hin.

Eine zusammenfassende Darstellung zum Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf die o. g. Faktoren ist in Abbildung 1 wiedergegeben. Hier wird zudem auf den sozialen Gradienten eingegangen.

Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) von 2003 belegt, dass es innerhalb von zwei Jahren (2001/2002) zu einem signifikanten Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren gekommen ist. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ein bereits im Kindesalter vorliegender schlechter Fitnesszustand häufig nicht nur lebenslang negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat, son-

dem auch Einfluss auf Lernvermögen, Sozialverhalten und letztlich Lebensqualität nimmt (WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003).

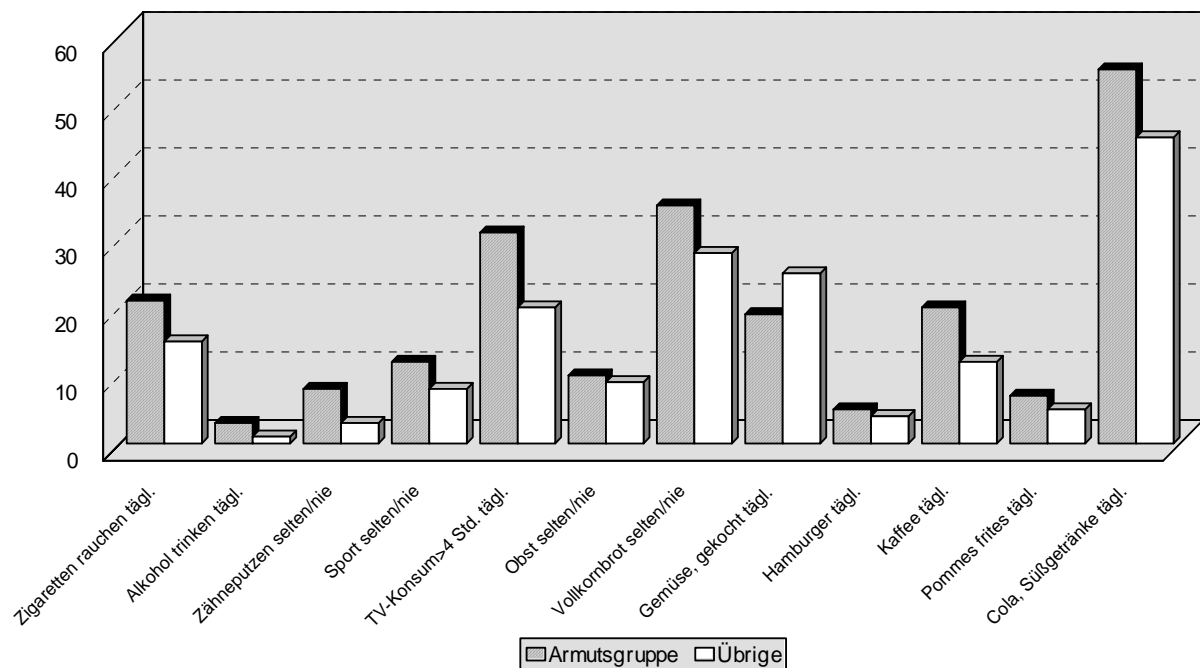


Abbildung 1: Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen nach sozialer Lebenslage (Altergruppe der 12- bis 16-Jährigen); in Prozent gerundet. (Quelle: Univ. Bielefeld, 2001)

Bei Jugendlichen ab einem Alter von 15 Jahren stellt sich in Bezug auf die sportliche Aktivität ein deutlicher Negativtrend dar. Etwas mehr als 50 % dieser Gruppe treiben lediglich einmal in der Woche oder sogar überhaupt keinen Sport. Unterscheidungen hinsichtlich Schultypen konnten belegen, dass Schülerinnen und Schüler von berufsbildenden Schulen deutlich weniger Sport treiben als Schüler aller anderen Schultypen. Die Ursachen liegen oftmals in einer Verschiebung der Interessengebiete sowie in der beruflichen Neuorientierung, die zum einen den Einstieg in ein Leben nach der Ausbildung darstellt, zum anderen aber auch einen Ausstieg aus dem Sport. Jedoch spielen nicht nur Desinteresse oder demotivierende Erfahrung, sondern häufig auch das schlechtere Sportangebot oder die mangelhafte Infrastruktur an beruflichen Schulen eine bedeutende Rolle (WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003).

In der Studie des WIAD aus dem Jahr 2003 wurde ein weiterer interessanter Aspekt dargestellt (Abbildung 2): Wird der Schultyp als Maßstab für die Position der Schülerinnen und Schüler in der sozialen Gesellschaftsstruktur verstanden, so wird eine beunruhigende Benachteiligung der sozioökonomisch schlechter gestell-

ten Schülerschaft deutlich. Eine Abnahme der Bedeutsamkeit des Schulsports im Lehrplan der beruflich orientierten Schulen addiert sich mit dem ohnehin geringeren Interesse der Betroffenen an sportlichen Aktivitäten zu einem immer deutlicheren Hervortreten der sozialspezifischen Unterschiede, die es dringend abzufedern gilt (WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003).

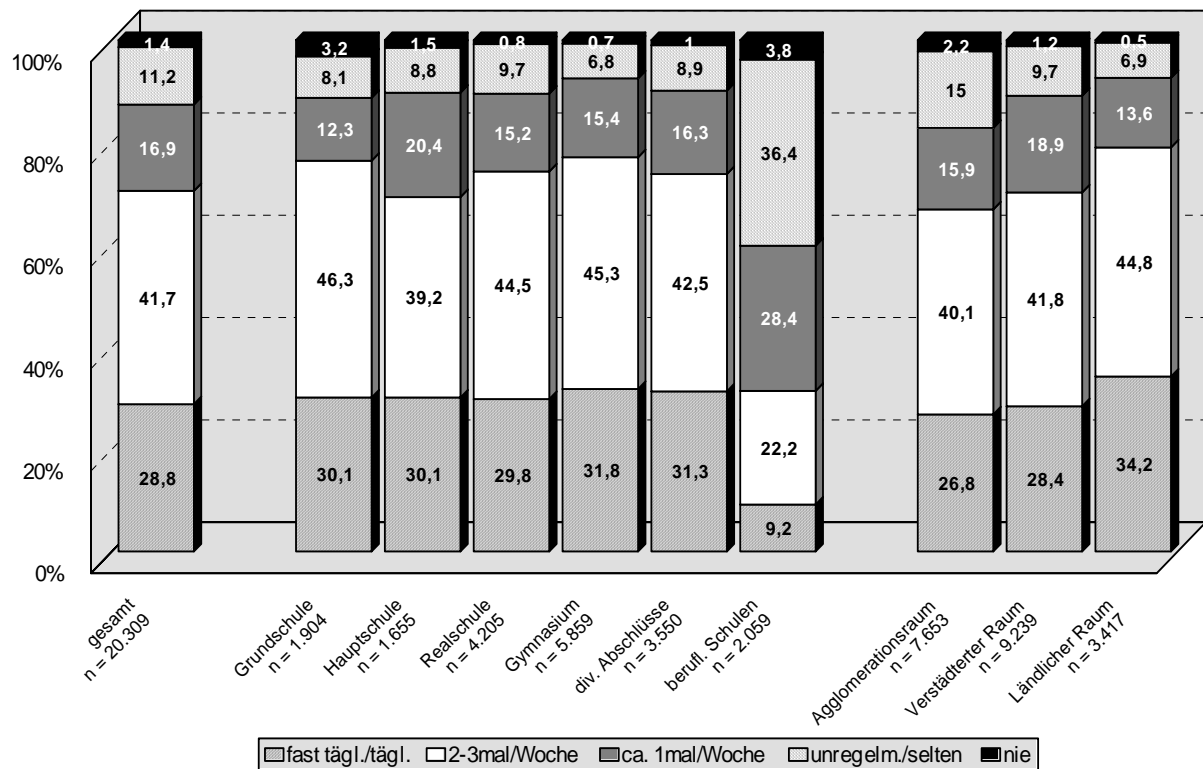


Abbildung 2: Sportpensum nach Schultyp und Regionstyp (Quelle: WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003)

Des Weiteren ist bekannt, dass Kinder sportlich aktiver Eltern signifikant häufiger Sport treiben als Kinder aus sportlich desinteressierten Elternhäusern. Damit kann eine vom Elternhaus geprägte Interessenstruktur wesentlichen Einfluss auf das Verhalten der Jugendlichen nehmen. Erfragt man in der beobachteten Altersgruppe, inwieweit der Wunsch nach mehr Sport besteht, zeigt sich interessanterweise, dass 45 % zukünftig mehr Sport treiben möchten. Dies betrifft speziell diejenigen Schüler, die einen mäßigen Fitnesszustand aufweisen wie dies z. B. bei Berufsschülern der Fall ist (WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003) (Abbildung 3).

Demgegenüber konnte das WIAD feststellen, dass schlechte sportliche Leistungsfähigkeit von den jungen Menschen häufig selbst nicht erkannt wird. So neigen gerade diejenigen Jugendlichen zu deutlicher Selbstüberschätzung in Bezug auf

ihren körperlichen Zustand, bei denen er am schlechtesten ist. Und dies ist wiederum insbesondere an berufsbildenden Schulen der Fall (WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003).

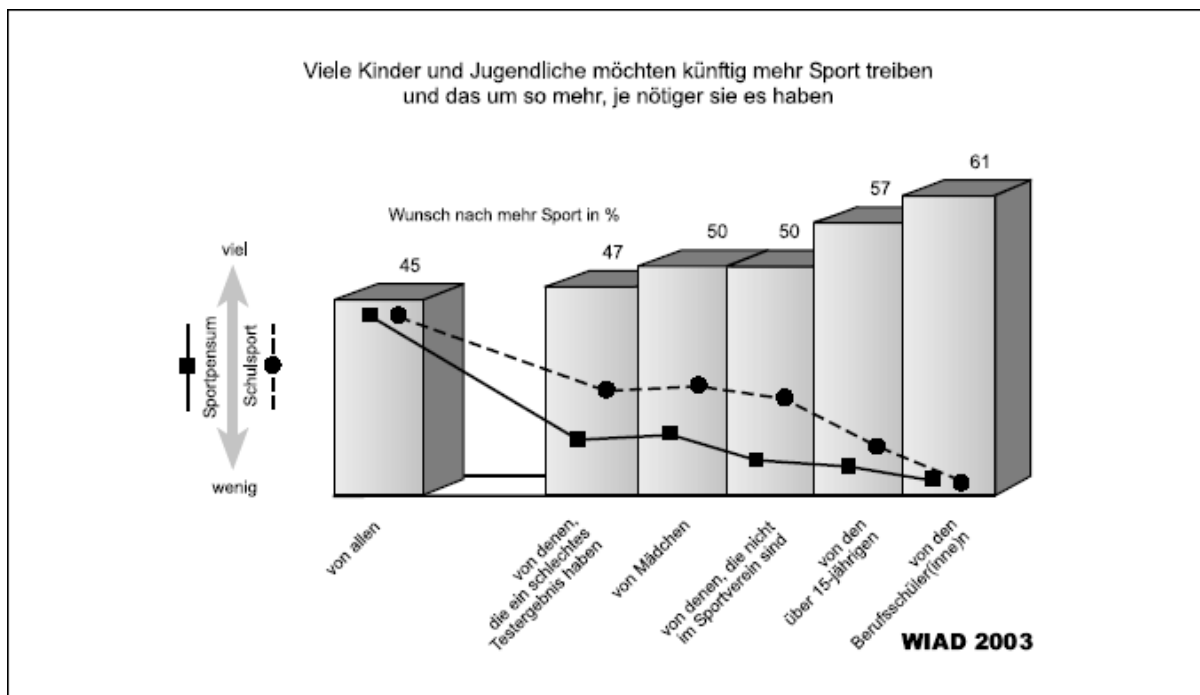


Abbildung 3: Wunsch nach Sport in Abhängigkeit von Sportmenge und ausgewählten Variablen (Quelle: WIAD-AOK-DSB-Studie II, 2003)

## 2.2 Sexualverhalten und Schwangerschaft

Die Effekte einer sozialen Graduierung zeigen sich nicht nur im Bereich der sportlichen Aktivität von Jugendlichen. In einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten und von Beraterinnen der pro-familia-Beratungsstellen in den Jahren 2005 und 2006 durchgeführten Befragung wurden insgesamt 1.801 schwangere Frauen unter 18 Jahren über ihren sozialen Hintergrund, ihre Partnerschaft und ihre Situation, in der es zur Konzeption kam, befragt. Derzeit werden jährlich acht bis neun von 1.000 15- bis 17-Jährigen schwanger, wobei fünf von ihnen sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden. Die Studie zeigte, dass Schulbildung einen bedeutenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden, hat. Bei gleicher Häufigkeit der Hauptschul- und Gymnasialpopulation ist das Risiko einer Schwangerschaft bei einer Hauptschülerin etwa fünfmal so hoch wie bei einer



Gymnasiastin. Begründet wird dies unter anderem dadurch, dass geringere Bildung und die heutzutage damit verbundene Perspektivlosigkeit das Risiko, ungewollt schwanger zu werden, drastisch erhöhen (BZgA, Medienpaket, 04/2005) (Tabelle 2).

Tabelle 2: „Wer wird schwanger?“ (nach Schulbildung; Angaben in %); (Quelle: BZgA-Forschungsbericht: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen)

	Alle	12-14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre
Hauptschule	54	49	52	59	52
Realschule	35	42	37	30	37
Gymnasium	11	9	11	11	11

Nicht nur das Bildungsniveau hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden, die soziale Komponente bestätigt diesen Befund. Wie in Tabelle 3 dargestellt, sind minderjährige Schwangere besonders häufig arbeitslos bzw. ohne Ausbildungsplatz, sie haben besonders häufig arbeitslose Eltern und ihre Partner haben besonders häufig eine geringe Schulbildung und sind außergewöhnlich häufig arbeitslos bzw. ohne Ausbildungsplatz (BZgA, Medienpaket, 04/2005).

