

Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen
im Setting Schule
Eine Befragung an weiterführenden Schulen der Städteregion Aachen
zur Bestandserfassung und Bedarfsermittlung

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
einer Doktorin der Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Monika Orth
aus
Waldbröl

Berichter: Herr Universitätsprofessor
Dr. rer.nat. Wolfgang Dott

Frau Universitätsprofessorin
Dr.med. Dipl.-Biol. Dipl.-Ökol. Claudia Hornberg

Tag der mündlichen Prüfung: 16. Dezember 2011

**Diese Dissertation ist auf den Internetseiten der Hochschulbibliothek
online verfügbar.**

Inhaltsverzeichnis

<u>I Einleitung</u>	Seite 2
I.1 Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen	Seite 4
I.1.1 Ernährungszustand	Seite 5
I.1.2 Motorische Leistungsfähigkeit	Seite 8
I.1.3 Suchtmittelkonsum	Seite 11
I.1.4 Stressbelastung	Seite 13
I.2 Strategien zur Verbesserung der Situation	Seite 16
I.3 Beteiligte an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	Seite 20
I.3.1 Staatliche Institutionen	Seite 20
I.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung	Seite 29
I.3.3 Schulen	Seite 31
I.3.4 Ärzteschaft	Seite 32
<u>II Zielsetzung</u>	Seite 34
<u>III Material und Methoden</u>	Seite 35
<u>IV Ergebnisse</u>	Seite 43
IV.1 Ergebnisse der Schulbögen	Seite 43
IV.2 Ergebnisse der Lehrerbögen	Seite 50
<u>V Diskussion</u>	Seite 63
V.1 Welche Präventionsbereiche haben bereits Einzug in die Schulen der Städteregion gefunden und in welcher Form?	Seite 65
V.2 Wer ist an der Auswahl und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt?	Seite 79
V.3 Wie informiert sind die Lehrer über die Relevanz der Thematik?	Seite 83
V.4 In welchem Präventionsbereich wird bereits ausreichend angeboten und wo besteht der dringendste Handlungsbedarf?	Seite 86
V.5 Woran scheiterte bisher die konsequente Durchführung präventiver Angebote und wo finden sich Hindernisse in der Etablierung neuer Vorhaben?	Seite 88
V.6 Was kennzeichnet eine erfolgreiche Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung? Handlungsempfehlungen	Seite 92
<u>IV Zusammenfassung</u>	Seite 96
<u>Danksagung</u>	Seite 97
<u>Literaturangaben</u>	Seite 98
<u>Fragebögen</u>	Seite 107
<u>Erklärung zur Datenaufbewahrung</u>	Seite 123
<u>Lebenslauf</u>	Seite 124

I Einleitung

"Es gibt so viele Krankheiten – und nur eine Gesundheit!"

Arthur Schnitzler
(österreichischer Schriftsteller 1862-1931)

"Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist ein zentrales Recht aller Kinder und Jugendlichen und steht in Zusammenhang mit der Zukunftsfähigkeit eines Landes"

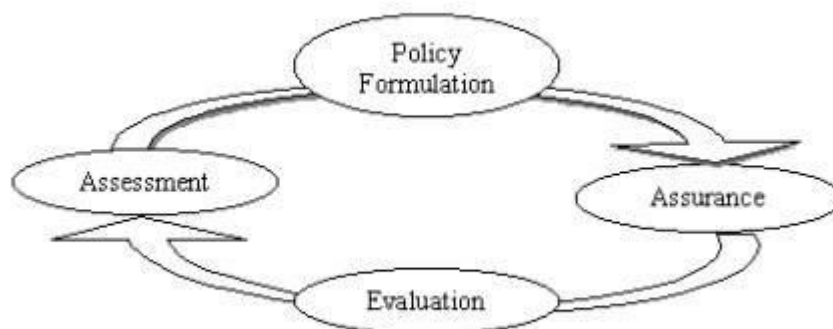
EntschlieÙung der 8. Landesgesundheitskonferenz NRW, 1999

Kinder und Jugendliche sind wie ein starkes Fundament, auf das sich unsere Gesellschaft stützt und auf dem sie sich weiterentwickeln kann. Ihre Bedürfnisse zu erkennen und ihnen ausreichend Chancen für eine positive Entwicklung zu bieten, sollte immer im Fokus unserer Anstrengungen liegen.

Public Health, die Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit (114), hat sich unter anderem diesen Bereich zum Schwerpunkt gemacht.

Nach Schwartz verfolgt sie das Ziel durch multidisziplinäre Forschung sowie organisierte Anstrengungen aller Akteure einer Gesellschaft den aktuellen Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen zu erfassen und nach Konzepten zu dessen Optimierung zu forschen (101). Den Ausgangspunkt für Evidence – based Public Health bildet der Public Health Action Cycle (PHAC). Er besteht aus 4 Phasen und beschreibt die Vorgehensweise zur Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung:

Abb. 1



Quelle: Institute of Medicine: The Future of Public Health, Washington, D.C. 1988

Abbildung 1: Der Public Health Action Cycle (PHAC)

1. **Assessment:** Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung
2. **Policy Formulation:** Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien
3. **Assurance:** Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem
4. **Evaluation:** Prüfung der Akzeptanz und Wirksamkeit (16, 98)

Der Struktur dieses Modells folgend soll im Rahmen dieser Dissertation die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland betrachtet werden. Am Beispiel der Städteregion Aachen soll überprüft werden, inwieweit Projekte und Interventionen zur Umsetzung von Primärprävention und Gesundheitsförderung an weiterführenden Schulen durchgeführt werden und ob diese Konzepte akzeptiert und wirksam sind. Die Wahl des Schwerpunktes wird später genauer erläutert.

Der ersten Phase (Assessment) entsprechend soll zunächst der Frage nachgegangen werden, wie gesund die Kinder und Jugendlichen in Deutschland allgemein und speziell in der Städteregion Aachen sind.

Interventionsstrategien, Maßnahmen und Lösungsansätze für die zuvor herausgearbeiteten Probleme (Policy Formulation) werden im zweiten Abschnitt behandelt.

Der Schritt von der Theorie zur Praxis wird im dritten Teil (Assurance) vollzogen: Wer ist an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beteiligt? Wie werden die Interventionsstrategien von staatlicher Seite, von Schulen und der Ärzteschaft umgesetzt? Wem kommt dabei welche Aufgabe zu?

Der Kreis schließt sich mit der Evaluation: Wie ist die Akzeptanz der Strategien an den Schulen? Wurden die Ziele durch die bisherigen Interventionen erreicht oder muss eine Strategie geändert werden? Wurden bestehende Probleme gelöst oder haben sich gar neue ergeben?

Die ersten 3 Teile werden auf Grundlage von bereits vorhandenen Daten und Studien erörtert. Für die Evaluation wurde eine Befragung an weiterführenden Schulen der Städteregion Aachen durchgeführt.

Um den Lesefluss zu vereinfachen, werden im Folgenden die maskulinen Begriffe „Lehrer“ und „Schüler“ stellvertretend für „Lehrerinnen und Lehrer“ sowie „Schülerinnen und Schüler“ verwendet.

I.1 Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen

In zahlreichen epidemiologischen Studien, die für spezielle Fragestellungen an Kindern unterschiedlicher Altersgruppen durchgeführt wurden, sind zwar bereits seit Jahren Informationen zur Gesundheit von Kindern in Deutschland dokumentiert worden, repräsentative Daten zur Kindergesundheit lagen aber lange Zeit nicht vor.

1998 erhielt das Robert-Koch-Institut vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag ein Konzept und Instrumente für einen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zu entwickeln.

Die repräsentative KiGGS-Basiserhebung wurde schließlich von 2003 bis 2006 an 167 Orten in ganz Deutschland mit 17.641 Jungen und Mädchen von 0 bis 17 Jahren durchgeführt. Es wurden sowohl soziodemographische Daten als auch Angaben zu verschiedenen Themenbereichen wie Ernährungszustand, sportliche Betätigung, Sucht- und Gesundheitsverhalten erfasst.

Die Vielseitigkeit der Thematik machte es nötig in einem Kernsurvey die wichtigsten Eckdaten zu erheben und in weiteren vier Modulstudien einzelne Themen an Teilstichproben detaillierter zu betrachten.

Zu den Modulen gehören: Kinder- Umwelt- Survey; BELLA - Studie zur Psychischen Gesundheit; MoMo - Modul mit dem Schwerpunkt Motorik; Eskimo - Studie mit dem Schwerpunkt Ernährung (95).

„Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist im Allgemeinen gut, ebenso die gesundheitliche Versorgung. Doch der Lebensstil und die Lebensumstände der Familien beeinflussen die Chance gesund aufzuwachsen. Besondere Risikogruppen sind Kinder aus sozial schwachen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund.“, heißt es in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit als zentrales Ergebnis des KiGGS, einer repräsentativen Erhebung in Deutschland.

Weiterhin wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche heutzutage wesentlich seltener an Infektionskrankheiten, Mangelkrankheiten oder akut behandlungsbedürftigen Störungen leiden. Zugenommen haben jedoch chronische Erkrankungen, Suchterkrankungen und psychische Störungen (118).

Gesundes Aufwachsen betrifft alle Bereiche der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen.

Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig positiv und negativ.

So kann beispielsweise Übergewicht eine Folge von Bewegungsmangel oder ungünstiger Ernährung sein. Bewegungsmangel wiederum hat einen negativen Einfluss auf die geistige Leistungsfähigkeit und die Stressbewältigung (20).

Im Folgenden werden der Ernährungszustand, die motorische Leistungsfähigkeit, der Suchtmittelkonsum und die Stressbelastung der Kinder und Jugendlichen separat betrachtet. Datengrundlage bietet der KIGGS – Kernsurvey, ergänzt durch regionale Studien und Erhebungen zu speziellen Fragestellungen.

I.1.1 Ernährungszustand

Laut KiGGS waren im Befragungszeitraum 2003-2006 bereits 15% der 3- bis 17- jährigen Kinder in Deutschland übergewichtig, 6,3% fielen sogar in die Kategorie Adipositas (Körpergewicht 20% über dem Längensollgewicht (27)).

Im Vergleich zu Referenzpopulationen von 1980 und 1990 hat sich der Anteil der Übergewichtigen inklusive Adipositas um 50% erhöht.

Es fällt auf, dass dabei der Anteil von 9% bei den 3- bis 6- jährigen auf 17% bei den 14- bis 17- jährigen steigt. Die Tendenzen sind dieselben bezüglich Adipositas.

Ein besonders hohes Risiko ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status oder Migrationshintergrund zu verzeichnen. Gleiches gilt für Kinder von übergewichtigen Müttern (46).

Zwar liegen für den Zeitraum der Datenerhebung des KiGGS keine Daten aus Stadt und Kreis Aachen zum direkten Vergleich vor, doch in der Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2004 wurden für den Kreis Aachen ähnliche Gewichtsverteilungen erhoben (55).

Hervorzuheben ist außerdem, dass sich die Problematik in den einzelnen Gebieten der Städteregion stark unterscheidet. So hat Baesweiler einen Anteil von 8,7% adipösen Kindern zu verzeichnen, zwei weitere Gebiete bewegen sich um Werte von 5 - 6%, Roetgen wird sogar mit 0% angegeben.

In der Analyse des Übergewichts ohne Adipositas ist das Ranking der Regionen zwar ein anderes, doch ein regionaler Unterschied bleibt bestehen (54).

Es bestätigt sich auch in der Städtereion Aachen der eingangs erwähnte Zusammenhang zwischen Gewicht und sozialem Status (36).

Außerdem konnte festgestellt werden, dass unter den adipösen Kindern und Jugendlichen die Jungen dominieren und unter den übergewichtigen die Mädchen (36); damit stellt das Geschlecht einen bei Präventionsstrategien nicht zu vernachlässigender Faktor dar.

Übergewicht alleine ist noch keine Krankheit. Betrachtet man jedoch die Komorbiditäten und Risiken, die im Allgemeinen mit einem zu hohen BMI einhergehen, sind die zuvor genannten Prävalenzen besorgniserregend.

Es werden frühe Folgen, die sich schon im Laufe der Kindheit bzw. Jugend zeigen, von späten, die das Erwachsenenalter betreffen, unterschieden.

In der Murnauer Komorbiditätsstudie wird als häufigste Begleiterkrankung der Adipositas in 35% das (prä) metabolische Syndrom genannt, welches eine Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz und Hyperurikämie beinhaltet.

Genauso häufig werden orthopädische Folgeerkrankungen diagnostiziert (117). Wabitsch benennt weiterhin das Schlafapnoesyndrom mit den einhergehenden neurokognitiven Defiziten und eine erhöhte Prävalenz von Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Bronchitis (116).

Die psychosoziale Belastung durch Stigmatisierung der Jugendlichen aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes sowie die verminderte Beweglichkeit schränken die Lebensqualität Übergewichtiger zusätzlich ein und verringern das Selbstwertgefühl (25).

Kindliches Übergewicht bleibt zudem häufig bis ins Erwachsenenalter bestehen und stellt dann einen nicht zu vernachlässigenden Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und verschiedene Krebserkrankungen dar (116).

Bei der Entstehung von Übergewicht spielen viele Faktoren eine Rolle, darunter vor allem falsche Ernährungsgewohnheiten und mangelnde Bewegung, die in einer positiven Energiebilanz resultieren.

Sowohl Lebensmittelverzehrstudien in der Vergangenheit als auch der KiGGS kommen zu dem Ergebnis, dass das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen erheblich von den Empfehlungen für diese Altersgruppe abweicht (25).

25% der Jungen und 20% der Mädchen trinken mehrmals täglich Softdrinks, der Anteil steigt mit zunehmendem Alter.

Gesünder ist zwar Milch, die von 55% der Jungen und 50% der Mädchen täglich konsumiert wird, doch sollte der Verzehr der Deckung des Tagesbedarfs an Kalzium und der Zufuhr wichtiger Vitamine und Nährstoffe dienen und nicht einen durstlöschenden Ersatz für Mineralwasser oder Tee darstellen.

Wichtig ist der Milchkonsum hingegen unter dem Aspekt, dass nur ca. 20% der Kinder täglich andere Milchprodukte konsumieren, die als wichtiger Kalziumlieferant gelten.

Fleisch wird von der Mehrheit der Kinder 1 - 6 Mal pro Woche gegessen, was den Empfehlungen schon sehr nahe kommt, zu häufig werden aber tierische Produkte in Form von Wurst oder Schinken konsumiert. So geben 40% der Jungen und 32% der Mädchen an, diese Lebensmittel mehrmals täglich zu sich zu nehmen.

45% der Jungen essen mindestens einmal täglich Weißbrot, in vielen Familien bildet Brot die Grundlage von 2 Mahlzeiten. Kritisch zu betrachten ist, dass Weißbrot von beiden Geschlechtern häufiger konsumiert wird als Vollkornbrot, das neben notwendigen Nährstoffen wertvolle Ballaststoffe liefert.

Auch Obst und Gemüse werden noch zu wenig und zu selten verzehrt. So geben nur 47% der Jungen und 55% der Mädchen an, mindestens einmal täglich Obst zu essen, rohes (21% der Jungen, 29% der Mädchen) oder gegartes Gemüse (13% der Jungen, 14% der Mädchen) werden mit zunehmendem Alter tendenziell immer seltener konsumiert.

Von den einzelnen Lebensmittelgruppen abgesehen, gibt ca. ein Drittel der 14- bis 17- jährigen, mindestens einmal pro Woche Fast Food zu essen, welches häufig einen zu hohen Fett- und Salzgehalt aufweist und wenig Ballaststoffe liefert.

Der tägliche Verzehr von Keksen, Süßigkeiten und Schokolade (16 - 20%) nimmt im Gegensatz zu den anderen genannten Lebensmitteln mit zunehmendem Alter ab (73).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die empfohlenen Mengen an Obst, Gemüse, Fisch und anderen „gesunden Lebensmitteln“ weitestgehend nicht erreicht werden, ungesunde Lebensmittel aber zu häufig und zu viel konsumiert werden. Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich das Ernährungsverhalten, wobei sich der Trend herausbildet, dass sich Mädchen ausgewogener als Jungen ernähren.

Teilweise lassen sich auch Unterschiede im Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit beziehungsweise ohne Migrationshintergrund erkennen, auf diese soll aber im Rahmen dieser Dissertation nicht weiter eingegangen werden (73).

In Aachen wurde 2001 eine Befragung zum Risikoverhalten von Jugendlichen durchgeführt, die in Bezug auf die Ernährungsgewohnheiten qualitativ zu gleichwertigen Aussagen kommt (88).

Besonders problematisch ist die derzeitige Ernährungssituation, wenn man bedenkt, dass die sensorischen Vorlieben schon früh in der Kindheit geprägt werden und sich Kinder an die Lebensmittel, die sie regelmäßig essen und den dazugehörigen Geschmack gewöhnen. Die Präferenzen für bestimmte Lebensmittel bleiben oft bis zum Erwachsenenalter bestehen (73) und erhöhen somit wieder das Risiko für die oben genannten, ernährungsbedingten Erkrankungen.

I.1.2 Motorische Leistungsfähigkeit

Körperliche Aktivität ist nicht nur von enormer Bedeutung für das Körpergewicht, sie hat auch positive Effekte auf die organische und motorische Entwicklung (40). Ebenso bedeutend ist sie für das psychosoziale Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen (61).

In der Gruppe der 11- bis 17-jährigen wurde im KiGGS ermittelt, dass 89,9% der Jungen und 78,5% der Mädchen mindestens einmal pro Woche beim Sport oder Radfahren richtig ins „Schwitzen oder außer Atem kommen“.

Die Mindestanforderung von dreimaliger sportlicher Aktivität pro Woche wird nur noch von 64,7% der Jungen und 43,7% der Mädchen erreicht, die erwünschte tägliche Aktivität von gerade mal 28,2% der Jungen und 17,3% der Mädchen.

Die körperliche Betätigung der Jugendlichen ist somit zu gering und dieses Defizit bei Mädchen noch stärker ausgeprägt als bei Jungen im selben Alter (61).

Das Sportverhalten hängt sowohl von Alter als auch vom Geschlecht und dem sozialen Umfeld ab.

So nimmt die Häufigkeit wie auch die Zeit, die pro Woche für Sport aufgebracht wird, in allen Gruppen mit dem Lebensalter ab. Körperliche Inaktivität– soll heißen, Jugendliche treiben weniger als einmal pro Woche Sport - nimmt in der Altersspanne der 11- bis 17- jährigen mit jedem Lebensjahr durchschnittlich um 30% zu.

Jungen treiben mit durchschnittlich 7,8 h pro Woche generell länger Sport als Mädchen (4,5 h). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden mit zunehmendem Alter ausgeprägter.

Bei Mädchen haben ein niedriger sozialer Status und ein Migrationshintergrund einen stark negativen Einfluss auf ihr Sportverhalten. Dies gilt für den Vereinssport noch deutlicher als für den außerschulischen Sport ohne Verein. Es wird vermutet, dass finanzielle Gründe (Mitgliedsbeiträge, Ausrüstung) den Vereinssport für Familien mit niedrigem sozialen Status zu teuer machen. Außerdem können kulturelle Gründe besonders bei den Mädchen mit Migrationshintergrund eine Barriere zur Sportausübung darstellen (61).

Die Befragung zum Risikoverhalten der 8.- und 10.- Klässler 2002 in der Stadt Aachen kommt zu ähnlichen Ergebnissen, doch werden hier zusätzlich Unterschiede bezüglich der Schulform erkennbar. Im Gymnasium treiben nur 7% aller Schüler keinen Sport außerhalb der Schule, in Realschulen ist der Anteil mit 12%, Gesamtschulen mit 15% und Hauptschulen mit 17% deutlich höher (88). Dabei muss allerdings der Zusammenhang zwischen Schulform und sozialem Status bzw. Migrationshintergrund berücksichtigt werden.

Weiterhin darf man nicht außer Acht lassen, dass die Fragen in den Studien meist gezielt nach sportlichen Aktivitäten fragen und nicht nach der alltäglichen körperlichen Betätigung, die bei Mädchen anders ist als bei Jungen.

Die Relevanz des Themas „Bewegung“ wird deutlich, wenn man den Gesundheitsgewinn durch regelmäßige körperliche Aktivität den Folgen von Bewegungsmangel gegenüberstellt.

Körperliche Bewegung ist wichtig für die kindliche Entwicklung der Motorik und des Gehirns (40, 90). Eine regelmäßige Aktivität führt zudem zu einer Ökonomisierung der Herzarbeit, senkt den Blutdruck und verbessert die Durchblutung (90). Die Infektanfälligkeit sinkt durch die Stärkung der körpereigenen Abwehr (90). Auch im psychischen Bereich können positive Effekte festgestellt werden. Durch die Endorphinausschüttung kommt es zur Stimmungsaufhellung und durch den - bei regelmäßiger Aktivität - verminderten Anstieg der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin verbessert sich die Stresstoleranz bei Alltagsaufgaben. Sogar die Lernbereitschaft und Lernfähigkeit nehmen zu (90).

Dabei ist die Kontinuität der körperlichen Aktivität von Bedeutung. Kurze Phasen körperlicher Belastung erhöhen zwar den Energieumsatz, die oben beschriebenen positiven Effekte können aber nur verzeichnet werden, wenn diese durch regelmäßiges Ausdauertraining oder einen aktiven Lebensstil ergänzt werden (90, 111).

Bewegungsmangel kann sich im zunehmenden Körpergewicht widerspiegeln aber auch in der reduzierten motorischen Leistungsfähigkeit, mit ihren Dimensionen Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Koordination (50).

So konnten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2004 im Kreis Aachen bei 17,4% der Kinder in Simmerath bereits Koordinationsstörungen mit resultierender Arztüberweisung ausgemacht werden (54). Auch wenn die Werte in den unterschiedlichen Regionen schwanken (Monschau 12,9%, niedrigster Wert 4,4 %), besteht in der Städtereion Handlungsbedarf.

Da gerade vor der Pubertät koordinative Fähigkeiten besonders gut trainiert werden können, ist es wichtig, schon früh mit unterstützenden Sportangeboten zu beginnen (50). Mit zunehmendem Alter sollten diese fortgesetzt werden, da man davon ausgeht, dass ein inaktiver Lebensstil motorische Defizite verursacht, die die Inaktivität fördern und zu Übergewicht führen. Somit ist ein schwer zu durchbrechender Teufelskreis geschaffen (40).

Auch unter gesellschaftlichen Aspekten ist sportliche Betätigung förderlich. Oft sind motorische Fähigkeiten Voraussetzung für soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe (90).

I.1.3 Suchtmittelkonsum

Nach Analyse der unter dem Oberbegriff „Gesundheitsverhalten“ angesiedelten Aspekte Ernährung und Bewegung, soll das Risikoverhalten anhand der „Alltagsdrogen“ Nikotin und Alkohol einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

In Deutschland rauchen in der Gruppe der 11- bis 17- jährigen nach dem KiGGS 20,5% der Jungen und 20,3% der Mädchen aktiv, weitaus mehr sind dem Tabakrauch passiv ausgesetzt (62).

Der Drogenaffinitätsbericht 2008 der BzgA gibt ähnliche Zahlen an, kommt aber auch zu dem Schluss, dass sich die Raucherquote seit 2001 verringert und einen historischen Tiefstand erreicht hat (22).

Gehäuft finden sich Raucher unter den Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus und, unter Berücksichtigung der Schulform, unter Hauptschülern (62).

In Aachen wurden 2002 Daten zum Risikoverhalten bei Schülerinnen und Schülern der 8. und 10. Klasse erhoben. Laut dieser Befragung ist der Anteil der Raucher in Aachen etwas niedriger als in den anderen deutschen Regionen. Bemerkenswert ist allerdings der mit 44,9% hohe Anteil an rauchenden Mädchen in der Klasse 10 im Vergleich zu 38% bei den Jungen. Bezüglich der Schulform zeigt sich derselbe Zusammenhang wie beim KiGGS (88).

In Deutschland trinken nach eigenen Angaben ein Drittel der 11- bis 17- jährigen Jungen und ein Viertel der gleichaltrigen Mädchen mindestens einmal in der Woche Alkohol (62). Als besonders gefährlich gelten ein frühes Einstiegsalter und das sogenannte „Binge-Drinking“ (bei einer Gelegenheit mindestens 5 Gläser alkoholhaltiger Getränke konsumieren).

Studien zeigen, dass zwei Drittel der jüngeren Jugendlichen bis zu einem Alter von 15 Jahren schon Alkoholerfahrungen gemacht haben und die Hälfte dieser Altersgruppe 2008 ein- oder mehrmals Alkohol konsumiert hat (23).

Im Jahr 2009 gaben 20,4% der 12- bis 17- jährigen an, im vorigen Monat Binge-Drinking praktiziert haben, 5,8% sogar mindestens einmal pro Woche (23).

Für Jugendliche gibt es keine Richtwerte für den täglichen Alkoholkonsum. Bei Erwachsenen entspricht ein „riskanter Konsum“ bei Männern 24-60g Reinalkohol pro Tag, bei Frauen 12-40g (1 Liter Bier entspricht ca. 40g), darüber spricht man von „gefährlichem Konsum“ (22). Daran gemessen lässt sich bereits bei 6,2% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren ein riskanter Konsum feststellen und bei 2,0% ein gefährlicher Konsum (23).

Unterschiede zeigen sich beim Alkoholkonsum bezüglich Geschlecht und Schulform. Männliche Jugendliche trinken häufiger als weibliche und konsumieren größere Mengen.

An den Schulen fällt auf, dass bei Gymnasiasten am wenigsten riskante Konsummuster zu verzeichnen sind. Doch muss auch hier auf den Zusammenhang zwischen Schulform und sozialem Status geachtet werden (23).

Der Gebrauch von Tabak, Alkohol und Drogen hat nicht nur seine substanzspezifischen negativen Folgen. Er ist auch insofern von Bedeutung, als dass dem Konsum Überzeugungen und Werthaltungen zugrunde liegen, die früh im Leben ausgeprägt werden und sich im späteren Leben als stabil erweisen (62).

Anfangs erfolgt der Konsum meist aus sozialen Gründen (Alkoholkonsum bei gesellschaftlichen Anlässen, z.B. „auf etwas anstoßen“) und gehört somit zum Erwachsenwerden dazu (70). Dies wird auch deutlich, wenn man die bevorzugten Getränke der Jugendlichen betrachtet: Bier wird am häufigsten konsumiert, gefolgt von Longdrinks und Cocktails, anschließend von Wein und Sekt (23).

Negative Folgen resultieren meistens, wenn es zur Habituation kommt und der Konsum zum Selbstzweck wird (70): So werden Alkohol und Rauchen zur Angstreduktion, Dämpfung moralischer und sozialer Hemmungen, Stressbewältigung oder zur Aktivitätssteigerung eingesetzt (51, 62).

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2007 23.165 Personen zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus stationär behandelt (23).

Nicht immer müssen die Folgen so akut sein, doch geht ein früher Konsumeinstieg mit einem höheren Abhängigkeitspotential einher (51) und steigert das Risiko psychotischer Störungen (122).

Beim Rauchen kommt noch hinzu, dass gerade im Kindes- und Jugendalter die Atmungsorgane besonders vulnerabel sind und durch Tabakrauch nachhaltige Schäden davontragen können (60).

I.1.4 Stressbelastung

„Stress“ wird in der Literatur ganz unterschiedlich definiert. Kennzeichnend ist der Zustand erhöhter Aktivierung eines Organismus, mit dem er auf eine Vielzahl äußerer Einflüsse reagiert (43). Es wird zwischen Eustress und Disstress unterschieden.

Eustress bezeichnet eine Aktivierung des Organismus, die dem Individuum eine gesteigerte Nutzung und Weiterentwicklung seiner Fähigkeiten ermöglicht, und wird als positiv erachtet.

Disstress ist gekennzeichnet durch ein schädliches Übermaß an Anforderungen an den Organismus als Folge von Leistungs- und Zeitdruck mit negativen Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden (13, 43).

Aus der Definition wird schnell erkennbar, dass sich die Stressbelastung der Kinder- und Jugendlichen nicht so einfach wie das Ernährungsverhalten oder das Bewegungsausmaß messen lässt.

Wir wissen aber, dass eine enge Korrelation zwischen dem Stresserleben und dem Auftreten psychosomatischer Symptome besteht (72); diese treten besonders als Folge inadäquater Bewältigungsversuche auf und können sich auf verschiedenen Ebenen zeigen.

Neben Kopf- oder Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Erschöpfungs- oder Erregungszuständen können Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, Antriebslosigkeit aber auch verstärkt negative Gefühle wie Angst, Ärger und Wut auftreten (72).

Kinder und Jugendliche können durch Stress stärker belastet sein als Erwachsene, weil sie in der Regel noch nicht gelernt haben mit seelischen Konflikten umzugehen.

Bereits kleinste Irritationen und Feindseeligkeiten in ihrem näheren Umfeld können introvertierte Reaktionen wie die zuvor genannten psychosomatischen Beschwerden oder extrovertierte Reaktionen wie Hyperaktivität, Gereiztheit und Aggressivität bis hin zur körperlichen Gewalttätigkeit und Kriminalität hervorrufen. Dabei fällt auf, dass Mädchen eher dazu neigen die Belastungen in sich „hineinzufressen“ und sich selber zu schaden und Jungen sich an ihrem Umfeld abreagieren (44, 12).

Eine Studie von Boehm et al. aus dem Jahr 2010 konnte belegen, dass bereits 77,4% der 11- bis 15- jährigen Jugendlichen mehrmals wöchentlich oder sogar täglich an psychosomatischen Beschwerden leiden. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, wobei Hauptschüler fast doppelt so häufig betroffen sind wie Gymnasiasten (12).

Gleichzeitig ist in den letzten Jahren eine Zunahme des sogenannten „Bullying“ beobachtet worden. Darunter versteht man eine Unterform aggressiven und gewaltförmigen Verhaltens unter Jugendlichen, welche sich explizit auf den Lebensraum „Schule“ bezieht. Es kann sich durch verbale Entgleisungen, Gestik und Mimik äußern als auch durch soziale Ausgrenzung oder physische Handlungen, denen eine Schädigungsabsicht stets zugrunde liegt (93).

Fast 17% der Jungen und 10% der Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren fallen dabei in die Rolle der Täter, die mindestens 2-3 mal pro Monat subtile psychische und physische Gewalt auf Gleichaltrige ausüben, etwa 10% der Jugendlichen sind mehrmals im Monat Opfer solcher Angriffe (93).

Der eindeutige Zusammenhang zwischen der psychosozialen Gesundheit und dem „Bullying“-Phänomen (93) sowie die hohe Prävalenz psychosomatischer Beschwerden (72) kann als ein Ausdruck einer zunehmenden Stressbelastung bei Kindern und Jugendlichen interpretiert werden.

Stress erfahren Kinder und Jugendliche in allen Lebensfeldern.

Gerade die Pubertät stellt eine wichtige Phase der Selbstfindung dar. Die Jugendlichen versuchen gesellschaftliche Rollenerwartungen zu erfüllen (12) und den Leistungsanforderungen in Aktivitäten wie Vereinssport, besonders aber in der Schule gerecht zu werden (72).

Belastend kommen häufig Zukunftsängste oder Perspektivlosigkeit hinzu (12). Sie müssen Konflikte mit Gleichaltrigen, Eltern und Lehrern meistern und lernen negative Emotionen zu kontrollieren (72).

Eine Möglichkeit der Stressbewältigung liegt in der direkten Beeinflussung der Stresssituation, welche jedoch häufig nur eingeschränkt realisierbar ist (58). Daher ist es umso wichtiger die Jugendlichen bei der konstruktiven Bewältigung von Konflikten und Belastungen zu unterstützen und ihre soziale Handlungskompetenz zu fördern. Man spricht in diesem Rahmen auch vom sogenannten „Kompetenzansatz“ (89).