Tabelle 3: „Wer wird schwanger?“ (nach sozialer Benachteiligung; Angaben in %): (Quelle: BZgA-Forschungsbericht: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen)

Schwangere	
Hauptschüler	54
Ohne Ausbildungsplatz, arbeitslos	51
Partner	
Hauptschüler	59
Ohne Ausbildungsplatz, arbeitslos	31
Eltern	
Vater arbeitslos	19
Mutter arbeitslos	22

Hinsichtlich der Verhütungsmethoden werden im BZgA-Forschungsbericht (BZgA, Medienpaket, 04/2005) folgende Angaben gemacht: 92 % der befragten jungen schwangeren Frauen sind ungewollt schwanger geworden. Daraus lässt sich

schließen, dass die Empfängnisverhütung fehlgeschlagen oder gar nicht erst praktiziert wurde. Interessanter Weise geben 60 % der Schwangeren an, dass sie sich mit Pille oder Kondom vor einer Schwangerschaft geschützt haben. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass diese Angaben im Sinne einer sozialen Erwünschtheit etwas geschönt sind, wird deutlich, dass die Jugendlichen in einer Situation schwanger wurden, in der sie unter Anwendung „sicherer Methoden“ sich auch sicher gefühlt haben. Dies deutet darauf hin, dass Anwendungsfehler bei Kondom oder Pille häufig vorkommen und dass die Information und das Erfahrungswissen gerade bei dieser jungen Zielgruppe verbessert werden müssen (BZgA, Medienpaket, 04/2005).

Die soziale Situation hat, wie bereits beim Ernährungsverhalten festgestellt, den größten Einfluss auf den Ausgang der Schwangerschaft bei minderjährigen Jugendlichen. Mit zunehmender Benachteiligung nimmt die Wahrscheinlichkeit des Abbruchs deutlich ab, die Tendenz zum Austragen deutlich zu. Das heißt, sozial benachteiligte Teenager werden besonders häufig schwanger, und wenn sie schwanger werden, werden sie besonders häufig Mütter (BZgA, Medienpaket, 04/2005).

Grundlage für die Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften, nicht nur bei Minderjährigen, ist die Vermittlung von Wissen zu Körpervorgängen und Körperlichkeit in allen Lebensphasen. Sexuaufklärung in einem umfassenden Sinne fördert und unterstützt Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben. Sie ist ein Beitrag zur Persönlichkeits- und Identitätsbildung (BZgA, Medienpaket, 04/2005). Im Zentrum steht die Förderung einer selbstbestimmten Sexualität von Jugendlichen. Fragen des Verliebtseins und Erproben von Kommunikation und Handlungsmodellen, die zur Identitätsstärkung und Persönlichkeitsentwicklung beitragen, spielen im Besonderen bei der Zielgruppe der sozial benachteiligten Jugendlichen eine Rolle. Erfahrungsgemäß ist ihr Informationsverhalten wenig stark ausgeprägt. Zudem sollte man nicht vergessen, dass Mädchen auch aus Gründen schwanger werden, die nicht in mangelndem Wissen oder der fehlenden oder fehlerhaften Anwendung von Verhütungsmethoden liegen. Noch zu selten werden Teenager-Schwangerschaften in den Zusammenhang fehlender Berufs- und Zukunftsperspektiven junger Mädchen gestellt (BZgA, Medienpaket, 04/2005).

## 2.3 Gewalt als gesellschaftliches und pädagogisches Problem

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention ist das Auftreten von Gewalt unter Jugendlichen. Melzer, Schubarth und Ehninger (2004) nehmen in Ihrem Buch: „Gewaltprävention und Schulentwicklung“ zu diesem Thema Stellung. Nach der Analyse von mehr als zehn Studien, die seit 1993 zu diesem Thema durchgeführt wurden, wird zusammenfassend dargestellt, dass in den Schulen ein enormer Handlungsbedarf an Gewaltprävention besteht. Die qualitativen und quantitativen Untersuchungen ergaben, dass psychische und verbal geäußerte Gewalt gegenüber den physischen Gewalttaten überwiegen (Abbildungen 4 und 5).

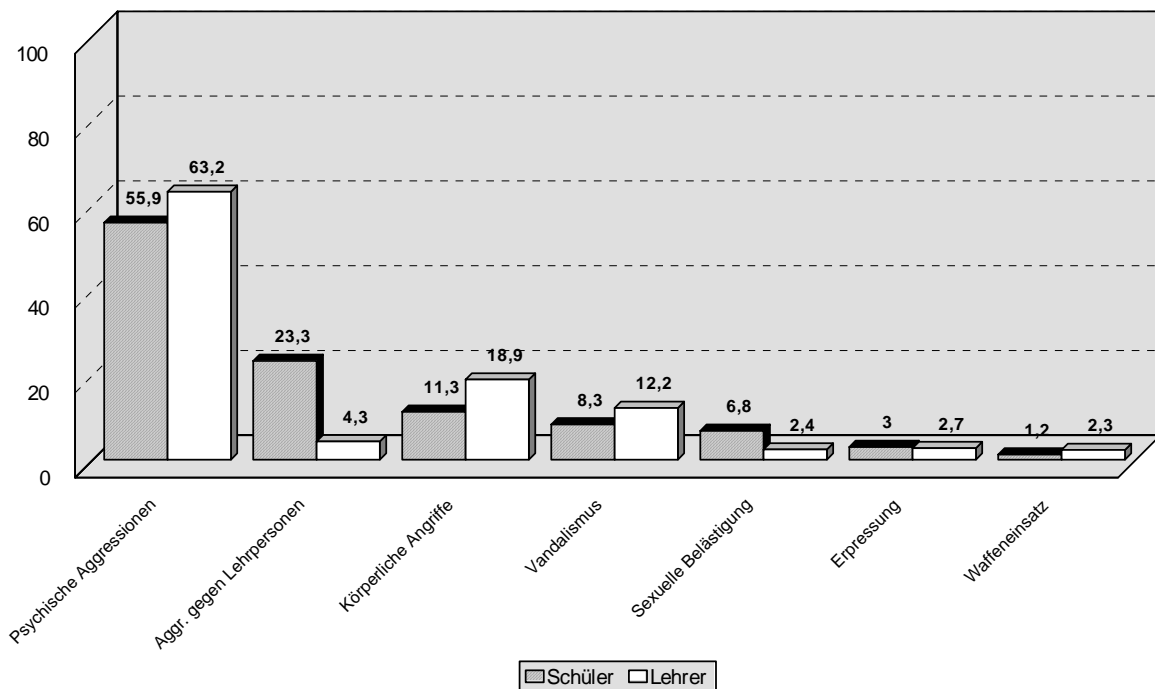


Abbildung 4: Vorkommenshäufigkeit der Gewaltphänomene aus Sicht der Schüler, Lehrer und Schulleiter (in Prozent) (Quelle: Melzer, Schubarth & Ehninger, 2004)

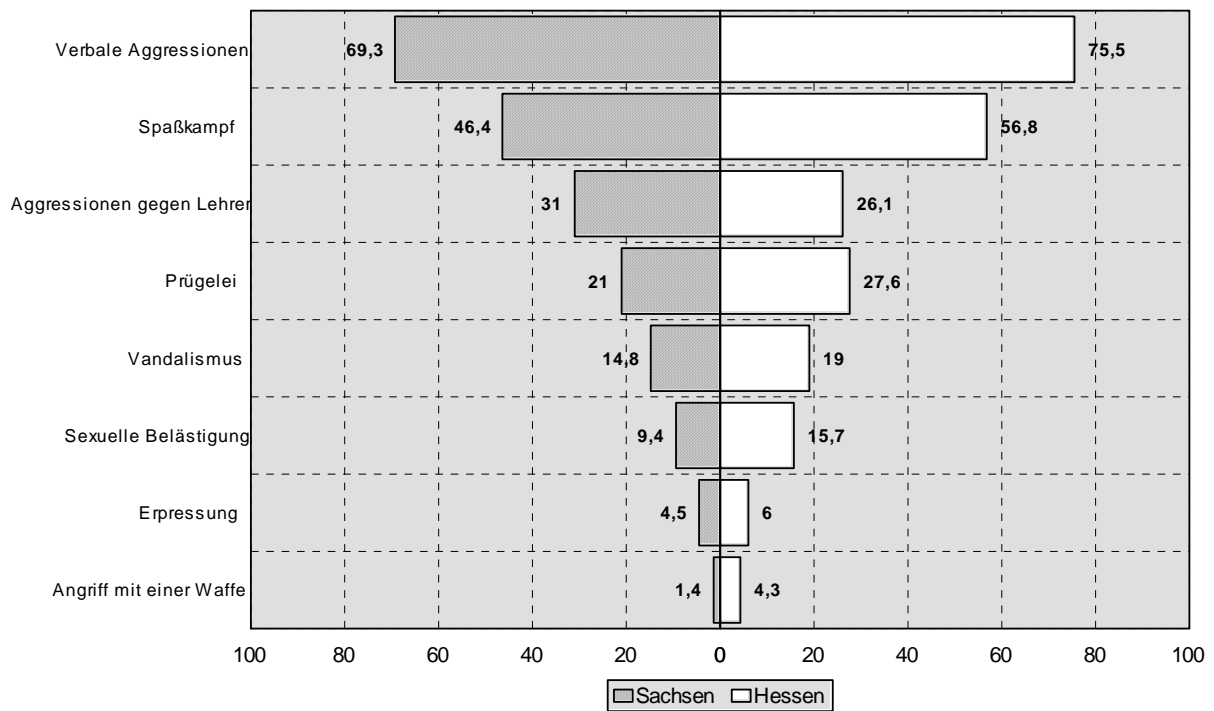


Abbildung 5: Wahrgenommene schulische Gewaltformen in Sachsen und Hessen (Prozentanteil der Schüler der mindestens mehrmals im Monat die angeführten Gewaltformen beobachtet hat) (Quelle: Melzer, Schubarth & Ehninger, 2004)

Neben den typischen Täter-Opfer-Beziehungen, die in allen Klassen anzutreffen sind, zeigt sich jedoch auch, dass im Durchschnitt die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler im Bereich der Schule nicht an Gewaltaktionen beteiligt oder in solchen involviert ist.

In einer Repräsentativbefragung (IM-Studie, 2001) unter sächsischen Jugendlichen gaben 51 % der Befragten im Alter von 15 bis 21 Jahren an, innerhalb der letzten 12 Monate Opfer alltäglicher Gewalt gewesen zu sein. Weiterhin konnte in der Befragung gezeigt werden, dass diese Gewalt, im Gegensatz zur öffentlichen Meinung, am häufigsten außerhalb der Schule stattgefunden habe. So waren Jugendliche etwa doppelt so häufig auf öffentlichen Plätzen mit Gewalt konfrontiert als in der Bildungseinrichtung.

In Bezug auf die Ursachen schulischer Gewalt weisen Melzer, Schubarth und Ehninger (2004) darauf hin, dass neben den bekannten Einflüssen, wie negatives Familienklima oder Erziehungsstil, die Verstärkung durch Gleichaltrige und der exzessive Medienkonsum wie auch die Schul- und Unterrichtskultur als Einflussfaktoren auf das Ausüben von Gewalt eine Rolle spielen. Die Veränderung dieser

Parameter bietet sich somit als grundlegendes Strategiekonzept zur Gewaltprävention an. Demnach ist die Schule ein passender Ort für Gewaltprävention, nicht nur wegen der Bedeutsamkeit im Lebenslauf eines Jugendlichen sondern auch, weil in den Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass ein Zusammenhang zwischen Schul- bzw. Unterrichtskultur und aggressivem Verhalten von Schülern besteht. Hinzu kommt die Tatsache, dass im Gegensatz zu außerschulischen Organisationen und Institutionen, die sich mit dem Thema Jugendarbeit befassen, die Schule ihre Klientel nicht erst „aufsuchen“ muss, sondern vielmehr im vorgegebenen Rahmen des Unterrichts eine Art Sozialisierung gewalttätiger Jugendlicher erfolgen kann. Dies verlangt aber ein nicht nur pädagogisch, sondern auch sozialpädagogisch professionell ausgebildetes Lehrpersonal. Grundlagen dieser zu erstrebenden Professionalität sollten bereits in der universitären Ausbildung oder später auch in der Fort- und Weiterbildung gelegt werden. Hier spielt auch die Frage nach Qualitätsentwicklung von Schule, bei der die Schulleitung eine wichtige Rolle übernehmen muss, mit hinein (Fend, 1998). Andere Quellen können belegen, dass bei hoher Lehrerprofessionalität, gutem Schulklima und positiven sozialökologischen Strukturen Schulangst, Leistungsdruck und problematische Verhaltensweisen unter Schülern weniger verbreitet sind. Stattdessen können sich Lernmotivation und Schulfreude besser entfalten, was wiederum Einfluss auf die Gesamtleistung der Schüler nimmt. Auch in einer Dresdner Studie konnte gezeigt werden, dass in Schulen mit hoher pädagogischer Qualität Schüलगewalt seltener vorkommt als in anderen vergleichbaren Schulen (Forschungsgruppe Schulevaluation, 1998).

### **3 Das Risikofaktorenmodell**

Zu Beginn der 1960er Jahre wurde mit dem Risikofaktorenmodell die derzeit einflussreichste Interventionsgrundlage und das wichtigste Erklärungsmodell in der Prävention und Gesundheitserziehung entwickelt. Es wurde als eine epidemiologisch begründete Erweiterung der biomedizinischen Lehrmeinung entwickelt. Diese Erweiterung war notwendig geworden, da eine direkte Übertragung naturwissenschaftlich-kausaler, biomedizinischer Erklärungsansätze auf heute vorherrschende chronisch-degenerative Erkrankungen nicht mehr oder nur in eingeschränktem Maße möglich und vor allem sinnvoll war.

In den Gesundheitswissenschaften wie auch in der Sozial- und Präventivmedizin bezeichnet man als Risikofaktoren alle Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten, die empirisch im Bevölkerungsmaßstab erhoben werden. Durch den Einfluss dieser Faktoren entsteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an einer nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder zu versterben. Das Modell trifft Aussagen über Wahrscheinlichkeitsbeziehungen in Bevölkerungseinheiten bzw. der Gesamtbevölkerung. Dabei haben die Risikofaktoren eine hohe und teilweise bestimmende Bedeutung für Fragen der öffentlichen Gesundheit und der öffentlichen Bewertung des Gesundheitszustandes sowie der Gesundheitsrisiken der Gesamtbevölkerung oder einzelner Gruppen.

Auswirkungen von Risikofaktoren auf den einzelnen Menschen sind in der Regel nicht kausal oder zwangsläufig, d. h., Risikoaussagen müssen nicht für jeden Einzelfall zutreffen. Eine Häufung von Faktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen deutlich, auch bei individueller Betrachtung.

Für die Betrachtung der heute epidemisch gewordenen Krankheiten wie z. B. Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK) und Diabetes mellitus muss ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen angenommen werden. Das Risikofaktorenmodell geht bei diesen Zivilisationskrankheiten von komplexen nicht-kausalen Entstehungszusammenhängen aus. Zu den wesentlichsten Erkrankungen und Haupttodesursachen gehören in den industrialisierten Gesellschaften kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen, bösartige Neubildungen sowie Diabetes. Die Identifikation der Risikofaktoren ist hier in Bezug auf Forschung und Prävention am weitesten vorangeschritten.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenmodell ist es sinnvoll, eine Einteilung bzw. Unterscheidung der möglichen Einflussfaktoren in zunächst zwei Kategorien vorzunehmen. Vorwiegend verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebundene Faktoren werden hauptsächlich nicht verhaltensgebundenen, eher sozialstrukturell/ökologisch bedingten Faktoren gegenübergestellt. Darüber hinaus lassen sich in einer dritten Kategorie unabänderliche, nicht zugängliche Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, familiäre und genetische Disposition zusammenfassen.

In Tabelle 4 sind beispielhaft epidemiologisch nachgewiesene Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten und/oder bösartige Neubildungen dargestellt.

Ergänzend zu den o. g. Risikofaktoren müssen weitere soziale Umweltrisiken angenommen werden. So lassen sich medizinsoziologische Determinanten erkennen die vorrangig der Arbeitswelt entstammen:

- psychosoziale Risikosituationen und -konstellationen (chronische Arbeitsbelastung in Form von Über- bzw. Unterforderung, mangelnde soziale Unterstützung)
- persönliche Risikodispositionen (kritische Lebensereignisse, belastende Lebensaltersübergänge)

Tabelle 4: Epidemiologisch nachgewiesene Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen und oder bösartige Neubildungen (Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2003)

<b>Personale Risikofaktoren der Lebensweise und des Organismus</b> (vorwiegend verhaltensgebunden bzw. persönlichkeitsbezogen)	<b>Strukturelle Risikofaktoren der Lebenslage</b> (vorwiegend nicht verhaltensgebunden)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabakkonsum (Zigarettenrauchen) und Passivrauchen</li> <li>- Übermäßiger Alkoholkonsum, chronischer Alkoholmissbrauch</li> <li>- Übergewicht, Adipositas, ungünstige Verteilung von Fettgewebe</li> <li>- Fehlernährung (hyperkalorische Ernährung, hoher Fettkonsum)</li> <li>- Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität (vorwiegend sitzende Lebensweise)</li> <li>- Chronische Stressbelastung und Stressüberlastung</li> <li>- „metabolisches Syndrom“ (hohe Insulinwerte bzw. erhöhte Insulinresistenz in Kombination mit einer verengerten Fibrinolyse, erhöhten Blutdruckwerten und erhöhten atherogenen Blutfettwerten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- berufliche bzw. ökologische Expositionen gegenüber Schadstoffen</li> <li>- chronisch starke Lärmbelastungen in der Arbeitswelt oder im Wohnbereich</li> <li>- Schichtarbeit</li> </ul>

Von der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind besonders häufig Menschen in Berufshierarchien mit unsicheren, häufig perspektivlosen Karriereaussichten, aber ebenso Menschen mit latenter Bedrohung durch Arbeitslosigkeit und in Bezug darauf mit erhöhtem Angstpotenzial oder Unzufriedenheit betroffen. Als sekundäre Risikofaktoren zeigen sich fehlender sozialer Rückhalt in der Familie und im Arbeitsumfeld.

Auch die INTERHEART-Studie (Yusuf et al., 2004) konnte feststellen, dass verschiedene Elemente, die psychosozialen Stress anzeigen (berufliches Scheitern, intrafamiliäre Konflikte, Tod des Lebenspartners, Gewalterfahrungen), in Beziehung zu einem erhöhten Risiko für den akuten Herzinfarkt stehen. Für ausgeprägte Stresserfahrungen war die Größe des Effektes zwar geringer als für das Rauchen, aber vergleichbar mit Bluthochdruck und abdominaler Adipositas. Somit nehmen psychosoziale Risikofaktoren als ursächliche Faktoren bei einer wesentlichen Zahl von Patienten mit akutem Herzinfarkt einen sehr viel größeren Stellenwert ein als bisher angenommen.

Bezieht man das Risikofaktorenmodell auf die Zielgruppe der Jugendlichen der Berufsschulen und ordnet die in Abschnitt 2 beschriebene Gesundheitssituation mit ein, so lassen sich hinsichtlich personenbezogener Risikofaktoren der Lebensweise und des Organismus sowie der strukturellen Risikofaktoren der Lebenslage deutliche Potenziale für die Entwicklung chronischer Erkrankungen erkennen. Berufsschüler insbesondere im BVJ stellen damit eine spezifische Risikogruppe dar, die zielgerichteter Präventionsmaßnahmen bedarf.

#### **4 Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule**

Die fünfte Fachtagung „Schule & Gesundheit“ (2006) des Hessischen Kultusministeriums fasst in ihrem Tagungsband Ansätze und Gründe für eine gezielte Gesundheitsförderung am Setting Schule zusammen.

##### **4.1 Standortbestimmung der schulischen Gesundheitsförderung zwanzig Jahre nach der Ottawa-Charta**

Das Leben eines Menschen ist in Bezug auf seine Krankheitsgeschichte dadurch gekennzeichnet, dass diese Geschichte je älter wir werden immer länger wird. Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass wenig Interesse für Krankheiten und deren zukünftige Bedrohung gezeigt wird. Dies musste im Verlaufe der Entwicklung von Gesundheitsförderung zwangsläufig zu einer Änderung der Inhalte der Gesundheitsbildung und -förderung führen. Wurde sich in der Vergangenheit mit Information



und Aufklärung über die Entstehung von Krankheiten vorwiegend an Schülerinnen und Schüler gewandt, „berücksichtigen Konzepte von „Gesundheitsfördernden“ und „Gesunden Schulen“ alle in der Schule Tätigen“ und binden mit der Frage: „Wie und wo entsteht Gesundheit und wie verhält sie sich?“ ebenfalls die Eltern in die Gesamtkonzeption mit ein (Heindl, 2001).

Seither stehen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt gesellschaftlicher Forderungen, möglichst früh auch außerhalb der Familien mit einer krankheitsunspezifischen Förderung der Gesundheit anzusetzen. Das Verständnis dieser Art von Gesundheitsförderung geht auf die Ottawa-Charta im Jahre 1986 zurück und betont: „Es lohnt sich, Gesundheit in sozialen Settings zu fördern.“

Deshalb hat die Frage „Wo stehen Schulen heute, zwanzig Jahre nach Ottawa? Können Schulen gesunde Organisationen werden?“ nichts an Aktualität verloren, vielmehr gewinnt sie aufgrund der immer noch verbreiteten Ansicht „Was hat Schule überhaupt mit Gesundheit zu tun?“ immer wieder neu an Bedeutung.

Initiativen und Projektideen sowie nach traditionellen Ansätzen gegliederte Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und -förderung gibt es an Schulen in Hülle und Fülle (Hessisches Kultusministerium, 2006). Oft jedoch lässt deren Nachhaltigkeit zu wünschen übrig und das Engagement einzelner Personen führt selten zu grundlegenden und vor allem wirksamen Veränderungen von Schulstrukturen. Das Modell der Gesundheitsfördernden Schule geht von einer Schule aus, die „lernen kann und sich verändern will“ und schließt dabei alle sozialen Organisationsstrukturen mit ein. Abbildung 6 fasst prinzipielle Möglichkeiten und die Ziele schulischer Gesundheitsförderung in übersichtlicher und verständlicher Weise zusammen.

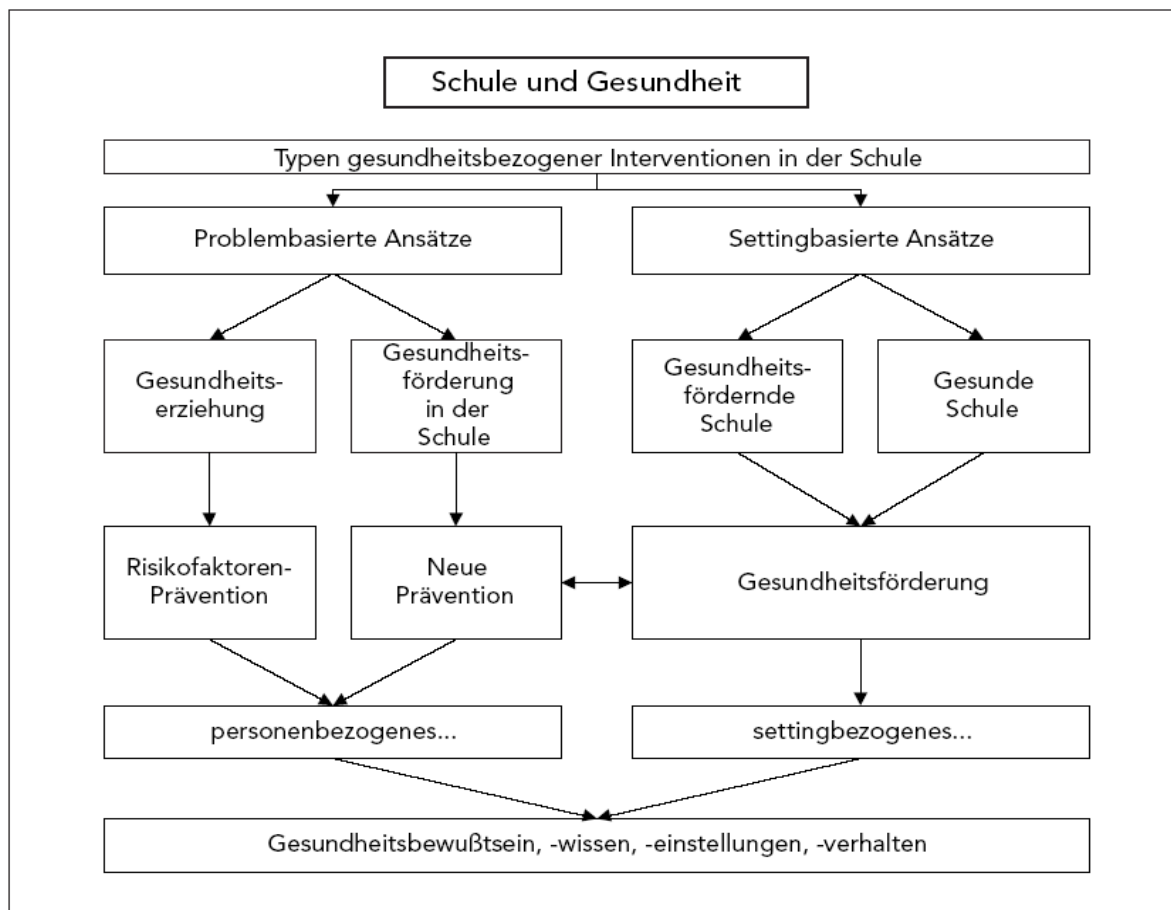


Abbildung 6: Typen gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen (mod. nach: Barkholz & Paulus, 1998, S. 12)

Das Konzept der „Gesundheitsfördernden“ Schule bzw. „Gesunden Schule“ ändert die Blickrichtung weg vom einzelnen Mitglied einer Schule auf die gesamte Einrichtung: Die Einzelinitiative, das einzelne Projekt wird im Sinne einer Schulentwicklungsperspektive reflektiert: Wie tragen einzelne Projekte zu einer gesünderen Schule bei? Wichtig ist dabei, das Projekt aus dem Klassenverband hinaus auf eine höhere Ebene zu transportieren und es schließlich zum Anliegen aller in Schulen Tätigen zu machen. So können Leitideen, Programme und Profile gesunder Organisationen entstehen, die zur verbindlichen Aufgabe von Schulentwicklung werden.

#### 4.2 Qualität in der schulischen Gesundheitsförderung

Die Qualität eines Gesundheitsmanagements, das sich an den Bildungs- und Leistungszielen einer Schule orientiert und als fester Bestandteil der jeweiligen

Schulkultur definiert werden soll, setzt Anforderungen an denen es zu messen und zu beurteilen ist. Zwei Dimensionen sind hierfür entscheidend:

1. Können Konzepte und Maßnahmen eines schulischen Gesundheitsmanagements erkennbar zur Entwicklung und Leistung der Schule beitragen? Dies ist die Frage nach der **Effektivität**.
2. Die Frage nach der **Effizienz** berücksichtigt die Wirksamkeit der Maßnahmen und Instrumente des schulischen Gesundheitsmanagements.

Versteht man Gesundheitsmanagement als Qualitätsmanagement (TQM), lässt es sich auf die vier Prinzipien einer Qualitätssicherung reduzieren (Hessisches Kulturministerium, 2006):

- Kundenorientierung (Gesundheitsbewusstsein, -wissen, -einstellungen, -handeln der Schülerinnen und Schüler)
- Prozessorientierung (Umsetzung der Maßnahmen; Nutzen der Instrumente; Gewinne für alle Beteiligten)
- Vorbeugendes Verhalten (rechtzeitige Intervention)
- Ständige Verbesserung (Programm; Maßnahmen; Instrumente)

#### **4.3 Der Stellenwert von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Bezug auf Schulqualität**

Seit Einführung des auf Antonovsky zurückgehenden Konzeptes der Salutogenese in den 1970er Jahren (BZgA, 1998) stehen auch in den Bereichen der Medizin, Gesundheits- und Sozialwissenschaften Bedingungen, die „gesund machen und somit auch die Leistungsfähigkeit erhalten oder gar steigern“, im Mittelpunkt des Interesses (Posse & Brägger, 2006). Im Vergleich zur betrieblichen Salutogeneseforschung steht sie im Bereich der Schule noch am Anfang. Badura formulierte 2004 in dem Gutachten „Auf dem Weg zur gesunden Schule. Was Schulen dabei von Betrieben lernen können“, dass sich leistungsfähige soziale Systeme vor allem durch vier gesundheitsfördernde Maßnahmen auszeichnen:

- die Möglichkeit zur Entwicklung vertrauensvoller Bindungen an einzelne Menschen, Gruppen, Organisationen
- positiv bzw. hilfreich empfundene Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld in Form von Zuwendung, Information, Anerkennung und praktischer Unterstützung

- gemeinsame Überzeugungen, Werte, Regeln, die die Berechenbarkeit als Voraussetzung für die Beeinflussbarkeit sozialer Systeme und die zwischenmenschliche Kooperation erleichtern
- eine mitarbeiterorientierte Führung, die sich um eine dementsprechende Gestaltung von Arbeit und Organisation bemüht sowie um klare Ziele und Transparenz

Hurrelmann und Settetobulte (2006) zeigen in aktuellen Studien, dass neben diesen Aspekten die Gesundheit und damit auch die Leistungsfähigkeit sowohl von SchülerInnen als auch vom Lehrerkollegium von sozialen Strukturen abhängig sind. Das „psychische Wohlbefinden“ hat, vor allem durch soziale Interaktion beeinflusst, großen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Wie in vielen Betrieben, so wird auch im schulischen Bereich der Aspekt des Wohlbefindens oder Wohlfühlens häufig vernachlässigt und als Privatangelegenheit verstanden. So führen geringe Offenherzigkeit, Toleranz oder Wertschätzung bei Schülerinnen und Schülern zu Leistungseinbußen im Lernverhalten oder gar zu verstärktem Auftreten von Verhaltensmustern wie Zynismus als ein Aspekt des Burnout, Mobbing oder sogar Erpressung und Nötigung.