I.2 Strategien zur Verbesserung der Situation

Wie zuvor festgestellt, leiden Kinder und Jugendliche in Deutschland zwar weniger an akuten Erkrankungen doch nehmen chronische Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden, die mit falschen Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel, Suchtmittelkonsum und erhöhter Stressbelastung assoziiert sind, zu.

„Gesundheit“ wird in der Literatur häufig als ein Zustand des Gleichgewichts definiert, bei dem es dem Individuum gelingt sowohl die inneren (körperlichen und psychischen) als auch die äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen zu bewältigen (111).

Zur Erhaltung der Gesundheit und der Vermeidung von sind zwei Strategien von Bedeutung, die Primärprävention und die Gesundheitsförderung. Dabei zielt die Primärprävention auf die Reduktion von Risikofaktoren und die Gesundheitsförderung auf die Stärkung individueller Schutzfaktoren und Ressourcen (60). Beide Strategien sollten gemeinsam eingesetzt werden und sich gegenseitig ergänzen.

In der Primärprävention wird die Verhältnisprävention, die vornehmlich räumliche, materielle aber auch gesetzliche Rahmenbedingungen umfasst, von der Verhaltensprävention, die sich auf das individuelle Gesundheits- und Risikoverhalten einer Person bezieht, unterschieden. Beide Strategien können sowohl am Individuum selbst als auch an größeren Gruppen zum Einsatz kommen. Die Umsetzung in der Gruppe bezieht sowohl den später beschriebenen Settingansatz als auch gesetzliche Änderungen, die die gesamte Bevölkerung betreffen, mit ein (39, 37).

Gesundheitsförderung ist in der Regel der Krankheitsprävention zeitlich vorgeordnet und findet schon in der Ottawa-Charta von 1986 Erwähnung (39, 119). Es geht dabei um die Stärkung der individuellen aber auch der kollektiven Gesundheitsressourcen, die nötig sind, um psychische und physische Belastungen zu bewältigen. Das kann beim einzelnen Individuum zum Beispiel durch Informationsvermittlung oder die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Entscheidungskompetenz erfolgen (39). In der Gruppe wären Wissensvermittlung und Transparenz sowie die Möglichkeit der Mitbestimmung an der Gestaltung ihrer Umwelt anzuführen.

Im Laufe der Zeit hat sich als besonders wirksame Form der Primärprävention der sogenannte „Settingansatz“ erwiesen.

Unter dem Begriff „Setting“ wird ein überschaubares sozialräumliches System verstanden, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und das in diesem Zusammenhang einen starken Einfluss auf ihre Gesundheit ausübt. Solche Settings sind beispielsweise Schulen, Kindertagesstätten (KiTas) aber auch Stadtteile, Kommunen oder die Familie (20).

Der Settingansatz wurde Ende der 80er Jahre durch die WHO entwickelt und berücksichtigt zum einen die strukturellen Bedingungen des jeweiligen Settings als auch die Zusammensetzung und Eigenschaften der jeweils involvierten Personengruppen (20).

Der Vorteil liegt darin, dass durch die Integration von Präventionsstrategien in die Prozesse des Alltags das Individuum unterstützt und motiviert wird, gesundheitliche Ressourcen in einer konkreten Situation tatsächlich zu nutzen (20, 37). Weiterhin weiß man aus Erfahrung, dass sozial Benachteiligte sich durch Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung nur schwer erreichen lassen und der Setting- Ansatz den optimalen Zugangsweg zu diesen Gruppen bietet (37).

Kennzeichnend für den Settingansatz ist, dass alle relevanten Gruppen in den Kontext einbezogen und beteiligt werden (20), am Beispiel des Settings Schule demnach nicht nur Schüler, sondern auch Lehrer und Eltern.

Mit früh ansetzender Prävention und Gesundheitsförderung kann man nicht nur unmittelbar die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen verbessern sondern zugleich die Gesundheitschancen zukünftiger Erwachsener erhöhen (60), eine Aussicht, der unter Berücksichtigung unserer alternden Bevölkerung große Bedeutung zukommt.

Gerade bei Jugendlichen, die anfangen sich mit ihrer Geschlechterrolle zu identifizieren, die eigenen Grenzen kennenlernen müssen und nach langsamer Lösung von der Familie nach neuen tragfähigen Beziehungen suchen, entwickeln sich viele riskante Verhaltensweisen, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben können (51, 60).

Häufig fehlt es ihnen an überzeugenden, eindeutigen Vorbildern und moralischen Werten. Die Medien vermitteln zwar konkurrierende Wertvorstellungen und Lebensstile, doch macht gerade das es den Jugendlichen schwer eigene Wertmaßstäbe und persönliche Einstellungen gegenüber Konsum und Freizeitangeboten zu entwickeln (89).

Im Kindes- und Jugendalter ist es deshalb von entscheidender Bedeutung mit Gesundheitsförderung und Primärprävention zu beginnen und sie im späteren Alter fortzusetzen.

Die Schule als Setting bietet sich dafür aus mehreren Gründen besonders an. Durch die in Deutschland bestehende Schulpflicht werden mit Sicherheit alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von sozialem Status, Herkunft oder Einkommen erreicht. Außerdem ist sie ein zentraler Ort für soziale Interaktionen und hat somit einen großen Einfluss auf die kindliche Entwicklung (91).

Nicht vernachlässigt werden sollte dennoch, dass dieses Setting nur eins von mehreren relevanten Lebensfeldern der Kinder und Jugendlichen ist. Wichtig ist es daher auch Eltern, Sportvereine und Anbieter von Freizeitangeboten mit einzubeziehen. Diese Möglichkeit lässt sich besonders vorteilhaft in der Ganztagschule verwirklichen (20).

Trotz der dringlichen Notwendigkeit ist es immer noch schwierig Prävention und Gesundheitsförderung in unserer Gesellschaft zu etablieren.

Ein Grund dafür mag sein, dass, wie so häufig, die Kostenersparnisse das Hauptaugenmerk darstellen. Prävention ist nur dann kostensparend, wenn durch sie nachweislich das Auftreten einer Krankheit verhindert werden kann, die selber höhere Kosten verursacht als die Präventionsmaßnahme an sich (110). Das ist zwar häufig, aber nicht immer der Fall.

Außerdem stellt sich oft die Frage, wer in diesem Bereich verstärkt forschen soll, denn Forschung ist immer mit Kosten verbunden und Public Health-Forschung liefert kaum Ergebnisse, die sich gewinnbringend vermarkten lassen wie es im Bereich der pharmazeutischen Forschung möglich ist. Meist resultieren Erkenntnisse und Empfehlungen, welche zum öffentlichen Gut werden und von jedem individuell umgesetzt werden können, deren Effekte aber häufig erst spät nachweisbar sind (110, 87, 121).

Trotz allem sollte man sich vor Augen führen, dass gerade in Fragen der Gesundheit die Kostenersparnisse nicht immer die Handlungsgrundlage bilden sollten. Gesundheit ist ein fundamentales Recht jedes Menschen und sollte das höchste soziale Ziel sein (45). Zwar mag nicht jede Präventionsmaßnahme kostensparend sein, dennoch mag sie sich lohnen.

„Kosteneffektivität“ ist das eigentlich relevante Kriterium (110).

I.3 Beteiligte an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Selbstverständlich trägt jeder Mensch die Eigenverantwortung für seine Gesundheit, doch wird diese zum Beispiel durch soziale, finanzielle und biologische Faktoren eingeschränkt (29).

Kinder und Jugendliche können außerdem ihre gesundheitliche Versorgung nicht ohne fremde Hilfe sichern und sind auf die Eltern oder - sofern diese nicht in der Lage sind - öffentliche Einrichtungen angewiesen (118).

In der Bundesrepublik Deutschland findet sich ein komplexes Netzwerk aus staatlichen Behörden und verschiedensten Institutionen, das sich um die Gesundheit der Bevölkerung spannt.

Jeder hat seine originären Zuständigkeiten und Aufgaben, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen. Dabei wird sich auf die folgenden Hauptakteure beschränkt:

- Staatliche Institutionen, einschließlich
 - Bundesministerium für Gesundheit
 - Länderministerien am Beispiel NRW
 - Kommunen
- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- Die Schulen
- Die Ärzteschaft

Darüber hinaus ist eine Vielzahl von Projektgruppen, Kooperationsverbänden und Initiativen beteiligt, die im Rahmen dieser Dissertation nicht alle aufgeführt werden können und nur exemplarisch erwähnt werden.

I.3.1 Staatliche Institutionen

Staatliche Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene angesiedelt: das Bundesministerium für Gesundheit mit seinen jeweiligen Geschäftsbereichen, die Landesministerien und Landesgesundheitsämter sowie die kommunalen Gesundheitsämter haben ihre festgelegten Zuständigkeiten, um der Bevölkerung die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (29).

Dabei ist allen gemeinsam, dass ihnen vorwiegend verhältnispräventive Aufgaben zukommen, soll heißen eine Umwelt zu schaffen, in der verhaltenspräventive Maßnahmen umgesetzt werden können. Als Beispiel wären Regelungen in Bezug auf gesunde Schulverpflegung, öffentliche Rauchverbote (28, 91) und Gesetze, die gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern, zu nennen.

Das Bundesministerium für Gesundheit

Auf höchster Ebene unseres Gesundheitssystems steht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Es hat Zuständigkeiten in zahlreichen Politikfeldern, sieht aber einen seiner Schwerpunkte klar in Prävention und Gesundheitsschutz (17). Dazu erarbeitet es in seiner Abteilung für Prävention, Krankheitsbekämpfung und Biomedizin Gesetzesentwürfe, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften (24).

Zum Geschäftsbereich des BMG zählen neben vielen anderen das **Robert-Koch-Institut (RKI)** und die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)**.

Als „zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten“ (24) ist das **RKI** zuständig für die „Forschung und Beratung der Bundesregierung in Fragen der Öffentlichen Gesundheit“. In diesem Rahmen erstellt es die jährliche Gesundheitsberichterstattung des Bundes und nimmt im Sinne eines Frühwarnsystems eine zentrale „Antennenfunktion“ wahr (94). Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen wird somit an dieser Stelle registriert, sodass gegebenenfalls Gegenmaßnahmen folgen können.

Die **BzgA** ist die Fachoberbehörde für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Hier werden Strategien und Kampagnen entwickelt, um die „Bevölkerung über Gesundheitsrisiken zu informieren und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu vermitteln“ (24).

Laut eigener Aussage gehört die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit mit den Aspekten Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit zu den derzeitigen Hauptarbeitsrichtungen der BzgA (21).

Mittels Aufklärungsmaßnahmen soll die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen gestärkt und Hilfestellungen angeboten werden, damit Kinder die verschiedenen Entwicklungsstufen bis ins Erwachsenenalter gesund bewältigen können. Großer Wert wird dabei auf die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen der Kinder wie Eltern, Lehrkräfte, Ärzteschaft und Freizeiteinrichtungen wie Vereinen gelegt (21).

In Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut wurden bereits ein politisches Transferkonzept mit Handlungsempfehlungen unter dem Titel **„Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“** sowie **„IN FORM, Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“** erarbeitet (21).

Zudem wurde eine ganze Reihe von pädagogischen Medien, Materialien und Interventionskonzepten, vor allem im Bereich Suchtprävention herausgegeben, um den an der Kindergesundheit Beteiligten kompetente Unterstützung zu liefern (91).

Das BMG beruft weiterhin einen **„Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“** ein (SGB V §142), der alle 2 Jahre zum 15. April ein Gutachten einreicht; der jeweilige Themenschwerpunkt wird zuvor vom BMG festgelegt. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen Versorgungsdefizite und Überversorgungen auf Bundesebene aufzudecken und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu erarbeiten. Die Qualitätssicherung und Evaluation umgesetzter Maßnahmen wird ermöglicht.

Seit Dezember 2000 bündeln verschiedene Akteure aus Gesundheitswesen und Wirtschaft im Kooperationsverbund **gesundheitsziele.de** ihre Kompetenzen, um gesundheitspolitische Herausforderungen zu identifizieren und die **Nationalen Gesundheitsziele** zu entwickeln. Diese sind als „verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem zu verstehen“ (33).

Bisher wurden sechs nationale Gesundheitsziele entwickelt und publiziert, darunter 2003 mit „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ erstmals ein Gesundheitsziel für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche (33). Zum damaligen Zeitpunkt gab es zwar schon epidemiologische Hinweise auf die Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen, doch wurden diese erst durch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2007 repräsentativ ermittelt und dokumentiert (20). Unter Berücksichtigung der KiGGS-Ergebnisse erschien 2008 eine überarbeitete Form des genannten Gesundheitsziels (33).

Als Teilziele des **Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“** sind zu nennen:

- Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen
- Reduktion von Belastungen / belastenden Einflüssen für Kinder, Jugendliche und Familien
- Förderung der Bewegung von Kindern und Jugendlichen
- Reduktion der Fehlernährung, Förderung der gesunden Ernährung in Familien
- Optimierung der Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in KiTa, Schule, Familie / Umfeld

Zunehmende Bedeutung haben dabei die Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen, sowie der Gender- Aspekt, d.h. die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechterrollen von Frauen und Männern. Diese sind - anders als das biologische Geschlecht – erlernt und damit auch veränderbar (20). Die aufgestellten Teilziele unterscheiden dabei weiterhin zwischen passiven Strategien zur Vermittlung von Gesundheitswissen und aktivierenden, einbindenden, das gesundheitliche Selbstmanagement fördernden Strategien.

Um das nationale Gesundheitsziel zu erreichen sind auf den verschiedenen Ebenen unterschiedliche Handlungsempfehlungen erarbeitet worden.

Dazu zählen unter anderem die **„Strategie zur Förderung der Kindergesundheit“**, welche das BMG am 27.05.2008 beschlossen hat (20) sowie der **„nationale Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland 2005 - 2010“** und der schon genannte Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht **„In Form“** (20).

Um Prävention und Gesundheitsförderung besser auszubauen und die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern , sollen die Akteure besser vernetzt werden, Handlungslücken identifiziert und zielgerichtete Kooperationen zwischen den Politikbereichen initiiert werden (19, 20).

Die Ministerien der Länder am Beispiel NRW

Als mittlere Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gelten die Ministerien der Länder.

Am 15. Juli 2010 kam es zwar zu einer Umstrukturierung der Landesministerien in NRW, da unsere Befragung und Auswertung aber vor diesem Zeitpunkt stattfand, soll im Folgenden der Zustand vor der Umstrukturierung beschrieben werden. An den strukturell-organisatorischen Bedingungen auf untergeordneter Ebene hat sich nach der Regierungsänderung nichts geändert.

Bis zum 14. Juli 2010 war es Aufgabe des **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen** die Ziele im Gesundheitsbereich vorzugeben und an deren schrittweiser Konkretisierung und Umsetzung zu arbeiten.

Der erste umfassende Gesundheitsbericht in Form des „Gesundheitsreports Nordrhein- Westfalen 1990“ veranlasste 1991 die Gründung der **Landesgesundheitskonferenz NRW** (LGK NRW). Später wurde sie im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG §26) fest verankert. Unter dem Vorsitz des jeweiligen Gesundheitsministers wurden darin gesundheitspolitische Themen beraten und Entschlüsse verabschiedet, zu deren Umsetzung sich die Beteiligten verpflichten (66).

Im Bereich der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen ragen vor allem 5 Konferenzen hervor:

- 1994 (4. LGK): Diskussion der 10 vorrangigen Gesundheitsziele für NRW; die Verabschiedung des kompletten Zielekatalogs erfolgte dann auf der 5. LGK

- 1999 (8. LGK): Publikation der EntschlieÙung „Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen“, darin wird bereits Gesundheitsförderung in der Schule thematisiert und auf den Mangel an Kenntnissen bezüglich der Kindergesundheit aufmerksam gemacht
- 2004 (13. LGK): Verabschiedung der Gesundheitsziele 2005-2010
- 2005 (14. LGK): Beschluss des Präventionskonzeptes NRW unter Berücksichtigung der Bestandsaufnahme der Gesundheitsziele 1995-2005
- 2009 (18. LGK): Publikation der EntschlieÙung „Für einen guten Start ins Leben: Kindergesundheit in Nordrhein-Westfalen verbessern“ mit Schwerpunkt auf Säuglingssterblichkeit, Impfen und Früherkennungsuntersuchungen (80).

Die **Landesgesundheitsberichtserstattung** erfolgte in NRW durch das **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW** (LIGA, früher lögd). Dabei wurde sowohl der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung erfasst als auch ausgewählte Themenbereiche wie zum Beispiel 2002 die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW. Um eine Vergleichbarkeit der Berichte untereinander zu gewährleisten, wurden sog. Gesundheitsindikatoren festgelegt, die nach Kern-, Bund-, und Länderindikatoren (z.B. Einkommen, Rauchgewohnheiten, BMI, Mortalität) unterschieden wurden (66).

Wie schon auf Bundesebene beschrieben, war demnach auch auf Landesebene eine kontinuierliche Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes gewährleistet.

Bereits 1993 hat NRW damit begonnen Gesundheitsziele für das Land zu entwickeln und 1995 „**Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW – Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik**“, eines der ersten landespolitischen Gesundheitszielprogramme in der Bundesrepublik Deutschland, verabschiedet (77). Dabei wurden die Gesundheitsziele auf Bundes und Landesebene bei der Auswahl von Zielthemen und geeigneten Strategien aufeinander abgestimmt (20).

Auf der 13. Landesgesundheitskonferenz im Dezember 2004 wurden die **Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2005 bis 2010** verabschiedet: Darin wurde als Strukturziel 1 der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention vor allem bei Kindern und Jugendlichen genannt. Unter die krankheitsbezogenen Ziele fielen unter anderem die Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Minimierung von Rückenleiden und die Suchtbekämpfung (33).

Die Umsetzung der Ziele erfolgte durch das am 07.12.2005 auf der 14. LGK verabschiedete „**Präventionskonzept NRW**- Eine Investition in Lebensqualität“. Es verstand sich als „Brückenschlag zwischen den Chancen, die eine landesweite Strategie eröffnet und den Vorteilen, die sich aus der Berücksichtigung lokaler Möglichkeiten und Notwendigkeiten ergeben“ (64).

Die Finanzierung sollte durch das Land, die Kommunen und die Sozialversicherungsträger sowie gegebenenfalls weitere beteiligte Akteure erfolgen (64).

In der Landesgesundheitskonferenz erklärten die Mitglieder ihre Bereitschaft, durch entsprechende Maßnahmen und Projekte in Sinne des Präventionskonzeptes mitzuwirken. Darüber hinaus konnten zusätzlich alle Beteiligten eigenverantwortliche Maßnahmen gestalten (64). Zur Unterstützung wurden dafür Planungshilfen erarbeitet, an denen sich alle Akteure, die sich aktiv einbringen wollten, orientieren konnten (41).

Der **Projektverbund „Gesundes Land Nordrhein- Westfalen“** wurde 1994 auf Beschluss der Landesgesundheitskonferenz gegründet und war seitdem fester Bestandteil der Gesundheitspolitik. Nach eingehender Prüfung wurden Projekte aufgenommen, die zu einer Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und zum Erreichen der Gesundheitsziele beitrugen.

Einmal im Jahr wird in diesem Rahmen der **Gesundheitspreis „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“** zu einem Schwerpunktthema ausgeschrieben. 2010 lautete das Thema „Für einen guten Start ins Leben. Kindergesundheit in Nordrhein-Westfalen verbessern“ (66, 76).

Neben den bereits exemplarisch genannten, gibt es noch zahlreiche weitere Bündnisse und Strategiepläne auf Landesebene, die hier nicht alle aufgeführt werden können.

Am 15. Juli 2010 wurde das **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA)** Nordrhein-Westfalen neu gebildet.

Sein Kernanliegen ist nach eigener Aussage, dazu beizutragen, dass alle Menschen in NRW ihr Leben so weit wie möglich selbst gestalten können. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, was jeder einzelne Mensch benötigt, um seine Gesundheit zu erhalten oder durch gute medizinische Versorgung zurückzugewinnen. Ziele sollen unter anderem sein, die Prävention und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu stärken, die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, sowie eine flächendeckende und für alle zugängliche gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten (78).

Unterstützung erhält das MGEPA vom **Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport (MFKJKS)** des Landes Nordrhein-Westfalen, das erstmals alle Bereiche der außerschulischen Bildung in einem eigenen Ressort zusammenführt (79).

Trotz der erfolgten Umstrukturierung ist auch in Zukunft eine weitere Konzentration des Landes NRW auf die Bereiche der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu erwarten, damit bestehende Strategien fortgeführt und neue Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit etabliert werden.

Die untere Gesundheitsbehörde/ Kommunen

In der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit heißt es wörtlich „Gesundheitsförderung in Tageseinrichtungen, in der Kindertagespflege und in den Schulen ist vorrangig eine Aufgabe der Länder, Städte und Kommunen, die hierzu eine Vielzahl von Initiativen gestartet haben“ (19).

Als untere Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes gilt das **Gesundheitsamt** (ÖGDG §30 (2)). Seine Aufgaben und Zuständigkeiten sind im **ÖGDG NRW** geregelt, das zuletzt am 1.1.1998 aktualisiert wurde.

Die Aufgaben des gesamten Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind „der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen“ (ÖGDG §2(2)).

Das Gesundheitsamt im Speziellen hat „an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz mitzuwirken“ (ÖGDG §6). Nach § 7 erfolgt das unter anderem durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse sowie die Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung. Dabei soll das Gesundheitsamt vorrangig die Planung und Umsetzung koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinwirken (ÖGDG §7 (2)). Neben dem Auftrag für die gesamte Bevölkerung wird in §12 die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen nochmals gesondert erwähnt.

Analog zur Landesgesundheitskonferenz werden auf lokaler Ebene gesundheitspolitische Themen in der **kommunalen Gesundheitskonferenz** besprochen und an den Landesgesundheitszielen orientierte Strategien für die Region entwickelt (80).

Die Aufarbeitung der in der Gesundheitskonferenz erörterten Themenschwerpunkte wird schließlich in **kommunalen Gesundheitsberichten** dokumentiert (ÖGDG §21).

Auch betriebsmedizinische Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen wie KiTas und Schulen fallen in den Zuständigkeitsbereich der unteren Gesundheitsbehörde. Die Beratung der Träger, ErzieherInnen, und LehrerInnen in Fragen der Gesundheitsförderung ist genauso Bestandteil wie die Durchführung der schulischen Eingangsuntersuchungen und, sofern erforderlich, weiteren Regeluntersuchungen (ÖGDG §12 (2)).

Es besteht somit für die kommunale Ebene die gesetzliche Vorgabe und Verpflichtung, sich für Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen.

Wie auch auf Landesebene, ist es in Stadt und Kreis Aachen zu einer politischen Umstrukturierung gekommen.

Am 21.10.2009 fusionierten Stadt und Kreis Aachen mit den dazugehörigen Gesundheitsämtern zur Städteregion Aachen. Zuvor getrennte Aktivitäten in dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden seitdem zusammengeführt und zentral koordiniert.

Dass die Gesundheit von Kindern bereits vor der Fusion Schwerpunktthema für die Gesundheitsämter waren, zeigt exemplarisch die Arbeit der AG „Soziale Lage und Gesundheit von Kindern im Kreis Aachen“, (54) und die AG "Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ernährungssituation“, welche die Ernährungssituation von Kindern im Kreis Aachen verbessern wollte (54). Hauptsächlich bestand ihre bisherige Arbeit in Situationsanalyse und Koordinierung, doch auch Fortbildungen und Beratungen gehörten zum Handlungsfeld (36).

Das auf Bundesebene geforderte Engagement der Kommunen in Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Städteregion Aachen ein erklärter Schwerpunkt der zukünftigen gemeinsamen Bestrebungen zum Schutz der Bevölkerung.

I.3.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Gesetzliche Grundlage für die Aufgaben und Handlungsfelder der GKV bildet das Sozialgesetzbuch V (SGB).

§ 1 definiert als Aufgabe der Krankenversicherung neben der Erhaltung, Wiederherstellung und Besserung der Gesundheit ihrer Versicherten ebenso die Vermeidung von Krankheit und Behinderung. Dabei wird auch erklärt, dass die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind und durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung und frühzeitige Beteiligung an den Angeboten zu ebendiesem Ziel beitragen sollen. Unterstützung erhalten sie dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen der GKV.

In § 20 werden die Aufgaben der GKV in Prävention und Selbsthilfe noch spezifiziert. So heißt es "Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.

Nach §12 Abs. 1 müssen die Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Die Prioritäten bezüglich Handlungsfeldern, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik werden durch den Spitzenverband der Krankenkassen festgelegt. Hier wird auch die Relevanz des zuvor beschriebenen Settingansatzes nochmals betont.

Oberste Priorität hat zurzeit für die Krankenkassen die Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems, da diese „in Hinblick auf Mortalität, Morbidität und Kosten die höchste epidemiologische Bedeutung besitzen“ (37). Als Zielgruppen gelten Kinder, Jugendliche und junge Familien. Dabei wird eine multimodale Ausrichtung empfohlen, das heißt mindestens zwei Themen aus Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, Suchtvorbeugung und allgemeiner Lebenskompetenz sollen gleichzeitig umgesetzt werden. Grundsätzlich sollen Verhaltensprävention (Wissensvermittlung, Kompetenzstärkung, Einstellungsänderung) und Verhältnisprävention (gesundheitliche Umgestaltung von Strukturen und Abläufen) gleichwertig berücksichtigt werden (37).

Ein weit verbreitetes Projekt im Bereich der schulischen Suchtprävention, welches durch die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) unterstützt wird, ist beispielsweise „**Be Smart, don't start**“, das den Einstieg ins Rauchen verhindern soll. Für den jährlich stattfindenden Wettbewerb können sich einzelne Schulklassen bewerben und attraktive Preise für die ganze Klasse gewinnen. Neben der stärkeren Präsenz des Themas „Nichtrauchen“ unter den Schülern wird durch die gemeinsame Zielsetzung und Projektdurchführung der Klassenzusammenhalt gestärkt und die Schüler können sich gegenseitig in ihren Vorhaben unterstützen (9).

Durch den Spitzenverband der GKV, dem gemäß § 217 a alle gesetzlichen Krankenkassen angehören, wird außerdem einmal im Jahr ein **Präventionsbericht** publiziert, der bundesweit die Leistungen der Krankenkassen in der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung dokumentiert (105). So kann eine kontinuierliche Qualitätssicherung gewährleistet werden.

Außerhalb der durch die Krankenkasse selber angebotenen Maßnahmen erfolgt die Qualitätssicherung ergänzender Projekte und Maßnahmen durch die Festlegung definierter Anforderungen, welche durch die Anbieter präventiver Maßnahmen erfüllt werden müssen. Zusätzlich gibt es fest integrierte Evaluationskonzepte (37).

I.3.3 Schulen

Auf die Bedeutung des Settings Schule für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde bereits eingangs eingegangen.

Gesetzliche Rahmenbedingungen werden in Deutschland durch die Schulgesetze der einzelnen Länder vorgegeben. Bedingt durch ihre Autonomie unterscheiden sich die Schulgesetze der einzelnen Bundesländer enorm im Hinblick auf den Umfang der aufgenommenen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen und wie diese beispielsweise im Unterricht fest verankert sind (82).

Im Schulgesetz des Landes NRW werden zwar keine konkreten Vorgaben für die Schulen gegeben, doch finden sich präventive und gesundheitsförderliche Ansätze in den Zielsetzungen wieder.

So heißt es in §2 (5) „Die Schülerinnen und Schüler sollen insbesondere lernen [...] Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben“.Außerdem wird der dem Bereich Lebenskompetenz zugeschriebene „verantwortungsbewusste und sichere Umgang mit Medien“ als schulische Aufgabe verstanden (100).

§54 thematisiert die Schulgesundheit nochmals separat und macht deutlich, dass schulische Gesundheitsförderung nicht nur in der Schule selber stattfindet: „(1) Die Schulgesundheitspflege hat das Ziel, Krankheiten der Schülerinnen und Schüler vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege zu ihrer Heilung aufzuzeigen. Die Aufgaben der Schulgesundheitspflege nehmen die unteren Gesundheitsbehörden in Zusammenarbeit mit der Schule und den Eltern wahr. (2) Für jede Schule bestellt die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit dem Schulträger eine Schulärztin oder einen Schularzt.“ (100)

Dennoch müssen wir beachten, dass das Gesetz nur die Rahmenbedingungen schaffen kann. Ob und wie eine Schule die Gesundheitsförderung umsetzt, muss sie selbst entscheiden (82).

I.3.4 Die Ärzteschaft

Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.[...] Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“ (14).

Neben der Behandlung von Krankheiten ist es Aufgabe der Ärzte, gesundheitliche Defizite ihrer Patienten aufzudecken, sie durch geeignete Maßnahmen zu gesundheitsbewusstem Handeln zu motivieren und bei der Umsetzung zu unterstützen. Voraussetzungen dafür sind die fachliche Kompetenz des Arztes und das Vertrauen der Patienten in seine Empfehlungen. Dieses Vertrauen sollten Ärzte nutzen, um ihre Patienten zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren (6).

Die Aktualität und Relevanz der Thematik wird auch im Ulmer Papier deutlich, welches auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 beraten wurde und die Positionen der Ärzte in gesundheitspolitischen Debatten zusammenfasst.

Hier heißt es "Ärzte leisten dabei in ihrer täglichen Arbeit durch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Gesundheitsförderung), die Aufklärung über gesundheitliche Risiken (Primärprävention), [...] einen wichtigen Beitrag. Prävention ist somit integraler Bestandteil ärztlichen Tuns." „Programme zur Stärkung des gesundheitsbewussten Verhaltens von Kindern in Kindergärten und Schulen und zur Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen sind zu fördern und weiter auszubauen.“ (2)

Der Aspekt der ärztlichen Gesundheitsförderung in Schulen und Kindergärten ist deshalb so wichtig, da unter anderem der KiGGS belegt, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit Alter und sozialem Status sowie Migrationshintergrund abnimmt.

So liegt die Teilnehmerrate der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) in den ersten 2 Lebensjahren bei Familien mit höherem sozialen Status über 90% und nimmt in den Folgejahren kontinuierlich ab.

Familien mit niedrigerem sozialen Status liegen im Durchschnitt 10% niedriger, noch ausgeprägter ist das Defizit bei solchen mit Migrationshintergrund (49).

Daraus resultiert, dass die Ärzte die in Prävention und Gesundheitsförderung benachteiligten Gruppen nur schwer über einen persönlichen Zugang erreichen können.

Im Schulgesetz NRW finden sich direkte Vorgaben für die Einbeziehung der Ärzte in die schulische Gesundheitsförderung: §54 (2) Schulgesundheit: „Für jede Schule bestellt die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit dem Schulträger eine Schulärztin oder einen Schularzt. Der schulärztliche Dienst umfasst insbesondere: [...]

2. eine besondere Überwachung der Schülerinnen und Schüler, deren Gesundheitszustand eine fortlaufende Kontrolle erforderlich macht,
3. schulärztliche Sprechstunden für Eltern, Schüler und Lehrerschaft,
4. gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen für die Schülerinnen und Schüler,
5. Beratung der Lehrerinnen und Lehrer in Fragen der Gesundheitspflege" (100).

Dass die gesetzlichen Vorgaben nicht nur leere Worte bleiben, zeigt beispielsweise die Ärztekammer Nordrhein, die wesentlich dazu beiträgt die Ziele des Landespräventionskonzeptes und der einzelnen Landesinitiativen zu erreichen (6).