Ein wichtiger Index für die Entwicklung psychosozialer Schutzfaktoren und damit auch für Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist nach Vuille et al. (2004) das Schulklima. Die Qualität des Schulklimas ist dabei von der Arbeit der Schulleitung und vom Engagement des Lehrerkollegiums für eine aktive Gesundheitsförderung anhängig (Posse & Brägger, 2006). Eine gute und gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag und schafft, durch die Implementierung gemeinsamer Überzeugungen und Werte, ein festes Grundgerüst zur Umsetzung nicht nur gesundheitsfördernder Maßnahmen. Klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung oder Suchtprophylaxe spielen dabei weiterhin eine wichtige Rolle. Dabei sind diese Themen jedoch nicht mehr nur inhaltliche Angebote, sondern werden zu Gestaltungsoptionen der Schule mit der Frage, wie pädagogische und organisatorische Prozesse in der gesamten Schule entwickelt werden können. Gesundheitsförderung an der Schule sollte sich weg von einem „Add-On“, einem Zusatzangebot (an) der Schule, hin zu einem integrativen, fächer- und strukturübergreifenden Schulentwicklungsansatz verändern (Posse & Brägger, 2006). Das Hessische Konzept Schule und Gesundheit (2006) formulierte dazu zwei wesentliche Kernaspekte:

- **„Selbstverpflichtung der Schulen – Zielvereinbarungen mit Lehrkräften“**

Schulgesundheitskonzepte der Vergangenheit haben eines immer wieder deutlich gemacht: Grundvoraussetzung für die Entwicklung, Vervielfältigung und Kommunikation einer Projektidee ist zum einen die Selbstverpflichtung derjenigen, die sich im Zentrum der Institution Schule befinden und zum anderen die innere Haltung der einzelnen Lehrkraft zum Aufgabenfeld Gesundheit. Die Entwicklung von Konzepten kann im Rahmen von Mitarbeitergesprächen durch selbstverpflichtende Zielvereinbarungen gefördert werden. Fassetten wie Erreichbarkeit und ständige Adaptation an veränderte Gegebenheiten sind wesentliche Elemente eines selbstevaluierenden Prozesses.

- **„Von Schule zu Schule – Gesundheit als Transferleistung“**

Angesichts zahlreicher Projekte bzw. Projektschulen zur Gesundheitsförderung (z. B. Lions-Quest, „Jugend will sich erleben“, „Gesunde Schule“) muss man sich die Frage stellen, warum sich die Konzepte nicht oder nur sehr langsam verbreiten?

Schulen, die im Rahmen öffentlicher oder privater Förderung Gesundheitsförderung in ihr Schulkonzept aufnehmen, sollten künftig vertraglich verpflichtet werden, andere Schulen für ihr Konzept zu gewinnen.

Abbildung 7 zeigt, dass neben innerschulischen Einflussfaktoren weitere Faktoren wirksam sind, die durch ihren Einfluss auf Leistungsbereitschaft/-fähigkeit die Entwicklung von Leistung kontrollieren und steuern.

In der Gesundheitspolitik und Prävention muss zusätzlich mehr Augenmerk auf die sozialen Lebensbedingungen gelegt werden. So haben Status und Strukturmerkmale der Familie Einfluss auf den Schüler als Individuum. Durch die Schaffung spezifischer Voraussetzungen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten, den gesundheitliche Status oder Beeinflussung von Motivation und Einstellung kann das resultierende Leistungspotenzial beeinflusst werden. In den Blickpunkt der Politik rückt aber auch die zunehmende soziale Ungleichheit. Wachsende Unterschiede z. B. in den Erholungsmöglichkeiten oder Bewältigungsressourcen sowie Unterschiede in der Wahrnehmung der gesundheitlichen Vorsorge sozial Schwacher z. B. im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen steigern die gesund-

heitliche Ungleichheit und gefährden die Gesundheit des Einzelnen. Stress durch finanziellen Druck oder schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, verbindet sich mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil (Schenk, 2004).

Kompetente Gesundheitsförderung und Prävention muss deshalb das Verhalten des Einzelnen in seinem funktionellen Zusammenhang und seiner Wechselwirkung mit den ihn umgebenden Strukturen verstehen. Das bedeutet, dass neben der zurzeit sicherlich dominierenden Stellung der Verhaltensprävention die Verhältnisprävention stärker in den Blickpunkt gezielter Strategien gerückt werden muss.

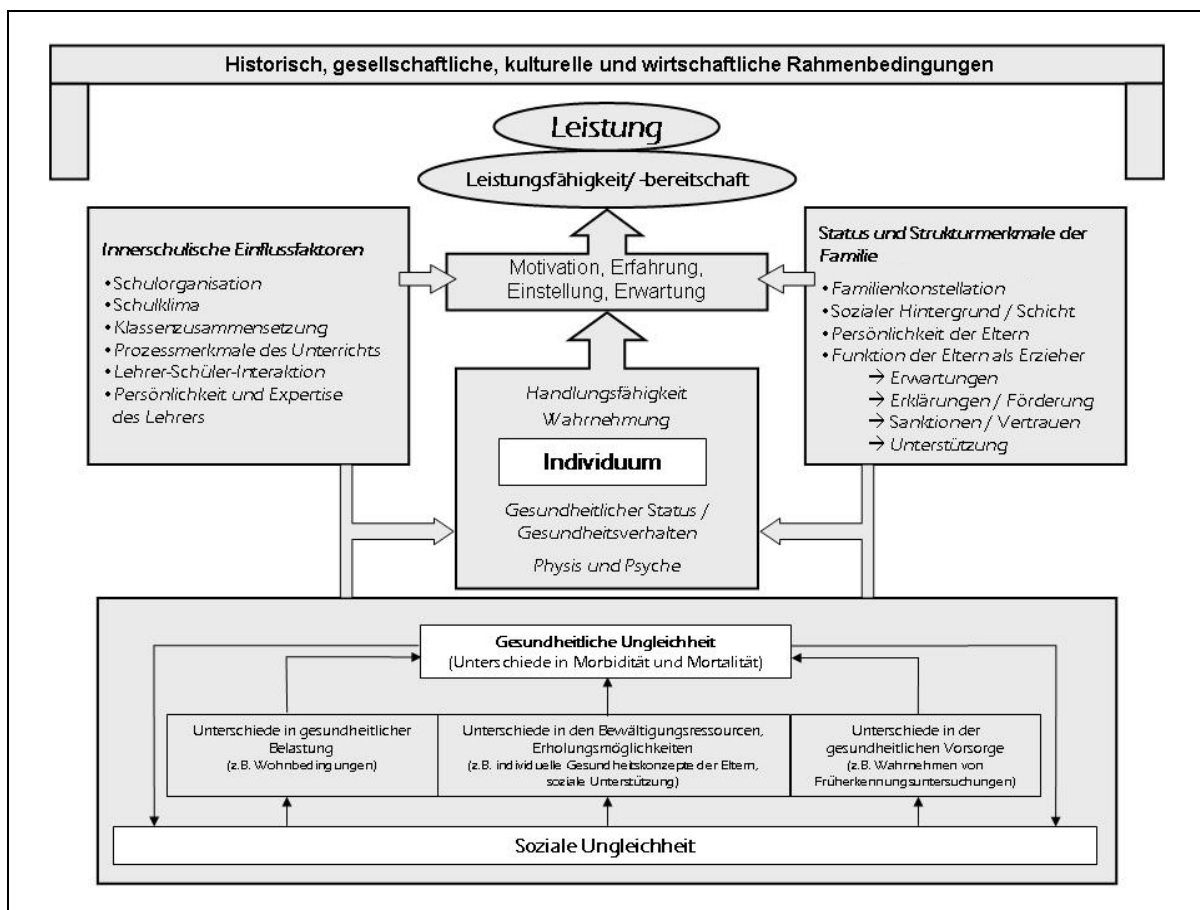


Abbildung 7: Einflussfaktoren auf das Zusammenspiel von Gesundheit und Leistung (mod. nach DGFP, 2004 und Schenk, 2004)

Gesundheitsförderung für Schüler als modulares Konzept der Projektarbeit fokussiert sich in Bezug auf funktionelle Zusammenhänge und Wechselbeziehungen insbesondere auf die Interaktionsebene zwischen Schülern und Lehrern. Diese

Interaktionsform macht einen großen Teil des schulischen Alltags aus und bildet die Grundlage von Erziehung und Wissensvermittlung. Hofer bezeichnet mit dem Begriff der Lehrer-Schüler-Interaktion „allgemein das wechselseitige Aufeinanderwirken im Wahrnehmen, Beurteilen, Kommunizieren und Beeinflussen von Lehrern und Schülern in der Schule.“ (Hofer, 1997). Er betont weiterhin, dass es Verhaltensweisen von Lehrern und Schülern sind, die zu Vermittlung partnerbezogener Kognitionen und Lehrinhalte dienen. Dabei sind schulische Erfahrungen der Schüler mit der Beziehung zum Lehrerkollegium verknüpft, im Gegensatz dazu hängt berufliche Zufriedenheit des Lehrers auch von der Beziehung zu den Schülern ab. Ergebnis der Schüler-Lehrer-Interaktion ist demnach eine wechselseitige Kontrolle, Abhängigkeit und Einwirkung des Einen auf den jeweils Anderen. Bei der Betrachtung des aktiven Schüler-Lehrer-Verhältnisses ist es jedoch wichtig zu bedenken, dass alle Beteiligten Individuen, die persönliche Bedürfnisse und Wünsche haben, weiterhin aber auch Träger einer gesellschaftlichen Rolle sind. Diese Rolle ist geknüpft an Erwartungen, die das mögliche Verhaltensrepertoire einschränken. Dies zu realisieren setzt in beiden Interaktionsgruppen oft das Erlernen von Verhaltensregeln oder -Vorschriften voraus, mit dem Ziel, den alltäglichen Umgang miteinander zu vereinfachen und Verhaltenssicherheiten zu schaffen, ohne die die Organisation Schule nicht funktionieren würde. Abbildung 8 verdeutlicht noch einmal grafisch mögliche Interaktionsräume im System Schule und stellt die Bedeutsamkeit der Schüler-Lehrer-Interaktion vor dem Hintergrund des dem Projekt zugrunde gelegten salutogenetischen Konzepts heraus.

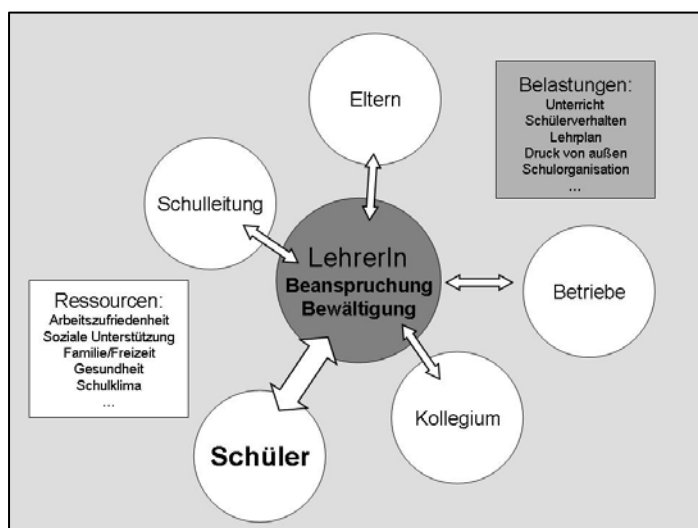


Abbildung 8: Interaktionsbereiche im System Schule

## **5 Grundlagen und Handlungsrahmen gezielter Gesundheitsförderung an der Berufsschule**

Die Ziele einer effektiven Gesundheitsförderung müssen zwei wesentliche Aspekte beinhalten. Zum einen sollten sie vor allem sozial Benachteiligte ansprechen, eine Zielgruppe, für die, z. B. bezüglich Beschwerdebauhäufigkeit und Erkrankungen bei Schulkindern (Glaser-Möller et al., 1992; Klocke et al., 1995) und auch bei der Zahngesundheit (Micheelis & Bauch, 1991) eine überproportionale Belastung festgestellt wurde. Das Risiko, mit Gewalt konfrontiert zu werden, wird ebenfalls gegenüber der Normalbevölkerung als besonders hoch bewertet. Im Gegensatz dazu besteht jedoch bei sozial Benachteiligten ein bedeutenderes Entwicklungspotenzial für Gesundheit durch Gesundheitsförderung (BZgA, 2005). Zum anderen stellen Kinder und Jugendliche in Deutschland zwar eine in großem Maße gesunde Gesellschaftsschicht dar, sind jedoch, was ihre gesundheitlichen Risiken angeht, eine besonders anfällige Gruppe. Eine Auseinandersetzung mit Aspekten der Gesundheitsförderung oder mit gesundheitsriskantem Verhalten wird bei Jugendlichen immer durch die Orientierung an Gleichaltrigen beeinflusst. Somit nehmen neben den biologischen und genetischen insbesondere die sozialen Faktoren wie Lebensstil und Lebensweisen einen nicht unerheblichen Platz in der Erhaltung der Gesundheit von Jugendlichen ein (Robert-Koch-Institut, 2004). Dieser gesellschaftliche Aspekt spiegelt sich in besonderem Maße bei sozial schwächer Gestellten wie zum Beispiel Jugendlichen in der Berufsschule, die in überbetriebliche Ausbildungen eingebunden sind, wider. So konnte die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Jugendgesundheitsstudie 2002 zeigen (Abbildung 8), dass Schülerinnen und Schüler mit geringerem Wohlstandsniveau ihren Gesundheitszustand auch selbst schlechter einschätzen als Jugendliche aus den oberen Wohlstandsschichten. Demnach beeinflusst der wahrgenommene Wohlstand das Erleben der Gesundheit der Heranwachsenden.



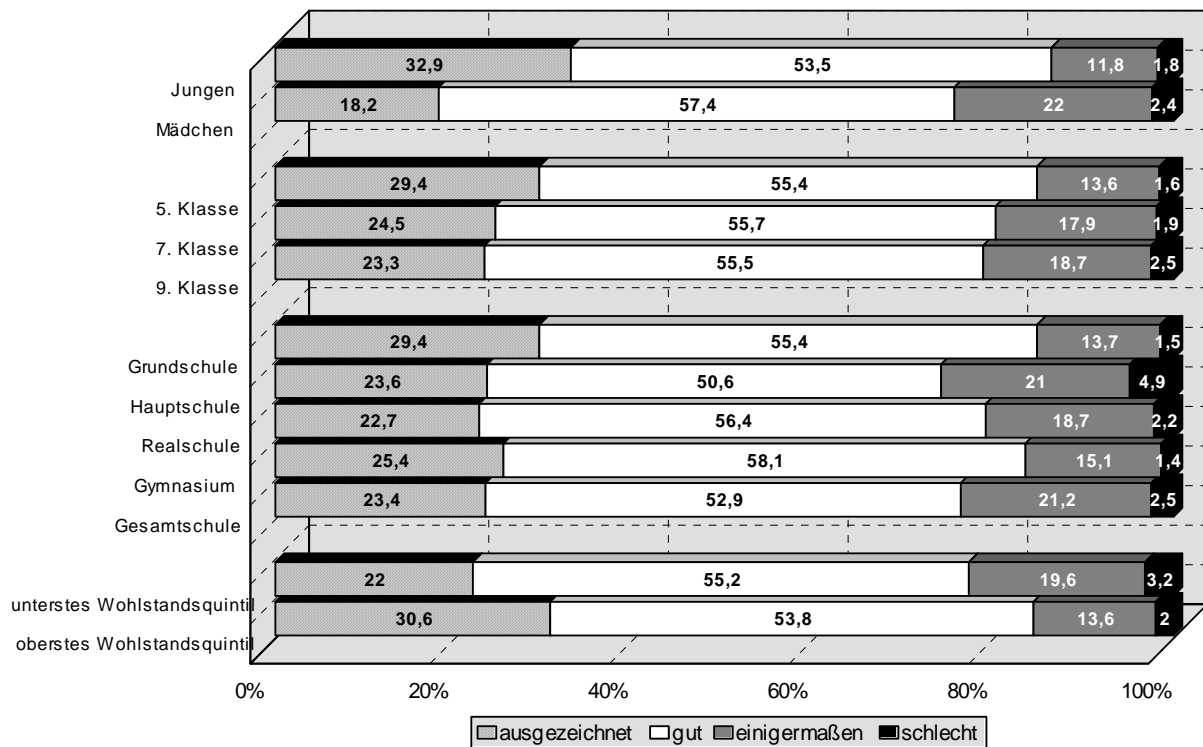


Abbildung 8: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie, 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704))

Die Schüler der berufsvorbereitenden Klassen ohne festen Ausbildungsplatz weisen eine Kombination von Merkmalen sozialer Benachteiligung mit reduzierten Gesundheitschancen auf (gehäuft unvollständige Vorbildung, sozial benachteiligte Elternhäuser u. a. durch Langzeitarbeitslosigkeit bzw. durch Sozialhilfeabhängigkeit) (Becker & Nietfeld, 1999). Ungünstige gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen sind die Basis eines gesundheitlichen Risikoverhaltens, das bereits in frühen Entwicklungsstadien der Jugendlichen beginnt und häufig durch elterliches Gesundheits- und Erziehungsverhalten beeinflusst wird (Fisher & Feldmann, 1998). In der späteren Entwicklung entscheiden Jugendliche zunehmend selbst, welches Verhalten für sie gesundheitsrelevant ist. Dabei beschreiben Engel und Hurrelmann (1993) in ihrem Buch „Was Jugendliche wagen“, dass Verhalten mit subjektiver Vorteilsgabe gegenüber solchem mit absehbaren Nachteilen bevorzugt ausgewählt wird. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze von Piquart und Silbereisen (2002) unterstützen diese deutlich altersbezogenen Veränderungen der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen im Jugendalter. Die Grundannahme besteht dabei darin, dass die meisten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen funktional für die Bewältigung von Aufgaben der persönlichen Entwicklung im Jugendalter sind. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die meis-

ten Verhaltensweisen nicht nur eine direkte gesundheitsbezogene Motivation haben, sondern, dass daraus resultierende Konsequenzen oft in den Hintergrund treten (Semmer et al., 1991). Eine Ursache dafür ist, dass Konsequenzen mit negativen gesundheitlichen Folgen meist nicht unmittelbar nach dem Verhalten eintreten, und dass das Risiko zu erkranken oft unterschätzt wird (Bundesgesundheitsbl, 2002; Weinstein, 1982).

## **5.1 Wirtschaftlicher Wandel als Problem für benachteiligte Jugendliche – berufsbildende Schulen als Brennpunkt**

Nach Geßner (2003) handelt es sich bei der Problematik arbeits- und ausbildungsloser Jugendlicher im System der berufsbildenden Schule um ein strukturelles Problem. Dies ist ein Grund dafür, dass es schwer zu lösen sein wird. Weiterhin beschreibt der Autor in seinem Artikel „Kooperation von Berufsschule und Jugendhilfe“, dass globalisierte Märkte, veränderte Produktionsverfahren sowie Arbeitsorganisationsformen und allgemeiner Fortschritt dazu beitragen, dass die Zahl derjenigen steigt, die in diesem Zusammenhang nicht mithalten, d. h., die die steigenden Ansprüche nicht erfüllen können. Komplexere Anforderungen, vor allem auch für un- oder angelernte Tätigkeiten führen zu einem Abbau so genannter „Einfacharbeitsplätze“ und werden zum anderen „die Chancen ausbildungsloser Jugendlicher ohne entsprechende Qualifizierungs- oder (Weiter-) Bildungsmaßnahme in absehbarer Zeit nicht verbessern“. Die Jugendlichen erkennen zum einen ihre ernste Situation, merken aber auch, dass die berufsbildende Schule für sie eine erzwungene „Parkmöglichkeit“ darstellt. Hinsichtlich einer erfolgreichen Integration in das Berufsleben bieten sich hier für die Heranwachsenden nur wenige Möglichkeiten. Die Folgen zeigen sich schnell und deutlich. Motivationsmangel seitens der SchülerInnen in Form häufiger Fehlzeiten, Leistungsverweigerung und „andere Formen aktiver und passiver Schulverweigerung“ stehen auf der Tagesordnung.

Resultat dieses Wandlungsprozesses ist, dass die berufsbildende Schule in steigendem Maße zu einer Art „Restschule“ generiert, mit der Aufgabe, noch schulpflichtige Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr) vor allem in elementar bildenden Kulturtechniken zu unterrichten. Nicht selten erschöpfen sich die Möglichkeiten der Schulen und der Unterricht scheitert an dem Anspruch einer optimalen Förderung, verkommt zunehmend zu einer spezifischen Art von Beschäftigung. Hin-

zu kommt, dass die berufsvorbereitenden Klassen der berufsbildenden Schulen beim Lehrpersonal eher unbeliebt sind. „Diese sehen sich lieber als fachtheoretische und berufspädagogische Experten und sind auch allein als solche ausgebildet worden“ (Geßner, 2003). In Hospitationen konnte festgestellt werden, dass die Motivation, sich um schwierige Jugendliche, die durch Verhaltensauffälligkeiten, Lernunwilligkeit oder schulverweigerndes Verhalten auffallen, zu kümmern, eher gering ist. Stößt die Berufsschule bei der Betreuung dieser Art Jugendlicher an die Grenzen ihrer pädagogischen Kompetenz?

Eine Möglichkeit zur Problemreduktion könnte die Unterstützung durch Sozialarbeiter bieten. Aber eine Integration dieser in das System Schule wirft vielerlei Probleme auf. Zum einen scheint die Eingliederung ein finanzielles Problem zu sein, somit gibt es Sozialarbeiter nicht an allen Schulen. Zum anderen gibt es dort, wo sie institutionalisiert sind, oftmals Abgrenzungsprobleme zum Lehrerkollegium. „Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter sind eher ungleiche Partner.“, so Geßner (2003). Sozialarbeit wird häufig als eine Art „pädagogische Feuerwehr“ gesehen, die sich mit unbequemen, den Unterricht störenden Schülern befasst und so dem Lehrer, im Sinne eines ungestörten Unterrichtens, den Rücken frei hält. Ein drittes Problem wird bei der Betrachtung der Schülersicht deutlich: Der Sozialarbeiter wird von vielen Schülern als Teil des Kollegiums angesehen und ist dadurch nicht in ausreichendem Maße glaubwürdig.

Geßner arbeitet weiterhin heraus, dass die größte Problematik der jugendlichen Schüler aber auch innerhalb des Systems berufsbildender Schulen ungelöst bleibt und bleiben muss: Das Anliegen, eine Ausbildungsstelle/einen Arbeitsplatz oder „geeignete Unterstützungsleistungen“ zu finden, kann zumeist nicht erfüllt werden. „Vieles spricht deshalb dafür, dass eine Kooperation von berufsbildender Schule und Jugendsozialarbeit/Jugendberufshilfe besser durch die Zusammenarbeit mit externen, institutionell von der Berufsschule getrennten Trägern aufgebaut werden kann“, schreibt Geßner und geht davon aus, dass von dieser Kooperation können alle drei Partner profitieren könnten. Die Schulen würden eine Entlastung in Bezug auf ihre Aufgabe, auch benachteiligte Jugendliche zu unterrichten, erfahren. Die Träger der Benachteiligtenförderung könnten präventiv – noch bevor sich ein Prozess der Ausbildungs- und Arbeitslosigkeit einstellt – die Jugendlichen näher kennen lernen und adäquat beraten. Die Jugendlichen selbst würden Perspektiven aufgezeigt bekommen, die ein klassisches System Schule möglicherweise nicht bieten kann.

## **6 Schlussfolgerung für die Arbeit im Projekt „Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern“**

### **6.1 Die Zielstellung des Projektes**

Bei der Betrachtung der Entwicklung des Arbeit- und Gesundheitsschutzes kann festgestellt werden, dass zunehmende Komplexität ganzheitliches Handeln und vielschichtigere Betrachtungsweisen erfordern. Denn der Mensch, als Teil eines sozialen Netzwerkes, welches gekennzeichnet ist durch Zusammenwirken von Arbeit und Freizeit, Arbeitsinhalt und Organisation sowie Arbeitsumfeld und Lebensumwelt, wird immer bestimmender für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (Scheuch, 2002). So vollzieht sich ein Wandel im arbeitsmedizinischen Denken, der ganzheitliches Handeln auf Ressourcen orientierte Untersuchungen konzentriert und hierbei die Wechselwirkung von Mensch und Arbeitsprozess in den Vordergrund stellt. Methodisch findet eine Schwerpunktverlagerung von spezifischen Beanspruchungsparametern und objektiven Methoden hin zu subjektiven Größen und vorwiegend unspezifischen Parametern statt (Scheuch, 2002). Arbeitszufriedenheit als subjektiv reflektierte Größe ist eng mit Leistungsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden assoziiert und hat sich in der vorwiegend psychologisch orientierten Lehrerforschung als Forschungsgegenstand etabliert (Haufe et al., 1999). Bezieht man in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise beruflicher Belastungsfaktoren von Lehrern die Schüler als Akteure mit ein, resultieren Leistungsschwächen, Verhaltensauffälligkeiten sowie mangelnde Disziplin und Motivation der Schüler zusammengefasst als die fünf Hauptbelastungsfaktoren für Lehrer (Looks & Hacker, 2005). Ulich (1996) stellt diese schülerbezogenen Faktoren in einer Rangfolge sogar an die erste Stelle. Haufe et al. (1999) vergleichen in einer Studie zu Arbeitszufriedenheit Lehrerinnen und Lehrer unterschiedlicher Schulformen hinsichtlich der Zufriedenheit. Dabei wurde nachgewiesen, dass neben der nervlichen Belastung im Beruf insbesondere die mangelnde Lernmotivation der Schüler die Arbeitszufriedenheit der Berufsschullehrer beeinträchtigt. Berufsschullehrer werden in diesen Bereichen lediglich nach von den Mittelschullehrern übertroffen. Hinzu kommt - wieder für beide Lehrergruppen in gleichem Verhältnis - die Unzufriedenheit mit dem Verhalten und den Fähigkeiten der Schüler. Hier werden Ansätze für eine gezielte Prävention durch die Verbesserung der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern deutlich. Nach Seibt et al. (2004) sind es neben persönlichen Lebensgewohnheiten vor allem die beruflichen

Tätigkeiten, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1979), das als Konzept der „Handlungsfähigkeit“ zusammengefasst werden kann (Seibt et al., 2004), sieht als Voraussetzungen für Gesundheit situative und personale Ressourcen. Letztere bezeichnen situationsüberdauernde gesundheitserhaltende und -wiederherstellende Handlungsmuster sowie Überzeugungen von Menschen. Situative Ressourcen hingegen bezeichnen organisationale Bedingungen, die die Entwicklung individueller Fähigkeiten ermöglichen (Antonovsky, 1987). Angesichts dieses Konzeptes und der aktuellen Situation des Lehrerberufes wird die Bedeutung von Präventionsarbeit deutlich. Haufe et al. (2003) konnten an sächsischen Gymnasiallehrern zeigen, dass das Ansehen des Lehrerberufes in der Öffentlichkeit, aber auch die derzeitige Schulorganisation als defizitär erlebt werden. Die erzieherische und teilweise auch pädagogische Fachkompetenz der Lehrer ist wenig anerkannt, da sich viele Eltern in Erziehungsfragen kompetenter fühlen und dem Lehrer in erzieherischen Fragen eher eine ergänzende Funktion zusprechen. Vor dem Hintergrund dieser Tatsache ist verständlich, dass Probleme in der Lehrer-Schüler-Interaktion und darüber hinaus auch in anderen Interaktionsbereichen entstehen. Zusammenfassend kann man sagen, dass das Lehrpersonal unter massivem Erwartungsdruck unterschiedlichster Adressaten steht (Stahl, 1995). So verlangen Schüler nach Hilfe, Fürsorge, Orientierung und nicht zuletzt Wissensvermittlung, Eltern erhoffen sich Entlastung und Zusammenarbeit. Auch die Schule als Organisation stellt Anforderungen an den einzelnen Lehrer in Bezug auf Unterstützung, Kollegialität und Solidarität. An diese Erwartungen sind nicht zuletzt häufig höchste Anforderungen an Qualität und Engagement geknüpft „mit einem Personal, das alles mitmacht und niemals klagt“ (Seibt et al. 2004). Zwar handelt es sich um ein komplexes und kompliziertes Gefüge von Anforderungen und psychosozialen Einflussfaktoren, jedoch lassen sich Ansätze zur zielgerichteten Nutzung organisationaler und individueller Ressourcen erkennen, die zu einer Beanspruchungsreduktion beitragen können (Haufe et al., 2003). Spezifische Ansätze werden im Rahmen des Projektes erarbeitet, gezielt auf die Interaktionsebene ausgerichtet und nachfolgend beschrieben.