So hat sie beispielsweise 1995 das Settingprogramm „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Primarstufe“ ins Leben gerufen, das 2001 unter dem Namen „**Gesund macht Schule**“ flächendeckend in NRW eingeführt wurde (7). Grundlage bildet ein Arztpatenschaftskonzept, das die Zusammenarbeit von Schülern, Eltern, Lehrern, Patenärzten und Gesundheitsdiensten in der Region fördert. Einzelne Bausteine können von den Schulen genutzt und kombiniert werden, dazu zählen unter anderem:

- Medien zur Integration der Themen in den Unterricht
- Anregungen zur Elternarbeit und spezielle Elternabende zur Gesundheitsförderung
- Fortbildungsprogramme zu unterschiedlichen Themen (6, 7).

Das Programm wird regelmäßig evaluiert und unterliegt einer ständigen Prozessdokumentation (6).

II Zielsetzung

„Höchste Weisheiten sind belanglose Daten, wenn man sie nicht zur Grundlage von Handlungen und Verhaltensweisen macht.“

Peter F. Drucker, (1909-2005) amerikanischer Ökonom

Bisher konnte gezeigt werden, dass zwar viele Akteure bereits an einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen arbeiten, weiterhin aber gesellschaftliche Anstrengungen nötig sind, um möglichst alle, vor allem auch bisher unterversorgte Kinder durch Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen.

Dem letzten Schritt des Public Health Action Cycle (Evaluation) entsprechend soll hier durch eine Prozessevaluation erfasst werden, inwieweit die Angebote und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung an weiterführenden Schulen der Städteregion Aachen genutzt und umgesetzt werden.

Durch eine Befragung von Lehrern weiterführender Schulen in der Städteregion Aachen, soll geklärt werden:

1. Welche Präventionsbereiche haben bereits Einzug in die Schulen der Städteregion gefunden und in welcher Form?
2. Wer ist an der Auswahl und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt?
3. Wie informiert sind die Lehrer über die Relevanz der Thematik?
4. In welchem Präventionsbereich wird bereits ausreichend angeboten und wo besteht der dringendste Handlungsbedarf?
5. Woran scheiterte bisher die konsequente Durchführung präventiver Angebote und wo finden sich Hindernisse für die Etablierung neuer Vorhaben?
6. Was kennzeichnet eine erfolgreiche Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung? Handlungsempfehlungen

III Material und Methoden

III.1 Untersuchungsgebiet

Die Städteregion Aachen befindet sich im Südwesten Nordrheinwestfalens und grenzt unmittelbar an die Niederlande und Belgien. Mit dem Zusammentreffen kultureller und regionaler Besonderheiten im Dreiländereck bietet sich auch die Möglichkeit länderübergreifend zusammenzuarbeiten.

Die Städteregion besteht aus den Städten Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Monschau, Stolberg und Würselen sowie den Gemeinden Simmerath und Roetgen. In ihr sind seit dem 21. Oktober 2009 der ehemalige Kreis Aachen sowie die Stadt Aachen zusammengefasst. Auf ca. 700 km² leben rund 568.000 Menschen, davon 258.000 in der Stadt Aachen (106). 14% der Bürger sind unter 15 Jahren, 29,6% unter 39 Jahren (47).

Mit der RWTH als Exzellenzuniversität und der Fachhochschule Aachen lockt sie gerade junge Menschen an, die mit Motivation und neuen Ideen die positive Entwicklung der Region unterstützen.

III.2 Untersuchungsinstrumente (Fragebögen)

In Kooperation zwischen dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin der RWTH Aachen, dem ehemaligen Gesundheitsamt des Kreis Aachen sowie der AOK Rheinland Hamburg, wurden für diese Befragung zwei Fragebögen entwickelt.

Der erste Bogen, im Folgenden „Schulbogen“ genannt, sollte von jeder Schule nur einmal ausgefüllt werden.

Je ein Exemplar des zweiten Bogens, im Folgenden „Lehrerbogen“ genannt, wurde an die einzelnen Lehrkräfte verteilt, um die individuellen Angaben zu durchgeführten Präventionsmaßnahmen und den Bedarf der jeweiligen Lehrkraft zu erfassen.

Die Beantwortung der Fragen sollte selbstständig und ohne Einfluss der anderen Lehrkräfte geschehen.

Da nicht nach Name oder Alter der Lehrer gefragt wurde, werden diese Fragebögen anonymisiert ausgewertet.

Um den Lesefluss zu vereinfachen, wird im Folgenden mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ auch „Primärprävention“ eingeschlossen.

Schulbogen

Der Schulbogen mit insgesamt 49 Fragen gliedert sich in 6 Teile (siehe Anhang).

Abhängig von der Fragestellung handelt es sich um „Single Choice“- Fragen, bei denen als Antwort genau eine Alternative ausgewählt werden kann, um „Multiple Choice“ mit mehreren Antwortmöglichkeiten oder die Angabe von Freitext und Zahlen.

Teil 1: Angaben zur Schule

Der erste Teil des Fragebogens dient zunächst der Erfassung allgemeiner Schuldaten.

Hier wird zunächst der Aspekt „soziales Umfeld der Schule“ erfasst.

Außerdem wird gefragt, ob und wie lange ein Nachmittagsbetreuungsangebot bereits besteht, ob es für die Schüler verpflichtend ist und welche externen Partner z.B. Sportvereine oder das Gesundheitsamt an dessen Durchführung beteiligt sind.

Insgesamt kann die Gesundheitsförderung im Setting Schule in einen aktiven und einen passiven Teil unterteilt werden.

Als „aktiv“ sind beispielsweise die Teilnahme an Projekten, Kursen oder AGs zu nennen. „Passiv“ umfasst Aspekte wie die räumlichen Gegebenheiten oder die Verpflegung. Man könnte die „aktiven“ Bereiche auch der Verhaltensprävention zuordnen und die „passiven“ der Verhältnisprävention.

Teil 2: Ernährung

Zum Einstieg wird erfasst, ob an der Schule Konzepte oder Projekte zur Gesundheitsförderung im Bereich „Ernährung“ angeboten werden. Wird diese Frage mit „Ja“ beantwortet, sollen diese benannt und den Varianten „dauerhaft“ oder „zeitlich begrenzt“ zugeordnet werden.

Diese Fragestellung wiederholt sich in Teil 3-5 des Fragebogens unter Austausch des jeweiligen Präventionsbereiches.

Dasselbe gilt für die abschließende Frage, ob der angegebene Präventionsbereich, in diesem Fall Ernährung, im regulären Unterricht behandelt wird und wenn ja, in welchen Schuljahren.

Der Ernährungsteil des Schulbogens erfasst im passiven Bereich die vorhandenen Räumlichkeiten wie Mensa oder Speisesaal, das Angebot der Speisen und deren Bezugsquelle. Zur Ermittlung der Qualität des Angebots wird außerdem nach den Auswahlkriterien für die Mittagsverpflegung (z.B. fettarm, Vollwert...) sowie die Ausweisung von Allergiker-Hinweisen gefragt. Vor dem Hintergrund einer vergleichbaren Auswertung wird die Frage nach dem finanziellen Eigenanteil pro Mittagessen in Clustern erfasst mit den Auswahlmöglichkeiten „weniger als 1 €“, „1-2 €“ oder „mehr als 2 €“.

Der Aspekt der aktiven Beteiligung an der Verpflegung wird über das Angebot von Kochkursen ermittelt, wobei Schwerpunkt, Häufigkeit und Leitung derselben sowie die teilnehmenden Schuljahrgänge angegeben werden sollen.

Teil 3: Bewegungsförderung

Eingeleitet wird der dritte Teil des Schulbogens mit den in Teil 2 bereits genannten Fragen.

Der passive Teil der Gesundheitsförderung wird mit Fragen nach Räumlichkeiten zur Bewegungsmöglichkeit in den Pausen sowie das Vorhandensein von Spielgeräten und Sportplätzen abgedeckt.

Sport-AGs repräsentieren den aktiven Teil. Es wird nach dem Sportangebot, deren Leitung und nach Geschlechtertrennung gefragt.

Die Frage, ob die Schüler über den regulären Unterricht hinaus an Sport-AGs teilnehmen müssen, soll ermitteln, wie viele Stunden Sport jeder Schüler unabhängig vom außerschulischen Freizeitverhalten pro Woche treibt.

Teil 4: Stressbewältigung

Neben den in Teil 2 bereits genannten Fragen wird hier der aktive und passive Teil der Gesundheitsförderung in nur einer Multiple Choice-Frage erfasst, bei der die Möglichkeit geboten wird, zusätzliche Angebote als Freitext einzutragen. Diese Form der Fragestellung wurde bewusst so gewählt, da der Bereich Stressbewältigung sehr vielseitig gestaltet sein kann und das Angebot in den Schulen unter Umständen erheblich variiert. Die Möglichkeit des Freitextes ist somit besser geeignet als nur die der Auswahl vorgegebener Antworten.

Ergänzend für den aktiven Teil wird noch gefragt, ob und in welchen Klassen mit den Schülern aktive Entspannungsübungen während des Unterrichts oder nach einer Unterrichtseinheit gemacht werden.

Teil 5: Suchtprävention

Der letzte Bereich der Gesundheitsförderung gestaltet sich vom Fragentyp wie der vorige. Neben den in Teil 2 genannten Fragen wird mittels einer Multiple-Choice-Freitext-Frage nach dem Angebot zur Suchtprävention gefragt.

Teil 6: Einbeziehung der Eltern

Mittels Multiple-Choice und Freitext wird hier die Informationsvermittlung (Elternabende, Elternbriefe), die Mitbestimmung sowie die Leitung einzelner Projekte durch Eltern ermittelt.

Lehrerbogen

Der Lehrerbogen umfasst 39 Fragen, die in 6 Bereiche geteilt werden.
Der Fragentyp entspricht dem der Schulbögen.

Teil 1: Angaben zur Person

Der erste Teil dient auch bei diesem Bogen der Erfassung soziodemographischer Daten. Da weder Name noch Alter erfragt werden, ist eine Anonymität gewährleistet.

Hinweise auf das Alter können bei der späteren Auswertung aus der Angabe der Beschäftigungsdauer gezogen werden.

Teil 2: Informationsstand

Voraussetzung für eine flächendeckende Umsetzung von präventiven Projekten ist ein ausreichender Kenntnisstand bei allen Beteiligten.

Daher wird in diesem zweiten Teil des Fragebogens ermittelt, ob der KiGGS (Kinder und Jugendgesundheitssurvey) und die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ bei den Lehrern bekannt sind.

Sollte dies der Fall sein, soll angekreuzt werden, ob die Informationsvermittlung durch die Schule erfolgte oder privat aus eigenem Interesse.

Teil 3 und 4: Zugang zur Gesundheitsförderung und Bedarfsermittlung

Der dritte und vierte Teil des Fragebogens sollen einen Überblick über das derzeitige Angebot an Schulen verschaffen und feststellen, in welchem Präventionsbereich noch Förderungsbedarf besteht. Dabei wird erfasst, welcher Bereich für Lehrer beziehungsweise Schüler schon ausreichend abgedeckt ist und in welchem die Priorität der Anstrengungen liegen sollte. Als Antworten sind jeweils die vier Präventionsbereiche und „keiner“ möglich.

Außerdem wird erfragt, ob ein getrenntes oder gemeinsames Angebot für Lehrer und Schüler bevorzugt wird und, wo eine Geschlechtertrennung sinnvoll wäre.

Teil 5: Umsetzung

Der fünfte Teil beschäftigt sich mit Problemen bei der Umsetzung von Präventionsprojekten und der Bereitschaft, sich persönlich an dieser zu beteiligen. Dabei werden alle vier Präventionsbereiche separat erfasst und zwischen Gründen für das Scheitern vergangener Maßnahmen und Hindernissen bei der Umsetzung neuer unterschieden. Die Antwortmöglichkeiten decken soziale Faktoren wie mangelnde Unterstützung oder Kompetenz aber auch finanzielle und bauliche Gegebenheiten ab. Auch ein fehlender Überblick über Angebot oder Qualität von Projekten sowie Kollisionen mit dem Lehrplan können angegeben werden. Die Möglichkeit einer freien Antwort ist vorhanden.

Des Weiteren wird ermittelt, wo sich die Lehrer über das Angebot informieren und nach welchen Kriterien sie die Projekte für ihre Schule auswählen.

Bezüglich Engagement und Bereitschaft unter den Lehrern werden die eigenständige Leitung von Projekten sowie der Besuch von Fortbildungen und Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung berücksichtigt. Dabei wird der derzeitige Stand erfasst aber auch erfragt, in welchem Präventionsbereich das größte Interesse bei den Lehrern besteht und wie das Angebot hinsichtlich Zeit und Veranstaltungsart auf die Bedürfnisse der Lehrer angepasst werden kann.

Der 6. Teil betrifft mögliche Lärmbelästigungen in der Schule und wurde im Rahmen der Datenerhebung für eine andere Studie mit in die Fragebögen aufgenommen. Auf eine Auswertung wird im Rahmen der vorliegenden Dissertation verzichtet.

III.3 Durchführung der Erhebung

Im November 2009 erhielten alle 22 Gymnasien, 14 Realschulen, 18 Hauptschulen und 6 Gesamtschulen in der Städteregion Aachen eine schriftliche Einladung an unserer Befragung teilzunehmen. Es wurden bewusst keine Förderschulen einbezogen, um in Sinne von Altersverteilung, physischen Voraussetzungen der Schüler und pädagogischer Ausbildung der Lehrer eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Nach einer Frist von 1 Woche wurde bei allen Schulen ohne Antwort telefonisch nachgefragt. Am 23.11.2009 wurden per Post 13 Schulbögen sowie Lehrerbögen für 562 Personen verschickt. Alle bis zum 25.03.2010 zurückgesendeten Fragebögen wurden in die Auswertung einbezogen.

III.4 Auswertung

Durch Mitarbeiter des Instituts für Umweltmedizin und Hygiene wurden die Fragebögen eingescannt und die Daten in Microsoft Access importiert. Nach dem Export in Excel erfolgte manuell eine Durchsicht der Daten und das anschließende Dataclearing. Nicht ausgefüllte Bögen sowie ein Exemplar ohne Schulnummer wurden ausgeschlossen. Beim Dataclearing wurden widersprüchliche Angaben gelöscht oder wie folgt geändert:

Schulbögen

- Aus der fehlenden Angabe des Schulträgers wurde bei der GHS Dürwiss nach eigener Recherche „Stadt/Kreis Aachen“ als Antwort eingetragen
- Wenn eine Multiple-Choice-Frage zusätzlich mit Freitext beantwortet wurde, aber das Kreuz bei der Antwortmöglichkeit „andere, und zwar...“ fehlte, wurde dieses hinzugefügt
- Wurde angegeben, dass ein Kochkurs angeboten wird, die Antwort zum Schwerpunkt des Kochkurses aber ausblieb, wurde Antwort b „ohne Schwerpunkt“ eingesetzt
- Die Angabe, keine der im Fragebogen aufgeführten Sport-AGs anzubieten, aber bei Sport-AGs nach Geschlecht zu trennen, wurde als widersprüchlich eingestuft und die Geschlechtertrennung gelöscht. Dasselbe gilt für die Leitung der nicht-angebotenen AGs durch Lehrer

- War als Antwortmöglichkeit bezüglich Entscheidungsträger sowohl „ein Lehrer“ als auch „das Lehrerkollegium“ möglich, war eine Angabe beider Optionen gleichzeitig nicht möglich und es wurde „ein Lehrer“ gelöscht, da das Lehrerkollegium diesen beinhaltet

Lehrerbögen

- Bei den Angaben der Beschäftigungsdauer als Lehrer generell und speziell an dieser Schule wurde „über 40“ als Maximum gesetzt und angenommen, dass alle anderen Angaben als Jahreszahlen der Einstellung zu verstehen sind. Entsprechend erfolgte eine Umrechnung der Jahreszahlen in die Beschäftigungsdauer
- Fehlte bei der Frage nach Bekanntheit des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys beziehungsweise der Strategie der Bundesregierung eine Angabe, die Frage nach der Informationsquelle wurde aber mit „ich bin nicht darüber informiert“ beantwortet, wurde diese Antwort auch für die erstgenannte Fragestellung übernommen. Dasselbe gilt für die widersprüchliche Bejahung der ersten Frage
- Waren als Antwortmöglichkeiten die vier Präventionsbereiche und „keiner“ möglich, ist beides anzukreuzen widersprüchlich und „keiner“ wurde gelöscht
- In einem Bogen wurde angegeben, dass die Suchtprävention bei Lehrern und Schülern primär zu fördern sei und gleichzeitig, dieser Bereich für beide Beteiligten bereits ausreichend abgedeckt sei. Da diese Angaben widersprüchlich waren, wurden alle gelöscht
- Bei den Fragen nach Problemen in der Umsetzung vergangener und geplanter Projekte konnte nicht gleichzeitig „keine“ und eine andere Antwort angegeben werden. „Keine“ wurde in diesem Fall gelöscht
- Wenn eine Multiple-Choice-Frage zusätzlich mit Freitext beantwortet wurde aber das Kreuz bei der Antwortmöglichkeit „andere, und zwar...“ fehlte, wurde dieses hinzugefügt

Nach der erneuten Durchsicht der Daten erfolgte die Auswertung mittels Excel und SAS.

III.5 Statistik

Mit Hilfe der Programme Excel und SAS erfolgte die Ermittlung der absoluten und relativen Häufigkeiten.

Auf die ursprünglich geplante Bildung von Subgruppen unter Aspekten wie zum Beispiel Schulform, regionale Lage, Anteil an Personen mit Migrationshintergrund u.a. sowie eine Auswertung unter Berücksichtigung von Signifikanzniveaus musste wegen der geringen Anzahl an Fragebögen verzichtet werden. Die Auswertung erfolgte somit rein explorativ und deskriptiv.

IV Ergebnisse

IV.1 Ergebnisse der Schulbögen

Angaben zur Schule

Von 60 angeschriebenen Schulen, zeigten 13 Interesse an der Befragung teilzunehmen (21,7%) und erhielten von uns einen Schulbogen. Nicht alle Fragebögen gingen ausgefüllt ans Institut zurück.

Zusätzlich aufgenommen wurde hingegen ein weiterer vollständig ausgefüllter und somit verwertbarer Schulbogen von einer Schule, die sich vorab gegen die Befragung entschieden, das Ansichtsexemplar des Schulbogens aber ausgefüllt hatte. Von dieser Schule gibt es keine Lehrerbögen. Da Schul- und Lehrerbögen aber getrennt voneinander ausgewertet wurden, stellte deren Fehlen kein Ausschlusskriterium für die Schule dar.

Somit haben von 60 angeschriebenen Schulen tatsächlich 9 an der Befragung teilgenommen, was einer Response von 15% entspricht. Die Verteilung zwischen Stadt und Kreis Aachen ist mit 4 : 5 ausgeglichen. Es finden sich im Gesamtkollektiv 2 Gymnasien, 3 Realschulen und 4 Hauptschulen. Von allen 6 angeschriebenen Gesamtschulen kamen keine Bögen zurück (siehe Tabelle1).

Tabelle 1: Beteiligung der Schulen in Stadt und Kreis Aachen (Befragungszeitraum vor Zusammenschluss zur Städteregion), differenziert nach der Schulform

Schulform	Angefragt		Σ	Bögen erhalten		Σ	Teilgenommen		Σ
	Stadt Aachen	Kreis Aachen		Stadt Aachen	Kreis Aachen		Stadt Aachen	Kreis Aachen	
Gymnasium	12	10	22	1	2	3	1	1	2
Realschule	4	10	14	2	2	4	2	1	3
Hauptschule	6	12	18	2	3	5	1	3	4
Gesamtschule	3	3	6	0	1	1	0	0	0
Summe	25	35	60	5	8	13	4	5	9

Die teilnehmenden Schulen befinden sich alle in der Trägerschaft von Stadt bzw. Kreis Aachen. Von 3 Realschulen und 2 Hauptschulen wird angegeben, dass sie sich in der Nähe eines sozialen Brennpunktes befinden, 4 Schulen verneinen diese Aussage.

Aufgrund der geringen Response wurde auf eine Bildung von Subgruppen unter dem Aspekt „Schulform“ oder „soziale Lage“ verzichtet.

Nachmittagsangebot

Das Nachmittagsangebot besteht in 2 Schulen erst seit dem Schuljahr, in dem diese Befragung durchgeführt wurde, bei 2 seit 2 Jahren und bei 2 weiteren mehr als 3 Jahren. 3 Schulen verzichteten auf eine Angabe. Für unsere Stichprobe bedeutet das, dass bezüglich der Nachmittagsbetreuung Aussagen von Erfahrenen als auch Neueinsteigern ausgewertet werden können.

Nur eine Schule bezeichnet ihr Nachmittagsangebot als verpflichtend, 6 andere als freiwillig, 2 Schulen geben an, kein Nachmittagsangebot zu haben.

Eine Übersicht über die Angaben der Schulen zu angebotenen Präventionsprojekten findet sich in Abbildung 2.

Es werden insgesamt 9 Projekte im Bereich der Suchtprävention angeboten, Bewegungsförderung folgt mit 7 Angeboten. Die Bereiche Ernährung und Stressbewältigung sind eher unterrepräsentiert. Diese Aussage bestätigt sich auch in der weiteren Befragung.

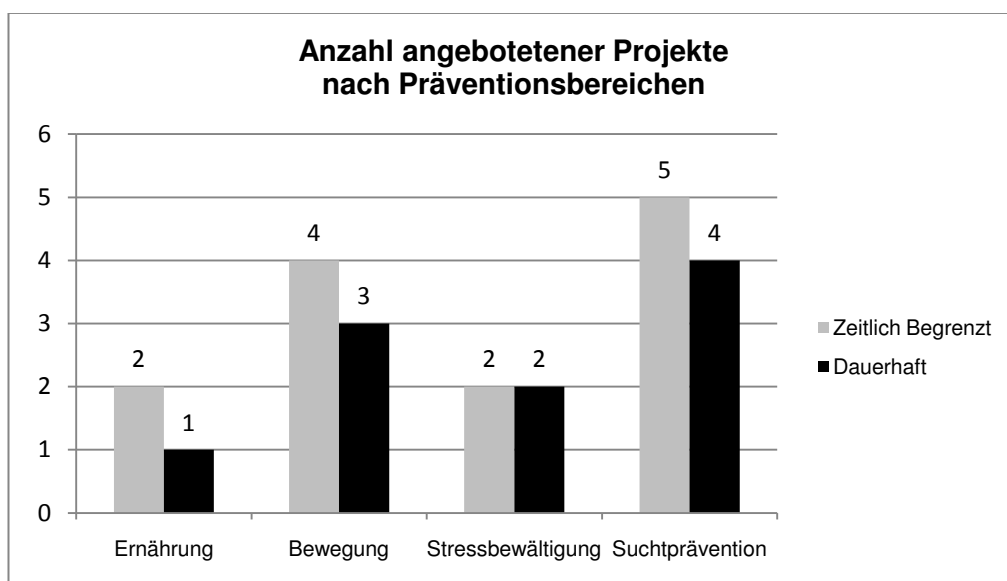


Abbildung 2: Anzahl der Projekte/Konzepte in den 4 Präventionsbereichen an den teilnehmenden Schulen

Die Gesamtzahl der Angebote an den einzelnen Schulen ist in Abbildung 3 dargestellt.

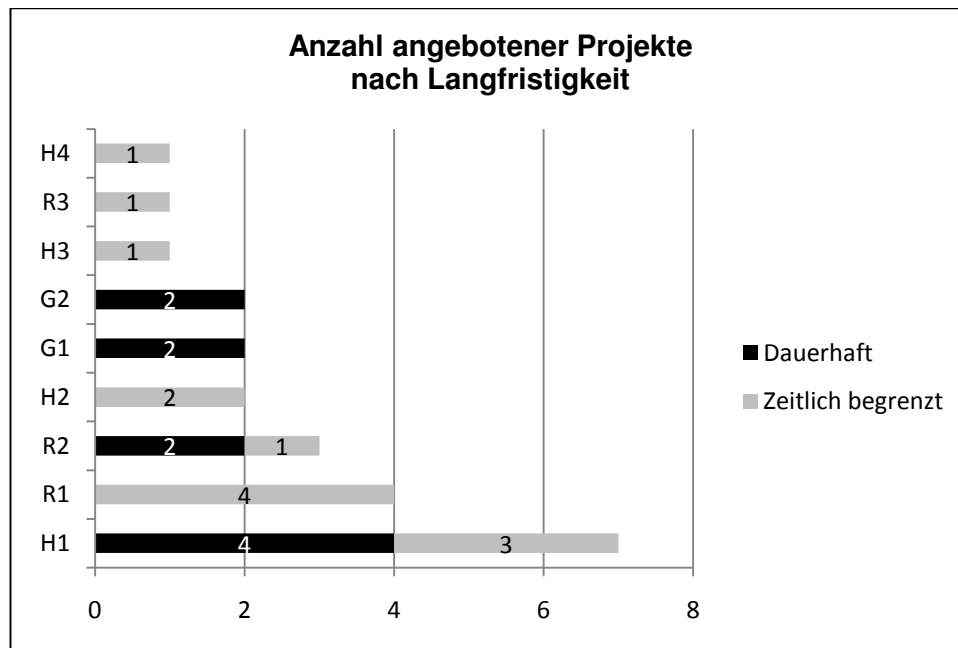


Abbildung 3: Bereichsübergreifende Anzahl an Projekten/Konzepten nach Langfristigkeit
H =Hauptschule R = Realschule G=Gymnasium

10 der dauerhaften Projekte werden an 4 Schulen durchgeführt, weitere 13 Projekte sind zeitlich begrenzt. An einer Hauptschule werden insgesamt 7 Projekte durchgeführt.

Die Frage, ob in die Durchführung des Nachmittagsangebots externe Partner fest integriert sind, wird von 6 Schulen beantwortet, davon viermal mit „Ja“. Dabei wird zweimal ein Sportverein und einmal das Gesundheitsamt genannt. Hinzu kommen die AWO Aachen, das Ludwig Forum und das Pädagogenhaus in Eschweiler. Weder Ernährungsberater oder Physiotherapeuten noch eine Krankenkasse werden als an der Durchführung Beteiligte genannt.

An allen Schulen werden die Kochkurse von Lehrern geleitet, die Sport-AGs werden ebenfalls von Lehrern betreut. Lediglich 4 Schulen geben an, zusätzlich Fachpersonal zur Leitung von Sport-AGs zu beschäftigen.

Die Eltern werden in die Umsetzung der Präventionsangebote nicht einbezogen.

Sie nehmen eine eher passive Rolle ein, werden aber an 3 Schulen zusätzlich durch Elternabende und an 2 Schulen durch Elternbriefe über die Präventionsaktionen informiert.

Entscheidungsträger über das Angebot einer Schule sind überwiegend die Lehrer, wie Abbildung 4 veranschaulicht.

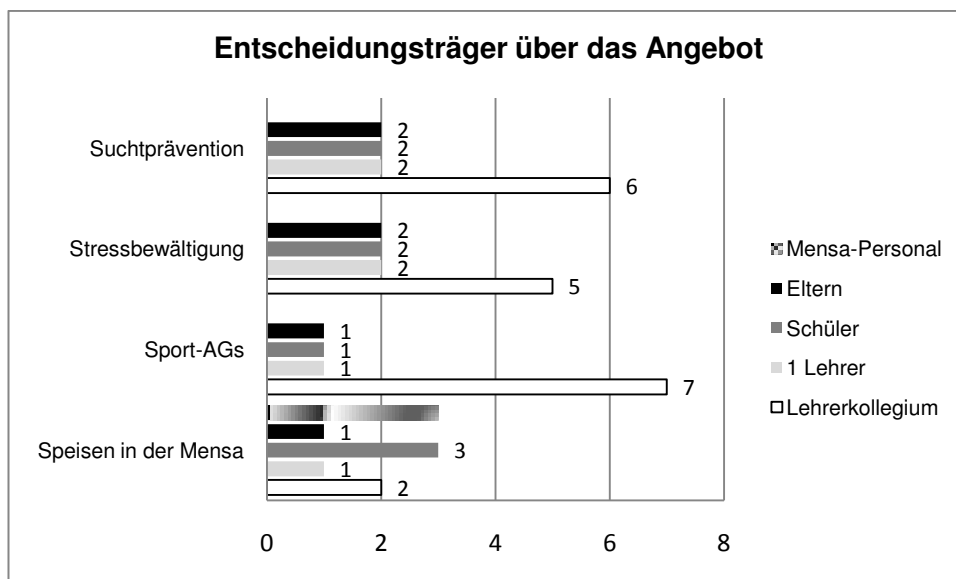


Abbildung 4: Häufigkeiten der Nennung bestimmter Personengruppen als Entscheidungsträger

Oft werden Entscheidungen von mehreren Beteiligten getroffen, doch werden einzelne Lehrer oder das Lehrerkollegium auch von vielen Schulen als Alleinverantwortliche genannt. Dies ist bei 7 Schulen auf die Frage nach dem Sportangebot, bei 5 im Rahmen von Projekten zur Stressbewältigung und bei 6 zur Suchtprävention der Fall.

Integration in den regulären Unterricht

Neben der Integration im Nachmittagsangebot kann Gesundheitsförderung auch in den regulären Unterricht einbezogen werden.

Summiert man alle Klassen in sämtlichen Schulen, die einen bestimmten Präventionsbereich im regulären Unterricht behandelt, fällt Folgendes auf: Suchtprävention wird in 28 Klassen am häufigsten angeboten, gefolgt von 21 Klassen, die sich mit Ernährung beschäftigen. Bewegungsförderung wird in 17 Klassen behandelt und Stressbewältigung in 10 (Tabelle 2). Nur jeweils 1 Schule macht keine Angabe in den Bereichen Ernährung beziehungsweise Stressbewältigung.

Tabelle 2: Behandlung gesundheitsrelevanter Themen im regulären Unterricht der einzelnen Schuljahre, Anzahl der Nennungen

Schuljahr	keins	5	6	7	8	9	10	11*	12*	13*	Fehlende Angabe
Ernährung	0	3	4	4	4	3	3	0	0	0	1
Bewegung	2	5	2	2	3	3	2	0	0	0	0
Stressbewältigung	4	3	2	1	1	2	2	0	0	0	1
Suchtprävention	0	2	3	6	7	7	3	0	1	0	0

* nur 2 Schulen haben eine Oberstufe

Die explizite Frage nach Entspannungsübungen während des Unterrichts oder zwischen den Unterrichtseinheiten beantworten nur 3 Schulen mit „Ja“, in 2 Schulen ist dieses Angebot auf die 5. und 6. Klasse begrenzt.

Wirft man einen genaueren Blick auf die Kontinuität über die Schuljahre hinweg, kommt man zu folgendem Ergebnis:

3 Schulen behandeln in der Sekundarstufe I und II (Klassen 5-10) in jedem Schuljahr mindestens ein präventionsrelevantes Thema im regulären Unterricht. An 3 weiteren Schulen ist jeweils 1 Schuljahr nicht abgedeckt und an den übrigen 3 Schulen werden 3 Schuljahre ausgelassen. Dabei lässt sich keine Altersgruppe als den anderen gegenüber bevorzugt ausmachen.

An 1 von 2 teilnehmenden Gymnasien mit Oberstufe fließt in der 11. Klasse das Thema Suchtprävention in den regulären Unterricht ein. Alle anderen Oberstufenklassen thematisieren keinen der von uns abgefragten Bereiche. Insbesondere werden in der Oberstufe keine aktiven Entspannungsübungen im Unterricht oder zwischen den Unterrichtseinheiten gemacht.