## 6.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt Schule

„Gesundheit ist kein Zustand, der vorhanden ist oder nicht, sondern eine Balance zwischen körperlichem und seelischem Wohlbefinden, die im täglichen Leben immer wieder neu herzustellen ist“ (Hessisches Kultusministerium, 2006). Auch hier zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang von schulischer Arbeitswelt, Leistung und Gesundheit. Die Arbeitswelt mit ihren Aufgaben der Arbeitsbewältigung und Problemlösung braucht gesunde Menschen. Darüber hinaus ist für viele Menschen die berufliche Arbeit mehr als die Notwendigkeit, Geld zu verdienen. Das Einbringen seiner Arbeitskraft für sinnvolle Ziele macht nicht nur Spaß, es bringt zudem Erfolgserlebnisse und subjektive die Wahrnehmung von Gesundheit (DGFP, 2004). Ein wichtiges Handlungsfeld ist die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Bedeutung der Gesundheit nicht erst im arbeitsbedingten, sondern grundlegend bereits im schulischen Kontext. Die bewusste Ausrichtung des Handelns auf Gesundheit, aber auch die ständige Prüfung der eigenen Haltung, schafft die Voraussetzung für die Verbindung von Arbeit, Leistung und Gesundheit und legt Grundlagen für die Bildung eines schulischen Gesundheitsmanagements.

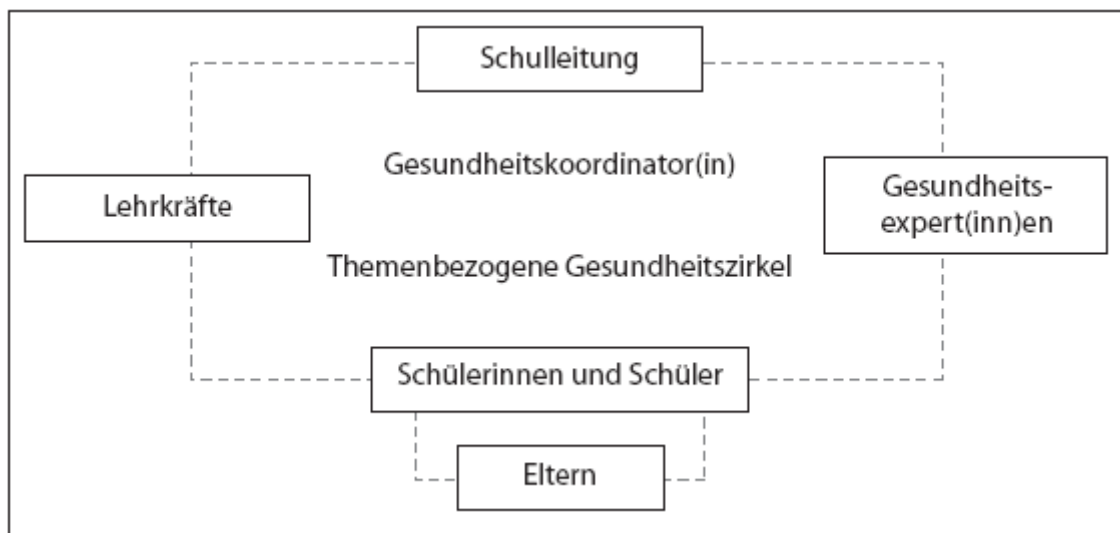


Abbildung 9: Sensibilisierungsgruppen (mod. nach DGFP, 2004, S. 32)

Die Basis für eine „Sensibilisierung für die Bedeutung der Gesundheit im schulischen Kontext“, in Verknüpfung mit dem Bewusstsein einer zukünftigen Arbeitstätigkeit, ist in der Berufsschule als Setting zu finden. Im berufsvorbereitenden Jahr mit wechselndem praktischem und theoretischem Unterricht kann der Schü-

ler nicht nur über Aspekte der allgemeinen Gesundheitsförderung aufgeklärt werden, sondern direkt und praxisnah mit Themen der arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsförderung konfrontiert werden. Voraussetzungen für die effektive Gestaltung der gesundheitsfördernden Maßnahmen müssen auf unterschiedlicher Ebene geschaffen werden, denn nicht nur die Zielgruppe Schüler, sondern auch, wie in Abbildung 9 dargestellt, Schulleitung und Lehrkräfte, Gesundheitsfachkräfte, ja sogar die Elternschaft, müssen sensibilisiert werden. Dabei ist es von Bedeutung, dass sich die gesamte Schule unter Beteiligung der Schulleitung zum Konzept einer die Gesundheit fördernden Schule bekennt und dies nach innen und außen hin vertritt. Mitarbeitergespräche und die Förderung einer gesundheitsförderlichen Kommunikationskultur schaffen den internen Rahmen. Die Lehrerschaft ist im Gesamtkonzept eine weitere wichtige Zielgruppe. Ihre zentrale Aufgabe ist nicht nur die fachliche und pädagogische Arbeit, die z. B. in der Kontaktaufnahme zu Gesundheitsfachkräften als Kooperationspartner und Integration entsprechender Themen in den Unterricht besteht, sondern auch die Vorbildfunktion in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten. Externe Fachkräfte bringen in den Unterricht gesundheitswissenschaftliches Knowhow ein. Dieses Wissen macht sie zu authentischen Akteuren und verschafft ihnen somit eine besondere strategische Position als Gesundheitskoordinatoren. Die SchülerInnen als Zielgruppe im Zentrum der Gesundheitsförderung in der Bildungseinrichtung sollen durch persönlichkeitsbezogene Motivation und eine dem Anspruchsniveau des BVJ entsprechend sinnvolle Zielsetzung einen unmittelbaren Gesundheitsgewinn erzielen. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass die SchülerInnen dabei nicht aus der Verantwortung genommen werden, im Gegenteil, sie sollten in zunehmendem Maße und mit eigenverantwortlichem Handeln zur Förderung ihrer Gesundheit beitragen. Dabei stellen die Elternhäuser die Basis gelebten Gesundheitsverhaltens der Schülerinnen und Schüler dar und sollten – sofern dies möglich ist - durch die Schule als externes Unterstützungssystem mit in das Gesamtkonzept integriert werden.

## **7 Umsetzung der Gesundheitsförderung für Schüler an den Modellschulen**

In der Phase der Entwicklung, Erprobung und Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Schüler an berufsbildenden Schulen sind zunächst vier Modellschulen aus der Region Dresden in das Projekt eingebunden. Unter dem Aspekt der im Projekt vereinbarten besonderen Berücksichtigung sozialer Benachteiligung sind Jugendliche mit verminderten Arbeitsmarktchancen aus den berufsvorbereitenden und berufsgrundbildenden Klassen sowie die in diesem Bereich tätigen Lehrpersonen hierfür die Zielgruppen.

Es wird ein modular strukturiertes Präventionskonzept angewendet.

### **7.1 Struktur und inhaltliche Entwicklung der Module**

Um im Projekt gezielt präventiv tätig zu werden, wurde zunächst die aktuelle Situation der Zielgruppen erfasst. Schulbehörden, Aus-, Fort- und Weiterbildner sowie Lehrer wurden in Einzelinterviews und Gruppendiskussionen befragt, welche primärpräventive Inhalte bereits in die universitäre Lehrerausbildung sowie in die Fort- und Weiterbildung integriert sind. Für eine Situationsprüfung wurden zusätzlich Lehrpläne analysiert. Berufsschullehrer wurden gezielt danach gefragt, welche psychischen oder psychosomatischen Beschwerden vorliegen und ob sie sich durch die universitäre Ausbildung hinreichend auf ihre praktische Arbeit vorbereitet fühlen. In Bezug auf die Schüलगesundheit wurden die Lehrer um eine Einschätzung der Gesundheitssituation der Schüler gebeten. Des Weiteren sollten der eigene Präventionsbedarf sowie der der Schüler benannt werden. Die Ergebnisse der Informationssammlung sind in die weitere Entwicklung und Gliederung der im Projektantrag vorgeschlagenen Module eingearbeitet worden.

Für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung der kombinierten Zielgruppen gliedern sich die im Projektantrag formulierten Module wie in Abbildung 10 dargestellt in das Gesamtsystem von Ziel- und Anwendergruppen ein:

- *Modul M1, „Primärprävention in der Aus- und Weiterbildung“*, findet sich in der Anwendergruppe der universitären Ausbilder wieder und zielt auf die Auseinandersetzung mit präventiven Inhalten bereits zu Beginn einer Lehrerlaufbahn. Zielgruppe ist demnach der Lehramtsstudent.



- *Modul M2, „Primärprävention in der Fortbildung“*, hat als Zielgruppe den ausgebildeten und bereits berufstätigen Lehrer, der im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen, z. B. in Anlehnung an die Fortbildungsrichtlinien der Sächsischen Akademie für Lehrerfortbildung, mit Themen der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Bewältigungsstrategien) konfrontiert und damit befähigt wird, seine eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. zu verbessern.
- *Modul M3, „Selbstmanagement der Jugendlichen“*, stellt die Schüler als Zielgruppe in den Mittelpunkt. Dargeboten durch den Lehrer, der hier als Multiplikator agiert, in Kooperation mit geeigneten Akteuren aus dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden den Schülern auf attraktive und anschauliche Art und Weise Informationen zur Pflege und Förderung der eigenen Gesundheit vermittelt.

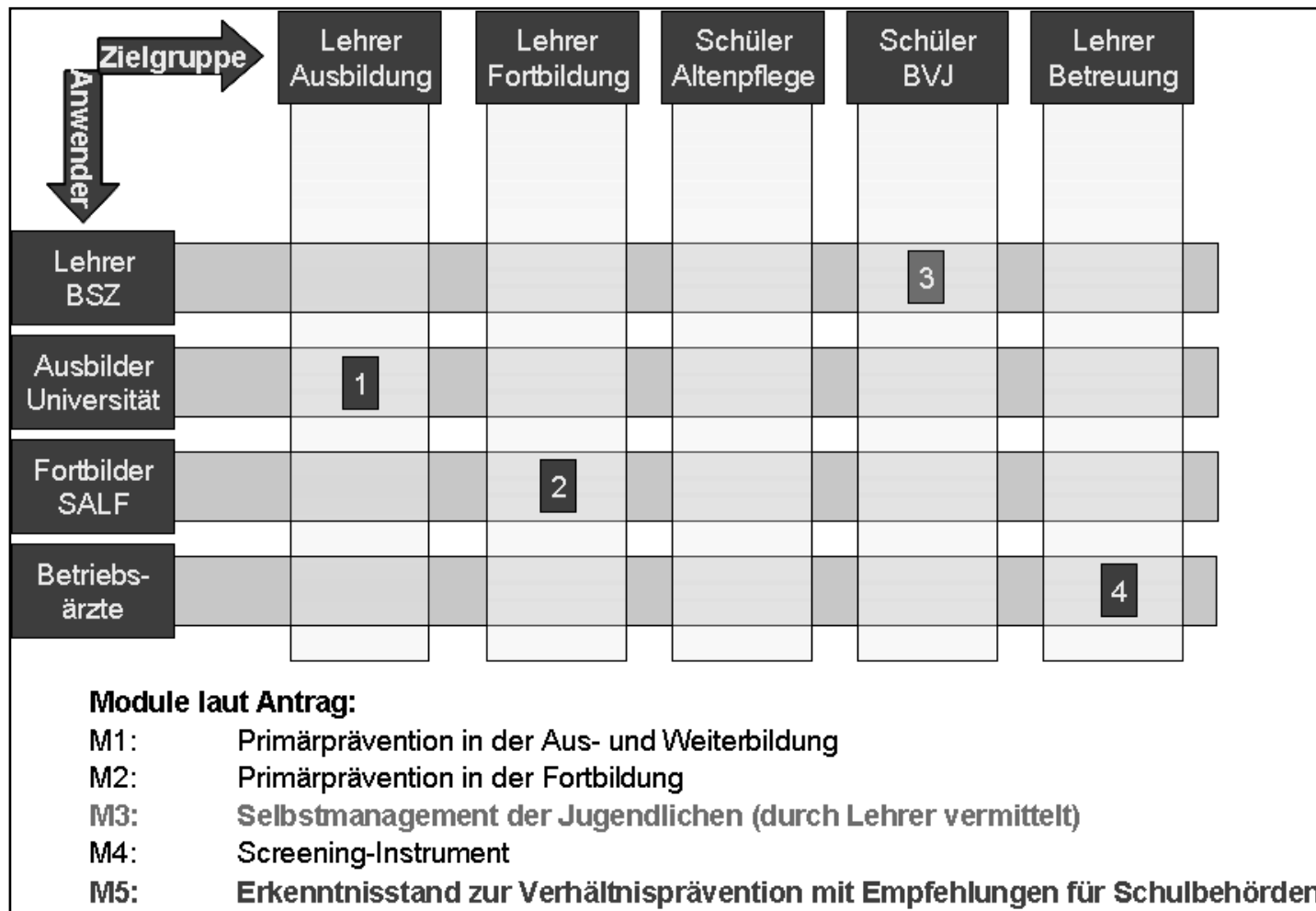


Abbildung 10: Modular strukturierter Projektaufbau, Eingliederung der Module in das System von Ziel- und Anwendergruppe

## **7.2 Struktur und inhaltliche Gestaltung des Moduls Selbstmanagement der Jugendlichen**

Dem Modul Selbstmanagement der Jugendlichen näherten wir uns auf drei verschiedenen Wegen. So wurden sowohl Lehrer um eine Beurteilung der gesundheitlichen Lage ihrer Schüler gebeten. In Gesprächen mit Mitarbeitern der Agentur für Arbeit wurde um eine schulexterne Einschätzung der Schülersgesundheit ersucht. In Gruppeninterviews mit den Schülern selbst wurde gefragt, welche Themen bei den Schülern in Bezug auf ihre eigene Gesundheit eine Hauptrolle spielen.

Die Ergebnisse der Befragungen der o. g. Personen zeigten, dass das Modul M3 einer weiteren Strukturierung bedarf. Von allen Befragten wurden drei inhaltliche Schwerpunkte benannt, die sich in der Weiterentwicklung des Moduls wieder finden (Abbildung 11).

### **7.2.1 Kompetenzwerkstatt**

Viele junge Menschen brauchen für ihre Berufsfindung und darüber hinaus für ihre Lebensplanung ein gutes Wissen darüber, wo ihre Interessen, ihre Stärken, ihre Kompetenzen liegen, um tragfähige Entscheidungen treffen zu können.

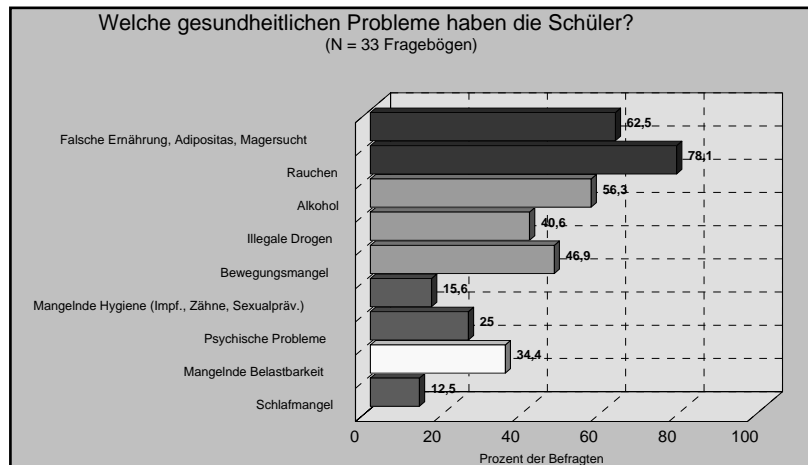
Das von Prof. Lang von Wins und Claas Triebel erarbeitete und in Tirol schon intensiv erprobte Konzept der Kompetenzenbilanz und der Kompetenzwerkstatt (Lang-von Wins & Triebel, 2005) stellt ein gelungenes Instrument dar, um mit dem Jugendlichen individuell eine sehr differenzierte Selbsteinschätzung erarbeiten zu können. In den Unterrichtseinheiten sollen die Instrumente und die Vorgehensweisen sowohl selbst ausprobiert als auch für die Multiplikation vor Ort vermittelt und erlernt werden, dabei wird das von Prof. Lang von Wins erprobte Konzept abgewandelt und auf das Setting Berufsschule abgestimmt.

## Modul 3 : Selbstmanagement für Jugendliche

### Interviews bei der Agentur für Arbeit

- Gibt es Probleme mit der gesundheitlichen Situation der Schüler? Wie schätzen Sie diese ein?
  - Drogenproblematik (legal / illegal) beeinflusst durch soziales Umfeld
  - Haltungsschäden (Wirbelsäule)
- Mangelnde soziale Kompetenz
  - Umgangsformen, Unhöflichkeit
  - Übungen wären sinnvoll: Bewerbungsgespräche, Gesprächsführung, Darstellung der eigenen Person, Verhältnis Bescheidenheit-Selbstbewusstsein

### Interviews mit Lehrern



### Schülergespräche

#### Präventive Bedürfnisse der Schüler

- Gesundheitsaufklärung durch „authentische“ Akteure
  - Arbeitsplatzrisiken
  - Ernährung, Rauchen, Sexualität
  - Projekte zum Thema Drogen
- mehr Sport/Fitness (z. B. Sporthallenbenutzung für BVJ)
- Veränderungen im Schulbetrieb
  - mehr Praxisunterricht
  - Mitgestaltung, eigene Meinung
  - Veränderungen im Lehrerverhalten
  - Informatikunterricht ausbauen
- Verhaltensänderungen fördern/unterstützen und stabilisieren
  - Mit Stress und Aggressionen umgehen können
  - Weniger provozieren, Kritik angemessen äußern und entgegennehmen
  - Sich besser konzentrieren, nicht so schnell aufgeben
- Einstieg ins Arbeitsleben unterstützen

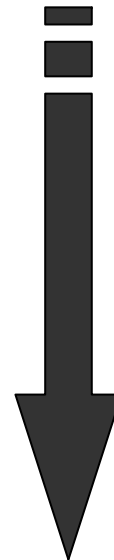


Abbildung 11:

Entwicklung des Moduls 3

**Strukturierung Modul 3:**  
**R2: Kompetenzwerkstatt**  
**R3: Training sozialer Kompetenz**  
**R4: Gesundheitsförderung für Schüler**

## **7.2.2 Training sozialer Kompetenz**

Soziale Kompetenz ist ein komplexes psychologisches Konstrukt und bezeichnet nach Döpfner (1981, zit. nach Jugert, 2001) die Verfügbarkeit und Anwendung kognitiver, emotionaler und motorischer Fertigkeiten, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen. Eine ähnliche Definition stammt von Goldfried & D’Zurilla (1969, zit. nach Manns, 2004). Er versteht unter Sozialer Kompetenz die „Effektivität und Adäquatheit, mit der ein Individuum fähig ist, auf die verschiedenen ihm begegnenden Problemsituationen zu reagieren (S. 132)“. Er führt weiterhin aus: „Effektiv ist [...] ein Verhalten oder Verhaltenmuster in problematischen Situationen, das die Situation so verändert, dass sie nicht länger problematisch ist, und das gleichzeitig ein Maximum an anderen positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen produziert (S. 132)“. Diese beiden Definitionen sollen die Grundlage des Verständnisses „Sozialer Kompetenz“ für das zu entwickelnde Soziale Kompetenztraining für BVJ-Schüler darstellen.

## **7.2.3 Gesundheitsförderung für Schüler**

### **7.2.3.1 Zielstellung**

Es wird ein strukturiertes und inhaltlich untersetztes Rahmenkonzept zur Integration von Lehrinhalten in den Unterricht zur Verfügung gestellt. Diese Lehrinhalte umfassen ausgewählte Themen der Primär- und Sekundärprävention sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Prävention im Bereich der arbeitsplatzbezogenen Risiken sowie auf Lebensstilfaktoren, Körperwahrnehmung und Körperbewusstsein.

Suchtprävention im Bereich des Gebrauches legaler und illegaler Drogen ist ausdrücklich ausgeschlossen. Dies begründet sich u. a. durch die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus zur Suchtprävention in Schulen des Freistaates Sachsen vom 28. Oktober 1993. In dieser wird Suchtprävention als pädagogische Aufgabe im Rahmen des allgemeinen Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule gesehen. Ergänzend dazu werden im „Ersten

Sächsischen Landesplan zu primären Suchtprävention“ die Aufgaben des „Aktivitätsbereich“ Schule beschrieben. Konzepte zur Suchtprävention sind als fester Bestandteil in die Schulentwicklung und Schulkonzeption zu integrieren. Vor allem langfristige Aktivitäten der Schulen werden durch die Regionalschulämter unterstützt. Zudem sind „Fortbildungen zur Thematik „Gesundheitsförderung/Suchtprävention“ inhaltlich stärker als bisher auf praktisches Erleben und Ausprobieren der methodischen Inhalte zur Förderung der Lebens- und Konfliktlösekompetenz ausgerichtet (Suchtprävention in Sachsen, 2001).“

Der vom Kultusministerium Sachsen entwickelte Orientierungsrahmen zur schulischen Suchtprävention fordert von den Schulen die Erstellung eines Konzeptes zur Suchtprävention. Dabei gibt er Anregungen zur Organisation schulischer Suchtprävention, die sich mit den organisatorischen Aufgaben innerhalb der Schule befasst. Des Weiteren werden „Spezielle Aufgaben der Schule beim Umgang mit Problemen durch illegale Drogen in der Schule“ beschrieben, wobei Verfahrensweisen und Maßnahmen im Umgang mit Drogen in der Schule angegeben sind.

In Anlehnung an den von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen formulierten Leitfaden Prävention vom Februar 2006 (Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006) werden Netzwerkstrukturen geschaffen, die über das Projektende hinausgehend die Nachhaltigkeit der durchgeführten Maßnahmen sichern sollen.

#### **7.2.3.2 Zielgruppen**

Zielgruppe des Moduls sind zunächst sozial benachteiligte Jugendliche mit verringerten Arbeitsmarktchancen im Alter von 16-18 Jahren, die im berufsvorbereitenden/berufsgrundbildenden Jahr der Berufsschule unterrichtet werden und eine (überbetriebliche) praktische Ausbildung in ausgewählten Fachdisziplinen (z. B. Farbe/Umwelt, Hauswirtschaft, Metallbau, Holzbearbeitung) erfahren.

In einem weiteren Schritt sollen Schüler in der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger als Beispiel für Primärprävention und Gesundheitsförderung in einer definierten Berufsgruppe mit spezifischen Anforderungen in die Interventionen einbezogen werden.

### 7.2.3.3 Anwender und Ansprechpartner

Der Modul wird im Rahmen der Unterrichtsgestaltung von einem Lehrer zunächst nur vorbereitet, später selbst angewendet. Deshalb wird dem Pädagogen mit dem Modul ein Leitfaden zur Verfügung gestellt, der zum gewählten Thema eine Übersicht über die externen Ansprechpartner sowie die von ihnen im Rahmen der getroffenen Kooperationsvereinbarungen angebotenen Themen und Vermittlungsmethoden bietet.

### 7.2.3.4 Zeitplan

#### *Erprobungsphase Schuljahr 2006/2007*

Die erste Erprobung des Moduls fand in zwei der vier Modellschulen im Zeitraum von November 2006 bis April 2007 statt.

Tabelle 5: zeitliche Einordnung in den Schuljahresablauf

Variante 1	Variante 2
<b>Zeitaufwand:</b>	
Durchführung im Rahmen einer <b>Projektwoche</b> (Dauer z. B. 3 Tage)	Pro Schulhalbjahr ca. 2 Veranstaltungen (à 2 Unterrichtsstunden = 90 Minuten) im Rahmen des Stundenplans in Zusammenarbeit mit den betreffenden Lehrern
<b>Kollektiv:</b>	
Einbeziehung des gesamten Schülerkollektives (BVJ/BGJ-Klassen) einer Schule	Durchführung im Klassenverband einer BVJ-Klasse (ca. 20 Schüler)
<b>Evaluation:</b> (durch den Lehrstuhl Methoden der Psychologie der TU)	
Als Kontrollgruppe für die Evaluation dient eine Klasse eines anderen in das Projekt integrierten Berufsschulzentrums oder die gesamte Schule	Kontrollgruppe ist eine andere BVJ-Klasse des jeweiligen BSZ

Prinzipiell ergeben sich die in der Tabelle 5 dargestellten beiden Möglichkeiten für die Durchführung der Interventionen. Entscheidungen über die Wahl der Varianten wurden nach Schuljahresbeginn (nach dem 4. September 2006) und noch

vor den Herbstferien in Absprache mit der Schulleitung sowie den Klassenleitern und den in Frage kommenden Fachlehrern getroffen. Vom Fitnessstraining im Rahmen des Sportunterrichts abgesehen, wurde in allen Fällen die Durchführung von Projekttagen der Integration der angebotenen Themenbereiche in den Unterricht vorgezogen.

### ***Einführung an den Modellschulen im Schuljahr 2007/2008***

Ab dem Schuljahr 2007/2008 steht der Modul R4 den Modellschulen zur weiteren Nutzung zur Verfügung. Die beiden in Tabelle 5 dargestellten Varianten bestehen weiterhin, Absprachen mit den Kooperationspartnern sollten von den Schulen selbst getroffen werden. Das Projektteam erbringt auf Wunsch unterstützende Vermittlungsleistungen.

### **7.2.4 Realisierung und Integration der Module R2/R3/R4 in das Gesamtprojekt**

Im Rahmen der Erprobungsphase wird eine Realisierung der Module R2/R3/R4 an den Modellschulen zunächst mit Unterstützung der Projektleitung erfolgen. Unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit müssen die Lehrer zukünftig, projektunabhängig und selbstständig zu einer Durchführung der Module in der Lage sein. Deshalb ist es notwendig, das Lehrerkollektiv als Multiplikatoren zu trainieren. Dies kann im Rahmen der Lehrerfortbildung geschehen.

Künftige Lehrer und Absolventen eines Lehramtstudiums sollen bereits im Rahmen ihres Studiums mit dem Thema Prävention konfrontiert werden. Im Sinne der Primärprävention ist eine Integration in die Curricula der Lehrerausbildung notwendig.

Die Prozesse der Multiplikatorenschulung wie oben beschrieben sind langwierig. Erfolge einer konsequenten Aus- und Weiterbildung sind erst mittelfristig spürbar. Deshalb ist eine kurzfristige Erprobung und Umsetzung an den Schulen nötig und wichtig.

Als Gesamtkonzept entsteht eine modulare Struktur wie in Abbildung 12 dargestellt.