Bauliche Voraussetzungen

Tabelle 3: Bauliche Voraussetzung der Schulen, Anzahl der Nennungen

Raum	Ja	Nein
Mensa	3	5
„Speisesaal“	3	5
„Pausenraum“	5	4
Nur Spielgeräte	1	-
Nur Platz für Ballsport	2	-
Spielgeräte und Ballsport	4	1

Die baulichen Voraussetzungen für Präventionsangebote sind in den teilnehmenden Schulen eher spärlich.

Nur 4 von 9 Schulen geben an eine Mensa und/oder einen Speisesaal zu haben. 5 benennen einen Pausenraum zur Bewegungsmöglichkeit bei Regen. Einen Platz für Ballsport hingegen haben 6 Schulen, davon 4 auch zusätzlich Spielgeräte für die Schüler.

Die Präventionsbereiche im Einzelnen

Ernährung

Von den 9 befragten Schulen bieten zurzeit 4 täglich eine warme Mahlzeit an, was weniger als die Hälfte der Gesamtstichprobe ausmacht. 7 Schulen nennen belegte Brötchen/Sandwiches, wobei nicht spezifiziert wird, ob es sich um Ware aus dem Automaten handelt. Nur jeweils 3 können frisches Obst beziehungsweise Gemüse zum täglichen Angebot zählen.

An 2 Schulen wird das Essen selber zubereitet und in 4 Schulen erfolgt eine Lieferung durch Externe (Appetito, Krankenhaus, AWO).

Das Hauptkriterium bei der Angebotsauswahl ist scheinbar der Preis. So beantworten 5 Schulen die Frage nach den Auswahlkriterien der Speisen mit „preisgünstig“. Von diesen berücksichtigen 4 zusätzlich die Kriterien „ausgewogen“, „fettarm“ oder „wenig Zucker“.

Nur eine Schule gibt die „Ausgewogenheit“ als alleiniges Kriterium an.

Allergikerhinweise sind in 3 Schulen ausgewiesen.

Der Eigenanteil der Schüler pro Mittagessen beträgt in 2 Schulen 1-2 € und in den beiden anderen Schulen mehr als 2€.

Als aktives Projekt zur Gesundheitsförderung im Bereich „Ernährung“ werden Kochkurse an den Schulen erfasst. 6 Schulen bieten einmal pro Woche einen Kochkurs an. Dabei legt jedoch keine einen Schwerpunkt auf Übergewicht oder Fehlernährung. Der Kochkurs beginnt überall erst mit der Klasse 7.

Bewegungsförderung

Sport-AGs werden von 8 Schulen angeboten, 1 Schule macht zu dieser Frage keine Angabe. Die AGs sind an keiner Schule für die Schüler verpflichtend.

Das Angebot umfasst in 7 Schulen Ballsport, in 2 Schulen finden darüber hinaus keine anderen AGs statt. Die übrigen Schulen haben noch mindestens 2 weitere Angebote, die von Tanz über Leichtathletik, Schwimmen und Turnen bis zur Zirkus-AG Verschiedenes abdecken. Eine „Rückenschule“ findet in keiner Schule statt.

4 Schulen geben an die Sport-AGs nicht für Jungen und Mädchen getrennt anzubieten. 2 Schulen trennen beim Fußball nach Geschlecht.

Stressbewältigung

Die Frage nach Angeboten zur Stressbewältigung wird von 7 Schulen beantwortet.

6 Schulen nennen hierbei Streitschlichter und 3 einen Schulpsychologen. Einmal wird eine Sozialpädagogin erwähnt. Ergänzend wird von uns nach Räumlichkeiten zum Rückzug gefragt, die aber nur in 1 Schule angeboten werden. Aktive Entspannungskurse wie Yoga oder autogenes Training bieten 2 Schulen an.

Suchtprävention

Auf die Frage nach Angeboten zur Suchtprävention werden vom Fragebogen aktive und passive Elemente vorgegeben sowie die Möglichkeit zur Freitextangabe.

In 3 Schulen ist ein Schulpsychologe in die Suchtprävention eingebunden.

Den größten Anteil machen Aktionen aus wie „Be Smart- don't start“, die von 7 Schulen angeboten werden, ergänzt durch einzelne Veranstaltungen wie eine Kooperation mit der Polizei, oder den Anonymen Alkoholikern.

Die Schulen haben zum Teil sogar eigene Curricula und Unterrichtseinheiten zur Sucht. Somit ist das Angebot sehr unterschiedlich und vielseitig.

IV.2 Ergebnisse der Lehrerbögen

Zusammensetzung der Stichprobe

Die angeschriebenen Schulen aus Stadt und Kreis Aachen hatten insgesamt Bögen für 562 Lehrkräfte angefordert und diese zusammen mit den Schulbögen über den Postweg erhalten. Bis zum 25.03.2010 waren im Institut 127 korrekt ausgefüllte Bögen eingetroffen, die in die Auswertung einbezogen wurden. Das entspricht einer Response von 22,6%.

Insgesamt haben sich 82 (66,7%) Lehrerinnen und 41 (33,4%) Lehrer an der Befragung beteiligt; bei 4 Bögen fehlt die Angabe zum Geschlecht. Dieses Verhältnis entspricht in etwa der durchschnittlichen Zusammensetzung der Lehrerschaft an den von uns befragten Schulen, welche durch die Schulbögen ermittelt worden war. In den Lehrerbögen wurde nicht nach dem Alter der Lehrkräfte gefragt, dafür aber nach der Beschäftigungsdauer als Lehrer generell (Abbildung 5).

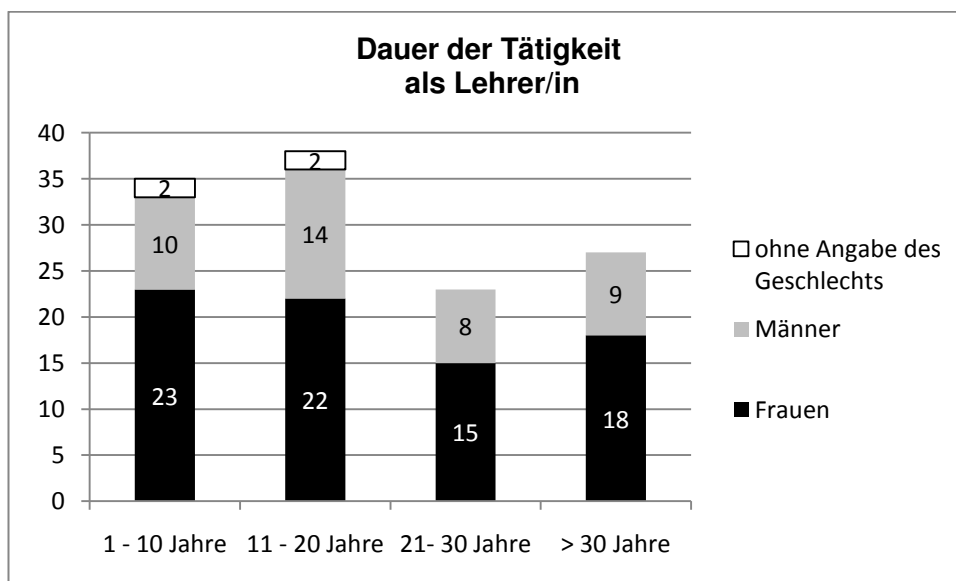


Abbildung 5: Beschäftigungsdauer der einzelnen Lehrkräfte

28,5% der befragten Lehrer sind maximal 10 Jahre im Beruf, 30,9% 11-20 Jahre und 18,7% 21-30 Jahre. Etwa jeder fünfte ist länger als 30 Jahre als Lehrer tätig. Somit ist davon auszugehen, dass in unserer Stichprobe alle Altersgruppen vertreten sind. Die mittlere Beschäftigungsdauer an der befragten Schule von Frauen (12,62 Jahre) und Männern (12,58 Jahre) unterscheidet sich nicht.

Informationsstand

Der größte Anteil der Befragten kennt weder den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) noch die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (Abbildung 6).

Von den 6 Personen, denen der KiGGS bekannt ist, darunter 5 Frauen und 1 Mann, haben sich 5 aus eigenem Interesse darüber informiert. Eine Person macht keine Angabe über den Informationsweg.

13 Frauen und 6 Männer geben an über die Strategie der Bundesregierung informiert zu sein, wobei auch hier sich 12 aus eigenem Interesse informiert haben und nur 7 über die Schule.

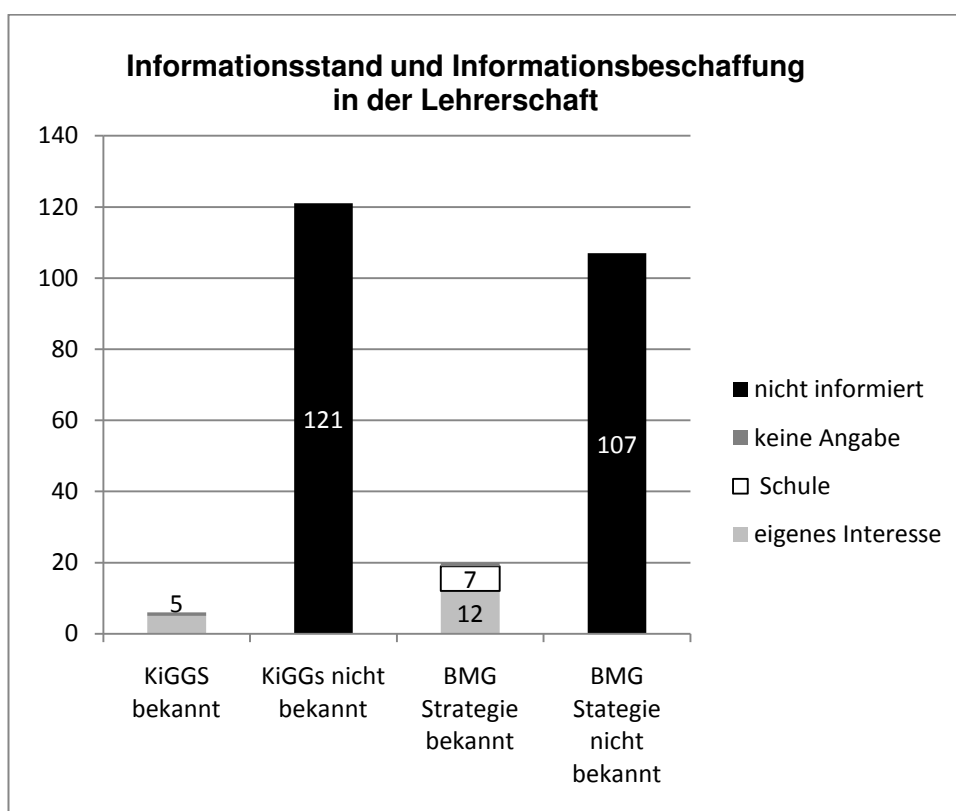


Abbildung 6: Informationsstand der Lehrerschaft bezüglich KiGGS und der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, sowie der Weg der Informationsbeschaffung

Aufgrund der geringen Anzahl an informierten Lehrkräften in beiden Bereichen wurde auf eine differenzierte Auswertung nach Schulform, Geschlecht oder Beschäftigungsdauer verzichtet.

Abgedeckte Präventionsbereiche und dringendster Förderungsbedarf

Betrachtet man die aktuelle Situation an den Schulen unter Berücksichtigung der einzelnen Präventionsbereiche, fällt auf, dass bestimmten Bereichen mehr Bedeutung zugemessen wird als anderen.

Auf die Frage, in welchen Bereichen für Lehrer separat Projekte oder Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung angeboten werden, antworten 51% mit „Suchtprävention“, 22% mit „Stressbewältigung“, 19% mit „gesunde Ernährung“ und 13% mit „Bewegungsförderung“. Bei Projekten, die für Schüler und Lehrer gemeinsam angeboten werden, liegt der Schwerpunkt mit 26% ebenfalls deutlich bei der Suchtprävention, die anderen Bereiche werden von jeweils weniger als 10% genannt.

Die Tatsache, dass für Lehrer und Schüler mehr separate Projekte angeboten werden, scheint auch dem Wunsch der Lehrer zu entsprechen, da 85% der Lehrer diese Trennung einem gemeinsamen Angebot vorziehen.

61 Lehrer (51,7%) geben an, keine beratende Unterstützung durch externe Ansprechpartner zu haben. 57 Lehrer können auf diese zurückgreifen, dabei überwiegend im Bereich „Suchtprävention“ (91%), aber auch bei der Stressbewältigung (21%), der „Gesunden Ernährung“ (19%) und der „Bewegungsförderung“ (12%).

Die Hälfte der Lehrer gibt an über das Präventionsangebot nicht mitbestimmen zu können. Die übrigen 58 Lehrer dürfen zu 86% über Projekte zur Suchtprävention mitentscheiden, zu 53% über Angebote zu „Gesunde Ernährung“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Suchtprävention im derzeitigen Veranstaltungsangebot, in der Möglichkeit der Unterstützung durch Spezialisten und der Mitbestimmung der Lehrerschaft den Schwerpunkt der Aktivitäten bildet.

Diese Aussage wird bestätigt, wenn man die Antworten auf die Frage betrachtet, welcher Präventionsbereich nach Ansicht der Lehrer für Schüler beziehungsweise Lehrer bereits ausreichend abgedeckt ist (Abbildungen 7 und 8).

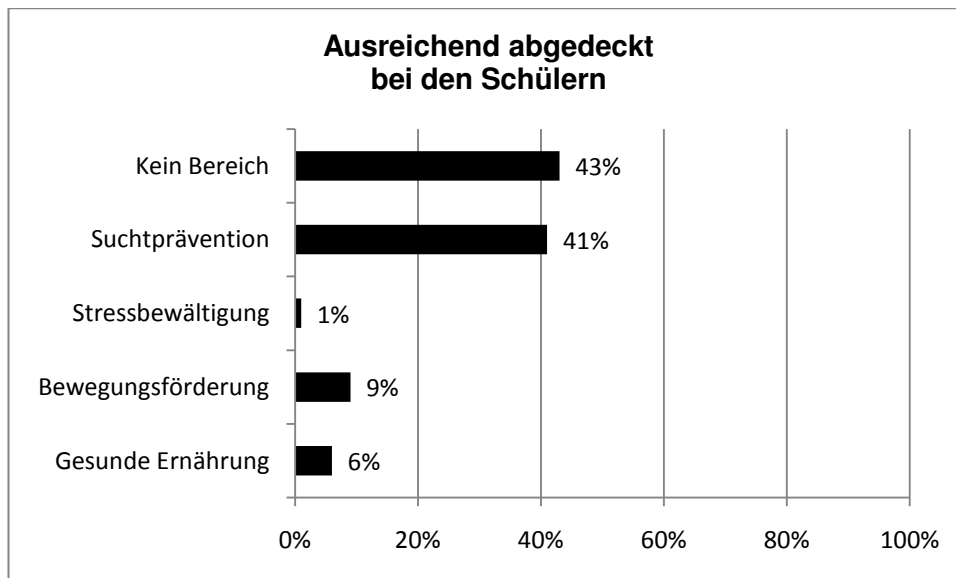


Abbildung 7: Abdeckung des Präventionsangebot bei Schülern, Häufigkeit der Nennung

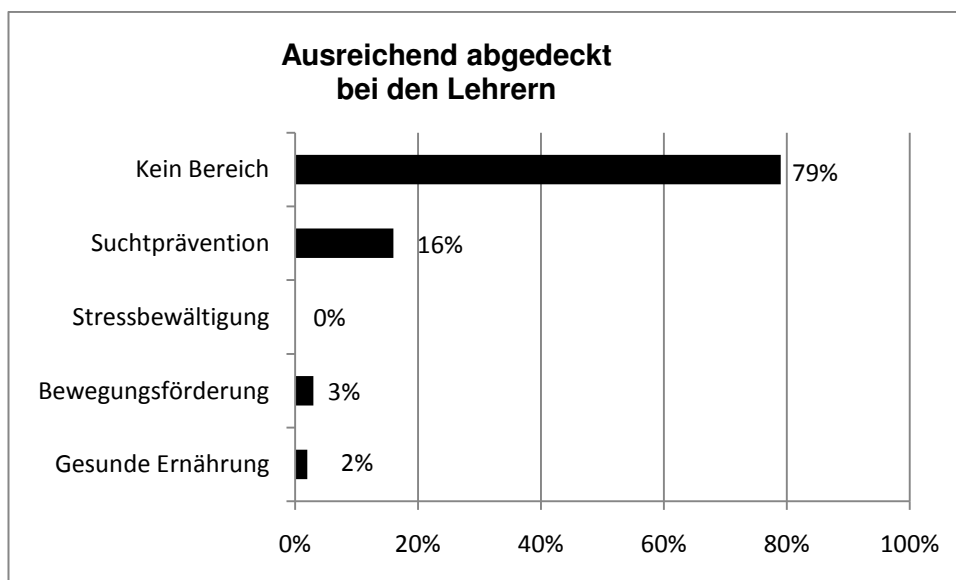


Abbildung 8: Abdeckung des Präventionsangebot bei Lehrern, Häufigkeit der Nennung

Der größte Anteil der Lehrer (43%) ist der Meinung, es werde für Schüler in keinem Bereich genug Prävention betrieben. Auffällig ist das offensichtliche Defizit an Angeboten für Lehrer (79%). Wenn überhaupt, wird die Suchtprävention, vor allem bei den Schülern, am ehesten als ausreichend abgedeckt bewertet (41% bei den Schülern, 16% bei den Lehrern). In allen anderen Bereichen besteht deutlicher Bedarf (Abdeckung jeweils unter 10%).

Die Frage hingegen, welcher Bereich in Zukunft als erster gefördert werden sollte und somit indirekt die Fragestellung, in welchem Bereich der größte Handlungsbedarf besteht, fällt hingegen nicht so einheitlich aus, wie den folgenden Grafiken zu entnehmen ist (Abbildung 9 und 10).

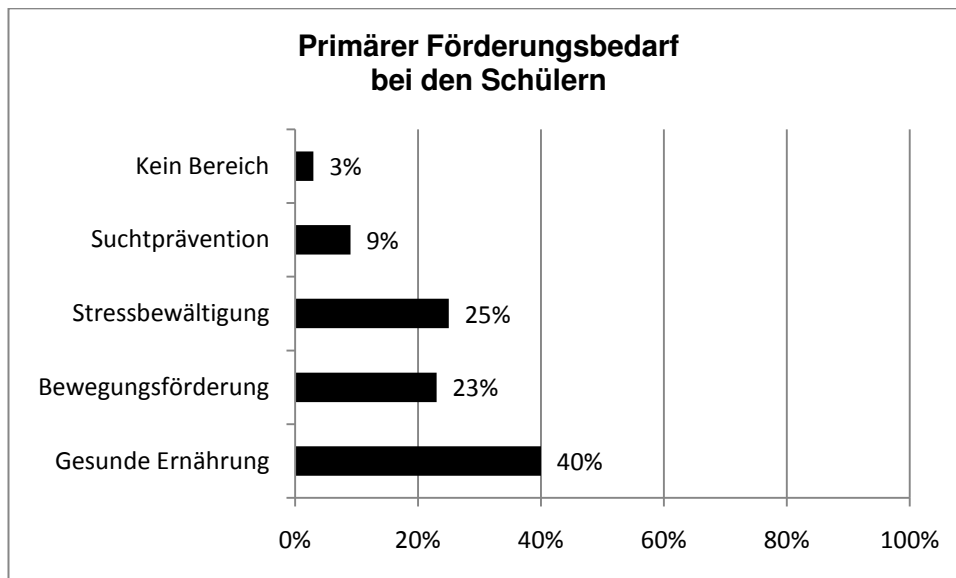


Abbildung 9: Primärer Förderungsbedarf bei Schülern, Häufigkeit der Nennung

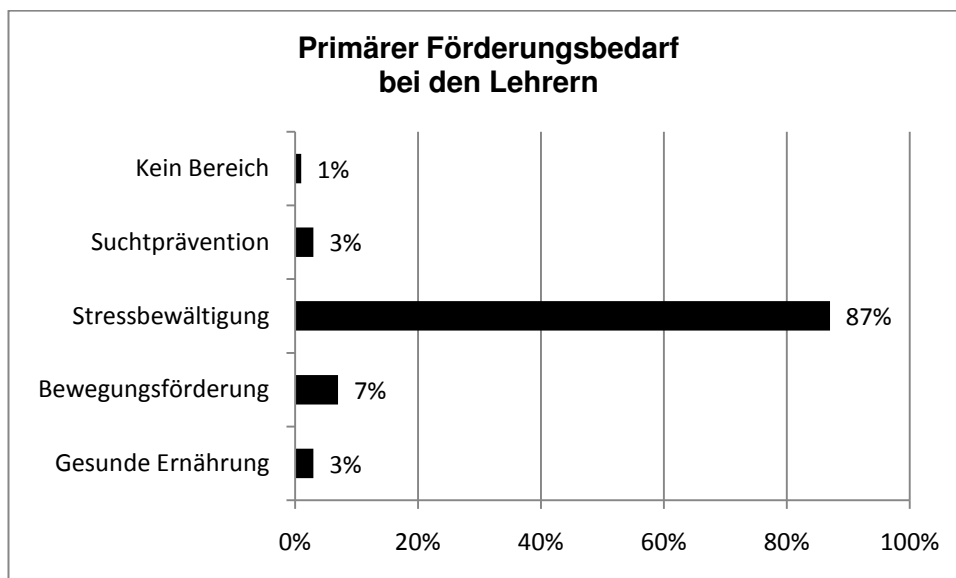


Abbildung 10: Primärer Förderungsbedarf bei Lehrern, Häufigkeit der Nennung

40% der Lehrer sind der Ansicht, dass bei den Schülern zunächst mehr im Bereich der gesunden Ernährung getan werden müsse, bei der Bewegungsförderung sind es nur noch 23% und Suchtprävention steht mit 9% hinten an. Der Stressbewältigung kommt an 2.Stelle mit 25% zwar eine große Bedeutung zu, noch wichtiger ist hier aber der Bedarf an gezielten Maßnahmen für Lehrer (87%).

Die Frage, ob ein nach Geschlecht getrenntes Angebot für die Lehrer gewünscht wird, wird von 84 Lehrern verneint (67%). Die übrigen halten eine Trennung bei der Stressbewältigung (71%) und Bewegungsförderung (55%) am sinnvollsten.

Unabhängig vom Setting Schule hat jeder Lehrer die Möglichkeit, sich privat um seine Gesundheit zu kümmern (individueller Ansatz).

103 Lehrer geben an, in ihrer Freizeit an Seminaren oder Veranstaltung zur Förderung ihrer persönlichen Gesundheit teilzunehmen. Das entspricht bei 120 beantworteten Fragen 85,8%.

Dabei interessieren sich 77% für die Stressbewältigung. Jeder zweite hat Bedarf an Rückentraining (50%) oder Stimm-/Sprachtraining (45%). 16% der Befragten bekunden Interesse an Kursen zum Umgang mit Tinnitus.

74% der Lehrer würden solche Veranstaltungen bevorzugt nach der Schule besuchen, 30% wären in den Ferien dazu bereit und für 27% kommt auch das Wochenende in Betracht.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Bisher wurde dargestellt, in welchen Präventionsbereichen bereits ein ausreichendes Angebote vorliegt und wo noch dringender Handlungsbedarf besteht.

Um passgerechte Projekte aufbauen zu können, ist es nötig zu ermitteln, wo möglicherweise Hürden in der Umsetzung bestehen und welche Eigenschaften Präventionsmaßnahmen haben sollten, um von Lehrern bzw. Schülern angenommen zu werden.

Von 124 Lehrern geben 70% an, weder zurzeit noch in der Vergangenheit aktiv an der Umsetzung von Präventionsprojekten an ihrer Schule beteiligt gewesen zu sein. 30% (37 Lehrer) haben in der Vergangenheit ein Projekt geleitet, doch nur 5 Lehrer engagieren sich zum Zeitpunkt der Befragung aktiv in einem Programm. Die aktive Beteiligung ist somit niedrig und erstreckt sich nur selten über einen längeren Zeitraum.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Bereitschaft zur außerschulischen Weiterbildung in primärpräventiven Bereichen wieder:

Von 123 Lehrern geben 86 an, sich in keinem Bereich fortzubilden, das entspricht mit 70% der Mehrheit. An Fortbildungen im Bereich der Suchtprävention haben sich 19 von 37 Lehrern beteiligt, die anderen Bereiche werden nur von 11-14 Lehrkräften genannt.

Interessant ist, woran in der Vergangenheit Projekte an der Schule gescheitert sind und aus welchen Gründen geplante nicht umgesetzt werden konnten.

Durchschnittlich zwei Drittel der Lehrer gibt an, dass in der Vergangenheit Projekte zur Gesundheitsförderung gescheitert sind.

Im Bereich der Suchtprävention waren es mit 44% allerdings weniger als die Hälfte (Abbildung 11). Trotz dieser Schwierigkeiten geben aber weniger als 10% der Lehrer an, dass sie keine neuen Projekte in den Bereichen „gesunde Ernährung“, „Bewegungsförderung“ oder „Stressbewältigung“ planen. Im Bereich der Suchtprävention sind von 34% der Lehrer keine weiteren Projekte vorgesehen, dies ist auch der Bereich, der von der Mehrheit als ausreichend abgedeckt bewertet wurde (Abbildung 11).

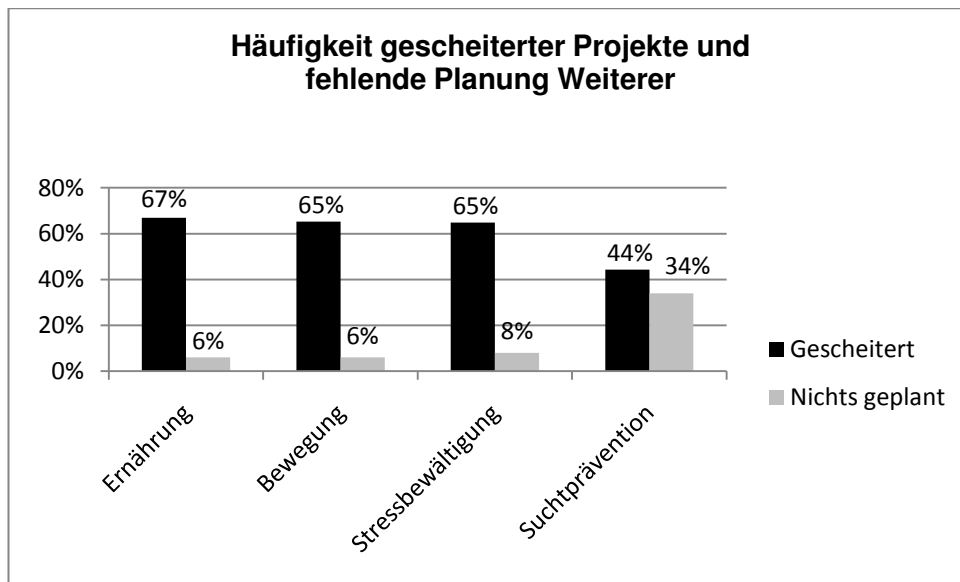


Abbildung 11: Häufigkeit der Angaben zu gescheiterten und geplanten Maßnahmen in den einzelnen Präventionsbereichen

Betrachtet man nun die Gründe, warum Projekte gescheitert sind, fällt Interessantes auf (Abbildung 12 bis 15).

Bei Projekten, die in der Vergangenheit gescheitert sind, liegt außer im Bereich der gesunden Ernährung, das Problem vor allem im mangelnden Überblick über die Qualität der Angebote.

Die anderen Angaben beschränken sich durchschnittlich auf etwa 10 bis 20 %. Die Umsetzung von Konzepten zur gesunden Ernährung scheiterte bisher an unterschiedlichen Faktoren, vor allem an der Unvereinbarkeit mit dem Lehrplan (38%) aber auch an einem mangelnden Überblick über die Qualität (30%) oder die Angebote (28%).

Bei geplanten Projekten, die nicht umgesetzt werden können, gerät der fehlende Überblick über die Qualität der Angebote noch mehr in den Vordergrund. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Bewegungsförderung. Mit 27% beziehungsweise 28% fallen bei der Ernährung erneut die Unvereinbarkeit mit dem Lehrplan und der fehlende Angebotsüberblick ins Gewicht.