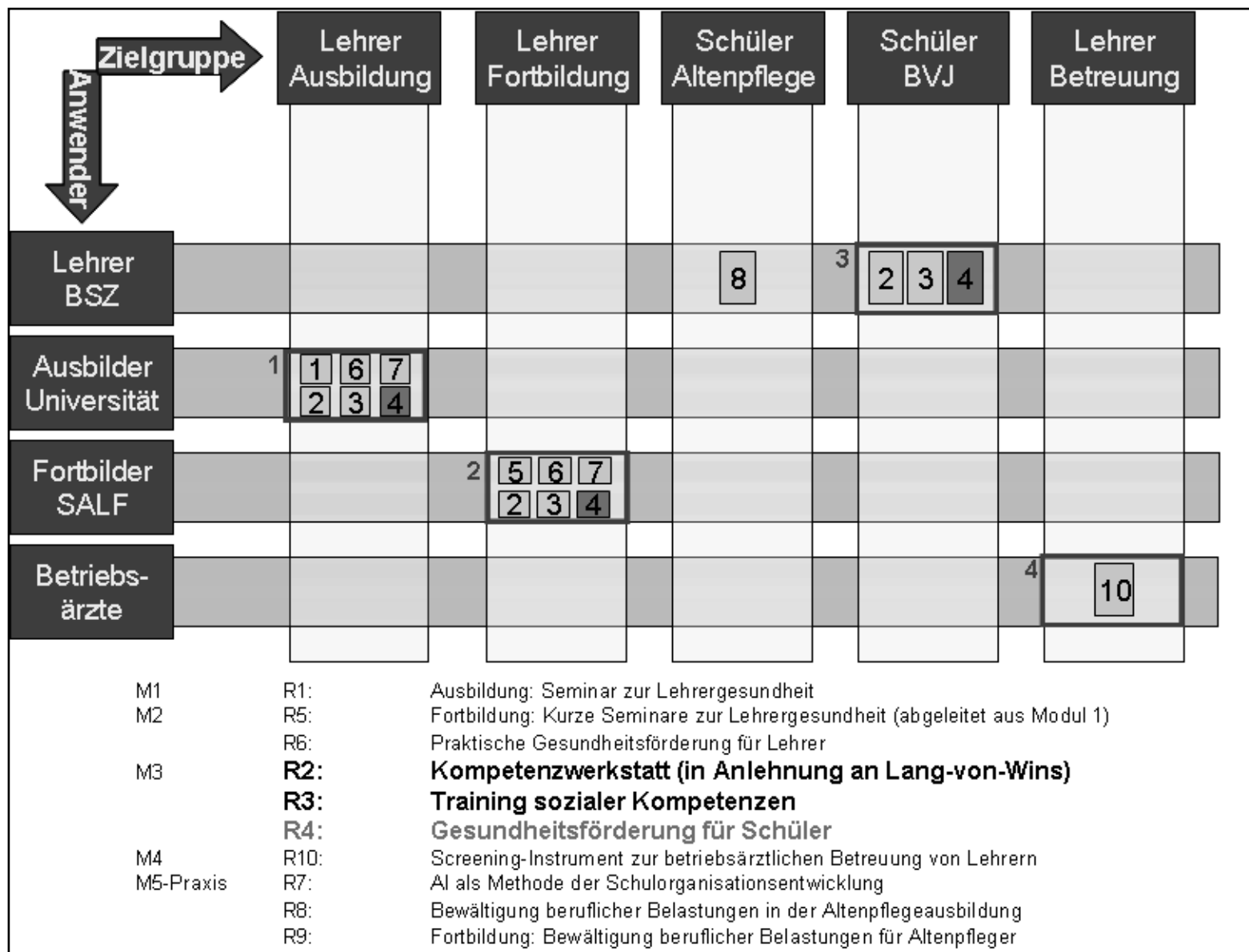


Abbildung 12: Modularer Aufbau des Präventionsprogramms, Strukturierung der Module

### **7.2.5 Struktur und Inhalte der Vor-Ort-Intervention „Gesundheitsförderung für Schüler“ an den Modellschulen**

Die Vor-Ort-Interventionen für Schüler gliedern sich in die zwei Hauptbereiche „Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren“ sowie „Körperwahrnehmung und gesunde Lebensweise“.

In der Abbildung 13 dargestellte Unterrichtseinheiten (UE) zu den genannten Themen stellen ein Angebot dar. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Ebenso wenig wird erwartet, alle Möglichkeiten in einem BVJ zu nutzen. Vielmehr hat der Lehrer hier die Chance, je nach Präventionsbedarf in der Klasse und eigenen Bedürfnissen aus dem Gesamtspektrum auszuwählen. Abbildung 14 fasst mögliche Ansprechpartner für die vorgeschlagenen Themenbereiche zusammen.

# Gesundheitsfördernde Maßnahmen für Schüler

**Gesundheitsförderung** umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Gesundheitsförderung ist als Prozess zu verstehen, der darauf abzielt, alle Bürger zu verantwortungsbewussten Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu befähigen. Durch die Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie des individuellen Verhaltens sollen bessere Vorkehrungen für gesundes Leben geschaffen werden.

**Prävention** zielt auf die Vorbeugung oder Früherkennung von Krankheit ab, dabei werden z.B. Impfungen, gesunde Ernährung, Früherkennung und ausreichende Bewegung propagiert.

## Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren

- UE 1: Heben und Tragen
- UE 2: Lärmschutz
- UE 3: Arbeitsplatzgestaltung/  
Ergonomie
- UE 4: Erste Hilfe am Arbeitsplatz
- UE 5: Feuchtarbeit
- UE 6: Hautschutz
- UE 7: Stressbewältigung
- ...

## Arbeitswelt

## Körperwahrnehmung und gesunde Lebensweise

- UE 8: Ernährungsprogramme
- UE 9: Sport und Bewegungsprogramme
- UE 10: Konfliktbewältigung und Gewaltprävention
- UE 11: AIDS - Beratung und Sexualerziehung
- ...

## Lebensstil

## Ausgeschlossen:

### Abhängigkeit/Sucht

- Alkohol
- Nikotin
- illegale Drogen
- ...

Abbildung 13: Struktur des Moduls R4: Gesundheitsförderung für Schüler, Gliederung der Unterrichtseinheiten (UE)

# Gesundheitsfördernde Maßnahmen für Schüler

## Netzwerk-Partner

### Koordination:

Partner Präventionsprojekt/IPAS der TU Dresden  
ZAGS/Kompetenzzentrum Lehrberufe/N. N.

#### Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren

HVVG  
Maschinenbau und Metall BG  
Bergbau und Steinbruchs BG  
BG Bau  
BG Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
BG Nahrungsmittel und Gast-  
stätten  
...

**Arbeitswelt**

#### Körperwahrnehmung und gesunde Lebensweise

AOK Sachsen  
Unfallkasse Sachsen  
Arbeitskreis Aids-Prävention  
Polizei, Abt. Prävention  
Deutsches Hygiene-Museum  
...

#### [Abhängigkeit/Sucht

Sächsisches  
Staatsministerium  
für Kultus  
Sächsisches  
Staatsministerium  
für Gesundheit  
und Soziales  
Regionalschulämter  
Sachsen  
...]

**Lebensstil**

Abbildung 14: Kooperationspartner

## 8 Literatur

Altgeld T, Geene R, Glaeske G, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung - Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik, 2006

Antonovsky A. Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs* 1989;2:51-57

Antonovsky A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass 1979

Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass 1987

Baric C. Gesundheitsförderung in Settings. Gamburg, 1999

Barkholz U, Paulus P. Gesundheitsfördernde Schulen – Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Gamburg: Conrad Verlag 1998

Basiswissen: Prävention und Gesundheitsförderung; Bearbeitung: PD Dr. med. Manfred Wildner MPH Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2005

Bauch J. Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. *Prävention* 2002; 25:67-70

Bengel J, Strittmatter R, Willmann H, BZgA (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 6, Köln 1998

Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Ausgewählte Ergebnisse der Berlin-Bremen-Studie. Nomos, Baden-Baden, 1991

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln 2005

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo. 2003, S. 195-198

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen, Medienpaket, 2005

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn 2004

Deutsche Gesellschaft für Personalführung e. V.(DGPF): Unternehmenserfolg durch Gesundheitsmanagement – Grundlagen, Handlungshilfen, Praxisbeispiele. Bielefeld: Bertelsmann Verlag 2004

Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinally Designed Study (DONALD-Studie). Alexy/Kersting, Was Kinder essen - und was sie essen sollten, Hans Marseille Verlag, München, 1999

Dötsch J, Dittrich K, Rascher W, et al. Macht Fernsehen dick? Beziehung zwischen Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und Konsum alter und neuer Medien. *Der Kinderarzt* 1997, 28:1351-6

- Engel U, Hurrelmann K. Was Jugendliche wagen. Juventa, Weinheim, 1993
- Fend H. Qualität im Bildungswesen. Schulforschung zu Systembedingungen, Schulprofilen und Lehrerleistungen. Weinheim, München 1998
- Fisher L, Shirley Feldmann S. Family antecedents of young adult health behavior: a longitudinal study. J Fam Psychol 1998; 12:66-80
- Forschungsgruppe Schulevaluation. Gewalt als soziales Problem in Schulen. Die Dresdener Studie: Untersuchungsergebnisse und Präventionsstrategien. Opladen, 1998
- Franzkowiak P. Prävention. In: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung., Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, 2003; 179-180
- Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 vom 21. Juni 2000, Fassung vom 10.02.2006
- Geßner T. Kooperation von Berufsschule und Jugendhilfe. Die Berufsbildende Schule 2003; 55:180-181
- Glaser-Möller N, Jürgens R, Thiele W. Gesundheit und soziale Lage in Hamburg – Neue Ansätze zur Aufarbeitung eines weiterhin aktuellen Themas. In: SüBW, Trojan A (Hrsg.). Armut in Hamburg – Soziale und gesundheitliche Risiken. VSA-Verlag, Hamburg, 1992; 156–173
- Gress T W, Nieto FJ, Shahar E, et al. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. N Eng J Med 2000; 342:905-912
- Haufe E, Eiselt F, Pabst S, Scheuch, K. Belastungen und Ressourcen - Ergebnisse einer Arbeitszeitanalyse bei sächsischen Gymnasiallehrerinnen und Gymnasiallehrern. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 38; 12:606-615, 2003
- Haufe E, Vogel H, Scheuch K. Arbeitszufriedenheit und subjektiver Gesundheitszustand. Empirische Untersuchung an Lehrpersonen unterschiedlicher Schultypen. In.: Carle U, Buchen S (Hrsg.): Jahrbuch für Lehrerforschung, Bd. 2: 281-290. Juventa Verlag Weinheim 1999
- Health Behaviour in School-aged Children- (HBSC-) Jugendgesundheitsstudie, 2002
- Heindl I. Von der Gesundheitserziehung in Schulen zu gesunden Schulen - Stand der Entwicklungen. In: Westermann Praxis Schule 2001; 5 – 10:6 – 10
- Hessisches Kultusministerium. 5. Fachtagung: „Schule und Gesundheit – Ernähren, Bewegen, Entspannen im Kontext von Gesundheit- und Bildungsqualität“. 2006
- Hofer, M. Lehrer-Schüler-Interaktion. In: F. E. Weinert (Ed.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie I Pädagogische Psychologie, Band 3 Psychologie des Unterrichts und der Schule; 213 - 252. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 1997
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 2004
- Hurrelmann K, Settertobulte W. Schritt für Schritt - Auf dem Weg zur guten gesunden Schule, Forum Schule 2006; 16

- IM-Studie: Jugend 2001 in Sachsen. Eine vergleichende Untersuchung zu Orientierungsproblemen junger Menschen. Sächsisches Staatsministerium für Soziales. Dresden, 2001
- Kirch W, Badura B. Prävention – Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses – Dresden 1./2.12.05, 2006; 74-75
- Klocke A, Hurrelmann K. Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Z Gesundheitswiss, 2. Beiheft 1995; 138–151
- Kretschmer J, Giewald K. Veränderte Kindheit – veränderter Schulsport? Sportunterricht 2001; 50,2: 36-42
- Kurth B M, Bergmann K E, Dippelhofer A, et al. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002; 45:852-858
- Lang-von Wins T, Triebel C. Die Kompetenzenbilanz — ein Verfahren zur Förderung eigenverantwortlichen Handelns? Gruppendynamik und Organisationsberatung. 2005; 36, 175-190
- Leppin A. „Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention“. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, 2004; 31-39
- Looks P, Hacker W. Belastungsoptimierung durch Selbstorganisation. Welche Vorstellungen haben Lehrer, wie man arbeitslebenslang gesund und leistungsfähig bleibt? Dresden: Abschlussveranstaltung FQMD, 2005
- Melzer W, Schubarth W, Ehninger F. Gewaltprävention und Schulentwicklung, Analyse und Handlungskonzepte. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbronn/Obb. 2004
- Micheelis W, Bauch J. Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ).Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1991
- Pinquart M, Silbereisen R K. Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter – Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002, 45:873-878
- Posse N, Brägger G. Die Perspektive wechseln – Der Stellenwert von Gesundheit in der Diskussion um Schulqualität, Forum Schule 2006; 16
- Rieder A. Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, J Kardiologie 2004; 11:3-4
- Robert-Koch-Institut, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2004
- Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitspolitischer Sicht. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: 2003; 35:876-883.
- Sächsisches Staatsministerium für Kultur (Hrsg.). Orientierungsrahmen zur schulischen Suchtprävention und zum Umgang mit Problemen durch illegale Drogen in den Schulen im Freistaat Sachsen, 1999
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie (Hrsg.). Suchtprävention in Sachsen; Erster Sächsischer Landesplan zur primären Suchtprävention; Freistaat Sachsen, 2001
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I Zielbildung, Prävention, Nut-

zerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001 – Kurzfassung. Bundestags-Drucksachen 14-5660.

Schenk M. Armut kann ihre Gesundheit gefährden. Fachartikel, 2004; [www.sozial-wirtschaft.at](http://www.sozial-wirtschaft.at)

Scheuch K. Visionen zur Arbeitsmedizin. In: Haufe E, Scheuch K. Nachdenken im Spannungsfeld Arbeitsmedizin - Vielfalt eines medizinischen Fachgebietes. Wissenschaftliches Kolloquium aus Anlass des 40-jährigen Bestehens des Inst. f. Arbeitshygiene/Arbeitsmedizin in Dresden. Technische Universität Dresden, 2002

Schmidt W. Veränderte Kindheit – veränderte Bewegungswelt: Analysen und Befunde. Sportwissenschaft 1997; 27:143-160

Seibt R, Thinschmidt M, Lützkendorf L, et al. Arbeitsfähigkeit und Vitalität bei Gymnasiallehrern unterschiedlicher Altersklassen. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Wirtschaftsverlag NW 2004

Stahl U. Professionalität und Zufriedenheit im Beruf. eine empirische Studie an Grund- und Hauptschulen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1995

Ulich K. Beruf: Lehrer-in. Arbeitsbelastung, Beziehungskonflikt, Zufriedenheit. Weinheim: Beltz 1996

Vuille J, Carvajal M, Casaulta F, et al. Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren. Zürich/Chur: Verlag Rüegger, 2004

Walter U. Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. Zeitschrift Sozialer Fortschritt. 2003; 52(10):253-61.

Weinstein N D. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. J Behav Med 1982; 5:441-46 WHO (World Health Organization). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Genf, 1986. WHO-authorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986.

WHO (World Health Organization). The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genf, WHO 2002.

WHO MONICA Principal Investigators. Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. A Major International Collaboration. J Clin Epidemiol 1988; 41:105-114

WIAD-AOK-DSB-Studie II: Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2003

Wieringen van J C. Secular growth change. In: Falkner F, Tanner JM (eds) Human growth. A comprehensive treatise, 2nd edn. Vol III: Methodology, ecological, genetic, and nutritional effects on growth. Plenum Press, New York, 1986; 307-331

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al.: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart-Study): case-control study. Lancet 2004; 364:937-952