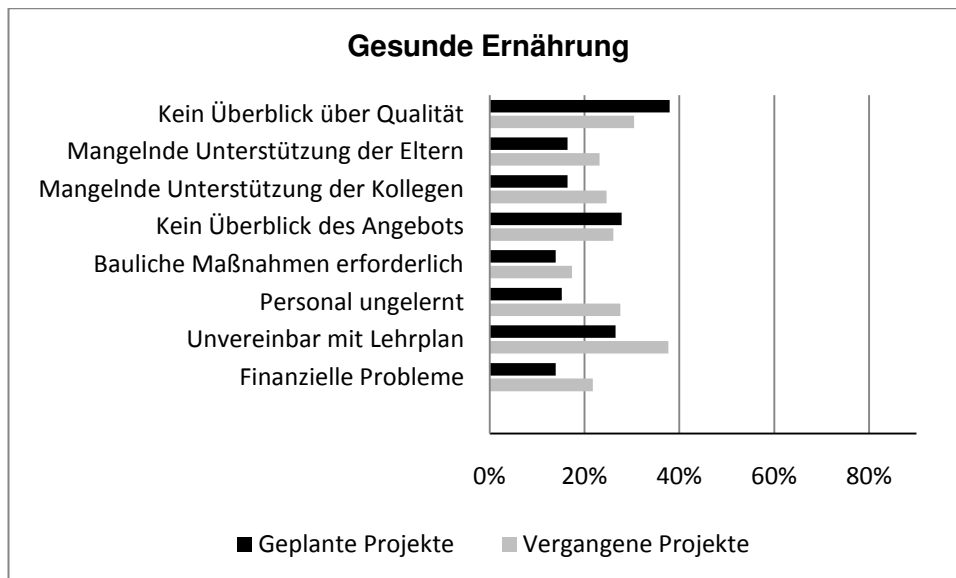


Abbildung 12: Hindernisse in der Fortführung oder Umsetzung von Projekten im Bereich Ernährung, Häufigkeiten der Nennung

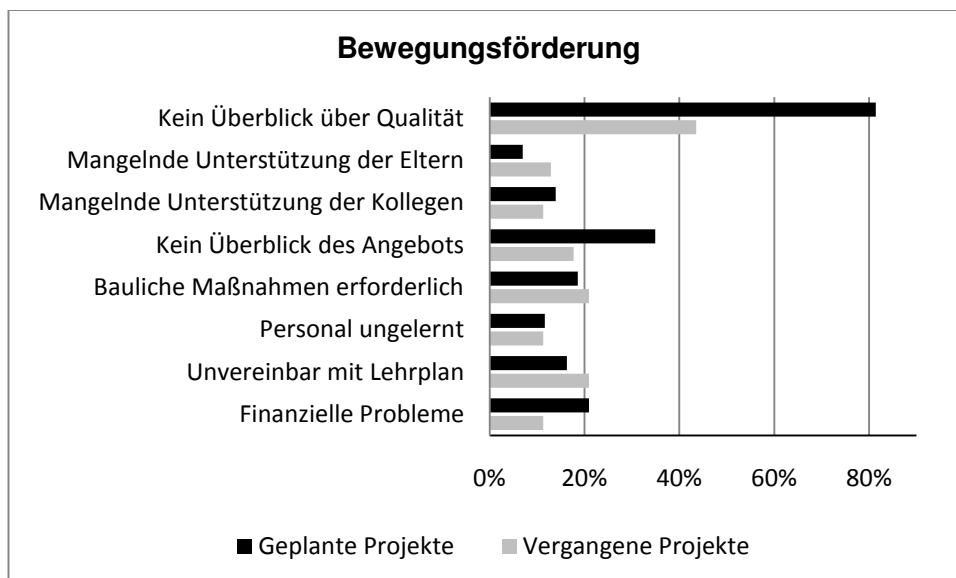


Abbildung 13: Hindernisse in der Fortführung oder Umsetzung von Projekten im Bereich Bewegungsförderung, Häufigkeiten der Nennung

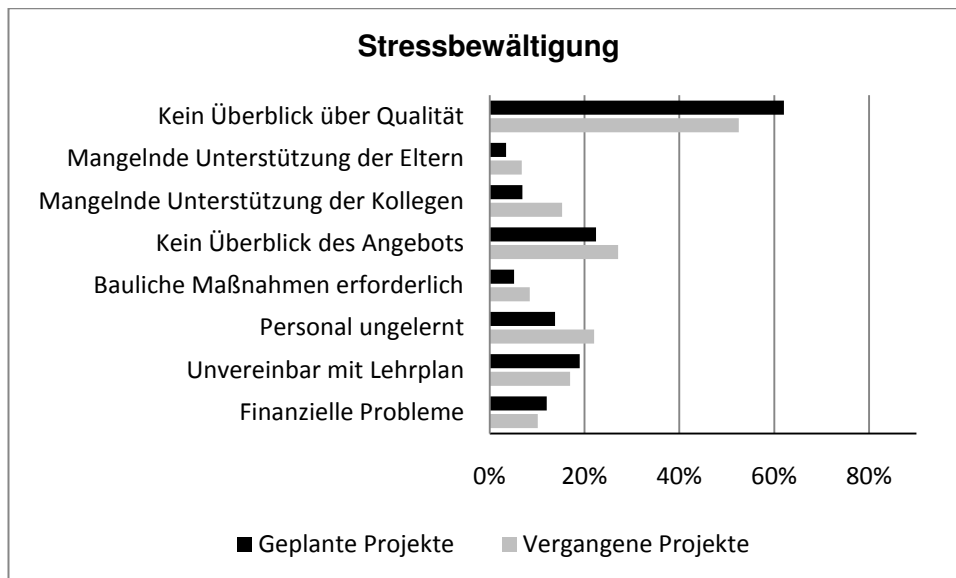


Abbildung 14: Hindernisse in der Fortführung oder Umsetzung von Projekten im Bereich Stressbewältigung, Häufigkeiten der Nennung

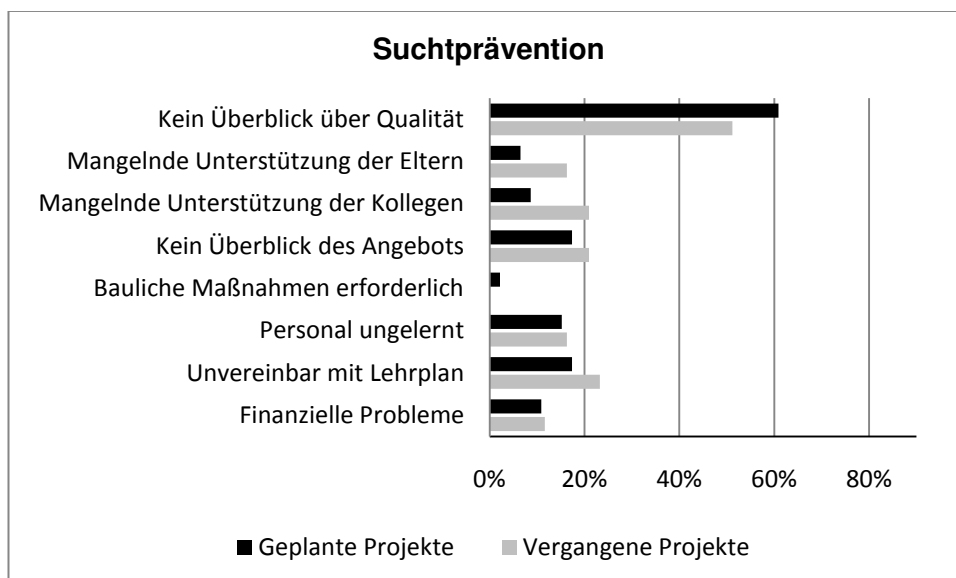


Abbildung 15: Hindernisse in der Fortführung oder Umsetzung von Projekten im Bereich Suchtprävention, Häufigkeiten der Nennung

Aus den oben genannten Problemen bezüglich Angebot und Qualität desselben resultiert die Frage, wo sich Lehrer bisher informierten, um neue Projekte kennenzulernen und nach welchen Kriterien sie diese schließlich ausgewählt haben.

Außerdem ist es entscheidend zu wissen, in welcher Form sie sich Unterstützung zur besseren Entscheidungsfindung wünschen.

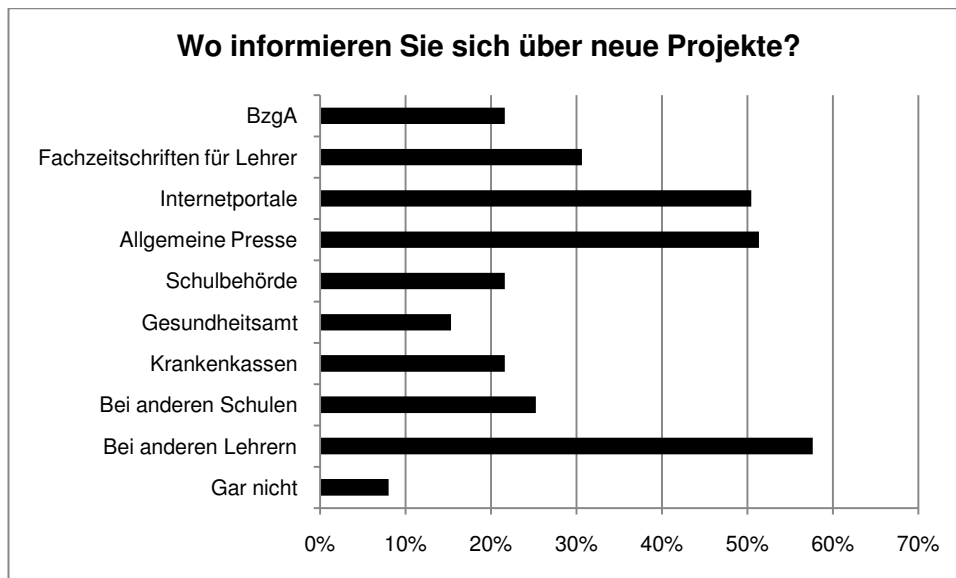


Abbildung 16: Häufigkeit der Angaben zu Informationsquellen für primärpräventive Angebote

Mit den von uns vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden verschiedene Bereiche der Informationsbeschaffung abgedeckt.

Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Regierung spielen eine eher untergeordnete Rolle, wenn man sich veranschaulicht, dass BzgA, Gesundheitsamt und Krankenkassen von lediglich 15-21% der Lehrer als Informationsquelle angegeben werden. Auch die Bedeutung der Schulbehörde ist in diese Größenordnung einzuordnen (Abbildung 16).

Die öffentlichen Medien spielen schon eine wichtigere Rolle. So gibt ca. ein Drittel der Lehrer an, sich über Fachzeitschriften zu informieren und mehr als die Hälfte über die allgemeine Presse beziehungsweise Internetportale. Fast 58% der Lehrer informieren sich bei anderen Lehrern und 25% bei anderen Schulen.

Soll nun unter den in Frage kommenden Angeboten das Passende ausgewählt werden, können verschiedene Kriterien maßgeblich sein (Abbildung 17).

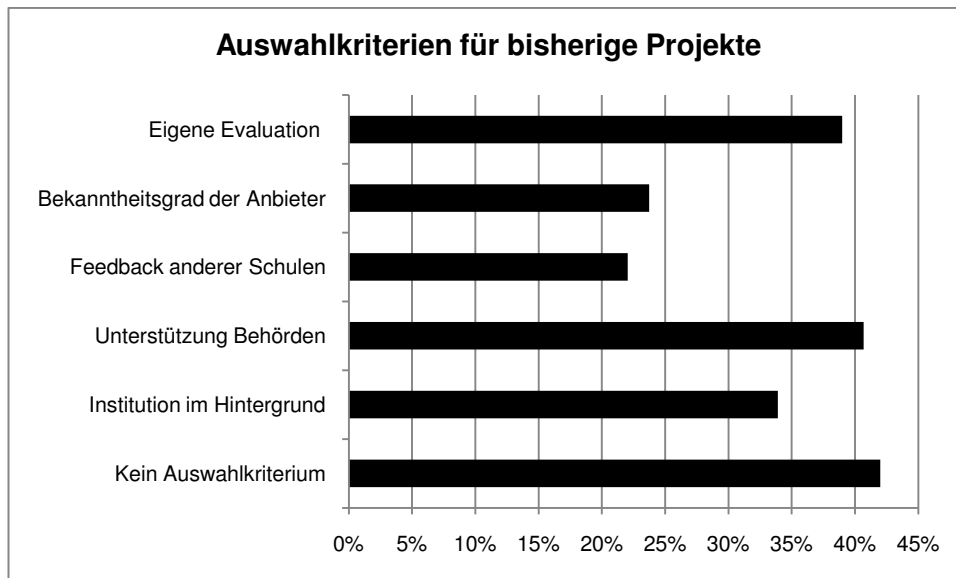


Abbildung 17: Häufigkeit der Angaben zu Auswahlkriterien bereits umgesetzter Projekte

42% der Lehrer geben an, kein festes Auswahlkriterium für die bisherigen Projekte gehabt zu haben.

Für 41% der Lehrer ist die Unterstützung durch Behörden sehr wichtig. Von Bedeutung sind auch die betreuende Institution im Hintergrund (34%) und der Bekanntheitsgrad der Anbieter (24%). Eine ebenso entscheidende Rolle spielt die Frage nach einer projektinternen Evaluation, um den Erfolg des Projektes auch objektiv nachweisen zu können (39%).

Interessanterweise wird hier das Feedback anderer Schulen von nur 22% der Lehrer genannt und steht somit an letzter Stelle.

In welcher Form sollte die Unterstützung erfolgen?

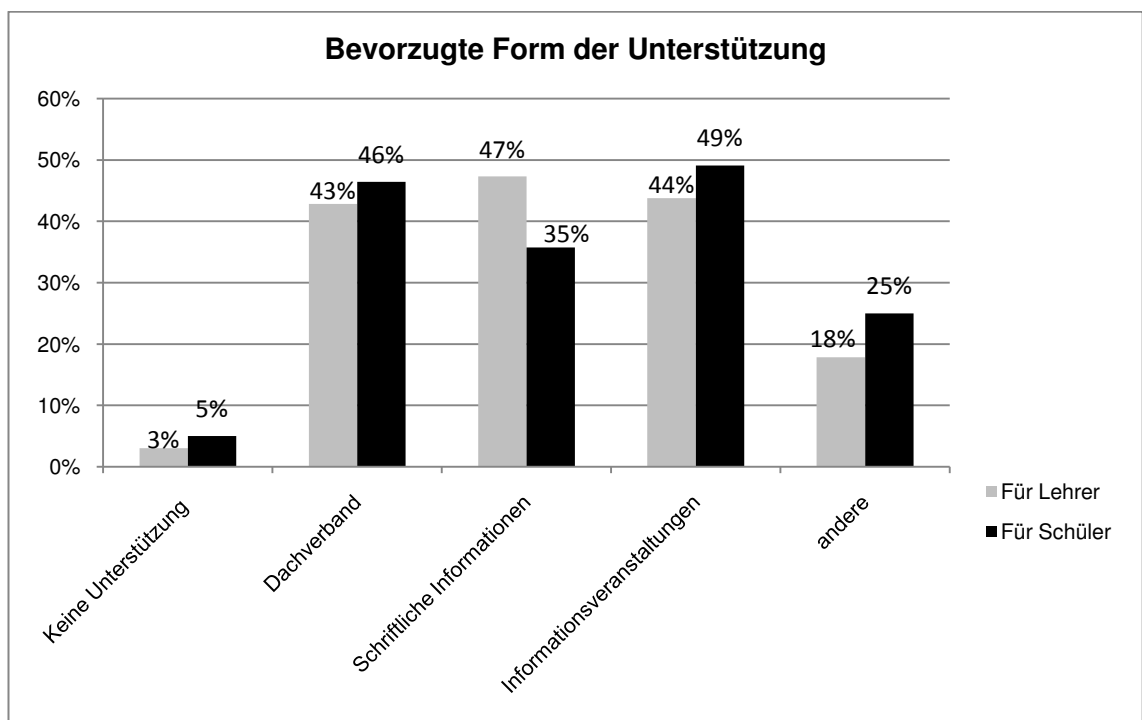


Abbildung 18: Häufigkeit der Angaben zu gewünschter Form externer Unterstützung

Es ist klar ersichtlich, dass sich die Mehrheit der Lehrer durchaus Unterstützung von außerhalb wünscht (Abbildung 18).

Die Art der Informationsvermittlung kann aber auf verschiedenen Wegen erfolgen, die annähernd gleich häufig gewünscht werden.

Dabei macht es kaum Unterschied, ob es sich um Projekte für Lehrer oder für Schüler handelt.

Sowohl schriftliche Informationen als auch Informationsveranstaltungen in diverser Form stoßen auf Zuspruch seitens der Lehrerschaft.

Externe Anbieter, z.B. Dachverbände sind ebenfalls gefragte Partner für die Mitgestaltung und Unterstützung von Präventionsprojekten. Aus dem Problem der mangelnden Transparenz und des fehlenden Überblicks begründet, resultiert der von fast der Hälfte der Lehrer angegebene Wunsch nach einem Dachverband.

V Diskussion

Heutzutage leiden immer mehr Kinder und Jugendliche an chronischen Erkrankungen oder zeigen Auffälligkeiten in Entwicklung, Motorik oder Psyche, die mit Prävention und Gesundheitsförderung vermindert oder in ihrer Ausprägung reduziert werden können.

Zahlreiche Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, unterstützt durch Krankenkassen, Schulen und Ärzte, arbeiten an dem gemeinsamen Ziel die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

Durch unsere Befragung in weiterführenden Schulen der Städteregion Aachen sollte ermittelt werden, welche Elemente aus den Präventionsbereichen Ernährung, Bewegung, Suchtprävention und Stressbewältigung bereits an weiterführenden Schulen der Städteregion Aachen Einzug erhalten haben. Dabei sollte auch erfasst werden, ob das derzeitige Angebot hinsichtlich Schwerpunkt und Art der Durchführung dem Bedarf der Lehrer und Schüler entspricht. Gründe für Umsetzungsschwierigkeiten und Hürden sollten aufgedeckt werden, um Empfehlungen für eine zukünftige Verbesserung geben zu können.

Zusammenfassend lässt sich folgendes Ergebnis unserer Befragung festhalten: In allen 4 Bereichen ist sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensprävention ausbaufähig: Die Schulverpflegung, Räume und Angebote zur sportlichen Betätigung sowie die Integration gesundheitsrelevanter Themen in den regulären Unterricht sind zu verbessern. Die meisten Projekte werden bisher im Bereich der Suchtprävention angeboten, obwohl der größte Bedarf im Bereich der Stressbewältigung zu liegen scheint. Insgesamt werden kaum Externe in die schulische Gesundheitsförderung integriert.

Es wird von den befragten Lehrern kritisiert, dass oft keine Möglichkeit besteht Angebote mitzugestalten. Gleichzeitig konnte aber durch die Befragung festgestellt werden, dass die Lehrer wenig informiert sind über präventive und gesundheitsförderliche Strategien und sich diesbezüglich alleingelassen fühlen.

Am häufigsten scheitern gute Absichten und Ideen an einem mangelnden Überblick der Lehrer über das Angebot gesundheitsrelevanter Projekte selbst und über deren Qualität.

Bedauerlicherweise können wir aufgrund der geringen Response keine allgemeingültigen Aussagen über die Situation in den Schulen der Städteregion machen, da an unserer Befragung nur 9 von 60 angeschriebenen Schulen teilgenommen haben (15%).

Die geringe Teilnahme ist möglicherweise auf den Umfang des Fragebogens zurückzuführen. Da in den zurückgesandten Fragebögen kaum widersprüchliche Angaben gemacht wurden, scheinen die Bögen ausreichend verständlich gewesen zu sein.

In den persönlichen Telefonaten mit den Schulen, die nach unserer Anfrage keine Zu- oder Absage gesendet hatten, kristallisierte sich als Hauptgrund für die geringe Response die Arbeitsbelastung an den Schulen heraus: Bis auf eine Schule, die angab kein Interesse an „solchen Dingen“ zu haben, gaben alle an zurzeit zu viel zu tun zu haben. Neben den alltäglichen Arbeitsbelastungen seien Elternabende und Elternsprechtage zu organisieren, sodass man keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens habe.

Die Problematik des zeitlichen Mehraufwands, der mit schulischer Gesundheitsförderung einhergeht, konnte bereits in anderen Befragungen als großes Hindernis festgestellt werden (69).

Oftmals fühlte sich auch niemand an den Schulen für unsere Befragung und die Weitergabe der Fragebögen an die Lehrer zuständig und die Anfrage kam möglicherweise nie bei den einzelnen Lehrern an.

Zukünftig sollte man die Schulen persönlich informieren und die Fragebögen im Rahmen von Konferenzen o.ä. verteilen und direkt ausfüllen lassen.

Um die allgemeine Response zu erhöhen, erscheint es weiterhin sinnvoll bereits vor Durchführung der Befragung die Schulen noch intensiver über die Thematik und das Ziel der Studie zu informieren. Eine möglichst auch Medien einbeziehende Informationsvermittlung vor Projektbeginn konnte schon bei anderen Interventionen die Akzeptanz erhöhen (56).

V.1 Welche Präventionsbereiche haben bereits Einzug in die Schulen der Städteregion gefunden und in welcher Form?

Bereits eingangs wurde beschrieben, dass die Bereiche Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung und Sucht eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen. Falsche Ernährung kann zu Adipositas und resultierendem Bewegungsmangel führen. Übergewicht geht häufig mit Stigmatisierung einher (112), belastet die Psyche und führt zu Stress. Zur Stressbewältigung werden vielfach Substanzen wie Alkohol oder Nikotin eingesetzt. Die Wechselwirkungen dieser verschiedenen Risikofaktoren sind vielseitig, sodass die einseitige Konzentration auf einen der Präventionsbereiche wenig sinnvoll erscheint.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass im Rahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung alle 4 Bereiche - Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Suchtprävention - sinnvoll miteinander verknüpft werden und sich wechselseitig positiv beeinflussen können (20, 37).

Die Befragung der 9 Schulen, die sich an unserer Studie beteiligt haben, hat hingegen gezeigt, dass das Angebot mit insgesamt 9 Projekten im Bereich der Suchtprävention und nur 3 im Bereich Ernährung gering und keineswegs gleichmäßig verteilt ist.

Die Frage in den Lehrerbögen, welcher Bereich bereits ausreichend abgedeckt sei, spiegelt die Aussage einer ungleichmäßigen Verteilung wider.

Gesundheitsförderung und Prävention sollte zusätzlich zu eigenständigen Projekten, den Nationalen Gesundheitszielen entsprechend, in den regulären Unterricht eingebunden werden (20).

In unserer Stichprobe werden in den Schuljahren 5 - 10 nur selten gesundheitsbezogene Themen in den regulären Unterricht integriert. Unterschiede finden sich besonders hinsichtlich der Schwerpunkte.

Das Thema Suchtprävention findet fast dreimal so häufig wie die Stressbewältigung Beachtung, Ernährung wird häufiger als Bewegung behandelt. Gerade aber durch die Thematisierung im Unterricht kann bei Schülern aller sozialen Schichten ein nachhaltiger Wissenszuwachs im Bereich der gesunden Lebensweise erreicht werden, wie die Kieler Adipositas – Präventionsstudie KOPS belegt (87).

Ausbaubar wäre nicht nur die Integration der Wissensvermittlung in den Unterricht sondern auch die Umsetzung aktiver Maßnahmen wie Lockerungs- und Entspannungsübungen im Unterricht oder zwischen den Unterrichtseinheiten, von denen die Schüler unmittelbar profitieren.

Diese Konzepte werden nur dann von Kindern und Jugendlichen angenommen, wenn Sie Spaß machen und die Teilnehmer merken, dass diese für sie einen Nutzen haben (38). Nur 3 Schulen bieten entsprechende Angebote zurzeit an, 2 davon nur für die 5. und 6. Klasse.

Präventionsprojekte sind allgemein eher in die Schuljahre 5-10 integriert. In den 2 Schulen mit Oberstufe ist lediglich in einer Schule im 12. Schuljahr ein Programm zu Suchtprävention Bestandteil des regulären Unterrichts.

Diese, auf das Alter bezogen, ungleichmäßige Verteilung zeigt sich auch auf der Internetseite gesundheitsliche-chancengleichheit.de, wenn man betrachtet, dass die Mehrzahl der vorgestellten Good-Practice-Projekte sich auf jüngere Altersgruppen beschränkt (35).

Da sich die 4 Präventionsbereiche hinsichtlich Maßnahmen und möglichen Hindernissen unterscheiden, sollen sie im Folgenden gesondert diskutiert werden.

Ernährung:

Vor dem Hintergrund, dass die Schüler zunehmend mehr Zeit in der Schule verbringen (1) und viele von ihnen über Mittag dort bleiben, ist es lange nicht ausreichend, dass nur 4 von unseren 9 Schulen über eine Mensa oder einen Speisesaal verfügen.

Entscheidend für eine gesunde Ernährung ist nicht nur die Nahrungszusammensetzung sondern auch, wo und wie das Essen verzehrt wird (Essgeschwindigkeit, Umgebung) (92).

Das hat auch die Kultusministerkonferenz schon 2004 erkannt und fordert, dass Ganztagschulen den teilnehmenden Schülern ein Mittagessen bereitzustellen haben (102). Über ein Investitionsprogramm zum Ausbau der Ganztagschulen wurde den Schulen die Möglichkeit geboten eine Küche für die Mittagsversorgung einzubauen, doch sind dadurch nicht die Betriebskosten (z.B.: Personalkosten, Energiekosten) gedeckt (102).

Eine Alternative bietet sich über eine Belieferung der Schulen mit Mittagessen durch externe Anbieter. In der Städteregion Aachen nutzen die Schulen beispielsweise bereits die AWO, ein Krankenhaus oder „Appetito“ für ihre Mittagsverpflegung.

Doch auch von warmen Mahlzeiten abgesehen, bietet sich in den Schulen die Möglichkeit, das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

Wie eingangs beschrieben essen viele Kinder zweimal täglich kalt, konsumieren dabei aber zu viel Weißbrot und Wurst und zu wenig Vollkornprodukte, Obst und Gemüse. Wenn sie die Möglichkeit haben, bevorzugen sie Gemüse in roher statt gekochter Form.

In 7 unserer Schulen können Brötchen und Sandwiches gekauft werden, frisches Obst und Gemüse sind nur an 3 Schulen erhältlich.

Würden die Schulen belegte Vollkornbrote sowie verzehrfertiges Obst und Gemüse anbieten, hätten sie eine Möglichkeit mit vergleichsweise geringem Aufwand den Kindern die empfohlene Ernährung anzubieten.

Dass Kinder und Jugendliche durchaus „gesunde“ Lebensmittel und Getränke wählen, wenn sie die Möglichkeit haben, ist bereits ausreichend belegt (29) und die Angst der Schulkiosk-Besitzer vor zu großen Umsatzeinbußen beim Verkauf solcher ist damit unbegründet. Dem gegenüber steht allerdings die Tatsache, dass bei dem gleichzeitigen Angebot „ungesunder“ Lebensmittel diese von den Schülern noch häufig bevorzugt werden (28).

Ein Verbot bestimmter Lebensmittel an Schulen ist nicht umsetzbar. Zum einen ist es nicht rechtens die individuelle Lebensmittelauswahl von schulischer Seite aus zu bestimmen, zum anderen könnte es auch nicht kontrolliert werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Rahmenkriterien für die Schulverpflegung herausgegeben, die detailliert auf die Anforderungen an eine gesunde Mittagsverpflegung eingehen (26). In einigen Bundesländern gibt es außerdem Empfehlungen für die Schulverpflegung, die aber häufig nicht verbindlich für die Schulen sind. Falls sie verbindlich sind, werden aber nur unspezifische Forderungen z.B. nach einer „ausgewogenen“ oder „möglichst vollwertigen“ Ernährung gestellt (29).

Ob feste Standards für die Schulverpflegung wie in Oregon (Amerika), wo ein bestimmter Anteil an Fett und Zucker bzw. Kalorien nicht überschritten werden darf (29), sinnvoller wären, bleibt fraglich. So stieß Starkoch Jamie Oliver mit seiner Kampagne „Feed me better“, die das Schulessen gesünder gestalten sollte, teilweise auf enorme Widerstände seitens der Eltern. In Rotherham (South Yorkshire) kam es sogar so weit, dass Mütter die Kinder am Schulzaun mit Pommes, Hamburgern und Sandwiches versorgten (104).

Ziel kann es demnach nicht sein die Schüler bzw. Eltern zur gesunden Ernährung zu zwingen sondern durch ein gutes Angebot Interesse zu wecken, sie daran zu gewöhnen und so eine gesunde Ernährung in den Alltag zu integrieren.

Gründe für die bei uns bestehenden Mängel in der Schulverpflegung können auch in dem Hauptauswahlkriterium für das Angebot an Lebensmitteln liegen: Unsere Befragung ergab, dass 5 von 9 Schulen in der Lebensmittelauswahl klar den Preis in den Vordergrund stellen. Attribute wie „ausgewogen“, „fettarm“ oder „wenig Zucker“ werden zwar zum Teil zusätzlich angegeben, sind aber nur an einer Schule alleiniges Auswahlkriterium.

Selbstverständlich ist der Preis ein nicht zu vernachlässigender Faktor. In unserer Befragung kamen wir zu dem Ergebnis, dass der Eigenanteil für ein Mittagessen an 2 unserer Schulen 1-2 € und an 2 weiteren sogar über 2 € beträgt. Das entspricht anderen deutschen Studien, welche die Preise für ein Schulmittagessen zwischen 1,90 und 3,50 € angeben (29).

Nach dem Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008 wächst fast jedes sechste Kind in Armut auf (20). Der Kinderregelsatz für Hartz 4 reicht von zurzeit 215 € (entspricht ca. 7 € pro Tag) für Kinder von 0-6 Jahren bis 287 € für Jugendliche von 14-18 Jahren. Bedenkt man, dass Kinder mehr als 1 Mahlzeit täglich benötigen und auch andere Kosten darüber gedeckt werden müssen, wird schnell erkennbar, dass die Kosten für die schulische Mittagsverpflegung zu hoch sind.

Dieses Problem spiegelt sich auch in anderen Studien wieder, die zeigen konnten, dass nicht nur eine geringe Motivation zu einer ungesunden Ernährungsweise führt, sondern auch zu geringe finanzielle Ressourcen in bestimmten Bevölkerungsschichten (52).

Auch die Kieler Adipositas - Präventionsstudie bestätigt, dass zwar über eine Thematisierung im Unterricht das Wissen zu ernährungsbezogenen Themen von Kindern aller sozialen Schichten erweitert werden konnte, die Möglichkeiten zur Umsetzung aber sozial ungleich verteilt sind (87).

Um den benachteiligten Familien die Möglichkeit zu schaffen die Verantwortung für eine gesunde Ernährung ihrer Kinder wahrnehmen zu können, müssen die passenden Rahmenbedingungen geschaffen werden (29).

Studien aus den USA konnten bereits zeigen, dass finanzielle Unterstützung beim Schulessen den Verzehr von gesunden Lebensmitteln steigern kann. So konnte eine 50%ige Preisreduzierung für Obst und Gemüse in der Schulkantine den Obstverzehr vervierfachen und den Karottenverzehr verdoppeln. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass Schüler aus einkommensschwachen Familien, die nichts oder weniger für eine Schulmahlzeit bezahlen mussten, das Angebot mehr in Anspruch nahmen als Schüler, die den vollen Preis zahlen mussten (29). Eine Mittagsverpflegung sollte deshalb für alle Schüler unabhängig vom elterlichen Einkommen günstig genug angeboten werden.

Ergänzend zur bereits diskutierten Verhältnisprävention sollte im Bereich Ernährung auch die Verhaltensprävention gestärkt werden.

Die Wissensvermittlung kann bei den Kindern durch die Integration theoretischer Themen in beispielsweise den Biologie-Unterricht erfolgen und praktisch in Kochkursen vertieft werden.

6 unserer 9 Schulen bieten Kochkurse für die Schüler an, doch wird hier der Schwerpunkt nicht auf Übergewicht oder Fehlernährung gelegt. Ebenfalls kritisch zu betrachten ist die Tatsache, dass sie überall erst mit dem 7. Schuljahr beginnen und nicht bereits früher.

Dieses Problem ist nicht nur an unseren Schulen gegeben. Ernährungslehre ist in Deutschland kein eigenständiges Fach (29) und hauswirtschaftlicher Unterricht mit den Themen Lebensmittel und Ernährung findet in den Lehrplänen und als Teil des Unterrichts in den Schulen kaum Erwähnung (102). In diesem Bereich besteht dringender Handlungsbedarf, denn ein optimales Ergebnis primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen kann nur erzielt werden, wenn Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander Hand in Hand gehen (39).

In der Kieler Adipositas – Präventionsstudie wurde genau dieser Aspekt nachgewiesen. An den Interventionsschulen (Grundschulen) wurde Folgendes umgesetzt:

- autosuggestive Botschaften („iss jeden Tag Obst und Gemüse“, „sei mindestens 1h/Woche sportlich aktiv“) an Schüler, Lehrer und Eltern
- Informationsabende für Eltern
- Lehrerfortbildungen
- 6 Unterrichtseinheiten für die Schüler
- das Konzept „Bewegte Pause“, um die Schüler in der Pause spielerisch zur Bewegung zu motivieren
- individuelle Familienberatung bei Familien mit mindestens 1 übergewichtigem Kind

Die Interventionen zeigten langfristige Erfolge: Die Verzehrshäufigkeiten bestimmter Lebensmittel und die körperliche Aktivität konnten verbessert werden, zusätzlich konnte bei einigen Kindern eine weitere Gewichtszunahme vermieden werden.

Zu beachten gilt aber, dass die Effekte sich in den Subgruppen enorm unterschieden: Kinder mit höherem sozialen Status zeigten nicht nur unmittelbar bessere Erfolge, auch nach 4 bzw. 8 Jahren konnten positive Langzeitfolgen nachgewiesen werden, die sich bei der Vergleichsgruppe nicht zeigten. Eine weitere Barriere bildet der Migrationshintergrund. Migrantenkinder konnten weder ihr theoretisches Wissen verbessern, noch konnten die Interventionen Verbesserungen in ihrem Ernährungsverhalten liefern. Die individuelle Familienberatung war sowohl bei diesen als auch bei Familien mit niedrigem sozialen Status weniger erfolgreich (87).

Festzuhalten bleibt, dass sowohl der Bereich der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention in Schulen gestärkt werden muss, dabei aber spezifischer auf Subgruppen eingegangen werden sollte.

Anregungen dazu könnten die MiMi-Projekte liefern, bei denen eigens geschulte Migranten die Beratungen bei anderen Migranten durchführen (75) oder „Gesund sind wir stark“, ein Projekt, das sozial benachteiligte Familien (vor allem solche mit Migrationshintergrund) in Berlin Kreuzberg unterstützt und berät, um Gesundheitsförderung in den Alltag einzubauen (35).

Bewegungsförderung

Organisatorische und räumliche Voraussetzungen für eine Prävention im Bereich der Bewegungsförderung sind an unseren Schulen schon besser erfüllt als im Bereich der Ernährung. 6 unserer 9 Schulen bieten den Schülern einen Platz für Ballsport an, 4 stellen zusätzlich Spielgeräte zur Verfügung, sodass die Kinder ihren natürlichen Bewegungsdrang ausleben können (84).

Wie schon für den Ernährungsbereich angesprochen sind die Möglichkeiten gesundheitsförderliches Verhalten in den Alltag zu integrieren sozial ungleich verteilt. In sozial schlechter gestellten Bezirken finden wir häufig weniger Grünanlagen, Plätze zur Erholung oder Bewegungsmöglichkeiten (92). Die Schule kann dieses Missverhältnis zwar nicht vollständig kompensieren, da die Schüler aber einen Großteil ihrer Zeit dort verbringen, leistet sie einen wichtigen Beitrag.

Zusätzlich zur Gestaltung einer Umwelt, welche die Schüler motiviert sich zu körperlich zu betätigen, haben Schulen die Option über Sport-AGs den Schülern „Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport“ näherzubringen, ein Ziel, das im Schulgesetz NRW schriftlich festgehalten ist (100).

8 unserer Schulen geben an, dass sie diverse Sport-AGs haben, eine Schule macht zu dieser Frage keine Angabe. Die Sport-AGs sind an keiner Schule für die Schüler verpflichtend.

Ruft man sich die eingangs betrachteten Studienergebnisse zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen wieder vor Augen, stellt man aber fest, dass trotz der angebotenen Möglichkeiten das empfohlene Ausmaß körperlicher Betätigung meistens nicht erreicht wird. Die Schüler treiben zu selten und zu wenig Sport, wobei die Tendenz mit zunehmendem Alter steigt. Besonders betroffen sind Mädchen, darunter vor allem jene mit Migrationshintergrund.

Die Vorlieben bezüglich der Sportart unterscheiden sich bei Mädchen und Jungen.

So stellt bei Jungen Fußball die mit Abstand beliebteste Vereinssportart dar, gefolgt von Schwimmen und Handball (20). Bei Mädchen dominieren hingegen Turnen und Tanzen vor Schwimmen und Leichtathletik (20).

Wir können davon ausgehen, dass sich diese Vorlieben auch auf die AG-Wahl übertragen lassen.

Möglicherweise ist das schulische AG-Angebot noch nicht passend auf die Bedürfnisse der Schüler zugeschnitten. 7 unserer Schulen bieten Ballsport im Rahmen der AGs an, davon 5 auch mindestens 2 weitere Angebote wie zum Beispiel Tanz, Leichtathletik oder Schwimmen. Eine vielfältigere Ausweitung des Sport-Angebots wäre wünschenswert.

In der Städteregion Aachen gibt es zahlreiche Vereine mit insgesamt 73 Sportarten, die ein breit gefächertes Angebot liefern (106). Eine Kooperation zwischen Schulen und Vereinen wäre die optimale Möglichkeit für alle Kinder eine passende Sportart anzubieten.

Zusätzlich zur Erweiterung des Angebots müssen vermehrt die Aspekte Gender, Migrationshintergrund und Adipositas berücksichtigt werden.

Gerade bei Mädchen mit Migrationshintergrund fällt der Mangel an körperlicher Betätigung auf, auch nutzen sie seltener das Vereinsangebot (99). Das Problem ist jedoch nicht mangelndes Interesse. 45% der Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund würden sich gerne häufiger sportlich betätigen (15).

Gründe können zum einen die bereits mehrfach erwähnte sozial ungleichmäßige Verteilung des Angebots oder die finanzielle Lage der Familien sein, welche die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen oder Ausstattung erschwert (92, 61).

Auch kulturelle Hürden sind von Bedeutung (15).

Ein nach Geschlecht getrenntes Sport-Angebot könnte ein erster Schritt in die richtige Richtung sein. An unseren Schulen bieten jedoch nur 2 nach Geschlecht getrennte Fußball-AGs an.

Ein positives Beispiel finden wir beispielsweise in Oldenburg. Das Projekt „MICK- Mädchen kicken mit“ ist eine Kooperation von Schulen und Sportvereinen, das sich an Mädchen im Grundschulalter und aus der 7.-10. Klasse richtet. Besonders angesprochen werden solche mit Migrationshintergrund. Über Mädchenfußball-AGs, -Turniere und –Camps konnte nicht nur die sportliche Betätigung erhöht werden, auch das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen konnten gestärkt werden (35).

An dieser Stelle sei nochmal auf die Relevanz der Bewegung für Stressbewältigung und Suchtprävention verwiesen.

Neben dem Aspekt des Migrationshintergrundes darf auch die Stigmatisierung der bereits übergewichtigen oder gar adipösen Kinder nicht vernachlässigt werden.

Adipöse Kinder gelten unter Gleichaltrigen oft als weniger intelligent und faul und werden seltener als Spielkameraden gewählt (112).

Über Sport - AGs soll den Kindern die Freude an Bewegung vermittelt werden. Leider besteht aber immer die Gefahr, dass tendenziell unsportliche oder adipöse Kinder, für welche die Bewegungsförderung umso wichtiger wäre, mit den Leistungen der sportlichen Schüler nicht mithalten können. Letztere üben dadurch, unter Umständen auch unbeabsichtigt, Druck auf die Erstgenannten aus mit der Folge, dass unsportliche Kinder Stigmatisierung, Stress und Negatives mit Sport assoziieren (25). Die Grundlage für einen inaktiven Lebensstil ist geschaffen.

In den Sport-AGs muss daher umso mehr darauf geachtet werden, nicht das Körpergewicht in den Vordergrund zu stellen, sondern die individuellen Stärken zu fördern; ein vielfältiges Sportangebot ist auch hier wieder hilfreich (38).

Alleine der regelmäßige Besuch des Schulsports – durchschnittlich 2 Stunden pro Woche- und die Teilnahme an Sport-AGs kann die von der WHO empfohlene körperliche Aktivität von täglich mindestens 60 Minuten nicht decken (20).

Aus der Befragung der 8. und 10. Klässler, die 2002 in Aachen durchgeführt wurde, ging hervor, dass je nach Schulform 7-17% der Schüler gar keinen Sport außerhalb der Schule treiben (88).

Ziel der Schulen sollte es sein die Schüler zu einem „aktiven Lebensstil“ zu ermutigen. Darunter fallen Aktivitäten wie mit dem Fahrrad statt dem Bus zur Schule zu fahren oder die Treppen statt den Aufzug zu nehmen (5).

Studien belegen, dass körperliche Betätigung im Rahmen des späteren Berufslebens aber auch ausgeprägte Sportausübung nicht in jedem Fall gesundheitsförderlich sind, ein „aktiver Lebensstil“ hingegen schon (5).

Suchtprävention

Im Bereich der Suchtprävention werden die meisten Projekte angeboten (4 dauerhafte und 5 zeitlich begrenzte). Suchtprävention ist als einziges Präventionsthema in den regulären Oberstufenunterricht eingebunden, an den Schulen werden teilweise sogar eigene Curricula und feste Unterrichtseinheiten dazu angeboten.

41% der Lehrer betrachten diesen Bereich am ehesten als bei den Schülern ausreichend abgedeckt und nennen ihn auf die Frage nach primärem Förderungsbedarf an letzter Stelle.

Der größte Teil wird durch Aktionen wie den Wettbewerb „Be smart-Don't start“ oder kooperative Veranstaltungen mit der Polizei oder den Anonymen Alkoholikern abgedeckt. Somit ist hier positiv zu bemerken, dass die Integration externer Kompetenzen bereits erfolgt.

Als individuelle Beratungsstelle für die Schüler werden von 3 Schulen auch Schulpsychologen genannt.

Auch auf bundesweiter Ebene lassen sich klare Erfolge verzeichnen.

So ist der regelmäßige Alkoholkonsum (d.h. mindestens 1 mal pro Woche) bei den 12- bis 25- jährigen von 44% im Jahr 1979 auf 29% im Jahr 2008 gesunken. Im Durchschnitt ist der Anteil der Jugendlichen, die einmal wöchentlich Alkohol trinken, von Jahr zu Jahr um 0,5 Prozent gesunken (23).

Der Drogen- und Suchtrat unter Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gibt 2008 bekannt, sein Ziel, die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken im Alter von 12 bis 17 Jahren insgesamt auf unter 18% zu senken, erreicht zu haben (22).

Beim Rauchverhalten zeigen sich ähnliche Erfolge. Rauchten im Jahr 2001 unter den 12- bis 17-jährigen noch 27,2% der Jungen und 27,9% der Mädchen, konnte 2008 bereits ein Rückgang auf 14,7 % bei den Jungen und 16,2% bei den Mädchen verzeichnet werden (22). Das Ziel des Drogen-und Suchtrates, die Quote jugendlicher Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren auf unter 17% zu senken, wurde erreicht (22).

Bei allen Erfolgen bleibt aber zu beachten, dass die Zielformulierung nicht nach Subgruppen differenziert und wie in der Einleitung bereits gezeigt unterscheiden sich die Häufigkeiten in Abhängigkeit von Geschlecht, sozialem Status und Schulform enorm.

Entscheidend für diese Erfolge in der Suchtprävention ist mit höchster Wahrscheinlichkeit der vielfach genannte „Policy-Mix“, der strukturelle und verhaltenspräventive Maßnahmen kombiniert (85), in gemeinsamer Anstrengung vieler Akteure.

Im Bereich des Tabakkonsums erfolgte von staatlicher Seite aus die Einführung der Tabaksteuer und des öffentlichen Rauchverbots sowie das Verbot von Tabak-Werbung in den Medien. Ärzte und Krankenkassen schafften Rauchentwöhnungsprogramme und die Schulen thematisierten die Problematik in Aktionen und Projekten oder sogar im regulären Unterricht (85).

Das Projekt „Be smart, don't start“, ein Wettbewerb an dem weiterführende Schulen teilnehmen können, verringert nachweislich den Anteil der Fröheinsteiger und wird mittlerweile in fast allen deutschen Bundesländern durchgeführt. Es bleibt zu überlegen, ob das Design der Intervention sich auch auf andere Suchtmittel übertragen lässt (42).

Zur Rauchentwöhnung werden bisher noch wenige Programme für Jugendliche angeboten. Das Rauchentwöhnungsprogramm „Just be smokefree“ aus Schleswig-Holstein liefert ein positives Beispiel (48).

Bei der Reduzierung des Alkoholkonsums wurde ebenfalls von staatlicher Seite agiert. Das bestehende Jugendschutzgesetz, das die Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche bis 15 Jahren untersagt und für 16- bis 17-jährige auf Bier- und weinhaltige Getränke beschränkt, wurde unterstützt durch die Einführung der Sondersteuer auf spirituosenhaltige Alkopops.

Wurden letztgenannte Getränke 2004 noch von 28% der 12- bis 17- jährigen monatlich mindestens 1 mal konsumiert, waren es 2005 nur noch 15,6% und 2008 nur noch 9,8% (23).

Auf Ebene der Verhaltensprävention lässt sich positiv verzeichnen, dass die Präsenz des Themas Suchtprävention im Alltag der Kinder und Jugendlichen gestiegen ist.

Der Anteil der 12- bis 17- jährigen, die Medien zum Thema Nichtraucher wahrgenommen haben, hat sich von 2003-2008 enorm erhöht. Der Bekanntheitsgrad der Kampagne „rauchfrei“ hat sich seit 2003 auf 67% im Jahr 2008 vervierfacht. 2008 haben sich 18,7% der Jugendlichen mehrmals über Broschüren oder das Internet zum Thema Nichtraucher informiert, was, verglichen mit 2003, fast einer Verdopplung entspricht (85).

Der Anteil der Jugendlichen, die außerhalb des Unterrichts an Veranstaltungen zum Thema „Nichtrauchen“ teilgenommen haben, hat sich von 2003 (5,5%) bis 2007 (11,2%) verdoppelt.

Auch in der Raucherprävention auf bundesweiter Ebene engagieren sich vermehrt Schulen. 2007 gaben 39,4% der 12- bis 17- jährigen an, „Nichtrauchen“ im regulären Schulunterricht behandelt zu haben (85).

Trotz der beschriebenen Erfolge, darf dieser Präventionsbereich zukünftig nicht außer Acht gelassen werden.

Bereits zu Beginn wurde festgestellt, dass Konsummuster, Ursachen und Folgen von Alkoholkonsum bzw. Rauchen durch Geschlecht und Schulform beeinflusst werden (23, 122).

Zukünftige Präventionsstrategien sollten diese Aspekte unbedingt miteinfließen lassen. Die Suchtprävention sollte mit dem eingangs beschriebenen Bereich der „Lebenskompetenz“ verknüpft werden.

So ist es wenig sinnvoll absolute Verbote für Alkohol aufzustellen und Abstinenz zu fordern, bildet der Konsum desselben doch einen Bestandteil gesellschaftlichen Lebens (z.B. mit Sekt auf etwas anstoßen). Solche Forderungen würden eher ein gegenteiliges Verhalten provozieren (70).

Mit dem Eintritt ins Jugendalter kommt es auch zur Ausbildung des Risikoverhaltens. Dabei testen Jugendliche die eigenen Grenzen und Möglichkeiten (44).

Die wichtigste präventive Aufgabe ist es, in diesem Alter die Strategien zur affektiven Selbstkontrolle und –steuerungsfähigkeit zu lehren. Jugendliche müssen lernen Konflikte und Belastungen konstruktiv zu bewältigen und Substanzen wie Alkohol so zu konsumieren, dass sie ihnen nicht schaden (51, 89, 56).

Ein interessantes Beispiel ist das Präventionsprogramm „Lieber schlau als blau“ in Brandenburg: Schüler trinken dabei eine definierte Menge Alkohol und machen vor und nach der Einnahme PC-gestützte Leistungstests. Auf diese Weise erhalten sie die Möglichkeit, die Wirkung am eigenen Körper zu erfahren und ihre Grenzen kennenzulernen (71).

Stressbewältigung

Wie eingangs beschrieben wurde der Aspekt der Stressbewältigung in den Nationalen Gesundheitszielen auf die Förderung der „Lebenskompetenz“ ausgeweitet.

Darunter fallen neben der Vermittlung von Möglichkeiten zur Stressbewältigung auch Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien.

Umgesetzt werden sollte dieses Ziel unter anderem durch die Implementierung der Thematik im Unterricht, sowie externe Unterstützung durch Schulpsychologen oder Sozialarbeiter (20).

Der thematischen Behandlung im regulären Unterricht kommen bereits 4 unserer Schulen in einzelnen Schuljahren nach.

Konkrete Angebote zur Stressbewältigung werden von 7 Schulen angeboten, wobei es sich in 6 Schulen um Streitschlichter und 4 Schulen um Schulpsychologen bzw. Sozialpädagogen handelt.

Neben diesem Angebot im Bereich der Konfliktlösung und der Gewaltprävention werden aber nur an 2 Schulen aktive Entspannungskurse wie Yoga oder autogenes Training durchgeführt. Andere Kurse zum Umgang mit Stress werden nicht angeboten.

Einen Raum zur Rückzugsmöglichkeit kann nur 1 Schule vorweisen.

Durch unsere Befragung wurde deutlich, dass der von Lehrern geäußerte Wunsch, den Bereich Stressbewältigung primär auszubauen, durchaus gerechtfertigt ist.

Räumlichkeiten zum Rückzug, für Entspannungs- oder Körperwahrnehmungsübungen können sehr hilfreich sein und sind nach einem von der BzGA geleiteten Expertenkonsens vermehrt anzubieten (38).

Eine besonders wichtige Rolle kommt weiterhin dem verhaltenspräventiven Aspekt zu. Häufig können stressinduzierende Situationen und Gegebenheiten nicht beseitigt werden (Bsp: Erfüllung gesellschaftlicher Rollenerwartungen oder schulischer Leistungen) (12). Daher ist es umso entscheidender im Rahmen des Lebenskompetenzansatzes das Selbstbewusstsein und die Selbstkontrolle der Jugendlichen so weit zu steigern, dass sie aufkommende Konflikte bewältigen und Probleme lösen können (72, 89).

Der Ansatz „Stärkung der Lebenskompetenz“ wurde im Teil Suchtprävention bereits besprochen und soll daher an dieser Stelle nicht nochmals aufgegriffen werden.

V.2 Wer ist an der Auswahl und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt?

Der Einbezug und die Beteiligung aller jeweils relevanten Gruppen gilt als eine der Kernstrategien der Settingarbeit (20). In der Schule sind somit nicht nur die Belange der Schüler, sondern auch die der Lehrer und Eltern zu beachten.

Um die Effektivität der Interventionen zu erhöhen, sollte eine wirksame und effiziente Gesundheitsförderungs politik in den Schulen daher auch außerschulische Akteure - wie Familie und Vereine mit einbeziehen (20, 37).

Im Schulgesetz NRW wird diese Forderung bereits aufgegriffen, heißt es in §5 „(1) Die Schule wirkt mit Personen und Einrichtungen ihres Umfeldes zur Erfüllung des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrages [...] zusammen.

(2) Schulen sollen in gemeinsamer Verantwortung mit den Trägern der öffentlichen und der freien Jugendhilfe, mit Religionsgemeinschaften und mit anderen Partnern zusammenarbeiten, die Verantwortung für die Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen tragen ...“ (100).

Eben dieser Aspekt scheint an unseren Schulen noch nicht ausreichend in die Tat umgesetzt worden zu sein.

In unserer Befragung wurden als integrierte Kooperationspartner im Nachmittagsangebot zweimal ein Sportverein und einmal das Gesundheitsamt benannt, weiterhin einmal die AWO und das Pädagogenhaus Eschweiler. Fachpersonal, wie Ernährungsberater oder Physiotherapeuten, wurden ebenso wenig erwähnt wie eine Beteiligung von Krankenkassen.

Die Kochkurse werden ausschließlich von Lehrern geleitet, die Sport- AGs beteiligen nur in 4 Schulen Externe, Eltern wirken nie an der Umsetzung des Nachmittagsangebots mit.

Dabei könnte die Einbindung externer Partner fachliche Kompetenzen erweitern und die Lehrkräfte in ihrer Arbeitssituation entlasten (31). Eine Kooperation kann zudem nachweislich Akzeptanz und Reichweite einer Maßnahme erhöhen (38).

Interessant ist, dass 51,7% der Lehrer zurzeit angeben keinen Ansprechpartner in Gesundheitsfragen zur Verfügung zu haben. Dabei wird in §12 Abs. 2 des ÖGDG NRW die untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) als verantwortliche Institution benannt, die Lehrerinnen und Lehrer in Fragen der Gesundheitsförderung beraten soll.

Wahrscheinlich ist den Lehrern nicht bekannt, dass sie in diesem einen kompetenten Ansprechpartner zur Verfügung haben.

Neben der konkreten Umsetzung gesundheitsrelevanter Interventionen ist weiterhin eine gemeinsame Entscheidung aller Beteiligten über die Auswahl des Angebots relevant.

Nach Ansicht der Spitzenverbände der GKV ist es Bedingung für eine nachhaltig wirksame Gesundheitsförderung, dass ein entscheidungskompetentes Schulprojekteteam mit Vertretern aller relevanten Gruppen/Akteure das Vorgehen an der Schule konzeptionell beschließt, für die Umsetzung sorgt und die Ergebnisse evaluiert. Als Mitglieder kommen Lehrende, Schüler und Eltern sowie Externe (Krankenkasse, ÖGD, Schulträger, Vereine) in Frage (37).

Dass dieser gemeinschaftliche Ansatz noch nicht annähernd ausgeschöpft ist, wird erkennbar, wenn man betrachtet, dass bei 9 befragten Schulen in 7 die Lehrer als alleinige Entscheidungsträger im Bereich des Sportangebots genannt werden. Dies trifft für 5 Schulen bei Maßnahmen zur Stressbewältigung und bei 6 Schulen in Bezug auf die Suchtprävention zu.

Unsere Befragung macht deutlich: In der Städtereion Aachen ist die Zusammenarbeit der einzelnen an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Akteure noch ausbaufähig. Gleiches gilt für die gemeinsame Entscheidungsfindung durch alle im Setting vertretenen Gruppen.

Wie sehr Schulen von einer settingübergreifenden Kooperation profitieren können, zeigt das Projekt „Gesund leben lernen“.

Das Kooperationsprojekt zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt startete 2003 mit einer dreijährigen Laufzeit.

Ziel war es die „Organisation Schule zu einem gesunden Lebensraum für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden“ zu entwickeln (69).

Da die in der Schule Arbeitenden und Lernenden ihre Situation am besten einschätzen können, wurden von den einzelnen Schulen in einer schulinternen Steuerungsgruppe individuelle Ziele festgelegt. Die Länderberatergruppe, in der staatliche Behörden aber auch Unfall- oder Krankenkassen vertreten waren, hatte nur die Aufgabe die Schulen beratend zu unterstützen. Sie sollten vorhandene Netzwerke und Kooperationspartner für die Schule verfügbar machen und zu neuen Kooperationen anregen. Ziel sollte es sein, den Schulen zu zeigen, wie sie eigenständig Problemsituationen erkennen, Strategien zur Verbesserung planen und diese umsetzen und vor allem evaluieren (Empowerment). Oftmals bestand die Schwierigkeit darin, dass auf schulischer Seite das Verständnis fehlte, dass sie mit den professionellen Fachkräften zusammenarbeiten mussten und diese nicht einfach etwas für sie tun. Das Design der Intervention sollte eben dieses Problem beheben.

Ein weiterer entscheidender Punkt war, dass besonderes Gewicht auf die gesundheitliche Verbesserung der Lehrergesundheit gelegt wurde. Dieser Aspekt beruht auf dem zugrunde liegenden Konzept, dass eine Stärkung ihrer Ressourcen und der Abbau ihrer Fehlbelastungen neue Kräfte freisetzen kann, um Maßnahmen für die Schülerschaft umzusetzen. Diese Herangehensweise fiel den meisten Lehrern schwer, doch stellte sich schnell heraus, dass eine Umgestaltung der räumlichen Gegebenheiten, die Senkung des Lärmpegels oder die verminderte Gewaltbereitschaft seitens der Schülerschaft beide Seiten profitieren ließen.

Nach Ablauf der dreijährigen Testphase konnten nicht nur enorme Verbesserungen in Bereichen der Schulverpflegung und Gebäudegestaltung festgestellt werden, auch das Schulklima, die Kommunikation und der Umgang untereinander wurden von der Hälfte der Schulen als wesentlich positiver wahrgenommen (69).

Genauso wichtig wie die Kooperation mit externen Institutionen ist der Einbezug der Eltern.

Eltern haben gerade im Kindesalter eine Vorbildfunktion und prägen auch danach das Ernährungs- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder sowie beispielsweise die zur Lebenskompetenz zählenden Aspekte Selbstbewusstsein und Konfliktbereitschaft (56, 92).

Es ist wichtig, ihnen früh genug, bestenfalls schon in der Schwangerschaft, das nötige Wissen zu vermitteln, um ihren Kindern ein gesundheitsförderliches Aufwachsen zu ermöglichen (92). Dabei ist besonders darauf zu achten, dass die Väter, die häufig schwerer erreicht werden, mit einbezogen werden und sozial benachteiligte Familien oder solche mit Migrationshintergrund ein auf sie zugeschnittenes Angebot erhalten wie bei den zuvor erwähnten MiMi-Projekten (87, 56, 75).

Eine erfolgreiche Einbeziehung der Eltern kann das Projekt „Klasse 2000“ vorweisen. Neben 10 von Lehrern geleiteten Unterrichtseinheiten pro Schuljahr, werden in 3 weiteren durch sogenannte „Klasse 2000- Gesundheitsförderer“ (geschulte Fachleute) den Schülern Wissen und Fähigkeiten zur Gesundheitsförderung vermittelt. Die Eltern werden vor Beginn des Projekts in der 1.Jahrgangsstufe an einem speziellen Elternabend über Ziele und Ablauf des Projekts informiert. Außerdem erhalten sie in regelmäßigen Abständen Informationsbroschüren und Elternbriefe.

Befragungen haben gezeigt, dass 75% der Kinder über „Klasse 2000“ zuhause berichten und Gespräche zu gesundheitsbezogenen Themen anregen (56).

V.3 Wie informiert sind die Lehrer über die Relevanz der Thematik?

Die Lehrkräfte der 9 teilnehmenden Schulen fühlen sich nicht ausreichend über den KiGGS oder die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit informiert. 121 von 126 Lehrkräften geben an, nicht über den KiGGS informiert zu sein, 107 kennen die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ nicht.

Wenn überhaupt, erfolgte die Informationsbeschaffung größtenteils in Eigeninitiative aus privatem Interesse. Die Informationsvermittlung durch die Schulen ist eine Seltenheit, sie wird nur von 7 Lehrkräften im Rahmen der Strategie der Bundesregierung erwähnt.

Diese Informationsdefizite sind umso erstaunlicher, wenn man berücksichtigt, dass ca. 20.000 Besucher pro Monat sich auf der Internetseite kiggs.de über Kindergesundheit informieren (59). Die Lehrerschaft scheint nicht die vorrangige Adressatengruppe zu sein.

Eine Lösung zur besseren Informationsvermittlung könnte es sein, gesundheitsrelevante Themen in die angebotenen Fortbildungsprogramme für die Lehrerschaft zu integrieren. Laut Schulgesetz sind Lehrkräfte verpflichtet sich regelmäßig fortzubilden und an Fortbildungsmaßnahmen auch in der unterrichtsfreien Zeit teilzunehmen (100).

Dass vorhandene Angebote durchaus genutzt werden, zeigt das Beispiel der BZGA: Von 2004 bis 2008 wurden schon mehr als 3000 Schulen bundesweit im Rahmen der Suchtprävention erreicht, 141 Fortbildungen und Schulungen wurden durchgeführt (91).

In den Landauer Empfehlungen zur Lehrergesundheit wird sogar der Vorschlag gemacht, Fortbildungen und Beratungsangebote im Bereich Lehrergesundheit für Schulleitungen oder gar Lehrkräfte verpflichtend zu machen (31).

Bei dieser Forderung sollte allerdings überlegt werden, ob die Lehrergesundheit allein im Vordergrund stehen sollte oder doch die Entwicklung einer gesunden Schule.

In dem Projekt „Gesund leben lernen“ konnte mehrfach gezeigt werden, dass von einer positiven Schulgestaltung Lehrer und Schüler profitieren und dass ruhigere Schüler auch die Stressbelastung der Lehrer senken (69).

In unserer Befragung gaben 70% der Lehrkräfte an, sich nicht in keinem der 4 Präventionsbereiche fortzubilden, um Kurse an ihrer Schule leiten zu können, aber 86% privat an Seminaren und Veranstaltungen zur Förderung der eigenen Gesundheit teilnehmen.

Der Mangel an Information und Kenntnis gesundheitsbezogener Themen ist aber kein rein schulisches Problem.

Das Interesse oder die Motivation für präventive gesundheitsförderliche Maßnahmen ist bei den Adressaten nicht per se vorhanden sondern wird beeinflusst durch öffentliche Diskussionen, die Präsenz in den Medien und die Art der Darstellung als bedrohlicher oder gar angstausslösender Risikofaktor oder als ein attraktives, beliebtes Angebot, nach dem jeder strebt (114).

Wie kann man aber die Motivation zur Gesundheitsförderung beim Einzelnen verbessern?

Grundsätzlich muss zunächst festgehalten werden, dass jedem Einzelnen - sofern physisch und psychisch in der Lage - die Entscheidung über sein Gesundheitsverhalten selbst überlassen bleibt (2). Dieser Grundsatz wurde schon in der Deklaration von Alma Ata festgelegt: "The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care." (45).

Der Gesundheitsstatus wird nie bei allen Personen gleich sein, da er durch genetische Komponenten, persönliche Einstellungen und den Lebensstil beeinflusst wird (113).

Prävention hat daher die Aufgabe Wissen zu vermitteln, Motivation zu stärken und vor allem für jede soziale Schicht qualitativ gleichwertige Möglichkeiten zur Umsetzung zu schaffen (10). Außerdem darf gesundheitsschädliches Verhalten wie Rauchen oder Übergewicht nicht zur Stigmatisierung betroffener Personen werden (29) und diese zusätzlich belasten.

Vielmehr müssen wir beim Einzelnen Interesse, Akzeptanz und Handlungswillen wecken, selbst etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Hilfreich können dabei materielle oder symbolische Werte sein, zum Beispiel ökonomische Anreize wie die Subventionierung gesunder Lebensmittel. Letztgenannten Aspekt haben wir bereits im Rahmen der Schulverpflegung diskutiert (29, 114).

Weiterhin entscheidend ist es, dass die angebotenen Maßnahmen – wie Präventionsangebote im Setting Schule - exakt den Bedürfnissen des Einzelnen entsprechen und ihn dabei unterstützen, diese zu erfüllen (97).

In unserer Befragung gab etwa die Hälfte der Lehrerschaft an über Angebote an ihrer Schule nicht mitentscheiden zu können. Lediglich 58 Lehrer geben an generell Einfluss auf das Präventionsangebot zu haben, davon 86% im Bereich der Suchtprävention. 31% können laut eigener Angaben das Angebot zur Stressbewältigung mitbestimmen.

Interessant ist das Ergebnis im Hinblick auf die Tatsache, dass in den Schulbögen von 7 Schulen das Lehrerkollegium als Hauptentscheidungsträger im Rahmen des Sportangebots, 5 bei der Stressbewältigung und 6 bei der Suchtprävention nennen. Eltern, Schüler oder Externe werden fast gar nicht die Entscheidungsprozesse eingebunden. Worauf sich diese Diskrepanz begründet, kann nicht nachvollzogen werden.

Schlussendlich können wir festhalten, dass die für den Settingansatz kennzeichnende Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anforderungen aller Beteiligten an unseren Schulen noch weit ausbaufähig ist.

V.4 In welchem Präventionsbereich wird bereits ausreichend angeboten und wo besteht der dringendste Handlungsbedarf?

Als Kernstrategie des Settingansatzes gilt es alle Betroffenen in die Maßnahmen einzubeziehen.

Neben den familiären Bedingungen übt auch die Motivation des pädagogischen Personals und dessen gesundheitliche Situation einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder aus (20). Nur physisch und psychisch gesunde Lehrkräfte können auf Dauer den Bildungs- und Erziehungsauftrag wahrnehmen und Schule weiterentwickeln (31). Deshalb ist bei der erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen die Beachtung der Belange und Probleme von Lehrkräften von hoher Bedeutung (37, 69).

Im Folgenden werden nicht nur die schulischen Angebote zur Gesundheitsförderung und Primärprävention für Schüler sondern auch für Lehrer diskutiert.

Unsere Befragung ergab, dass bereits in allen 4 Präventionsbereichen sowohl für Lehrer separate, aber auch mit Schülern gemeinsame gesundheitsfördernde Veranstaltungen angeboten werden.

Dabei findet die Suchtprävention mehr Beachtung als die anderen Bereiche.

Dasselbe gilt für die Einschaltung eines externen Ansprechpartners und die damit einhergehende Möglichkeit kompetenter Informationsbeschaffung zu gesundheitsbezogenen Fragen.

Nachgewiesener Präventionsbedarf allein reicht aber nicht, damit Maßnahmen Erfolg haben (114). Welche speziellen Bedürfnisse haben die Schulen in der Städteregion? In welchem Bereich muss mehr getan werden, wo ist bereits ein ausreichendes Angebot vorhanden?

79% der Lehrkräfte geben an, dass bisher kein Präventionsbereich für Lehrer ausreichend abgedeckt ist. Was Angebote für Schüler betrifft, so sind 43% der Meinung, dass alle Bereiche gefördert werden müssen.

Der Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung und die Motivation zur Umsetzung sind demnach gegeben.

Nach Meinung von 87% der befragten Lehrer besteht bei den Lehrkräften dringender Handlungsbedarf in der Vermittlung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung. Die anderen Präventionsbereiche sind mit maximal 7% im Bereich der Bewegungsförderung eher unterrepräsentiert.

Etwas anders sieht es im Förderungsbedarf für die Schüler aus. Hier soll nach Meinung von 40% der Lehrerschaft der Ernährungsbereich primär gefördert werden, die Rolle von Stressbewältigung und Bewegungsförderung sind mit 25% bzw. 23% etwa gleichwertig.

Die Suchtprävention ist nach Ansicht von 41% der Lehrer für die Schüler ausreichend abgedeckt.

Zusammenfassend kann für die Schulen in der Städteregion folgendes festgehalten werden:

- 1.) Die Anstrengungen im Bereich der Suchtprävention können als Vorbild für die anderen Bereiche genommen werden. Dabei ist das Angebot für die Lehrer im Bereich der Stressbewältigung vorrangig zu fördern. Für die Schüler sollten die 4 Präventionsbereiche gleichwertig ausgeweitet werden.
- 2.) Die Maßnahmen zur Primärprävention sollten für Lehrer und Schüler getrennt angeboten werden, da diese Form von 85% der Lehrer bevorzugt wird und unsere Befragung herausgestellt hat, dass die Bedürfnisse der beiden Gruppen unterschiedliche Schwerpunkte haben.
- 3.) Die Trennung nach Geschlecht ist wird von 24% der Lehrkräfte in den Angeboten zur Stressbewältigung und von 18% in der Bewegungsförderung für sinnvoll erachtet.

Im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung interessieren sich Lehrer außerschulisch an Seminaren zur Stressbewältigung (77%), sowie zu berufsspezifischen Themen wie Rückentraining (50%), Stimm-/Sprachtraining (45%) und Tinnitus (16%).

Bevorzugte zeitliche Ansiedlung der Angebote ist direkt nach der Schule und weniger in den Ferien oder an Wochenenden.

V.5 Woran scheiterte bisher die konsequente Durchführung präventiver Angebote und wo finden sich Hindernisse in der Etablierung neuer Vorhaben?

Nur 37 von 124 Lehrern haben in der Vergangenheit selber ein Präventionsprojekt geleitet, zum Zeitpunkt der Befragung führen nur 5 Lehrer ein Projekt durch.

Bei der Frage, woran in der Vergangenheit Projekte gescheitert sind und was die Umsetzung neuer verhindert, wurden personelle und organisatorische Probleme über mangelnde Unterstützung durch Kollegen bzw. Eltern sowie die Unvereinbarkeit mit dem Lehrplan erfasst, ebenso materielle Hindernisse über bauliche Gegebenheiten und finanzielle Probleme. Fragen über nicht qualifiziertes Personal sowie ein fehlender Überblick über das Angebot an sich und dessen Qualität bezog den Informationsstand mit ein.

Außer im Bereich Ernährung dominiert in allen anderen Bereichen der fehlende Überblick über die Qualität der Angebote (44-53%), andere Gründe wurden meist nur von 10-20% der Lehrer angeführt.

Im Bereich Ernährung wurden mehrere Gründe für ein Scheitern genannt. Sowohl die Mittagsverpflegung in der Mensa als auch das Angebot von Kochkursen sind auf bestimmte räumliche Gegebenheiten angewiesen, die sich nicht in jeder Schule finden; Turnhallen oder ein Sportplatz zur Bewegungsförderung sind hingegen häufiger vorhanden. Außerdem sind finanzielle Aspekte in der Anschaffung von Material und Lebensmitteln von Bedeutung, die in den anderen Präventionsbereichen nicht so stark ins Gewicht fallen.

Nimmt man den Kochkurs als Beispiel, so kommen auch vielfältige Aufgaben neben der reinen Anleitung und Betreuung der Schüler auf, wie die Beschaffung und Lagerung der Lebensmittel, die auf die Mitwirkung und Kooperation mehrerer Beteiligten angewiesen sind. Der zeitliche Aspekt ist auch nicht zu vernachlässigen, wenn man bedenkt, dass der Kochkurs Vorbereitung, Kochen, Verzehr und Aufräumen umfasst, für eine Stunde Fußballspiel aber kaum Vorbereitung nötig ist.

Vergleicht man die Angaben der Scheiterungsgründe mit denen, warum neue Projekte nicht etabliert werden können, so kommt man zu einem ähnlichen Ergebnis.

Noch deutlicher als zuvor hebt sich hier der fehlende Überblick über die Qualität der Maßnahmen hervor, gefolgt vom Überblick über das Angebot selbst.

Besonders ausgeprägt ist dies wieder in den Bereichen Bewegungsförderung, Stressbewältigung und Suchtprävention.

Diese Ergebnisse spiegeln die 2010 publizierte Aussage des BMG in den Nationalen Gesundheitszielen wieder: „Momentan ist die Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft im Kinder- und Jugendbereich von einer großen Heterogenität gekennzeichnet, die sich für Kindertagesstätten und Schulen häufig als intransparent und ineffektiv erweist.“ (20).

Eine Befragung der Projektschulen bei „Gesund leben lernen“ hebt zusätzlich den erheblichen zeitlichen Mehraufwand sowie mangelnde Unterstützung durch Kollegen oder fehlende finanzielle Ressourcen hervor.

Als hilfreich und förderlich wurde ganz klar die kontinuierliche Unterstützung von außen genannt (69).

51% der Lehrkräfte gaben in unserer Befragung an, keine Unterstützung durch Spezialisten zu haben.

Diese Aussage muss aber dahingehend korrigiert werden, dass sie nicht wissen, wo sie kompetente Unterstützung erhalten:

Das Gesundheitsamt ist zuständig für betriebsmedizinische Aufgaben in der Schule und stellt für die Lehrer jederzeit einen kompetenten Ansprechpartner in Fragen der Gesundheit dar. Es stellt den laut Schulgesetz notwendigen Schularzt, der neben der Betreuung der Schüler auch einen Berater für Lehrerinnen und Lehrer darstellt.

Darüber hinaus gibt die BzGA konkrete Handlungsempfehlungen und Leitfäden zur Etablierung präventiver Projekte heraus, sodass Ansprechpartner sind demnach zu genüge vorhanden sind.

Besonders hervorzuheben ist, dass das Gesundheitsamt mit den kommunalen Besonderheiten bestens vertraut ist und als vom Wettbewerb unabhängig einen objektiven Berater darstellt (10). Dass die Kenntnis über das jeweilige Setting und die umgebenden Strukturen für die Schulen wichtiger sind als reine Professionalität, konnte in der Befragung der Schulen zu „Gesund leben lernen“ gezeigt werden (69).

Laut Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit informieren sich bis zu 50% aller Patientinnen und Patienten regelmäßig über gesundheitliche Fragestellungen im Netz (81).

Unsere Befragung bestätigt die Vorliebe für das Internet, da sich mehr als die Hälfte der Lehrer in Internetportalen beziehungsweise der Allgemeinen Presse über die Angebote im Bereich der Primärprävention informiert. Fachzeitschriften werden von ca. einem Drittel genannt. Eine wichtige Rolle kommt ferner der Information durch andere Lehrer oder Schulen zu.

Am wenigsten Beachtung in der Informationsbeschaffung finden hier die BzgA, das Gesundheitsamt oder die Krankenkasse. Dabei sind dies aber gerade zusammen mit der obersten Gesundheitsbehörde diejenigen, die definierte Qualitätsstandards, Richtlinien und Anforderungen festlegen, die ein qualitativ hochwertiges Projekt zu erfüllen hat. Auf diese Art soll eine Qualitätssicherung gewährleistet und eine Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der Maßnahmen erreicht werden.

Als Schwierigkeit erweist sich zusätzlich die bereits erwähnte, mangelnde Transparenz:

In der Einleitung wurde ein Überblick über das komplexe Netz der Akteure im Präventionsbereich und ihre Zuständigkeiten gegeben, wobei nur exemplarisch Strategien und Aktionen einzelner Akteure vorgestellt werden konnten, da eine vollständige Darstellung den Rahmen sprengen würde.

Möchte sich nun ein Lehrer in Eigeninitiative über das Internet informieren, stößt er auf Bundes-, Landes-, und kommunaler Ebene auf zahlreiche Zielsetzungen, Strategien und Aktionen zu verschiedensten Bereichen und eine Unmenge an Bündnissen, Kooperationsverbänden und AGs.

Zwar verfolgen alle Akteure das Hauptziel der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, doch es kann kaum verlangt werden hier den Überblick zu behalten.

An dieser Stelle sei nochmals auf das Gesundheitsamt als unabhängiger Koordinator und verwiesen, das die regionalen Besonderheiten kennt und der geeignete Kristallisationspunkt für Prävention und Gesundheitsförderung ist (10).

Zusätzlich können Internetportale, wie bei „Gesund leben lernen“ einen Erfahrungsaustausch zwischen den Schulen gewährleisten (69).

Wenn ein Angebot nun über die beschriebenen Zugangswege erst das Interesse der Lehrer geweckt hat, gewinnen die zuvor vernachlässigten Akteure jedoch wieder an Bedeutung.

So geben zwar noch 42% der Lehrer an, kein festes Auswahlkriterium für ihre Auswahl zu haben, doch von den übrigen orientieren sich 40% an der Unterstützung durch Behörden, 34% an der betreuenden Institution im Hintergrund und 24% am Bekanntheitsgrad der Anbieter.

Dass eine Unterstützung von außerhalb erwünscht wird, konnte in unserer Befragung klar gezeigt werden.

In welcher Form diese Informationsvermittlung dann erfolgt, bleibt scheinbar dem Anbieter überlassen. Unsere Vorgaben „Dachverband“, „Schriftliche Information“ und „Informationsveranstaltungen“ wurden annähernd gleich häufig genannt.

Für letztere soll nochmals an die bevorzugte zeitliche Ansiedlung von Veranstaltungen nach der Schule statt in den Ferien oder Wochenenden erinnert werden.

Auch das Projekt „Gesund leben lernen“ belegt den Unterstützungsbedarf bei den Schulen. So sind viele Schulen die methodisch geeignete Herangehensweise an Prävention und Gesundheitsförderung nicht gewöhnt und erwarten eher die schnelle Umsetzung fertig zugeschnittener Maßnahmen statt eine langfristige gemeinsame Planung solcher (120). Besonders im ersten Jahr der Intervention war der Beratungsbedarf von schulischer Seite aus sehr groß (69).

V.6 Was kennzeichnet eine erfolgreiche Intervention zur Prävention und Gesundheitsförderung? - Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse unserer Befragung sowie zahlreiche Studien konnten zeigen, welche Elemente wichtig sind, damit Interventionen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung erfolgreich umgesetzt werden können.

Unter Beachtung der folgenden Elemente wird sich zukünftig auch in der Städteregion Aachen die Schule zu einem gesundheitsförderlichen Setting für Lehrer und Schüler entwickeln können:

Die folgenden Aspekte sollen allen in Gesundheitsfragen beteiligten Akteuren in der Städteregion Aachen als Hilfestellung dienen:

- 1.) **Vorausgehende Bedarfsanalysen:** Jede Schule unterscheidet sich von der anderen hinsichtlich räumlicher Gegebenheiten und Zusammensetzung der Schüler- und Lehrerschaft (Altersstruktur, Geschlechterverteilung, sozialer Status, etc.) Daher sollte an jeder Schule individuell der Bedarf im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ermittelt werden (39). An den befragten Schulen liegt der größte Bedarf im Bereich Stressbewältigung, der um den Aspekt „Lebenskompetenz-Training“ erweitert werden sollte.
- 2.) Aus dem ersten Punkt sollte ein auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittenes Konzept mit Einbeziehung aller Individuen (39, 28) folgen. Dazu ist es essentiell, dass **alle Beteiligten an Entscheidung und Umsetzung der Interventionen beteiligt werden**. So können Motivation und Akzeptanz gestärkt werden.
- 3.) **Externe Akteure sollten verstärkt einbezogen werden**, um Kompetenz und Qualität zu erweitern sowie zur personellen Entlastung beizutragen (39, 91, 89).
- 4.) Eine **regelmäßige Projekt-Evaluation** ist nötig, um die Strategie unter Umständen besser anpassen zu können (39, 89, 100).
- 5.) **Abbruchkriterien müssen im Voraus festgelegt werden**. Ansonsten werden Zeit und Geld aufgewendet, die sinnvoller eingesetzt werden könnten (114).

- 6.) **Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse**, damit Fehler nicht wiederholt werden (39, 89). Eine Möglichkeit dafür wäre ein offenes Internetportal, in dem die Schulen Ideen und Erfahrungen austauschen können, denn das Internet stellt eine der Haupt-Informationsquellen dar. Ein positives Beispiel hierfür ist das Portal des Projektes „Gesund leben lernen“ (69).
- 7.) Die **Öffentlichkeitsarbeit unterstützender Behörden** wie Gesundheitsamt, BzgA etc. muss dahingehend **ausgebaut werden**, dass die Lehrer die Unterstützung, welche sie bekommen können, erkennen und wahrnehmen. So könnte das Problem des fehlenden Überblicks über Angebot der Projekte und die Qualität derselben gelöst werden.

Für die Interventionen selber gilt:

- 1.) **Alle Präventionsbereiche sollten gleichmäßig berücksichtigt** werden, um synergistische Effekte nutzen zu können (89).
- 2.) **Verhaltens- und Verhältnisprävention** müssen sich ergänzen (28, 89). An unseren befragten Schulen ist der Ausbau der kostengünstigen Schulverpflegung wichtig. Das Angebot an Koch- und Sport-AGs sollte ausgebaut werden. Der Bereich Bewegungsförderung muss die Vermittlung des aktiven Lebensstils mehr berücksichtigen.
- 3.) **Langwirksame Projekte** sind effektiver als zeitlich begrenzte (89).
- 4.) Eine **Integration gesundheitsrelevanter Themen in den regulären Unterricht** sollte gefördert werden.
- 5.) Der **Gender- Aspekt** muss stärkere Berücksichtigung in den Angeboten finden. Besonders gilt dies bei uns für den Bereich der Bewegungsförderung.

In der Städteregion Aachen sind bereits, wie die folgenden Beispiele zeigen, wichtige Grundsteine für eine verbesserte schulische Prävention und Gesundheitsförderung gelegt:

Durch den Kinder- und Jugend(zahn) ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes wird eine eigene Veranstaltungsreihe zum Thema „Kindergesundheit“ angeboten, die sich in erster Linie an Mitarbeiter/innen der Familienzentren und Kindertagesstätten richtet. Um die weiterführenden Schulen zu erreichen, müsste entweder die Zielgruppe erweitert werden oder die Kooperation mit den Familienzentren gestärkt werden (107).

Die Kampagne „Check your Kid“ soll über verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und persönliche Ansprache die Teilnahme an den Vorsorge- (U-)Untersuchungen steigern (107).

Das Kompetenznetzwerk „AGIL“ vereinigt bereits staatliche bzw. kommunale Behörden, Ärzte, Fachpersonal wie Psychotherapeuten und Ernährungsberater sowie Vereine und Schulen. Es greift Elemente aus den Bereichen Ernährung, Bewegungs- und Lebenskompetenzförderung auf und bezieht in die Maßnahmen Eltern, Lehrer und Kinder bis zum Ende der Grundschulzeit mit ein. Dabei werden sozial benachteiligte Familien und solche mit Migrationshintergrund besonders berücksichtigt. Um die Effizienz und Nachhaltigkeit des Projektes zu erhöhen werden externe Partner wie Sportvereine bereits integriert.

AGIL erfüllt somit die meisten der zuvor genannten Kriterien für eine effiziente Gesundheitsförderung und bietet ein gutes Vorbild für Interventionen an weiterführenden Schulen (3).

Eine Besonderheit der Städteregion Aachen bildet das Dreiländereck (Niederlande, Belgien, Deutschland), welches eine euregionale Zusammenarbeit ermöglicht.

Im Projekt Euprevent wird diese bereits umgesetzt. Das grenzüberschreitende Programm teilt sich in mehrere Projekte. Das Programm „Sucht“ soll das Risikoverhalten zu verringern und ist speziell auf den Konsum von Drogen, Alkohol und Zigaretten sowie Verhaltensweisen wie Mobbing und Schule schwänzen gerichtet. Das Programm „Übergewicht“ richtet sich an Erwachsene und Kinder mit dem Ziel die Prävalenz von Übergewicht zu vermindern und das Ernährungsbewusstsein zu stärken (4).

Zuletzt bleibt noch zu bedenken:

Jede Intervention hat Gegner.

Im Bereich der Suchtprävention gab es Hürden in Form der Tabakindustrie, mangelnder Compliance seitens der Raucher, die sich durch Rauchverbote diskriminiert fühlten und Skeptiker, die das Vorhaben für Unmöglich hielten.

Dass sich in diesem Bereich aber deutliche und nachweisliche Erfolge erzielen ließen, zeigt uns, dass wir uns auch zukünftig -nur um potentielle Konflikte zu umgehen- nicht abschrecken lassen dürfen und den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung stärken sollten (114).

Denn wie schon eingangs erwähnt:

"Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist ein zentrales Recht aller Kinder und Jugendlichen und steht in Zusammenhang mit der Zukunftsfähigkeit eines Landes."

IV Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Bestandserfassung und Bedarfsermittlung in den Bereichen Primärprävention und Gesundheitsförderung an weiterführenden Schulen in der Städteregion Aachen. Dabei wird der Schwerpunkt auf „Gesunde Ernährung“, „Bewegungsförderung“, „Suchtprävention“ und „Stressbewältigung“ gesetzt.

Nachdem eingangs die zunehmende Relevanz der Thematik für unsere Gesellschaft deutlich gemacht wird, wird dargestellt, welche Aufgaben dem Staat, der Gesetzlichen Krankenversicherung, den Schulen und der Ärzteschaft bezüglich Primärprävention und Gesundheitsförderung zukommen.

Bei einer Befragung von Schulen und Lehrern in der Städteregion sollte geklärt werden, welche Präventionsbereiche bereits Einzug in das Setting Schule gefunden haben und in welcher Form, außerdem, wer an der Auswahl und Umsetzung der Maßnahmen beteiligt ist. Es wurde ermittelt, wie informiert die Lehrer über die Relevanz der Thematik sind, in welchem Präventionsbereich bereits ausreichend angeboten wird und wo der dringendste Handlungsbedarf besteht. Um Strategien zur Optimierung zukünftiger Interventionen zu finden, wurde erfragt, woran bisher die konsequente Durchführung präventiver Angebote scheiterte und wo sich Hindernisse für die Etablierung von Neuen finden?

9 von 60 weiterführenden Schulen haben an der Befragung teilgenommen (15%), davon 2 Gymnasien, 3 Realschulen und 4 Hauptschulen.

Es zeigt sich, dass die vier Präventionsbereiche nicht in gleichem Maß berücksichtigt werden und die Suchtprävention mit mehr als einem Drittel aller Angebote in der Umsetzung weit vorne liegt.

Für die Auswahl der Angebote und die Umsetzung ist zum größten Teil die Lehrerschaft verantwortlich, externe Kompetenzen oder die Eltern werden kaum einbezogen.

Die Lehrer sind eher schlecht über die verschiedenen Themen informiert und fühlen sich in ihren Entscheidungen oft alleingelassen. Sie wissen nicht, in wem sie kompetente Ansprechpartner finden, haben keinen Überblick über gesundheitsförderliche Angebote oder deren Qualität. Diese Aspekte stellen einen der Hauptgründe für das Scheitern vergangener Projekte und die Umsetzung neuer dar.

Unsere Studie zeigt auch, dass der starke Wunsch nach Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulen sowohl für Lehrer als auch für Schüler durchaus besteht und Angebote zur Stressbewältigung – vor allem für die Lehrerschaft - gebraucht werden.

Die Lehrer müssen besser über gesundheitsrelevante Themen informiert werden und bei der Durchführung von Projekten Hilfestellung über beispielsweise externe Partner, Gesundheitsämter und Krankenkassen erhalten.

Die Angebotsauswahl muss an jeder Schule individuell den Bedürfnissen von Lehrern, Schülern und Eltern unter Berücksichtigung kultureller und genderspezifischer Aspekte entsprechen.

Die Effektivität einzelner Maßnahmen muss evaluiert werden.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Dott für die freundliche Überlassung des Themas.

Mein Dank gilt auch Frau Dr. med. Michaela Weishoff - Houben für die Betreuung und Unterstützung in jeder Hinsicht.

Weiterhin bedanke ich mich bei Herr Dr. J. Michels und Frau Dr. G. Trost-Brinkhues ,sowie den Mitarbeitern der AOK Rheinland-Hamburg Herrn H. Heuerz und A. Vogt, die wertvolle Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens leisteten.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern Dorothea und Rolf Orth, die mich von der Entwicklung der Fragestellung an bis hin zum letzten Satz der Dissertation immer unterstützt und motiviert haben und ohne die das Studium und diese Dissertation nicht möglich gewesen wären.

Literaturverzeichnis

1. „Kinder-und Jugendgesundheit, Zahnmedizin, Impfwesen“ Bereich Kinder-und Jugendgesundheit (§12 ÖGDG). Konsenspapier zur Kommentierung der Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung des neuen ÖGD-Gesetzes
2. 11. Deutscher Ärztetag 2008: Ulmer Papier- Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft
3. Aachen: Agil in Aachen - Aktiver, gesünder is(s)t leichter! - 1. Förderphase - Besser essen. Mehr bewegen. Online verfügbar unter <http://www.besseressenmehrbewegen.de/index.php?id=450>, zuletzt geprüft am 24.03.2011
4. About Euprevent. Online verfügbar unter http://www.euprevent.eu/pages/about_euprevent/, zuletzt geprüft am 24.03.2011
5. Abu-Omar, K.; Rütten A. (2006): Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006 49: 1162-1168)
6. Ärztekammer Nordrhein (2010): Prävention als ärztliche Aufgabe: Gesund - ein Leben lang. Kammersymposium zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller
7. Ärztekammer Nordrhein / Jürgen Brenn (2011): Gesund macht Schule. Online verfügbar unter <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5290>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
8. AOK Rheinland-Hamburg (2010): Be smart – don't start. Online verfügbar unter <http://www.aok.de/rheinland-hamburg/gesundheit/nichtraucher-wettbewerb-90391.php>, zuletzt geprüft am 12.07.2010
9. AOK (2010): Be smart, don't start. Online verfügbar unter besmart.info, zuletzt geprüft am 09.01.2011
10. Beske, Fritz (2010): Prävention – das Gesundheitsamt als dezentrales Zentrum. Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. (Gesundheitswesen 2003, 65: 593–595)
11. BMAS - Bildungspaket und Regelsätze. Online verfügbar unter http://www.bmas.de/portal/47918/2010__09__24__zentrale__informationen__sgb2.html, zuletzt geprüft am 09.01.2011
12. Bohn V.; Rathmann K.; Richter M. (2010): Psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Schultyp. (Gesundheitswesen 2010; 72: 293-300)
13. Brockhaus Enzyklopädie online (2010): Stress. Online verfügbar unter <http://www.bth.rwth-aachen.de/>, zuletzt geprüft am 08.01.2011
14. Bundesärztekammer (2007): (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006)

15. Bundesministerium für Familie, Frauen Senioren und Jugend (2004): Mädchen mit Migrationshintergrund und sportliches Engagement, zuletzt geprüft am 24.03.2011
16. Bundesamt für Gesundheit (2010): Der Public Health Action Cycle als Ausgangspunkt für Evidence-based Public Health. Online verfügbar unter http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php, zuletzt geprüft am 25.11.2010
17. Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesetze und Verordnungen. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1445054/DE/Service/Suche/Gesetze/GesetzeA-Z/gesetzeA-Z__node.html?__nnn=true, zuletzt geprüft am 14.07.2010
18. Bundesministerium für Gesundheit (2010): Kindergesundheit. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/nn_1192844/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/K/Glossarbegriff-Kindergesundheit.html#doc1192146bodyText2, zuletzt geprüft am 27.06.2010
19. Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit
20. Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2010): Nationales Gesundheitsziel: Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung
21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Aufgaben und Ziele. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/die-bzga/aufgaben-und-ziele/>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum
23. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008 - Eine Wiederholungsbefragung der BzgA. Teilband Alkohol
24. Bundeszentrale für politische Bildung (2010): Gesundheitspolitik - Lernobjekt. Online verfügbar unter http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAB162, zuletzt geprüft am 27.06.2010
25. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2010): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – eine besorgniserregende Epidemie. Online verfügbar unter <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=337>, zuletzt geprüft am 03.12.2010
26. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2007): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung, zuletzt geprüft am 20.03.2011
27. Duale Reihe Pädiatrie, 3.Auflage 2006, S.51, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

28. Eichhorn, C.; Loss, J.; Nagel, E. (2007): Erfüllen Ernährungsinterventionen für Kinder und Jugendliche in Deutschland die Qualitätskriterien für Projektdesign und Evaluation? Ergebnisse einer Befragung von Institutionen auf Landes- und regionaler Ebene. (Gesundheitswesen 2007, 69: 612-620)
29. Eichhorn, C.; Nagel, E. (2010): Prävention von Übergewicht und Adipositas - Aufgaben von Staat, Lebensmittelindustrie und Individuum. (Gesundheitswesen 2010, 72: 10-16)
30. Esch, T.: Gesund im Stress (2002): Der Wandel des Stresskonzeptes und seine Bedeutung für Prävention, Gesundheit und Lebensstil. (Gesundheitswesen 2002, 64: 73-81)
31. Expertengruppe "Lehrergesundheit" (2005): Landauer Empfehlungen zur Lehrergesundheit- Lehrergesundheit fördert Qualität von Schule. (Gesundheitswesen 2005, 67: 56-58)
32. Facharztzentrum Gorch Fock GbR (2011): Ganzheitliche Medizin im Facharztzentrum Gorch Fock. Online verfügbar unter <http://www.med-kropp.de/2-5-138-Prävention-ist-eine-gesamtgesellschaftliche-Aufgabe.html>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
33. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2010): gesundheitsziele.de. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsziele.de/>, zuletzt geprüft am 28.06.2010
34. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGDG NRW (1997)
35. Gesundheitliche-chancengleichheit.de, Online verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>, zuletzt geprüft am 20.03.2011
36. Gesundheitsamt Kreis Aachen (2007): Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern im Kreis Aachen
37. GKV Spitzenverband (2008): Leitfaden Prävention
38. Goldapp, C.; Cremer, M.; Graf, C.; Grünewald-Funk, D.; Mann, R.; Ungerer-Röhrich, U.; Willhöft, C. (2011): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen - Ein BZgA - geleiteter Expertenkonsens. (Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 295-303)
39. Graf, C.; Starke, D.; Nellen, M. (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2008, 51: 1321-1328)
40. Graf, C. et al (2003): Correlation between BMI, leisure habits and motoric abilities in childhood (CHILT- Project). (International Journal of Obesity 2004, 28: 22-26)
41. Graf, C., LIGA NRW (2010): Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen

42. Hanewinkel, R.; Wiborg, G. (2002): Primär- und Sekundärprävention des Rauchens im Jugendalter: Effekte der Kampagne "Be Smart-Don't Start". (Gesundheitswesen 2002, 64: 492–498)
43. Hartig, J. (2005): Stress - Begriffe und Definition, Stressreaktion und Stressoren, Erfassungsmethoden, Selbsthilfe und Diagnostik im WWW. (Diplomarbeit, Universität Leipzig, Institut für Psychologie). Online verfügbar unter <http://www.brainguide.de/data/publications/PDF/pub79049.pdf>, zuletzt geprüft am 24.03.2011
44. Hurrelmann, K. (2002): Psycho-und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2002, 45: 866-872)
45. International Conference on Primary Health Care (1978): Declaration of Alma-Ata
46. IT.NRW (2010): Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) - Bevölkerung im Regierungsbezirk Köln. Online verfügbar unter http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/rp3_uni10.html, zuletzt geprüft am 25.11.2010
47. IT.NRW (2010): Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) - Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/eckdaten/r311alter.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2010
48. Just be Smokefree. Online verfügbar unter <https://www.justbesmokefree.de/>, zuletzt geprüft am 20.03.2011
49. Kamtsiuris, P.; Bergmann, E.; Rattay, P.; Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. (Bundesgesundheitsblatt 2007, 50: 836–850)
50. Keller, H. Abteilung für Allgemeinmedizin Präventive und Rehabilitative Medizin Phillips Universität Marburg (2006): Motorische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. (Z Allg Med 2006, 82: 456-466)
51. Klein, M.(2004): Psychosoziale Aspekte des Risikoverhaltens Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. (Gesundheitswesen 2004; 66 Sonderheft 1: 56-60)
52. Klotter, C. (2010): Gesundheitswunsch und Gesundheitsrealität- Psychologische, soziale und gesellschaftliche Aspekte des Gesundheitsverhaltens. (Gesundheitswesen 2010, 72: 17-22)
53. Koch (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung im Kreis Aachen, 2.Basisgesundheitsbericht, herausgegeben von Kreis Aachen
54. Koch (2010): Soziale Lage und Gesundheit (von Kindern im Kreis Aachen). Online verfügbar unter http://www.kommunale-gesundheitskonferenz.de/Themen/Archiv/AG_2_5/ag_2_5.html, zuletzt geprüft am 09.07.2010
55. Koch, Michels (2003): Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Aachen 1997 bis 2001

56. Kraus, D.; Dupree, T.; Bölskei, P. L.: Eltern als Partner in der schulischen Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung: Eine empirische Studie am Beispiel Klasse2000 (Gesundheitswesen 2003, 64: 371–377)
57. Kuepper-Nybelen, J.; Lamerz, A.; Bruning, N. et al (2005): Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications (Arch Dis Child 2005, 90: 5-6)
58. Kurth B.-M. (2007): KIGGS Was kommt danach? (Gesundheitswesen 2007, 69: 548-554)
59. Kurth B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: 736-743)
60. Lampert, T. (2010): Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. (Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 486-497)
61. Lampert, T., Mensink, G. B. M.; Romahn, N., Woll A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: 634-642)
62. Lampert, T., Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: 600-608)
63. Landesgesundheitskonferenz (1999): EntschlieÙung der 8. Landesgesundheitskonferenz NRW
64. Landesgesundheitskonferenz (2005): EntschlieÙung der 14. Landesgesundheitskonferenz
65. Landesgesundheitskonferenz (2009): EntschlieÙung der 18. Landesgesundheitskonferenz
66. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2010): Gesundheitskonferenzen. Online verfügbar unter http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_planen/konf/index.html?PISESSION=fcc1ca6421347439728b610e76d03402, zuletzt geprüft am 05.07.2010
67. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2010): Infoportal NRW. Online verfügbar unter <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/index.php>, zuletzt geprüft am 28.06.2010
68. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2010): Präventionskonzept NRW. Online verfügbar unter <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/>, zuletzt geprüft am 28.06.2010

69. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V: GESUND LEBEN LERNEN - Gesundheitsmanagement in Schulen, Online verfügbar unter <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/arbeitsschwerpunkte/2-gesund-leben-lernen>, zuletzt geprüft am 20.03.2011
70. Leppin, A.; Richter, M.; Hurrelmann, K.: Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum bei jüngeren Jugendlichen in NRW. (Suchttherapie 2005, 6: 4-10)
71. Lindenmeyer, J. (2009): Trinkschulung statt Suchtprävention bei Jugendlichen - Pro. (Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009, 134: 2408)
72. Lohaus, A.; Beyer, A.; Klein-Heßling, J. (2004): Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. (Sonderdruck Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 2004, 36 (1): 38-46)
73. Mensink, G. B. M.; Kleiser, C.; Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des KiGGS. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: 609-623)
74. Mersmann, Heiner (2008): Forum für die Kinder-Jugendgesundheitsdienste im ÖGD. Online verfügbar unter <http://www.kinder-jugendgesundheit.de/>, zuletzt geprüft am 29.06.2010
75. MiMi-Online. Online verfügbar unter <http://mimi-online.bkk-bv-gesundheit.de/>, zuletzt geprüft am 20.03.2011
76. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2010): Landesinitiative Gesundes Land NRW. Online verfügbar unter http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/2_Versorgung/gesundheitspreis/gesund-land/index.php, zuletzt geprüft am 28.06.2010.
77. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2004): Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW bis 2005, zuletzt geprüft am 06.07.2010.
78. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. MGEPA NRW (2011). Online verfügbar unter <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/index.php>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
79. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2011). Online verfügbar unter <http://www.mfkjks.nrw.de/ministerium/>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
80. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (2005): Gesundheitsberichte NRW 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 1995 bis 2005 Eine Bestandsaufnahme
81. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (2005): Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik

82. Niehus, C.; Höldke, B.; Gericke, C. A.: Vergleich der Schulgesetze der Länder der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext. (Gesundheitswesen 2006, 68: 101-109)
83. NRW, Unfallkasse: Schulentwicklungspreis Gute gesunde Schule. Gathmann Michaelis und Freunde (2011). Online verfügbar unter <http://www.schulentwicklungspreis.de/>, zuletzt geprüft am 09.01.2011
84. Oppen, E.; Worth, A.; Bös, K.; Universität Karlsruhe (2005): Kinderfitness - Kindergesundheit. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2005, 48: 854-862)
85. Orth, B.; Töppich, J. (2010): Veränderungen von Wissen, Einstellungen und Rauchverhalten bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse wiederholter Repräsentativbefragungen der BzGA. (Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 133-143)
86. Paulus P. Universität Lüneburg Institut für Psychologie (2003): Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule (Manuskript Psychologie)
87. Plachta-Danielzik, S.; Landsberg, B.; Lange D.; Langnäse, K.; Müller, M. J. (2011): 15 Jahre Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Ergebnisse sowie deren Einordnung und Bedeutung für die Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 304-312)
88. Plum, H. (2002): Euregionale Befragung zum Risikoverhalten Jugendlicher 2001, herausgegeben von der Stadt Aachen
89. Pott E., Schmid H. (2002): Suchtprävention durch Gesundheitserziehung und Aufklärung. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2002 45: 943-951)
90. Predel, H.-G.; Towarski, W. (2005): Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2005, 48: 833-839)
91. Rakete, G.; Strunk, M.; Lang, P. (2010): Tabakprävention in Schulen - Ein Erfolgsmodell. (Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 170-177)
92. Reeske, A.; Spallek, J. (2011): Sozioökonomische Aspekte der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen. Ansatzpunkte vor dem Hintergrund eines lebenslaufbasierten Ansatzes der Adipositasentstehung. (Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 272-280)
93. Richter, M.; Bowles, D.; Melzer, W.; Hurrelmann, K. (2007): Bullying, psychosoziale Gesundheit und Risikoverhalten im Jugendalter. (Gesundheitswesen 2007; 69: 475-482)
94. Robert Koch Institut (2010): RKI - Das Institut. Online verfügbar unter www.rki.de zuletzt, zuletzt geprüft am 09.01.2011
95. Robert Koch-Institut: KIGGS - die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Online verfügbar unter <http://www.kiggs.de/>, zuletzt geprüft am 14.07.2010.

96. Robert Koch-Institut; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
97. Rosenbrock, R. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung- gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. (Gesundheitswesen 2004, 66: 146-152)
98. Ruckstuhl, B.; Somaini, B.; Twisselmann, W. (2008): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten - der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich
99. Schmidt; Hartmann-Tews; Brettschneider: Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, 2003
100. Schulgesetz NRW, Stand 1.7.2010
101. Schwartz, F.W.: Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen; 2. Auflage, Urban und Fischer Verlag, 2003
102. Seegers I. Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2007): Tafel-Freuden? Das Essen an deutschen Schulen. Dossier zur Situation der Schulverpflegung in Deutschland
103. Sozialgesetzbuch V. Online verfügbar unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>
104. Spiegel online (2006): Britische Schüler flüchten vor gesundem Essen, 07. November 2006
105. Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen: Aufgaben und Ziele (2010). Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/Aufgaben_und_Ziele.gkvnet, zuletzt geprüft am 27.06.2010.
106. Städteregion Aachen: Die Städte Region (2010). Online verfügbar unter <http://www.staedteregion-aachen.de>, zuletzt geprüft am 25.11.2010.
107. Städteregion Aachen, der Städteregionsrat: Gesundheitsamt (2010). Online verfügbar unter <http://www.staedteregion-aachen.de> zuletzt geprüft am 06.07.2010.
108. Starker, A.; Lampert, T.; Worth, A.; Oberger, J.; Kahl, H.; Bös, K. (2007): Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. (Bundesgesundheitsblatt 2007, 50: 775-783)
109. Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gastg&p_aid=2816769&p_sprache=D, zuletzt geprüft am 14.07.2010.
110. Suhrcke, M. (2009): Ökonomische Aspekte der Prävention: Eine internationale Perspektive. (Gesundheitswesen 2009, 71: 610-616)
111. Sygusch R. Universität Bayreuth (2005): Jugendsport - Jugendgesundheit. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2005, 48: 863-872)

112. Thiel, A.; Alizadeh, M.; Giel, K.; Zipfel, S. (2008): Stereotypisierung von adipösen Jugendlichen durch ihre Altersgenossen. (Psychother Psych Med 2008, 58: e16-e24)
113. Trojan, A. (2001): Soziale Stadtentwicklung und Armutsbekämpfung als Gesundheitsförderung. (Gesundheitswesen 2001, 63: Sonderheft 1: 43-47)
114. UZH- Institut für Sozial- und Präventivmedizin: Glossar. Online verfügbar unter <http://www.ispm.uzh.ch/glossar.html>, zuletzt geprüft am 02.12.2010.
115. VZBV: Themen | Gesundheit & Ernährung | Ernährung | Pressemitteilungen | 20.10.2010 - Regulierungslücke bei Kinderwerbung schließen. Online verfügbar unter <http://www.vzbv.de/go/presse/1402/4/16/index.html>, zuletzt geprüft am 30.11.2010.
116. Wabitsch, M. (2000): Overweight and obesity in European children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention. (Eur J Pediatr 2000, 159, Suppl 1: 5-7).
117. Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland - Aufruf zum Handeln. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2004, 47: 251-255)
118. Wegner R.E. (2005): Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2005, 48: 1103-1110)
119. WHO: Ottawa Charta for Health Promotion, 21. November 1986
120. Windel I.: Gesund leben lernen - Gesundheitsmanagement in Schulen. Schulische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler. (Gesundheitswesen 2005, 67: 137-140)
121. Zeeb, H.; Pigeot I. (2011): Evidenzbasierung in der Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen - eine Utopie? (Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 257-258)
122. Zenker C. (2005): Sucht und Gender. (Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2005, 48: 469-476)
123. ZTG Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH (Hg.) (2009): Wegweiser zu Gesundheitsinformationen und Adressen rund um die Gesundheit. Online verfügbar unter <http://gesundheit.nrw.de/content>, zuletzt geprüft am 14.07.2010



63380

--	--

Fragebogen 1: Schule

Teil 1: Angaben zur Schule

1.) Name der Schule

--

2.) Name des Schulleiters, ggf. anderer Ansprechpartner

--

3.) Schulform

☐ Gymnasium ☐ Realschule ☐ Hauptschule ☐ Gesamtschule ☐ LB-Schule

4.) Bezirk

☐ Stadt Aachen ☐ Kreis Aachen

5.) Schulträger

☐ Stadt/Kreis Aachen, Kommune im Kreisgebiet ☐ Privater Träger ☐ Kirchlicher Träger

6.) Anzahl der Lehrkräfte

--	--	--	--

 Lehrkräfte, davon

--	--	--	--

 weiblich

7.) Anzahl der Schüler

--	--	--	--

 Schüler, davon

--	--	--	--

 weiblich

8.) Befindet sich Ihre Schule in der Nähe eines sozialen Brennpunktes?

☐ Ja ☐ Nein

9.) Nachmittagsangebot

☐ verpflichtend für alle Schüler ☐ freiwilliges Angebot ☐ kein Nachmittagsangebot

10.) Seit wann besteht das Nachmittagsangebot?

☐ erst mit diesem Schuljahr begonnen ☐ seit 3 Jahren

☐ seit 1 Jahr ☐ seit >3 Jahren

☐ seit 2 Jahren



63380

--	--

11.) Ist einer der folgenden Partner fest in die Durchführung der Nachmittagsangebote integriert?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Ernährungsberater☐ Gesundheitsamt☐ Physiotherapeuten☐ Krankenkasse☐ Sportverein☐ andere, und zwar

Teil 2: Ernährung

12.) Setzen Sie in Ihrer Schule Konzepte/Projekte zur Gesundheitsförderung im Bereich "Ernährung" ein?

☐ Ja☐ Nein

13.) Welche Konzepte/Projekte sind das und seit wann bestehen diese? Sind sie eine dauerhafte Einrichtung an der Schule oder zeitlich begrenzt? (Zutreffendes ankreuzen und im leeren Feld benennen, Mehrfachnennungen möglich)

☐ Dauerhafte Projekte☐ Zeitlich begrenzte Projekte (Seminar, Workshop...)

14.) Haben Sie eine Schulmensa/Cafeteria?

☐ Ja☐ Nein

15.) Gibt es ein täglich wechselndes Mittagsgeschicht?

warm:

☐ Ja☐ Nein

kalt:

☐ Ja☐ Nein

16.) Woher beziehen Sie das Mittagessen?

☐ selber in der Schule zubereitet☐ Lieferung durch Externe und zwar...

17.) Welches Angebot gibt es täglich? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ täglich wechselnde warme Mahlzeit☐ belegte Brötchen/Sandwiches etc.☐ frisches Obst☐ Salat, Rohkost



63380

18.) Nach welchen Kriterien wird die Mehrzahl der Speisen (>50%) ausgewählt?
(Mehrfachnennungen möglich)

--	--

- ☐ fettarm
- ☐ wenig Zucker
- ☐ ausgewogen (viele Vitamine, Mineralstoffe)
- ☐ preisgünstig
- ☐ kein Schwerpunkt

19.) Wer entscheidet über das Angebot in der Schulmensa? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ 1 verantwortlicher Lehrer
- ☐ Lehrerkollegium gemeinsam
- ☐ Schüler
- ☐ Eltern
- ☐ Mensa-Personal

20.) Gibt es Hinweise für Allergiker, bzw. können Schüler Informationen über Broteinheiten (wichtig bei Diabetes), Glutenfreiheit (bei Zöliakie/Sprue) oder den Milchzuckergehalt erhalten?

- ☐ Ja ☐ Nein

21.) Wie hoch ist bei den Kosten der Eigenanteil für ein Mittagessen?

- ☐ < 1 Euro ☐ 1-2 Euro ☐ >2 Euro

22.) Gibt es separate Räumlichkeiten, in denen Schüler (auch selber mitgebrachtes) Mittagessen verzehren können?

- ☐ Ja ☐ Nein

23.) Gibt es Kochkurse für die Schüler? Wenn ja, wird ein bestimmter Schwerpunkt gesetzt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein, es gibt keinen Kochkurs
- ☐ Ja, aber ohne Schwerpunkt
- ☐ Ja, mit Schwerpunkt "Vermeidung von Übergewicht und Fehlernährung"
- ☐ Ja, mit Schwerpunkt "interkulturelles Kochen"
- ☐ Ja, mit anderem Schwerpunkt und zwar...

24.) Für welche Klassen wird der Kochkurs angeboten? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Kein Kurs | ☐ 8 | ☐ 12 |
| ☐ 5 | ☐ 9 | ☐ 13 |
| ☐ 6 | ☐ 10 | |
| ☐ 7 | ☐ 11 | |



63380

25.) Wie oft findet der Kochkurs statt? (Bitte bei Zutreffendem die Anzahl eintragen)

pro Woche

pro Monat

einmalig als Projektwoche

26.) Wer leitet den Kurs? (Mehrfachnennungen möglich)

☐

Eltern

☐

Lehrer

☐

ausgebildete Fachkräfte

27.) In welchen Schuljahren wird das Thema "Ernährung" im Rahmen des regulären Unterrichts behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

☐

in keinem

☐

8

☐

12

☐

5

☐

9

☐

13

☐

6

☐

10

☐

7

☐

11

Teil 3: Bewegungsförderung

28.) Setzen Sie an Ihrer Schule Konzepte/Projekte zur Gesundheitsförderung im Bereich "Bewegung" ein?

☐

Ja

☐

Nein

29.) Welche Konzepte/Projekte sind das und seit wann bestehen diese? Sind sie eine dauerhafte Einrichtung oder zeitlich begrenzt? (Zutreffendes ankreuzen und im leeren Feld benennen, Mehrfachnennungen möglich)

☐

Dauerhafte Projekte

☐

Zeitlich begrenzte Projekte (Seminare, Workshops...)

30.) Gibt es an Ihrer Schule eine Absprache, dass Schüler über den regulären Sportunterricht hinaus an Sportangeboten teilnehmen MÜSSEN? Wenn ja, wieviele Schulstunden pro Woche zusätzlich?

☐

Ja, und zwar so viele Schulstunden pro Woche

Stunden

☐

Nein

31.) Welche Sport-AGs werden im Rahmen der Nachmittagsbetreuung angeboten? (Mehrfachnennungen möglich)?

☐

Ballsport

☐

Leichtathletik

☐

Turnen

☐

Konditionstraining

☐

Tanz

☐

Rückenschule

☐

andere und zwar



63380

32.) Bieten Sie bestimmte Sportarten nach Geschlechtern getrennt an? Wenn ja, welche?

--	--

☐ Ja, wir bieten Folgendes getrennt an: ☐ Nein, alle AGs sind für beide Geschlechter

--

33.) Wer leitet die Sport-AGs? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Eltern ☐ Lehrer ☐ ausgebildetes Fachpersonal

34.) Wer entscheidet über das Sportangebot (Mehrfachnennungen möglich)?

☐ 1 verantwortlicher Lehrer ☐ Lehrerkollegium gemeinsam ☐ Schüler ☐ Eltern

35.) In welchen Schuljahren wird das Thema "Bewegung und gesunde Körperhaltung" im Rahmen des regulären Unterrichts behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ in keinem Schuljahr	☐ 9
☐ 5	☐ 10
☐ 6	☐ 11
☐ 7	☐ 12
☐ 8	☐ 13

36.) Gibt es einen Raum innerhalb der Schule zur Bewegungsmöglichkeit in den Pausen (z.B. bei Regen)?

☐ Ja ☐ Nein

37.) Gibt es auf dem Schulhof Spielgeräte oder separate Plätze für Ballsport?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Spielgeräte ☐ Platz für Ballsport ☐ beides nicht

Teil 4: Stressbewältigung

38.) Setzen Sie in Ihrer Schule Konzepte/Projekte zur Gesundheitsförderung im Bereich "Stressbewältigung" ein?

☐ Ja ☐ Nein

39.) Welche Konzepte/ Projekte sind das und seit wann bestehen diese? Sind sie eine dauerhafte Einrichtung oder zeitlich begrenzt? (Zutreffendes ankreuzen und im leeren Feld benennen, Mehrfachnennungen möglich)

☐ Dauerhafte Projekte ☐ Zeitlich begrenzte Projekte (Seminare, Workshops...)

--

--



63380

--	--

40.) Was genau wird an Ihrer Schule zum Thema Stressbewältigung angeboten?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Entspannungskurse (Yoga, autogenes Training...)
- ☐ Schulpsychologe oder anderer Ansprechpartner (gemeint ist nicht der Vertrauenslehrer)
- ☐ Streitschlichter
- ☐ Räumlichkeiten zum Rückzug
- ☐ andere und zwar:

--

41.) Wer entscheidet über das Angebot? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ 1 verantwortlicher Lehrer
- ☐ Lehrerkollegium gemeinsam
- ☐ Schüler
- ☐ Eltern

42.) In welchen Schuljahren wird das Thema "Stressbewältigung" im Rahmen des regulären Unterrichts behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|-----------------------------|
| ☐ in keinem Schuljahr | ☐ 9 |
| ☐ 5 | ☐ 10 |
| ☐ 6 | ☐ 11 |
| ☐ 7 | ☐ 12 |
| ☐ 8 | ☐ 13 |

43.) Machen Sie regelmäßig mit den Schülern aktive Entspannungsübungen während des Unterrichts oder nach einer Unterrichtseinheit? Wenn ja, in welchen Klassen?

- ☐ Ja, und zwar in den Klassen

--

- ☐ Nein, machen wir nicht



63380

--	--

Teil 5: Suchtprävention

44.) Setzen Sie in Ihrer Schule Konzepte/Projekte zur Gesundheitsförderung im Bereich "Suchtprävention" ein?

☐ Ja ☐ Nein

45.) Welche Konzepte sind das und seit wann bestehen diese? Sind sie eine dauerhafte Einrichtung oder zeitlich begrenzt? (Zutreffendes ankreuzen und im leeren Feld benennen, Mehrfachnennung möglich)

☐ dauerhafte Projekte

☐ zeitlich begrenzte Projekte

--

--

46.) Was genau wird an Ihrer Schule zum Thema "Suchtprävention" angeboten ?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Seminare /Kurse

☐ Schulpsychologe oder anderer Ansprechpartner (gemeint ist nicht der Vertrauenslehrer)

☐ Aktionen (z.B. "Be smart" o.ä.)

☐ andere und zwar

--

47.) Wer entscheidet über das Angebot? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ 1 verantwortlicher Lehrer

☐ Lehrerkollegium gemeinsam

☐ Schüler

☐ Eltern

48.) In welchen Schuljahren wird das Thema "Suchtmittelkonsum" im Rahmen des regulären Unterrichts behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ in keinem Schuljahr

☐ 9

☐ 5

☐ 10

☐ 6

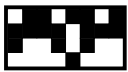
☐ 11

☐ 7

☐ 12

☐ 8

☐ 13



63380

--	--

Teil 6: Einbeziehung der Eltern

49.) Wie werden die Eltern in die schulische Gesundheitsförderung miteinbezogen?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ zusätzliche Elternabende zur Thematik der Gesundheitsförderung

☐ Elternbriefe

☐ Mitbestimmung des Nachmittagsangebots

☐ Eltern leiten einzelne Nachmittagsangebote

☐ andere Einbeziehung der Eltern durch:

--

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!



64761

--	--	--

Fragebogen 2: Lehrer

Teil 1: Angaben zu Person

- 1.) Ich bin ☐ weiblich ☐ männlich
- 2.) Ich bin als LehrerIn tätig seit: Jahren
- 3.) Ich arbeite an dieser Schule seit: Jahren
- 4.) Meine Stundenzahl pro Woche beträgt: Stunden
- 5.) Ich unterrichte folgende Fächer:

--

Teil 2: Informationsstand

- 6.) Kennen Sie den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)?

☐ Ja ☐ Nein

- 7.) Wie wurden Sie darüber informiert?

☐ Ich bin nicht darüber informiert ☐ Über die Schule ☐ Privat, aus eigenem Interesse

- 8.) Kennen Sie die "Strategie zur Förderung der Kindergesundheit" des Bundesministeriums für Gesundheit?

☐ Ja ☐ Nein

- 9.) Wie wurden Sie darüber informiert?

☐ Ich bin nicht darüber informiert ☐ über die Schule ☐ Privat, aus eigenem Interesse

Teil 3: Zugang zur Gesundheitsförderung

- 10.) Werden in einem der folgenden Bereiche für die LEHRER separat Projekte/Veranstaltungen angeboten? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ gesunde Ernährung ☐ Suchtprävention

☐ Bewegungsförderung ☐ In keinem

☐ Stressbewältigung



64761

11.) In welchem Bereich besteht ein gemeinsames Angebot für Lehrer UND Schüler? (Mehrfachnennungen möglich)

--	--	--

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ in keinem |
| ☐ Stressbewältigung | |

12.) Gibt es für die LEHRER einen externen Ansprechpartner für Fragen in den folgenden Bereichen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ in keinem |
| ☐ Stressbewältigung | |

13.) In welchem Bereich haben Sie die Möglichkeit der Mitbestimmung über das Angebot zur Gesundheitsförderung? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ in keinem |
| ☐ Stressbewältigung | |

Teil 4: Bedarfsermittlung

14.) Welcher Bereich sollte aus Ihrer Sicht FÜR DIE SCHÜLER an Ihrer Schule als erster verstärkt gefördert werden? (Bitte nur 1 Kreuz)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ keiner |
| ☐ Stressbewältigung | |

15.) Welcher Bereich sollte aus Ihrer Sicht FÜR DIE LEHRER an Ihrer Schule als erster verstärkt gefördert werden? (Bitte nur 1 Kreuz)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ keiner |
| ☐ Stressbewältigung | |

16.) Welcher Bereich ist aus Ihrer Sicht FÜR DIE SCHÜLER bereits ausreichend abgedeckt?
(Bitte nur 1 Kreuz)

--	--	--

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ keiner |
| ☐ Stressbewältigung | |

17.) Welcher Bereich ist aus Ihrer Sicht FÜR DIE LEHRER bereits ausreichend abgedeckt?
(Bitte nur 1 Kreuz)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ keiner |
| ☐ Stressbewältigung | |

18.) Wünschen Sie sich, dass Angebote zur Gesundheitsförderung von Schülern und Lehrern
GEMEINSAM genutzt werden oder sollten beide Gruppen ein getrenntes Angebot erhalten?

- | | |
|---|---|
| ☐ gemeinsames Angebot für Lehrer und Schüler | ☐ getrenntes Angebot |
|---|---|

19.) In welchem Bereich wäre es Ihrer Ansicht nach sinnvoll für LEHRER nach Geschlecht getrennte
Präventionsveranstaltungen anzubieten? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | ☐ in keinem |
| ☐ Stressbewältigung | |

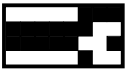
Teil 5: Umsetzung

20.) Haben Sie selber schon ein Projekt zur Gesundheitsförderung an Ihrer Schule geleitet?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | |
|--|
| ☐ Ja, habe ich in der Vergangenheit |
| ☐ Ja, ich leite derzeit ein Projekt |
| ☐ Nein, ich bin nicht daran beteiligt |

21.) Gab es in der VERGANGENHEIT Projekte im Bereich "gesunde Ernährung", die in der dauerhaften
Umsetzung gescheitert sind? Wenn ja, woran sind diese gescheitert? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ Keine gescheiterten Projekte | ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Institutionen/Vereine |
| ☐ an finanziellen Problemen | ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen |
| ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar | ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern |
| ☐ kein geschultes Personal | ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote |
| ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich | |



64761

22.) Gibt es Projekte im Bereich "gesunde Ernährung", die GEPLANT sind aber nicht umgesetzt werden können? Wenn ja, woran scheitert die Umsetzung? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ Ich kann alles Geplante umsetzen | ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Institutionen/Vereine |
| ☐ an finanziellen Problemen | ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen |
| ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar | ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern |
| ☐ kein geschultes Personal | ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote |
| ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich | |

23.) Gab es in der VERGANGENHEIT Projekte im Bereich "Bewegungsförderung", die in der dauerhaften Umsetzung gescheitert sind? Wenn ja, woran sind diese gescheitert? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Keine gescheiterten Projekte
- ☐ an finanziellen Problemen
- ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar
- ☐ kein geschultes Personal
- ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich
- ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Institutionen/Vereine
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern
- ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote

24.) Gibt es Projekte im Bereich "Bewegungsförderung", die GEPLANT sind aber nicht umgesetzt werden können? Wenn ja, woran scheitert die Umsetzung? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ich kann alles Geplante umsetzen
- ☐ an finanziellen Problemen
- ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar
- ☐ kein geschultes Personal
- ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich
- ☐ kein Überblick über das Angebot der einzelnen Institutionen/Vereine
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern
- ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote

25.) Gab es in der VERGANGENHEIT Projekte im Bereich "Stressbewältigung", die in der dauerhaften Umsetzung gescheitert sind? Wenn ja, woran sind diese gescheitert? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ Keine gescheiterten Projekte | ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Institutionen/Vereine |
| ☐ an finanziellen Problemen | ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen |
| ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar | ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern |
| ☐ kein geschultes Personal | ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote |
| ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich | |

--	--	--



64761

26.) Gibt es Projekte im Bereich "Stressbewältigung", die GEPLANT sind aber nicht umgesetzt werden können? Wenn ja, woran scheitert die Umsetzung? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ich kann alles Geplante umsetzen
- ☐ an finanziellen Problemen
- ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar
- ☐ kein geschultes Personal
- ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich
- ☐ kein Überblick über das Angebot einzelner Institutionen/Vereine
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen
- ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern
- ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote

27.) Gab es in der VERGANGENHEIT Projekte im Bereich "Suchtprävention", die in der dauerhaften Umsetzung gescheitert sind? Wenn ja, woran sind diese gescheitert? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ Keine gescheiterten Projekte | ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Institutionen/Vereine |
| ☐ an finanziellen Problemen | ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen |
| ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar | ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern |
| ☐ kein geschultes Personal | ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote |
| ☐ bauliche Maßnahmen wären erforderlich | |

28.) Gibt es Projekte im Bereich "Suchtprävention", die GEPLANT sind aber nicht umgesetzt werden können? Wenn ja, woran scheitert die Umsetzung? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| ☐ Ich kann alles Geplante umsetzen | ☐ kein Überblick über d. Angebot einzelner Vereine/Institutionen |
| ☐ finanzielle Probleme | ☐ mangelnde Unterstützung durch Kollegen |
| ☐ im Lehrplan nicht umsetzbar | ☐ mangelnde Unterstützung durch Eltern |
| ☐ kein geschultes Personal | ☐ kein Überblick über die Qualität der Angebote |
| ☐ bauliche Maßnahmen erforderlich | |

--	--	--



64761

--	--	--

29.) Bilden Sie sich neben dem Unterricht in einem der folgenden Bereiche fort, um an Ihrer Schule Kurse geben zu können? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ in keinem | ☐ Stressbewältigung |
| ☐ gesunde Ernährung | ☐ Suchtmittelprävention |
| ☐ Bewegungsförderung | |

30.) Wann würden Sie sich zu diesem Zweck am liebsten fortbilden? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ daran habe ich kein Interesse
- ☐ an Wochenenden
- ☐ in den Ferien
- ☐ nach der Schule (abends, nachmittags)

31.) Würden Sie selbst außerhalb der Arbeitszeiten an Seminaren/Veranstaltungen zur Förderung Ihrer Gesundheit teilnehmen? Wenn ja, in welchem Bereich? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Nein, daran habe ich kein Interesse | ☐ Stressbewältigung |
| ☐ Stimm- oder Sprachtraining | ☐ Tinnitus |
| ☐ Rückentraining | ☐ andere und zwar |

--

32.) Wann würden Sie an Seminaren/Veranstaltungen zur Förderung Ihrer Gesundheit teilnehmen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ gar nicht
- ☐ an Wochenenden
- ☐ in den Ferien
- ☐ nach der Schule (abends, nachmittags)

33.) In welcher Form würden Sie sich Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitsförderung FÜR LEHRER an Ihrer Schule wünschen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ keine Unterstützung von außen, die Schulen sollen sich selbst überlassen bleiben
- ☐ durch Hauptansprechpartner/Dachverband, der Übersicht über alle Möglichkeiten/Angebote gibt
- ☐ mehr Informationsmaterial der einzelnen Kooperationspartner in schriftlicher Form
- ☐ mehr Informationen der einzelnen Kooperationspartner in Form von Informationsveranstaltungen
- ☐ andere Form der Unterstützung und zwar

--



64761

34.) In welcher Form würden Sie sich Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitsförderung FÜR SCHÜLER an Ihrer Schule wünschen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ keine Unterstützung von außen, die Schulen sollen sich selbst überlassen bleiben
- ☐ einen Hauptansprechpartner/Dachverband, der Übersicht über alle Möglichkeiten/Angebote gibt
- ☐ mehr Informationsmaterial der einzelnen Kooperationspartner in schriftlicher Form
- ☐ mehr Informationen der einzelnen Kooperationspartner in Form von Informationsveranstaltungen
- ☐ andere Form von Unterstützung und zwar

35.) Wo informieren Sie sich, um Konzepte/Projekte kennenzulernen und auszuwählen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ gar nicht | ☐ Informationen über Schulbehörde |
| ☐ bei andern Lehrern | ☐ allgemeine Presse (Radio, Zeitung) |
| ☐ an anderen Schulen | ☐ Internetportale |
| ☐ Informationen über Krankenkassen | ☐ Fachzeitschriften für Lehrer |
| ☐ Informationen über Gesundheitsamt | ☐ BzgA |

36.) Nach welchen Kriterien haben Sie bisher durchgeführte Projekte ausgewählt? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ kein Auswahlkriterium
- ☐ betreuende Institution im Hintergrund
- ☐ Information/Unterstützung durch Behörden von Stadt/Kreis Aachen
- ☐ Feedback über das Angebot von anderen Schulen
- ☐ Bekanntheitsgrad der anbietenden Institution/Einrichtung
- ☐ eigene Evaluation als fester Bestandteil des Projekts

--	--	--



64761

Teil 6: Lärmbelästigung

37.) Fühlen SIE sich in Ihrer Schule häufig gestört durch eine der folgenden Geräuschquellen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Straßenverkehrslärm
- ☐ anderen Lärm von außen (z.B. Baumaßnahmen)
- ☐ den Geräuschpegel im Klassenraum

38.) Fühlen sich IHRE SCHÜLER häufig gestört durch eine der folgenden Geräuschquellen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Straßenverkehrslärm
- ☐ anderen Lärm von außen (z.B. Baumaßnahmen)
- ☐ den Geräuschpegel in den Klassenräumen

40.) Gibt es an Ihrer Schule Absprachen/Regelungen im Umgang mit Lärm im Klassenzimmer? Wenn ja, welche?

☐ Ja

--

☐ Nein

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

--	--	--

Erklärung zur Datenaufbewahrung

Hiermit erkläre ich, dass die dieser Dissertation zu Grunde liegenden Originaldaten in dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Aachen hinterlegt sind.

Curriculum vitae

Angaben zur Person

Geburtsdatum und –ort:	21.03.1986, Waldbröl (NRW)
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	deutsch

Ausbildung

1992 - 1996	Gemeinschaftsgrundschule „Auf dem Höchsten“
1996 - 2005	Gymnasium Nümbrecht; Abitur mit Note 1,4
WS 2005/2006	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der RWTH Aachen
September 2008	Ablegen der Ärztlichen Basisprüfung, Note „gut“
08/2010-07/2011	Praktisches Jahr (Chirurgie und Innere: St. Elisabeth-Krankenhaus, Geilenkirchen) Wahlfach Allgemeinmedizin (Praxis Kranemann/Pasch, Aachen)
November 2011	Staatsexamen, Note „gut“

Praktika und Aktivitäten

2009	zweiwöchiges Praktikum bei der AOK Rheinland-Hamburg, Regionaldirektion Aachen, im Bereich „Prävention“
2005-2009	Aktive Mitarbeit in Planung und Durchführung des Aachener Teddybärkrankenhauses; Schwerpunkt Presse-Arbeit
2010	einwöchiges Praktikum bei der Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach

Zusätzlich belegte Kurse und Seminare

Public Health:	„Einführung in das deutsche Gesundheitssystem 1+2“ „Krankenversorgung im internationalen Vergleich“ „Hausarztpraxis als Unternehmen“ „Männer und Frauengesundheit“
Medizin und Ethik:	„Altern und Sterben“ (Wochenendseminar zum Thema „Sterbehilfe“)